

DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Dr Đorđe D. Branković

Lekar cenzor specijalista

Teško stanje koje godinama vlada u zdravstvu, podstaklo je mnoge korisnike zdravstvenih usluga da se orijentišu ka privatnom sektoru, gde je bilo teško vršiti kontrolu kvaliteta pružanja usluga, kao i pravnu i finansijsku zaštitu građana.

Ovo je dovelo do nastanka prvog Privatnog dopunskog zdravstvenog osiguranja, čiji je cilj bio da se osiguranicima omogući pružanje kvalitetnije zdravstvene usluge. Problemi na koje se nailazilo prilikom sprovođenja ovog osiguranja, delimično su otklonjeni usvajanjem novog Zakona o zdravstvenom osiguranju, ali je Republički zavod za zdravstveno osiguranje ipak ostao privilegovan u odnosu na osiguravajuća društva koja se bave zdravstvenim osiguranjem, iako RZZO nema tako dobro razvijenu prodajnu mrežu. Ovo je verovatno jedan od razloga zbog kojih sistem dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja nije zaživeo u željenom obimu. Dalji razvoj dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji sprovode osiguravajući zavodi, mogao bi značajno da doprinese unapređenju zdravstvene zaštite stanovništva, pre svega ukoliko se umesto konkurentskog odnosa prema državnom fondu, ostvari partnerski odnos i saradnja sa Ministarstvom zdravlja i RZZO. Saradnja bi podrazumevala veću ulogu osiguravajućih društava u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i eventualna zajednička ulaganja u sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu. Važnu ulogu u unapređenju zdravstvenog osiguranja mogli bi da zauzmu investicioni, sindikalni i fondovi solidarnosti, kojima je novim zakonom omogućeno organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ukoliko bi došlo do integracije više sindikalnih fondova, stvorio bi se jedan jak fond, čiji bi predstavnici mogli da postanu članovi Upravnog odbora RZZO i da na taj način participiraju u donošenju odluka. Ovo bi značajno unapredilo sistem zdravstvene zaštite u Republici.

Ključne reči: pravo na zdravstvenu zaštitu; sistem zdravstvene zaštite; dobrovoljno zdravstveno osiguranje; zakon o zdravstvenom osiguranju; alternativni fondovi

Uvod

Pravo na zdravstvenu zaštitu, kao univerzalno ljudsko pravo i tekovina savremene civilizacije, u većini zemalja savremenog sveta se ostvaruje preko obaveznih vidova zdravstvenog osiguranja na koje se obavezuje država svojim propisima. Najčešće se radi o osiguranjima osnovanim od strane države, ali nisu retka ni osiguranja čiji su osnivači zdravstvene ustanove, grupe građana i sindikalne organizacije. Nastanak zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite vezuje sa za radničke pokrete iz druge polovine devetnaestog veka, a u današnje vreme sindikati, preko svojih predstavnika, imaju značajnu ulogu u kreiranju politike zdravstvenih osiguranja. Po završetku Drugog svetskog rata, celokupno stanovništvo država u kojima se formirao socijalistički



sistem bilo je obuhvaćeno pravom na besplatnu zdravstvenu zaštitu po modelu obaveznog zdravstvenog osiguranja. U Engleskoj i u Italiji funkcionišu sistemi „Nacionalnih zdravstvenih službi“, kojima je obuhvaćeno celokupno stanovništvo.

U visokorazvijenim zemljama, sve je raširenija pojava formiranja različitih oblika dobrovoljnog osiguranja. Najčešće se radi o osiguranjima koja podrazumevaju veći obim i veći standard zdravstvenih usluga (tzv. paralelna zdravstvena osiguranja) i osiguranjima onih prava koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem (tzv. dodatna zdravstvena osiguranja), a nisu retki ni osiguravajući sistemi koji u potpunosti zamenjuju državna osiguranja.

Počeci dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Srbiji

Teško stanje kome su građani, godinama unazad, bili izloženi u državnom sistemu zdravstvene zaštite, a pre svega u delu primarne zdravstvene zaštite, opredelilo je mnoge korisnike zdravstvenih usluga da se orijentišu ka privatnom sektoru, gde su mogli da se suoče sa nizom problema, počev od izlaganja neopravdano visokim troškovima do neadekvatnog pružanja zdravstvenih usluga, pre svega od strane lica koja nisu posedovala odobrenja nadležnog ministarstva. Zbog ovoga se ukazala potreba objedinjavanja privatnih zdravstvenih ustanova u jedinstven sistem, sa dobro razvijenim mehanizmima kontrole kvaliteta zdravstvenih usluga. Tako je još početkom 2004. godine, u saradnji sa Privatnom lekarskom komorom, po uzoru na visokorazvijene zemlje, sačinjen projekat privatnog dopunskog zdravstvenog osiguranja. Iako smo bili svesni da se, zbog relativno niske platežne moći stanovništva, nije mogla očekivati veća finansijska dobit, ušli smo u realizaciju ovog projekta sa vizijom njegovog razvoja, kao investicionog poduhvata za budućnost.

U to vreme su poslovi sprovođenja zdravstvenog osiguranja, poslovi likvidacije obaveza i razvoja osiguranja bili centralizovani u Direkciji za osiguranje lica, gde je proizvod praćen i gde su se vršile izmene i dopune uslova i uputstava proizvoda zdravstvenog osiguranja, kao i poslovi vezani za širenje mreže zdravstvenih ustanova.

Posebna služba je posredstvom Pozivnog centra obavljala koordinaciju između lekara i pacijenta i evidentirala usluge koje su osiguraniku pružane u zdravstvenoj ustanovi u koju je upućen. Lekar-konsultant imao je stalni pristup u pomenutu evidenciju, što je predstavljalo neophodnu

dodatnu meru zaštite osiguranika. Pored ovoga, lekar-konsultant je bio upoznat sa kadrovskom strukturom i opremljenošću zdravstvenih ustanova, tako da su po potrebi osiguranici mogli da dobiju savet u pogledu izbora zdravstvene ustanove u kojoj će na najbolji način rešiti svoj zdravstveni problem. Ovo je bio način da pacijenti budu zaštićeni i od bespotrebnog lutanja od lekara do lekara i od prekomernog trošenja vremena i novca.

Odsustvo podrške od strane relevantnih državnih institucija, pojava opstrukcije inicirane u krugovima, kojima nije odgovaralo uvođenje transparentnog načina plaćanja zdravstvenih usluga, otežavalo je sve poslove iz domena privatnog dopunskog zdravstvenog osiguranja. Problemi su se pojavljivali i prilikom formiranja i širenja mreže zdravstvenih ustanova, a najveće poteškoće su se javljale prilikom zaključivanja ugovora sa državnim zdravstvenim ustanovama. Poseban problem predstavljala je zakonska regulativa, koja nije išla na ruku osiguravajućim društvima, pa su intenzivni naponi bili usmereni u pravcu izmena i dopuna Zakona o zdravstvenom osiguranju.

Zakon o zdravstvenom osiguranju

Poslednjim izmenama Zakona o zdravstvenom osiguranju izvršena je decentralizacija sistema zdravstvenog osiguranja, čime su stvoreni uslovi za dalji razvoj projekta Dopunskog zdravstvenog osiguranja. Pomenutim izmenama regulisani su određeni detalji vezani za uvođenje i funkcionisanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, tako da je pored obaveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji, zakonom definisano i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Ove izmene išle su na ruku svim osiguravajućim društvima, koja su u svojoj ponudi i pre usvajanja novog zakona imala neke vidove zdravstvenog osiguranja, kao što su privatno dopunsko zdravstveno osiguranje, osiguranje lica za slučaj bolesti i hirurških intervencija i putno zdravstveno osiguranje.

Iako nisu postojale zakonske smetnje za sprovođenje pomenutih vidova osiguranja, novi zakon je definisao područje primene dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao i subjekte koji se bave dopunskim zdravstvenim osiguranjem. Zakonom je predviđeno da dobrovoljno zdravstveno osiguranje pored Republičkog zavoda mogu da organizuju i sprovode i druga pravna lica koja obavljaju delatnost osiguranja. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se Zakonom o zdravstvenom osiguranju definiše kao osiguranje od rizika plaćanja učešća u troškovima



zdravstvene zaštite – takozvano *dopunsko zdravstveno osiguranje*; osiguranje lica kojima je prestao osnov za obavezno zdravstveno osiguranje, odnosno lica koja nisu uključena u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja – takozvano *nadoknađujuće zdravstveno osiguranje*; osiguranje na prava iz zdravstvenog osiguranja u većem obimu, odnosno većem standardu od prava obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem – takozvano *paralelno zdravstveno osiguranje*.

Postupak organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uređuje Vlada na predlog ministra zdravlja, dok u slučajevima u kojima je dobrovoljno osiguranje uređeno na drugačiji način i u skladu sa drugim zakonima, Zakon o zdravstvenom osiguranju je predvideo obaveznu saglasnost Ministarstva zdravlja. Ovim je država zadržala kontrolu u sferi zdravstvene zaštite, što je dobro zbog kontrole kvaliteta zdravstvenih usluga i kontrole zakonitosti rada zdravstvenih ustanova, ali su involviranjem administrativnog aparata u postupak kreiranja proizvoda zdravstvenog osiguranja, osiguravajuća društva koja se bave zdravstvenim osiguranjem stavljena u neravnotežan položaj u odnosu na Republički zavod za zdravstveno osiguranje.

Uloga Republičkog zavoda za zdravstvenu zaštitu

S obzirom da Vlada Republike Srbije uredbom određuje obim i sadržinu zdravstvene zaštite stanovništva, još u fazi javne rasprave upućene su primedbe na Nacrt zakona, kojima je ukazano na favorizovanje Republičkog zavoda i na činjenicu da neka zakonska rešenja mogu proizvesti sukob interesa. Ovo se manifestuje odredbama kojima je Republičkom zavodu za zdravstveno osiguranje, pored poslova obaveznog zdravstvenog osiguranja u utvrđenom obimu i sadržini, omogućeno organizovanje i sprovođenje paralelnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja, kojim su obuhvaćene one zdravstvene usluge koje nisu u paketu obaveznog osiguranja. To praktično znači, da bi se i o pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (obim i sadržina zdravstvene zaštite) i o pravima koja proizilaze iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje se naplaćuje, praktično moglo odlučivati na istom mestu. Pomenuto bi moglo dovesti do postepenog redukovanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a samim tim i prava na zdravstvenu zaštitu.

Mogao bi se postaviti čitav niz pitanja u vezi sa mestom i načinom prodaje proizvoda dobrovoljnog osiguranja, kreiranih i u samom Republičkom zavodu za zdravstveno

osiguranje. Pose-
duje li Zavod za
zdravstveno osi-
guranje adekvat-
nu prodajnu mre-
žu, da li se prodaj-
jom ovog osigura-
nja bave lica koja
imaju odgovara-
juće licence Na-
rodne banke Sr-
bije ili se osigu-
ranje prodaje na
neki drugi, zak-
onom nedefinisan
način, da li se po-
štuje *Zakon o osi-
guranju* i mogu
li ovlašćene dr-
žavne instituci-
je vršiti adekvat-
nu kontrolu po-
štovanja pomenu-
tog zakona? Mož-
da u ovim pitanji-
ma leži i odgovor,
zbog čega Dobro-
voljno zdravstve-
no osiguranje nije
u dovoljnoj meri zaživelo na tržištu osiguranja.

Bilo da ovo osiguranje nude osiguravajući zavodi, bilo da ga nudi Republički fond, činjenica je da dobrovoljna zdravstvena osiguranja nisu zaživela u očekivanom obimu i nisu dovela do poboljšanja funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite, što je i bio osnovni motiv za njihovo uvođenje.

Uloga osiguravajućeg društva u sistemu zdravstvene zaštite

Ovakva zakonska regulativa nameće potrebu da se, u cilju razvoja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, obezbedi tešnja saradnja osiguravajućeg društva i Ministarstva zdravlja na svim nivoima. Republički zavod za zdravstveno osiguranje, takođe predstavlja instancu, bez koje je nezamislivo unapređenje dobrovoljnih vidova zdravstvenog osiguranja, pri čemu osiguravajuća društva mogu imati konstruktivnu



ulogu i važno mesto u razvoju zdravstvenog sistema u celini, što je shodno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, obaveza i pojedinaca i velikih privrednih subjekata. Zavisno od proizvođa koje nudi, osiguravajuće društvo može da se nametne kao partner ili da se postavi kao konkurent Republičkom zavodu za zdravstveno osiguranje, što je stvar strategije samog osiguravajućeg društva. Ovakav izbor je moguć, zbog raznolikosti dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja. Ponudom preventivnih usluga iz domena primarne zdravstvene zaštite, kao što su godišnji sistematski pregledi, doplate za veći obim i standard usluga izabranog lekara, osiguravajuće društvo se pojavljuje kao partner, dok sa ponudom osiguranja lica koja nisu uključena u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, osiguravač postaje konkurent Republičkom zavodu. U slučaju da se osiguravajuće društvo opredeli za partnerski odnos sa Zavodom, bila bi moguća značajnija zajednička ulaganja u sekundarnu i tercijalnu zdravstvenu zaštitu, što bi unapredilo sistem zdravstvene zaštite u celini.

Ako se osiguravajuće društvo opredeli za formiranje sopstvenog osiguravajućeg modela, nezavisnog od Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje, postavlja se kao konkurent Zavodu. Ovo zahteva izdvajanje značajnijih sredstva u domenu sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Neka osiguravajuća društva iz okruženja su formirala sopstvene klinike, koje pružaju usluge licima sa kojima je zaključeno osiguranje. U ovakvim slučajevima obično su u pitanju modeli u kojima se dobit od osiguranja deli između osiguravajućeg društva, osiguranika i zdravstvenih ustanova. U uslovima globalne ekonomske krize, ova kvi modeli su rizični pre svega za osiguravača, s obzirom da su ostvarivanje dobiti i brz povratak uloženi sredstava krajnje neizvesni.

Uloga alternativnih fondova u sistemu zdravstvene zaštite

Uključivanje novih osiguravajućih subjekata u sistem zdravstvene zaštite, u uslovima globalne ekonomske krize, može značajno da pomogne unapređenju sistema zdravstvene zaštite. Novim Zakonom o zdravstvenom osiguranju, mogućnost organizovanja i sprovođenja zdravstvenog osiguranja data je i investicionim fondovima.

Učešće sindikalnih fondova, fondova solidarnosti i njihovo združivanje i integracija, predstavljaju široku mogućnost za obezbeđenje adekvatne zdravstvene zaštite zaposlenih lica i rasterećenje državnog fonda. Ukoliko bi se ostvarila inicijativa za integraciju sindikalnih fondova solidarnosti i fondova koje u ovu svrhu osnivaju poslodavci, bilo bi neophodno striktno definisanje pravne regulative vezane za obim i sadržinu zdravstvene zaštite i regulative vezane za način i postupak ostvarivanja prava na korišćenje sredstava iz ovako formiranog fonda. U Upravnom odboru Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje, zakonom je predviđeno četrnaest mesta za osiguranike iz redova zaposlenih, tako da bi ova ko združeni sindikati mogli da participiraju u donošenju odluka vezanih kako za dobrovoljno, tako i za obavezno zdravstveno osiguranje.

Osiguravajuće društvo, koje ima definisane uslove i programe osiguranja i razrađene procedure sprovođenja prava iz uslova, moglo bi da bude stožer pomenutih integracija i zauzme važnu ulogu u sistemu zdravstvenog osiguranja, a poslodavci bi na ovaj način svojim zaposlenim omogućili bolje uslove za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu.

Zaključak

Ukoliko bi se obezbedili uslovi za masovnije opredeljivanje stanovništva za lečenje u privatnom sektoru došlo bi do značajnog rasterećenja državnog fonda, a ujedno bi bilo omogućeno otvaranje novih radnih mesta za mlade lekare i za „višak” lekara iz državnih institucija. Pristupanje seoskih zdravstvenih stanica u sistem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, motivisalo bi medicinsko osoblje da se zaposli u njima, pa bi se na ovaj način mogla obezbediti kvalitetna zdravstvena zaštita u onim sredinama u kojima to do sada nije bio slučaj. Pomenuto je od opštedruštvenog interesa, što znači da bi moralo da izazove pozitivnu reakciju i Ministarstva zdravlja i Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje, pre svega u vidu podrške osiguravajućem društvu.

Imajući u vidu sve navedeno, novi Zakon o zdravstvenom osiguranju otvara niz mogućnosti za unapređenje sistema zdravstvene zaštite u celini.

Summary

Supplementary Health Insurance

Dr. Đorđe D. Branković, specialist doctor

With right conditions provided, citizens would choose to be treated in private sector on a larger-scale which, as a consequence, would considerably relieve the public fund and, at the same time, enable the opening of new positions for young doctors and those doctors which became a „surplus” in public institutions. Inclusion of village health stations into the voluntary health insurance system would motivate medical staff to seek jobs therein and thus a high-quality health care would be provided in the environments in which it has been lacking so far. The aforementioned is in the general public interest meaning that it is expected to be met with a positive response of both the Ministry of Health and the Republic Institute for Health Insurance, primarily through the support to insurance companies.

Having in mind the aforesaid, the new Law on Health Insurance opens a series of possibilities for improvement of health care system in general.

TRANSLATED BY: ZORICA SIMOVIĆ