

Jelena Živković¹
Milana Radović²

UDC 613.25:368
Stručni rad
Primljen: 16. 11. 2017.
Prihvaćen: 02. 02. 2018.

GOJAZNOST KAO FAKTOR RIZIKA U OSIGURANJU³

REZIME: Gojaznost i njene posledice predstavljaju rizičnu, neizvesnu i promenljivu kategoriju. Cilj istraživanja jeste da se ukaže na gojaznost kao zdravstveni rizik i njegove negativne implikacije na zaključivanje ugovora o osiguranju. Istraživanje je vršeno primenom anketnog upitnika na uzorku od 702 ispitanika i pokazano je da ispitanici nisu svesni rizika i posledica povišene telesne težine za zdravlje i mogućnosti osiguranja po tom osnovu. Rezultati istraživanja imaju značaj za osiguranike, državu i osiguravajuća društva. Interes države je da poveća zdravstvenu svest i zdravlje građana. Osiguravajuća društva žele da osiguravaju zdrave osiguranike, da redukuju rizike putem edukacije i podizanja svesti o štetnosti gojaznosti. Zaključak istraživanja jeste da gojaznost značajno utiče na mogućnost osigurljivosti, kao i na visinu premije osiguranja.

KLJUČNE REČI: gojaznost, rizik, prevencija, osiguranje.

¹diplomirani ekonomista, Trg mladosti 14, 10290 Zaprešić, Hrvatska, jelena4zivkovic@gmail.com

² master ekonomista, B. Ćosića 12, Novi Sad, mradovic@gmail.com

³This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1. Uvod

Osiguranje se u literaturi definiše na različite načine. Jedna od definicija osiguranja glasi: „osiguranje je institucija koja naknađuje štete nastale u društvu, u njegovoj privredi ili kod ljudi, usled dejstva rušilačkih prirodnih sila ili nesrećnih slučajeva“ (Marović, 1997, str. 1). Suština osiguranja, koja se manifestovala u čitavom istorijskom razvoju, jeste da osiguranje predstavlja oblik organizovane zaštite od rizika baziran na solidarnosti i uzajamnosti (Njegomir, 2011a).

Gojaznost se u savremeno doba definiše kao bolest, dok je u pojedinih istorijskim epohama predstavljala prestiž i/ili donosila viši društveni status i položaj. Paralelno sa rastom životnog standarda a posebno od osamdesetih godina dvadesetog veka pojavio se problem gojaznosti koji preti da ugrozi ispoljeni trend produženja prosečnog životnog veka.

Svetska zdravstvena organizacija (WHO) gojaznost definiše kao abnormalnu ili prekomernu akumulaciju masnoća koja može ugroziti zdravlje. Za razliku od danas, ranije se smatralo da su gojazne osobe bogate budući da imaju dovoljno resursa i materijalnih sredstava za obilniju ishranu. U savremenim uslovima dolazi do sušte suprotnosti u percepciji gojaznosti. Gojazni se u društvenom smislu deklarišu kao nepoželjni, bolesni, neatraktivni itd. U društvu se postepeno razvila svest i o negativnim posledicama gojaznosti, naročito nakon što je sve više ljudi u Republici Srbiji ali i u svetu svedočilo da se neko blizak u porodici ili rodbini suočio sa moždanim ili srčanim udarom, dijabetesom tipa 2 ili nekom drugom bolešću koju smatramo posledicom gojaznosti.

Cilj istraživanja jeste da se ukaže na uzroke, posledice i implikacije gojaznosti kao globalnog zdravstvenog rizika na tržište osiguranja.

Pitanja starosti, visine i težine povezuju se sa uticajem na gojenje. Brojna istraživanja su pokazala da stariji ljudi otežano gube kilograme zbog usporenog metabolizma. Isti faktor se uzima u obzir i prilikom pokrća u osiguranju, odnosno što je osoba starija mogućnost obolevanja postaje sve veća. U radu se pošlo od pretpostavke da su ljudi gojazniji u ruralnim sredinama, da lečenje gojaznosti stvara veće troškove za pojedinca i državu.

2. Gojaznost kao rizik u osiguranju

Stepen gojaznosti se definiše korišćenjem indeksa telesne težine (BMI⁴). Reč je o indeksu koji se izračunava primenom matematičke formule koja korespondira sa telesnim mastima kod odraslih osoba i predstavlja odnos telesne mase i kvadrata telesne visine. Formula za izračunavanje indeksa telesne težine glasi: $BMI = \frac{kg}{m^2}$. Na primer ako odrasla osoba teži 100 kilograma i ima visinu od 1,90 metara njen BMI će biti 27,7 ($BMI = 100/1.90^2$). Nakon izračunatog indeksa primenjuje se tablica vrednosti za BMI i određuje stepen uhranjenosti i rizik za obolevanje.

Svetska zdravstvena organizacija je definiše kao abnormalnu ili prekomernu akumulaciju masnoća koja može ugroziti zdravlje.⁵

Tabela 1. Vrednosti indeksa telesne težine (BMI) i korespondirajući stepeni uhranjenosti i rizik obolevanja

BMI	Stepen uhranjenosti	Rizik za obolevanje
<18.50	Slaba uhranjenost	Nizak
18.50-24.99	Normalna uhranjenost	Prosečan
>=25.00	Prekomerna uhranjenost	
25.00-39.99	Predgojaznost	Uvećan
30.00-34.99	Gojaznost I stepena	Visok
35.00-39.99	Gojaznost II stepena	Vrlo visok
>=40	Gojaznost III stepena	Ekstremno visok

Napomena: Rizik za obolevanje utvrđen je na osnovu vrednosti BMI i komorbiditeta koji po definiciji predstavlja koegzistirajuće ili dodatne bolesti povezane sa gojaznošću a može da, u slučaju gojaznosti, uključuje hipertenziju, katdiovaskularne bolesti, dijabetes tip 2, dislipidemiju, osteoartritis, sterilitet i druge posledične bolesti.

Izvor: World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, str. 9

⁴ Body Mass Index

⁵ Svetska zdravstvena organizacija - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

Ukoliko osoba ima BMI niži od 18.50 postoji indicija da je reč o slabo uhranjenoj osobi. Ta osoba treba da se obrati lekaru, jer nizak nivo BMI ukazuje na moguć pad imunološkog sistema koji može voditi ka patogenom stanju. Osobe čija je vrednost BMI između 18.50 i 24.99 smatraju se normalno uhranjenim i imaju idealan odnos težine tela prema visini te imaju predispoziciju da žive najduže jer imaju najmanju verovatnoću ostvarenja ozbiljnijeg obolevanja. Osobe kod kojih je utvrđena vrednost BMI u rasponu između 25.00 i 29.99 smatramo da imaju višak telesne težine, odnosno da su u predgojaznom stanju, te da su izložene povećanom riziku obolevanja, a kod kojih bi kontrolisana ishrana i fizička aktivnost znatno pomogla. Konačno, osobe kod kojih je utvrđena vrednost BMI iznad 30.00 smatraju se gojaznim osobama, odnosno osobama koje su u bolesnom stanju, sa posledicama brojnim drugim bolestima ili je rizik za obolevanje znatno uvećan i zahteva modifikovanje stila življenja.

Fundamentalni uzroci nastanka bolesti gojaznosti mogu biti:

- životni stil,
- genetski,
- psihološki,
- fiziološki i faktori okruženja.

Nezdrav životni stil prvenstveno karakteriše debalans između unosa kalorija i njihove potrošnje, odnosno unosa ugljenih hidrata i lipida i njihove potrošnje u fizičkim aktivnostima. U novije vreme, posebno od osamdesetih godina dvadesetog veka, dolazi do konzumiranja hrane visoke energetske vrednosti, odnosno hrane bogate mastima i šećerima⁶ a siromašne vitaminima i mineralima. Uzrok povećane gojaznosti nastaje kao rezultat: smanjene fizičke aktivnosti zahvaljujući promenama u socioekonomskim strukturama (veće učešće tzv. *belih kragni* u odnosu na *plave kragne*, što dovodi do smanjenja fizičkih napora na poslu), promena u transportu (veće učešće motornih vozila, liftova i sl.), uvećane urbanizacije, automatizacije u svim sferama, kao i zamene rekreativnih aktivnosti sa pasivnim aktivnostima u pogledu potrošnje energije, kao što su gledanje televizije, igranje računarskih igara, surfovanje internetom i sl.

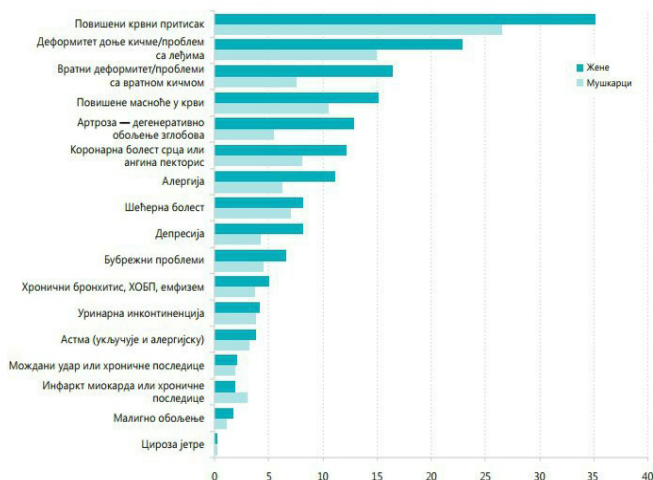
⁶ Posebno opasan jeste unos ugljenih hidrata u vidu tečnosti kao što su sokovi jer ljudski organizam ne može da prepozna ovu vrstu energetskog unosa.

Genetski posmatrano, ljudi su predisponirani da se bore sa problematikom ograničenosti hrane, što je posledica istorijskih okolnosti kontinuiranog nedostatka hrane, pre nego sa viškovima hrane koji su nastali tek u drugoj polovini dvadesetog veka, prvenstveno zahvaljujući industrijskom procesuiranju hrane.

Od psiholoških faktora najznačajniji je stres, ali i druga psihogena stanja, kao što su: frustracije, dosada, tuga i sl. a koja utiču na povećano unošenje hrane kao utehe za probleme.

Fiziološki faktori manifestuju se preko starenja organizma. Naime, kako organizam stari smanjuje se nivo bazalnog metabolizma, što utiče na smanjenje energetske potrošnje. Upravo to i jeste razlog zašto je gojaznost uglavnom prisutnija kod starijih osoba, kao i zbog čega je došlo do stopiranja čak i inverznog pravca kretanja trenda rasta prosečnog očekivanog životnog veka kod osoba starijih od četrdeset godina u SAD.

Grafikon 1. Oboljenja ili stanja stanovništva starosti 15 i više godina prema polu u 2013. (u %)



Izvor: Republički zavod za statistiku

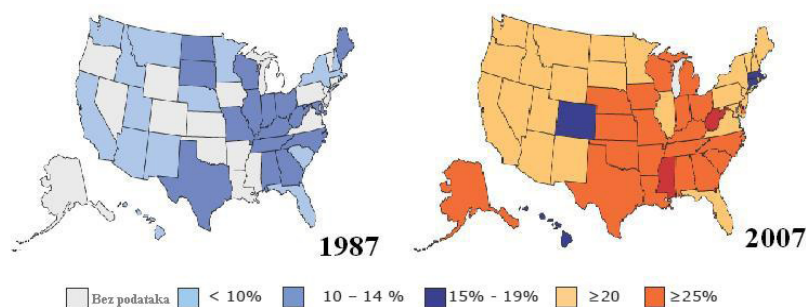
Iz Grafikona 1 zaključujemo koja su najučestalija oboljenja stanovništva u Republici Srbiji, kao i da je povišen krvni pritisak na prvom mestu. Ovaj pokazatelj ide u prilog rezultatima istraživanja gde su ispitanici, takođe, u visokom procentu navodili krvni pritisak kao problem sa kojim se suočavaju. Sledećih četrnaest stanja nisu navedena od strane

ispitanika, osim dijabetesa tipa 2 za koji se navodi kao bolest koja je povezana sa povišenom telesnom težinom.

Brojne studije ukazuju da manje imućne zajednice, pogotovo u urbanim oblastima, imaju natprosečnu gojaznost (James, 2001). Teritorijalno, u Srbiji je najveći procenat gojaznih osoba u Vojvodini. Takođe, studije u razvijenim zemljama uopšteno pokazuju da postoji inverzna međuzavisnost između socioekonomskog statusa i gojaznosti (Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije, 2007).

Navedeni faktori uzrokuju globalni trend porasta broja gojaznih osoba, posebno u visoko razvijenim zemljama. Tako je, na primer, u Velikoj Britaniji procentualno učešće gojaznih osoba u 2006. godini u odnosu na 1994. godinu poraslo među muškarcima sa 14% na 24% a među ženama sa 17% na 24%. Pretpostavlja se da će se sličan trend nastaviti i u narednom periodu te da će kod osoba starosti između 41 i 50 godina u periodu do 2050. godine biti najmanje 55% gojaznih među muškarcima i 52% gojaznih među ženama. Posebno alarmantan podatak je da će u Velikoj Britaniji do 2050. godine oko 25% populacije starosne dobi ispod dvadeset godina biti gojazno (Obesities, 2007). U SAD je u periodu od 1960. godine učešće gojaznih osoba u ukupnoj populaciji poraslo sa 13% na 30% (Munich Re, 2017).

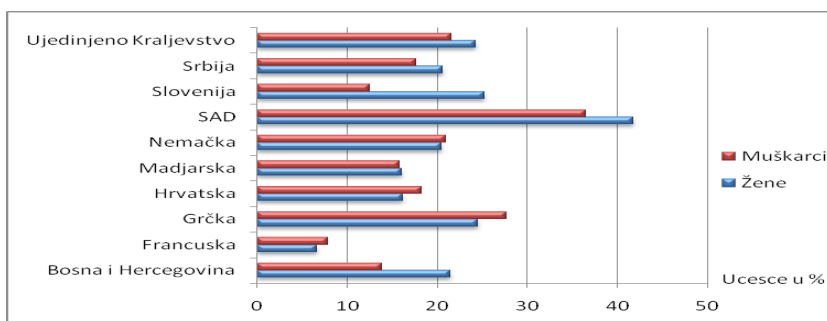
Slika 1. Trendovi gojaznosti u SAD – poređenje podataka o broju gojaznih osoba (BMI >30) iz 1987. i 2007. godine



Izvor: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Data. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention

Trendovi povećanja učešća gojaznih osoba u ukupnoj populaciji izraženi su i u Evropi gde učešće osoba sa prekomernom uhranjenošću u ukupnoj populaciji iznosi 30–80% u zavisnosti od zemlje do zemlje, a od 2010. godine ova bolest zahvata oko 150 miliona odraslih i 15 miliona dece, što predstavlja posebno alarmantan trend (Branca, Nikogosian & Lobstein, 2007). Takođe, prema procenama Svetske zdravstvene organizacije u svetu je u 2005. godini bilo 400 miliona ljudi koji se smatraju gojaznim, kao i 20 miliona dece ispod pet godina, a od 2015. godine učešće gojaznih na globalnom nivou je poraslo na 700 miliona ljudi (Svetska zdravstvena organizacija, 2017).

Grafikon 2. Poređenje nivoa gojaznosti osoba starosti od 15 do 100 godina po polovima u izabranim zemljama na osnovu procenjenih podataka za 2005. godinu



Izvor: Na osnovu podataka Svetske zdravstvene organizacije – http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=118&redirected=reporter_id_1

Potrebno je posebno ukazati na činjenicu da problem gojaznosti ne predstavlja problem samo visoko razvijenih zemalja, već je reč o bolesti koja ima globalni karakter, a javlja se i u zemljama regiona. Naime, prema najnovijim podacima, uz Veliku Britaniju najveći procenat gojaznih osoba u Evropi zabeležen je u Hrvatskoj, Bosni i Hercegovini i Makedoniji (World Health Organisation Global Database of Body Mass Index, 2017). Tako na primer, prema podacima iz 2005. godine, u Hrvatskoj je ovom bolešću zahvaćeno 17% muškaraca i 15% žena uz posebno alarmantan podatak da je 11% dece predgojazno a 5% gojazno, dok je u

Srbiji 21% muškaraca i 18% žena gojazno (Arnaudova, 2006). Imajući u vidu činjenicu da su najčešći uzrok smrtnosti u regionu kardiovaskularne bolesti (na primer u Hrvatskoj 53% a u Srbiji 54% smrtnih slučajeva uzrokovano je ovim bolestima) a na koje u velikoj meri utiče upravo gojaznost i fizička neaktivnost, izvesno je da će u decenijama koje slede ovaj problem u regionu biti izražen na sličan način kao i u visoko razvijenim zemljama poput SAD i Velike Britanije. Grafikonom 2 prikazano je učešće gojaznih osoba u pojedinim zemljama u regionu u poređenju sa pojedinim visoko razvijenim zemljama, kao i činjenica većeg učešća gojaznih osoba među osobama ženskog pola u odnosu na muške.

3. Implikacije rizika gojaznosti na osiguranje

Posmatrajući sa aspekta osiguranja, gojazne osobe predstavljaju svojevrsan rizik. Postoji veća verovatnoća da će osobe sa prekomernom telesnom težinom biti izloženije fizičkim povredama, funkcionalnim pogoršanjima i različitim psihološkim stanjima koja zahtevaju adekvatan tretman i/ili savetovanja itd. Takođe, jedna od posledica gojaznosti jeste i sve učestalija mogućnost pojave i razvoja srčanih oboljenja koja mogu da dovedu do smrtnog ishoda – pitanje načina određivanja prisustva gojaznosti kod potencijalnih osiguranika je jedno od ključnih pitanja za osiguravača.

Gojaznost je jedan od ključnih zdravstvenih rizika koji prozrokuje brojne bolesti, a dovodi i do smanjenja prosečnog životnog veka. Imajući u vidu te činjenice postavlja se pitanje: kakav uticaj gojaznost ima na osiguranje i, u tom kontekstu, na koje vrste osiguranja i na koji način? Da li je indeks telesne mase univerzalno prihvatljiv metod izražavanja gojaznosti, te da li se opasnost, ukoliko postoji, odražava na već zaključene poslove ili samo na buduće ugovore o osiguranju?

Ključni pristup u rešavanju problema gojaznosti sa aspekta osiguravajućih društava jeste adekvatno vrednovanje rizika, odnosno određivanje premija osiguranja, koje je bazirano na povećanom riziku smrtnosti a što će svakako zahtevati, ukoliko se ispoljeni trend nastavi i u budućem periodu, i promenu osnova vrednovanja ovog rizika, odnosno promenu tablica smrtnosti u svim zemljama. U tom kontekstu, da bi određivanje premija osiguranja bilo precizno tj. da se ne bi povećani

rizik gojaznosti a time i smrtnosti potcenio, potrebno je da osiguravajuća društva sprovedu komparativne analize premija osiguranja sa trenutnim kretanjima stopa smrtnosti i medicinskih studija.

Jedan od ključnih problema za osiguravače jeste pitanje načina određivanja prisustva gojaznosti kod potencijalnih osiguranika. Najveći broj osiguravača koristi procenu stepena uhranjenosti primenom indeksa telesne mase, indeksa preporučenog i od Svetske zdravstvene organizacije, s obzirom da je ovaj indeks univerzalno primenljiv jer je nezavisan od godišta ili pola. Međutim, ovaj indeks ima i određene nedostatke koje osiguravači moraju imati u vidu a koji se odnose na činjenicu da on može biti neprimenljiv za različite populacije a često neopravdano može svrstati osobe sa više mišićne mase u kategoriju prekomerno uhranjenih. Zbog značaja ovog izračunavanja osiguravači stalno tragaju za različitim merilima, pa tako uz BMI postoje i tablice visine i težine, racio obima struka i kuka i merenje obima struka. Još 1943. godine američka osiguravajuća kuća *Metropolitan life* je uvela standardne tablice visine i težine koje su i danas, nakon neznatne modifikacije 1983. godine, u upotrebi. U ovim tablicama date su poželjne težine kojima se određuju osobe koje imaju najmanju verovatnoću smrtnosti, pa su na osnovu toga ove težine vremenom povezane sa tzv. idealnom težinom, iako se ona u tablicama ne spominje.

U životnim osiguranjima, uključujući i rentna osiguranja, prilikom određivanja tarifa koriste se tablice smrtnosti, obračunska kamatna stopa i troškovi sprovođenja osiguranja. U tablicama smrtnosti prikazane su izravnote verovatnoće smrtnosti. Ne ulazeći u detaljnije obrazlaganje načina utvrđivanja premija u životnim osiguranjima, ukazujemo samo na činjenicu da ukoliko postoji veća verovatnoća smrtnosti posledično će biti veća i premija osiguranja uz konstantnost ostalih varijabli koje se koriste u njenom izračunavanju. Imajući u vidu značajnost verovatnoće smrtnosti za životne osiguravače, najvažnije pitanje vezano sa epidemiološkim ispoljavanjem gojaznosti jeste koliko ovaj rizik ima uticaja na očekivani životni vek i mortalitet, odnosno da li gojaznost može uticati na dugoročno ispoljeni trend porasta prosečnog životnog veka. Istraživanja ukazuju da postoji direktna zavisnost između povećane verovatnoće smrtnosti i gojaznosti. Naime, studija (Olshansky et al, 2005) sprovedena u SAD poređenjem stopa smrtnosti prekomerno

i normalno uhranjenih osoba po uzrastu, rasi i polu nedvosmisleno je pokazala da bi prosečan životni vek populacije u SAD bio duži za četiri do devet meseci ukoliko ne bi postojala gojaznost, a zaključak autora je da će porast u prosečnoj očekivanoj dužini života prvi put stagnirati nakon perioda konstantnog rasta u prethodnih 200 godina. Takođe, sličan je zaključak i studije *Swiss Rea* (Ernest, 2004) na temu rizika gojaznosti koji ukazuje da bi smanjenje stope smrtnosti, istorijski posmatrano, bilo veće da nije bilo porasta gojaznosti (vidi Grafikon 2).

Osim uticaja na životno osiguranje, epidemija gojaznosti negativno će se odraziti i na osiguranje za slučaj invaliditeta i privatno zdravstveno osiguranje. Naime, u slučaju osiguranja za slučaj invaliditeta koje može biti zaključeno u okviru osiguranja od nesrećnog slučaja ili kao samostalno, osiguranjem se pokrivaju materijalne posledice nastanka invaliditeta ili bolesti, a isplata naknade iz osiguranja zavisi od stepena invalidnosti. U tom smislu, indikativna je studija (Alley, Dawn E and Chang, Virginia W., 2007) sprovedena u SAD kojom je ukazano da gojazne osobe kod kojih je BMI>40 imaju preko osam puta veću verovatnoću funkcionalnog pogoršanja u odnosu na normalno uhranjene osobe, što predstavlja značajnu opasnost za ovu vrstu osiguranja.

Kada se upoređuje stav gojaznih o osiguranju, zaključuje se da je najveći problem što nije dovoljno razvijena svest da se uz sve uobičajene životne rizike izlažu i dodatnom riziku koji se može sprečiti. Njegovir (2006) navodi da osiguranje ne može sprečiti nastanak štetnih događaja. Pomoću njega se može ostvariti posredna ekonomska zaštita koja upravo i predstavlja razlog postojanja osiguranja (str. 151). Uzimajući u obzir da je osiguranje institucija zajedničkog udruživanja koja spremno preuzima rizik, od izuzetnog je značaja mogućnost da se na što bezbolniji način za državu i pojedinca regulišu skupe posledice gojaznosti.

5. Rezultati istraživanja

Anketni upitnik (Mijalčić, 2017) u istraživanju o implikaciji gojaznosti na osiguranje sastojao se od 28 pitanja, od kojih se osam odnosilo na opšta pitanja o anketiranima: starost, težina, visina, pol, mesto stanovanja, stepen završenog obrazovanja, radni i bračni status. Anketa je sprovedena uz pomoć *Google Docs* alata u trajanju od 06. 08. 2016.

do 16. 09. 2016. godine na uzorku od 702 učesnika od kojih je 4,3% (30 osoba) muškog i 95,7% (672 osobe) ženskog pola.

Prosečan broj ispitanika koji su dali pristanak za učestvovanje i obradu podataka u istraživanju je 673 i sledećih karakteristika: prosečna starost je 36 godina, prosečna težina 84 kilograma i visina 168 cm. Iz podataka zaključujemo da je prosečan BMI 29.8 kg/m², što ulazi u kategoriju povišene telesne težine. Međutim, ovaj podatak govori o granici gojaznosti prvog stepena. Njih 36,3% ispitanih živi u mestu iznad 100.000 stanovnika, 23,4% ispitanih živi u mestu između 5.000 i 20.000 stanovnika, 20,4% ispitanih živi u mestu od 20.000 i 50.000 stanovnika i 19,9% u mestu do 5.000 stanovnika. Iz navedenih rezultata zaključujemo da je procenat gojaznosti veći srazmerno broju stanovnika.

Gojazne osobe pripadaju izuzetno specifičnoj i osetljivoj ciljnoj grupi. Najveći procenat gojaznih koji prate savete i primenjuju motivacione savete čine žene između 25. i 34. godine života. Iz navedenog proizilazi da se sve veća stopa mladih ubraja u populaciju gojaznih određenog stepena, što sa sobom nosi odgovarajući rizik. Na primer osobe koje već sa 30 godina imaju više od 100 kilograma suočavaju se sa rizikom obolevanja od raznih kardiovaskularnih i neuroloških bolesti i drugih zdravstvenih problema. Za pitanje rešavanja problema povišene telesne težine i gojaznosti daleko su više zainteresovane žene (90%) od muškaraca (9%). Iako je među ispitanim muškarcima samo 2% onih starosti 18–24 godine, upravo oni najviše kontaktiraju sa željom da im se pomogne savetom.

Rezultati su pokazali da je umanjena fizička aktivnost kod ljudi koji žive u gradovima. Smatra se da su ljudi na selu mnogo više fizički angažovani u odnosu na gradsko stanovništvo.

Istraživanje ukazuje da je 38,3% gojaznih sa završenom visokom školom ili fakultetom. Rezultat je viši procenat od očekivanog, s obzirom na pretpostavku da će kao akademski građani biti sposobniji da prikupe informacije, istrajniji i angažovaniji u rešavanju problema sa povišenom težinom. Sa druge strane, fenomen visokoobrazovanih gojaznih može da se posmatra i iz perspektive da vode pretežno „sedelački“ način života.

Važna je činjenica da pojedinci gubitkom svoje telesne težine smanjuju rizik od brojnih bolesti i/ili invaliditeta. Iz tog razloga jedan

od ciljeva istraživanja bio je i da se utvrdi svest ispitanika o rizicima povišene telesne težine. Na pitanje: *Imate li skopljenu polisu osiguranja?* ukupno 83% odgovorilo je sa *NE*.

Istraživanje dovodi do zaključka kako su osobe sa prekomernom telesnom težinom, kao i one sa višim stepenom, koje svrstavamo u gojazne, svesne koliko su promena navika u ishrani (63,8% ispitanika) i povećanje fizičke aktivnosti (53,7% ispitanika) ključni za rešavanje problema.

Na pitanje: koju polisu osiguranja su zaključili, odnosno koji tip osiguranja? odgovorilo je 116 osoba od kojih je 50% navelo životno osiguranje, a preostalih 50% dopunsko. Pojedini ispitanici naveli su imena poznatih osiguravajućih kompanija, što nije predstavljalo značajan parametar u ovom istraživanju. Razlog je što osiguravajuće kuće raspolažu širokim portfeljom usluga i ponuda za svoje klijente, stoga nije moguće da se iznose pretpostavke za koju su tačno uslugu korisnici sklopili ugovor.

Životno osiguranje je jedan od najatraktivnijih oblika ulaganja širom sveta. Polisom životnog osiguranja se dugoročno štedi a za vreme štednje postoji osiguravajuća zaštita osiguranika i njegove porodice. Ovakvim načinom ulaganja ostvaruje se sigurna i pouzdana dobit i sigurnost osiguranika i njegove porodice (Njegomir, 2006). Najuticajnija determinanta u strukturi razvoja životnog osiguranja jeste bruto domaći proizvod (Andreški & Topuzoska, 2006, str. 33).

Uobičajene vrste dopuskog osiguranja su: za zdravstvo, od posledica nesrećnog slučaja, od nastupanja težih bolesti, za lečenje u inostranstvu itd. (Web. Životno osiguranje). Budući da su učesnici ovog istraživanja sa područja zemalja bivše Jugoslavije, ispitanici iz Hrvatske za razliku od ispitanika iz Srbije naveli su dopunsko osiguranje kao podrazumevano vezano za zdravstveno osiguranje.

Društvena odgovornost osiguravača jeste da potpomažu redukciju gojaznosti. Upravljanje rizikom, kao pojam i praksa, nastao je tokom šezdesetih godina dvadesetog veka. Naročito se razvija poslednjih godina i njemu se, zbog značaja koji ima, daje ogromna pažnja u osiguravajućim društvima razvijenih zemalja. Upravljanje rizikom povećava verovatnoću uspeha i smanjuje verovatnoću neuspeha poslovanja modernih osiguravajućih društava (Njegomir, 2006, str. 172).

7. Zaključak

Gojaznost je pojava koja ostavlja posledice na pojedinca u pogledu smanjenja fizičkih aktivnosti, na ostvarivanje profita u kompaniji, zbog bolesti radnika i na društvo preko veličine bruto domaćeg proizvoda. Ona polazi od osobe, preko društva, do zdravstva, osiguravajućih kuća, pa sve do nivoa države u pogledu troškova za zdravstveno osiguranje i problema koji mogu da se sagledaju na makro nivou.

Ispoljeni problemi za osiguravajuća društva uzrokovani epidemijom gojaznosti imaju potencijal da se posebno negativno odraze na tržište osiguranja u budućnosti. Sa aktuarskog stanovišta, osim razumevanja generalnog trenda razvoja uticaja ovog rizika posebno je značajan uticaj rastuće gojaznosti kod dece, jer će veće učešće gojaznosti a time i problema koji je prate u budućnosti zavisiti od porasta broja gojazne dece u sadašnjosti.

Rešenja se mogu tražiti u adekvatnom vrednovanju rizika, odnosno određivanju premija osiguranja koje je bazirano na povećanom riziku smrtnosti i određivanju premija osiguranja baziranih na što je moguće više podataka, na primer, kombinovanjem merenja obima struka sa indeksom telesne mase kako bi utvrđena premija osiguranja što više korespondirala sa preuzetim rizikom. U kontekstu dugoročnog rešavanja problema epidemije gojaznosti, veliku ulogu mogu imati osiguravajuća društva u podsticanju preventivnih mera koje se baziraju na medicinskim savetima i voljnost obolelih da se ponašaju u skladu sa dobijenim savetima, što je uglavnom neuspešno ukoliko ne postoje finansijski podsticaji, a u tom segmentu uloga osiguravajućih društava može biti značajna.

Istraživanje pokazuje da su gojazni ljudi veoma specifična grupa. U najvećoj meri su informisani o načinima na koje mogu da dođu do uspeha, ali često bez motivacije i spremnosti da se pokrenu i preduzmu određene korake kako bi smanjili rizike, poboljšali zdravstveno stanje i na taj način uticali na prevenciju bolesti vezanih za prekomernu težinu.

Zahvaljujući preduzetnicima, psiholozima, nutricionistima, stručnjacima u oblasti marketinga itd. ponuđen je čitav spektar mogućnosti i pristupa za rešavanje globalnog problema gojaznosti. Uopšteno posmatrano, odgovornost za rešavanje ovog problema jeste na poje-

dincu, ali i državi koja može da iskoristi priliku za edukovanje mlađih naraštaja kako bi se izbegli ekonomski troškovi rešavanja posledica u budućnosti.

Jedan od dobrih primera redukcije rizika jeste edukacija dece i mladih u školama. Škole u svojstvu državnih institucija često realizuju projekte educiranja o ishrani, kao što su zdrav doručak i slično. Projekti ove vrste imaju za cilj da ukažu na važnost potrebe za pravilnom i redovnom ishranom. Ranom edukacijom mladih već može da se utiče na prevenciju gojaznosti u budućnosti, što bi dovelo do smanjenja troškova u zdravstvu. Neposrednom edukacijom i/ili deljenjem znanja između pojedinaca koji već imaju iskustva sa gubitkom težine postiže se efekat motivacije koji je ključan kod gojaznih.

Literatura

- Alley, Dawn E., & Chang, V., W., (2007). The Changing Relationship of Obesity and Disability, 1988-2004, *The Journal of the American Medical Association*, 298(17), str. 2020–2027.
- Andreški, C. & Topuzoska, S., (2016). “Structural Analysis of Life Insurance: a Comparative Study between the Republic of Macedonia and Republic of Serbia“, *CIVITAS*, Vol. 6, br. 2, str. 24–34.
- Arnaudova, A., (2006). *10 health questions about the new EU neighbours*. World Health Organization, Geneva.
- Eng, E., (2004). *Too big to ignore: the impact of obesity on mortality trends*. Swiss Re, Zurich.
- Foresight Tackling Obesities (1997). *Future Choices Project, UK Government Office for Science*. Department of Innovation, University and Skills, London.
- Francesco, B., Nikogosian, H. & Lobstein, T., (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, *Dopunsko zdravstveno osiguranje*, <http://www.hzzo.hr/dopunsko-zdravstveno-osiguranje/> (Preuzeto: 18. 09. 2016.)
- Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije, (2007). *Finansijski izveštaj*. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, str. 249–258.
- Marović, B. (1997). *Osiguranje*. Financing centar, Novi Sad.

- Mijaljić, J. (2017). Gojaznost kao bolest savremenog doba: implikacija na osiguranje i potencijal za razvoj preduzetništva, *diplomski rad*, Fakultet za pravne i poslovne studije dr Lazar Vrkić, Novi Sad.
- Munich Re - http://www.munichre.com/en/ts/life_and_health/obesity/default.aspx
- Njegomir, V. (2006a). "Osiguranje života – marketing aspekti i specifičnosti", *Marketing*, Vol. 37, Br. 1, str. 29-35.
- Njegomir, V. (2006b). „Upravljanje rizikom iz ugla osiguravajućih društava“, *Finansije*, Vol. 61, Br. 1–6, str. 144–173.
- Njegomir, V. (2011). *Osiguranje*. Ortomedics book, Novi Sad.
- Obesity (2000). *Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report on a WHO Consultation, Technical Report Series, No 894, World Health Organization, Geneva.
- Olshansky, S. Jay et al. (2005). Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century, *The New England Journal of Medicine*, Volume 352:1138-1145, Number 11, March 17.
- Philip, T. J. (2001). The Worldwide Obesity Epidemic, *Obesity Research*, Volume 9, November 2001, str. 228–233
- Svetska zdravstvena organizacija – <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> (Preuzeto: 27. 11. 2017.)
- Svetska zdravstvena organizacija (Preuzeto: 19. 12. 2017.)
http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=118&redirected=reporter_id_1
- Svijet osiguranja – časopis za pravo, ekonomiku i praksu osiguranja i reosiguranja, <http://www.svijetosiguranja.eu/hr/clanak/2009/7/osiguratelji-za-promjenu-zivotnog-stila,87,2919.html> (Preuzeto: 18. 09. 2016.)
- World Health Organisation Global Database of Body Mass Index - <http://www.who.int/bmi/index.jsp> (Preuzeto: 10. 01. 2018.)
- World Health Organisation Global Database of Body Mass Index - <http://www.who.int/bmi/index.jsp> (Preuzeto: 10. 01. 2018.)
- World Health Organization, *Obesity and overweight*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (Preuzeto: 19.09.2016.)
- Životno osiguranje, *Vrste životnog osiguranja*, <http://zivotnoosiguranje.co.rs/vrste-zivotnog-osiguranja/> (Preuzeto: 18. 09. 2016.)