

MEDICINA I OSIGURANJE

Dr Đorđe D. Branković

lekar cenzor specijalista

Lekari cenzori u osiguranju angažovani su u većem broju organizacionih jedinica, gde obavljaju poslove vezane za različite vrste osiguranja, nezgoda, bolesti, hirurških intervencija, nematerijalnih šteta, zastupanja na sudu, putnog osiguranja. S obzirom na to da kriterijumi za procenu telesnog oštećenja, invaliditeta i nematerijalne štete nisu egzaktnog, nego orijentacionog karaktera, razlike u proceni proizlaze iz samog predmeta veštačenja. Ovo se manifestuje kao problem u slučajevima lica koja kod velikih osiguravača poseduju više polisa osiguranja od nezgode, i kada procene u istom slučaju pokrivenom osiguranjem vrši više lekara cenzora, pri čemu dolazi do razlike u procenama. Pri savesnom radu lekara cenzora razlike su minimalne, ali ipak potencijalno štetne za prodaju i marketing. Lekarski izveštaji koji su nekompletni otežavaju procenu posledica nezgode, zbog čega se zahteva dopuna dokumentacije i prolongira postupak likvidacije šteta, ili se odluke donose na osnovu priložene dokumentacije i ličnog iskustva procenitelja. Pre zaključenja ugovora o životnom osiguranju, lekari procenjuju zdravstvenu podobnost ponuđača. Visoke osigurane sume i nepovoljna disperzija rizika u pojedinim slučajevima namenskih osiguranja života nameću posebnu odgovornost i zahtevaju dodatni oprez lekara cenzora. Zbog moralnog hazarda i prevencije nastanka šteta, neophodan je kritički odnos cenzora i prema podacima o zdravstvenom stanju pribavljenim od ponuđača, te prema izveštajima koje sačinjavaju lekari. Kada pokriveni slučaj nastupi, može da se javi problem pribavljanja i skrivanja medicinske dokumentacije, što otežava otkrivanje prećutanih okolnosti.

Ključne reči: lekari cenzori, posledice nezgode, razlike u procenama, lekarski izveštaji, osiguranje života, zdravstveni rizik, prećutana okolnost, moralni hazard, zdravstveni kartoni.

Uvod

Činjenica da se medicinska, pravna i ekonomska nauka u oblasti osiguranja susreću i prepliću, te da ni u jednoj drugoj oblasti poslovanja nisu tako tesno povezane, nameće potrebu da se osvrnemo na neka stručnomedicinska pitanja i problematiku lekarsko-cenzorskih poslova. Gotovo da nema usluge na polju osiguranja lica koja ne zahteva konsultaciju s medicinskom strukom. Počev od prvih tablica smrtnosti, sačinjenih 1693. godine, preko uvođenja različitih premija osiguranja za različite starosne grupe 1762. godine, sve do naših dana, ozbiljno osiguranje lica ne može se zamisliti bez oslanjanja na medicinu.

Lekarsko-cenzorski poslovi

Za potrebe osiguravajućih društava angažovan je veći broj lekara, koji obavljaju poslove u različitim organizacionim jedinicama, kao što su direkcije za naknadu šteta, za velike

biznis korisnike, za životna osiguranja, za mala i srednja preduzeća, a tu su i zelena karta, zastupanje na sudu i slično. Poslovi procene posledica invaliditeta kao posledice nezgode obavljaju se i u tridesetak centara za naknadu šteta širom Srbije.

Pored procena posledica nezgode, lekari cenzori u osiguravajućim društvima daju preliminarnu i konačnu saglasnost za namirenje obaveza po osnovu dobrovoljnog putničkog osiguranja, utvrđuju obaveze u slučajevima sa osiguravajućim pokrićem na osnovu životnog osiguranja (stari i novi portfelji), a poglavito na osnovu osiguranja lica za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija; lekari procenjuju zdravstvenu podobnost ponuđača (potencijalnih klijenata) i rizik za osiguranje života, uključujući i osiguranje za slučaj smrti korisnika kredita. Poslovi veštačenja nematerijalnih šteta (auto-odgovornost, zelena karta) u uskoj su vezi s poslovima koje obavlja služba zastupanja na sudu, budući da se u većini slučajeva radi o „sudskim štetama“. Neki od

navedenih poslova (putno osiguranje, zalaganje polise kao mera obezbeđenja kredita) zahtevaju hitno reagovanje osiguranja i svakodnevni angažman u toku cele godine. Svi nabrojani poslovi skupčani su posebnom problematikom i zaslužuju posebnu analizu, ali na ovom mestu fokusirali bismo se na procenu posledica nezgode i na zdravstvenu podobnost za osiguranje života.



Posledice nezgode

Za razliku od procena imovinskih šteta, kriterijumi i smerice za procenu telesnog oštećenja, invaliditeta i nematerijalnih šteta nisu egzaktnog, nego orijentacionog karaktera, pa je nemoguće eliminisati subjektivizam i pojavu razlika u viđenju veštaka. Činjenica da tabele za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) kao posledice nezgode nisu pretrpele značajnije korekcije u poslednjih nekoliko decenija ipak nije presudan uzrok za nastanak razlika u procenama. Razlike prvenstveno proističu iz samog predmeta veštačenja i slobodnog stručnog uverenja lekara cenzora, ali i iz faktora lokalne sredine i faktora proisteklih iz „politike šteta”. Razlike u procenama su neizbežne, a u nekim situacijama čak i poželjne,

jer sukobljavanjem mišljenja u vezi s pojedinim konkretnim slučajevima lekari cenzori razmenjuju iskustva, unapređuju znanje i objektivizuju kriterijume.

Problem, međutim, nastaje u velikim osiguravajućim kućama kod kojih isti osiguranik može da poseduje više polisa osiguranja od nezgode, pa se procene po istom slučaju pokrivenom osiguranjem obavljaju u više centara i od strane više lekara cenzora, koji nisu uvek upoznati s postojanjem drugih polisa. Rastući broj odštetnih zahteva otežava stručnu koordinaciju i usklađivanje odluka u svakom pojedinačnom slučaju, te se događa da se istom osiguraniku, po istom pokrivenom slučaju, dodele različiti procenti invaliditeta. Zahvaljujući stručnosti i predanosti lekara cenzora, u većini slučajeva ove nepoželjne razlike su minimalne, ali ipak dovoljne da zbune klijente, daju osnov za prigovor i ostave loš utisak o osiguravaču. Iako se radi o relativno malim novčanim iznosima, ovakve pojave imaju direktne posledice na prodaju usluga i stvaraju negativan marketinški efekat.

Sličan problem je i s licima koja kod različitih osiguravača imaju polise za slučaj nezgode. Tada i osiguravajuće kuće počinju da se ponašaju nekorektno. Uočeno je da pojedini osiguravači, bez medicinskog osnova, dodeljuju veće procenite osiguranicima koji im prezentuju odluku o likvidaciji šteta drugog osiguravača. Jedinstvena evidencija ovakvih slučajeva ne postoji, kao ni jasan stav većine osiguravača kako postupiti kada ova lica ulože prigovor. To nameće potrebu čvršće saradnje pri usaglašavanju stavova i razmeni iskustava, a u pojedinim slučajevima i timski rad lekara cenzora, angažovanih za istog osiguravača. Takođe, javlja se potreba da udruženja osiguravajućih društava stvore i vode evidenciju nekorektnog ponašanja.

Lekarski izveštaji

Nekompletni izveštaji, kao i oni u kojima nisu poštovani standardi i koji propisuju formu i sadržaj lekarskog izveštaja dodatno otežavaju procenu posledica nezgode, to jest utvrđivanje procenta nastalog invaliditeta. Tendenciozni izveštaji, sačinjeni za „potrebe osiguranja“, problematični su i sa opštemoralnog i sa stručnomedicinskog stanovišta. Na seminaru sudskih veštaka iz oblasti medicine rada, koji se jednom godišnje tradicionalno održava u Vrnjačkoj Banji, ukazivano je na pojave ovakvih lekarskih izveštaja. To je uočeno i ocenjeno kao neprihvatljivo i od strane Katedre za sudsku medicinu Medicinskog fakulteta u Beogradu. Ipak, najčešći problem predstavljaju izveštaji u kojima

ne postoji sasvim precizan opis posledica nezgode, pa se procena zasniva na ličnom iskustvu lekara cenzora.

Tržišni uslovi zahtevaju brzinu i efikasnost u likvidaciji šteta, to jest isplati odšteta, na čemu se posebno insistira u velikim osiguravajućim kućama. Nekompletni izveštaji dovede lekara cenzora u nedoumicu da li da zahteva dostavu dodatne dokumentacije – što prolongira donošenje odluke i isplatu odštete – ili da, zarad efikasnosti, donese odluku na osnovu raspoložive dokumentacije, uz rizik da ovako donesena odluka bude ocenjena kao proizvoljna i zasnovana na nepotpunim činjenicama. Mišljenja samih lekara cenzora o ovom pitanju takođe su različita, tako da bi i to moglo da bude tema rasprave, koja bi, opet, mogla da rezultira usvajanjem jedinstvenog stava prema ovom pitanju. Praksa zavoda za osiguranje u bivšoj SFRJ bila je da lekar cenzor, ili tim lekara, komisijski pregleda osiguranika i donese odluku. Pitanje je da li bi eventualno ponovno uvođenje ovakve prakse bilo tehnički izvodljivo, imajući u vidu prostor gde bi pregledi bili obavljani. Da li je, dakle, izvodljivo da svaki osiguranik bude pregledan, i konačno, da li bi se ovim uvećali troškovi osiguravača i došlo do značajnijeg smanjenja broja odštetnih zahteva? Nesporno je da se ni ovakvim pristupom ne bi izbegla pojava subjektivnih razlika u procenama (slučajevi s više polisa), tako da bi potreba za koordinacijom i usaglašavanjem postojala i u ovom slučaju.

Zdravstveni rizik u osiguranju života

U poslednje vreme osiguravajuća društva sve više pažnje posvećuju osiguranju života, pa je „reaktivirana“ uloga lekara cenzora u postupku underwritinga. S obzirom na visinu osiguranih suma i nepovoljnu vremensku disperziju rizika u pojedinim slučajevima namenskog osiguranja života, kao što je osiguranje za slučaj smrti korisnika kredita, od lekara se zahteva poseban oprez prilikom donošenja odluka. Povećana odgovornost lekara cenzora u ovakvim slučajevima zahteva stalno stručno usavršavanje i konsultovanje sa ekspertima iz pojedinih oblasti medicine. Budući da je predmet procene mogućnost da slučaj sa osiguravajućim pokrićem nastupi u budućnosti, često i u periodu dužem od 20 godina – neophodan je analitički pristup svakom pojedinačnom slučaju. Stoga je bilo kakav automatizam neprihvatljiv i potencijalno štetan. Procena zdravstvene podobnosti ponuđača (potencijalnih klijenata) vrši se na osnovu odgovora na pitanja postavljena u Ponudi za osiguranje života i na osnovu izveštaja s lekarskih pregleda, propisanih od strane osiguravača. Zavisno od visine osigurane sume,

potencijalni osiguranici obavljaju lekarske preglede, čiji su obim i sadržina propisani odgovarajućim aktima. Kada su u pitanju veće osigurane sume, o odluci se obavezno obaveštava reosiguravač, ili mu se dostavljaju medicinska dokumentacija i informacije o zdravstvenom stanju, na osnovu kojih konačnu odluku donosi inoreosiguravač.

Suočavanje s nepotpunim lekarskim izveštajima i prikrivanje okolnosti važnih za procenu podobnosti za osiguranje usložnjava poslove procene zdravstvenog rizika za životno osiguranje i iziskuju analize i aktivnosti koje nisu isključivo stručnomedicinskog karaktera. Nepotpuni i neprecizni lekarski izveštaji, u ovakvim slučajevima, praktično onemogućavaju procenu rizika, zbog čega se zahtevaju njihove korekcije i dopune, što, nadalje, često nailazi na nerazumevanje od strane klijenata i odustajanja od zaključenja ugovora o osiguranju. Budući da ponuđač najčešće sam bira zdravstvenu ustanovu gde će biti pregledan, pojavljuju se i „tendenciozno sačinjeni izveštaji“. Oni predstavljaju poseban problem i mogu se kategorisati kao ozbiljniji oblik moralnog hazarda, s potencijalno štetnim posledicama po osiguravača. Ovdje se otvara pitanje odnosa ovlašćenja i odgovornosti lekara cenzora. Neprihvatljivo je da lekar cenzor u ovakvim slučajevima odluku donosi samo na osnovu činjenice da je klijent ispunio formu i poštovao proceduru, bez lekarovog kritičkog odnosa prema verodostojnosti dostavljenih podataka, posebno kada su u pitanju lekarski izveštaji. Kada osiguranik prečuti važne okolnosti ili da neistinite odgovore o zdravstvenom stanju, osiguravač ima pravni osnov da umanj ili odbije svoju obavezu, naročito ako uvidom u medicinsku dokumentaciju utvrdi da je okolnost koja je dovela do nastupanja pokrivenog slučaja prečutana, i da je postojala pre zaključenja polise.

Nasuprot tome, u situaciji kada lekar koji je sačinio izveštaj učini propust u smislu nesavesnog obavljanja pregleda ili prećutkivanja simptoma i kliničkih promena koje ukazuju na postojanje uvećanog rizika, pravni osnov za umanj enje ili odbijanja obaveze dovodi se u pitanje jer je tada veza osiguranika i prećutanih okolnosti indirektna. S druge strane, kada se procena vrši samo na osnovu podataka koje je dao osiguranik, pojavljuju se problemi pribavljanja i prikrivanja medicinske dokumentacije, što otežava postupak utvrđivanja obaveze i detektovanja prećutanih okolnosti. Teškoće prilikom pribavljanja zdravstvenih kartona zbog nedorečenosti Zakona o zdravstvenoj zaštiti česta su pojava, na koju utiče i neuredno vođenje evidencije o posetama lekaru, lečenje u privatnim zdravstvenim ustanovama gde se evidencija o posetama neretko ne vodi na propisan

način. Sve to usložnjava postupak utvrđivanja obaveze. Činjenica da zakonodavstvo u navedenim situacijama ne ide naruku osiguravačima, prvenstveno u pogledu prava na uvid u zdravstvenu dokumentaciju, stavlja osiguravače u neravnotežan položaj u odnosu na osiguranike i predstavlja direktan podstrek za moralni hazard.



Umesto zaključka

Rešenja problema oko lekarsko-cenzorskih poslova ipak postoje, s tim što je angažman lekara cenzora i stručnih službi u osiguravajućim društvima neophodan. Eventualni pokušaji da se rešenja donose bez prisustva lekara i konsultacije s lekarima, koji su najkompetentniji za rešavanje ove problematike, nisu dopustivi u ozbiljnim osiguravajućim društvima. S obzirom na to da se svi osiguravači suočavaju sa istim problemima, jedna od mogućnosti za njihovo rešavanje jeste zajednička inicijativa za izmene i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti, kao i drugih zakona koji regulišu pravo

pristupanja podacima o zdravstvenom stanju osiguranika. Time bi se, naposljetku, omogućilo adekvatno postupanje u slučajevima dokazanog moralnog hazarda.

Summary

Medicine and Insurance

Dorđe D. Branković, M.D.

In the insurance industry medical examiners are involved in the operations of a large number of organizational units where they perform duties related to various lines of insurance, accidents, illnesses, surgical procedures, non-material loss, representation in court and passenger insurance. In consideration of the fact that the criteria for the evaluation of physical damage, disability and non-material loss are not of an exact but of an orientational character, the differences in evaluation derive from the very object of expertise. This poses a problem in cases where a person has several accident policies with major insurers and where there are discrepancies between assessments of the same insured event carried out by several medical examiners. These differences are minimal where a medical examiner conscientiously performs his duties, but they may be potentially disadvantageous to sale and marketing. Incomplete doctor's reports render the assessment of the accident consequences more difficult, for which reason additional documents are required and the claim settlement procedure is prolonged, or decisions are made on the basis of enclosed documents and the assessor's personal experience.

Before the stipulation of a life insurance contract, doctors assess the health-related eligibility of the applicant. Huge sums insured and unfavourable risk spread in certain cases of special-purpose life coverages impose particular responsibility and urge medical examiners to use extra caution.

In view of the moral hazard and prevention of loss, a medical examiner needs to have a critical attitude as regards health details provided by the applicant and reports made by doctors. When the insured event occurs, the problem regarding the procuring and concealing of medical documents may arise and hinder the disclosure of undisclosed circumstances.

TRANSLATED BY: **VESNA TURUDIJA**