

INTERVJU

doc. dr. sci. NEVEN LJUBIČIĆ, ministar zdravstva

➤ **Veći opseg prava na zdravstvenu zaštitu, kao i viši standard u odnosu na onaj iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, može se osigurati samo izvan ugovorenoga radnog vremena s HZZO-om**



Nema dvostrukog nadzora nad osigurateljima

Razgovori koje smo za prošli broj Svijeta osiguranja vodili s ljudima iz vodećih hrvatskih osiguravajućih društava koja u ponudi imaju i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, pokazuju da je Hrvatska na dnu ljestvice europskih zemalja s udjelom privatnih osiguranja u financiranju troškova zdravstva. U ukupnom portfelju premija domaćih osiguratelja police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sudjeluju s manje od tri posto, a činjenica da samo pet od 25 osiguratelja u Hrvatskoj nudi neku zaokruženu uslugu zdravstvenog osiguranja, jasno govori da većina njih iz nekog razloga zaobilazi taj unosan i u svijetu vrlo raširen segment.

Dio osiguratelja razlog tome nalazi u neriješenim odnosima s državom, odnosno javnim zdravstvom. Nadalje, smatraju da smo proteklih godina imali previše promjena u zdravstvu, u konceptu, brzini razvoja itd., odnosno da je izostala kontinuirana zdravstvena politika koja bi, uz ostalo, zauzela i jasan stav u odnosu na privatni osiguratelj – javno zdravstvo. Osiguratelji se pritom pozivaju i na praksu razvijenijih zemalja, u kojima je državnom regulativom određeno u kojem će postotku javne zdravstvene ustanove

svoje kapacitete ponuditi tržištu i privatnim osigurateljima. Neki čak smatraju da uz obvezno zdravstveno osiguranje treba uvesti i obvezno dopunsko zdravstveno osiguranje, barem dok se ne razvije svijest o potrebi vlastite skrbi za zdravlje kakva postoji u zemljama s višim standardom.

No, činjenica je da ni osiguratelji nisu jedinstveni u svojim zahtjevima. Jer, dok jedni veći dio ponude zasnivaju na vlastitim poliklinikama, drugi zdravstvene usluge unajmljuju u javnim zdravstvenim ustanovama, a treći kombiniraju obje varijante. Svi su oni, pak, upućeni isključivo na javno zdravstvo kad je riječ o osiguranju zdravstvenog nadstandarda u bolničkom liječenju za njihove osiguranike. S te točke gledišta ministar zdravstva Neven Ljubičić ima pravo kad kaže da se "privatni osiguratelji žele ušuljati u prostor obveznog osiguranja, da liječnik za radnog vremena prima pacijente iz dodatnoga zdravstvenog osiguranja, i to se ne može".

➤ **Sve izraženiji zahtjevi pacijenata i bolesnika za visokim zdravstvenim standardom nužno iziskuju i potrebu njihove veće participacije u podmirivanju troškova**

I napokon, činjenica je i da je zdravstvo svaki dan sve skuplje jer troškovi zbog novih lijekova, novih metoda liječenja, porasta starije populacije – da nabrojimo samo dio razloga – rastu brže negoli u bilo kojoj drugoj djelatnosti. Iz istog razloga paket zdravstvenih usluga koji država može osigurati u obveznom osiguranju je sve tanji, a restrikcije sve veće. Iskustva europskih i drugih razvijenih zemalja pokazuju da je neizbježan proces u kojem će svi koji žele koristiti iznadprosječni zdravstveni

standard morati to i dodatno platiti. Također se pokazuje da su različite vrste privatnih zdravstvenih osiguranja dobar put da država smanji troškove za zdravstvo, osiguranici budu pošteđeni dugih lista čekanja, osiguratelji u ponudi zdravstvenih usluga zauzmu mjesto koje im pripada i da zdravstvena zaštita u cjelini dobije novu kvalitetu.

Pa, kakva je onda budućnost privatnog, odnosno dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj, gdje je tu interes



Sasvim je jasno da komercijalni osiguratelji žele i traže veći prostor, ali to u ovom trenutku jednostavno nije moguće

korisnika, a gdje države, kako postići suradnju i komplementarnost privatnog i javnog zdravstva, kojim načinom i kojim tempom to ostvariti? O tome razgovaramo s ministrom zdravstva doc. dr. sci. Nevenom Ljubičićem.

■ **Ministarstvo zdravstva energično je odbilo prijedlog osiguratelja za izmjenom Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Koji su razlozi za takav stav?**

Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju Hrvatski sabor donio je u srpnju 2006. velikom većinom glasova svih zastupnika. U postupku njegove izrade putem radionica svim zainteresiranima, počevši od sindikata, poslodavaca pa do strukovnih komora u zdravstvu i udruga pacijenata, bilo je omogućeno participiranje u zakonskim rješenjima. Uz to, polazilo se od smjernica utvrđenih Nacionalnom strategijom razvitka zdravstva 2006. – 2011. godine koju je Sabor donio u lipnju 2006., a prema kojima privatna potrošnja za zdravstvo kroz sustav dobrovoljnog osiguranja (dopunsko i dodatno osiguranje) treba zauzeti važnije mjesto u izvoru financiranja zdravstvene zaštite.

Kod određenog broja osiguratelja, nakon donošenja Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, pojavili su se zahtjevi vezani uz njegove izmjene u dijelu koji se odnosi na potrebu ishođenja suglasnosti ministra nadležnog za zdravstvo za korištenje kapaciteta zdravstvenih ustanova izvan ugovorenih kapaciteta s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osigu-

ranje. Navedene zahtjeve, najkraće rečeno, ne mogu prihvatiti jer je upravo jedan od osnovnih ciljeva donošenja posebnog zakona kojim se uređuje područje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja jasno razgraničiti sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja od dobrovoljnog, kojima se pacijentima osigurava veći standard, odnosno veći opseg prava na zdravstvenu zaštitu u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

■ **Privatno osiguranje već je naišlo na veliko zanimanje u društvu. Kakvu "podjelu rada" između javnog i privatnog zdravstva u ovom trenutku vi, odnosno Ministarstvo zdravstva, predlažete?**

U Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju jasno smo odijelili obvezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, tako da zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost ili privatni zdravstveni radnici sa sklopljenim ugovorom o provođenju zdravstvene zaštite s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje mogu sklopiti ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju samo za kapacitete koji nisu ugovoreni sa Zavodom. Veći opseg prava na zdravstvenu zaštitu u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, kao i viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na onaj iz obveznoga zdravstvenog osigu-

ranja, može se osigurati samo izvan ugovorenoga radnog vremena s HZZO-om. Slična odredba odnosi se i na privatno zdravstveno osiguranje kao jedan od oblika dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja. Naime, na temelju Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju određuje se da zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost ili privatni zdravstveni radnici sa sklopljenim ugovorom o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, mogu sklopiti ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju samo za kapacitete izvan ugovorenih sa Zavodom i izvan ugovorenog radnog vremena sa Zavodom.

■ **Što mislite o prijedlogu nekih osiguratelja da se, prema uzoru na neke razvijene zemlje, uvede obvezno plaćanje dopunskoga zdravstvenog osiguranja?**

Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Navedenu doplatu mogu plaćati bilo pacijenti, bilo komercijalni osiguratelji, a u jednom dijelu, u prijelaznom razdoblju, i HZZO. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju omogućuje da ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklapaju, kao ugovaratelji osiguranja, ili sami osiguranci obveznoga zdravstvenog osiguranja ili njihovi poslodavci koji se sklapanjem tog ugovora obvezuju na plaćanje premije osiguranja za osiguranike – svoje zaposlenike.

■ **I dok neki osiguratelji veći dio ponude zasnivaju na vlastitim poliklinikama, drugi zdravstvene usluge unajmljuju**

u javnim zdravstvenim ustanovama, a treći kombiniraju obje varijante. Svi su, pak, upućeni isključivo na javno zdravstvo u bolničkom liječenju za svoje osiguranike. Kako riješiti situaciju da liječnik u bolnicama dio vremena radi za bolnicu, a dio za osiguratelja?

Tu situaciju rješava Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti koji je u okviru paketa zdravstvenih zakona donesen u srpnju prošle godine. Naime, zdravstveni radnik može, uz odobrenje poslodavca, za svoj račun sklopiti posao iz zdravstvene djelatnosti sukladno Zakonu o radu. Zdravstveni radnik ne može sklopiti takav posao u trajanju duljem od trećine punoga radnog vremena prema ugovoru o radu s poslodavcem. Navede-

➤ **U skladu s važećim zakonskim rješenjima, bolnice mogu zatražiti proglašenje viška poslovnog prostora radi davanja u zakup**

nom odredbom je, uz ispunjenje propisanih uvjeta (odobrenje poslodavca, rad do trećine punog radnog vremena prema ugovoru o radu s poslodavcem) posebnim propisom, dakle Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, dopuštena utakmica zdravstvenog radnika s poslodavcem (zdravstvenom ustanovom) u obavljanju poslova iz zdravstvene djelatnosti. To rješenje usklađeno je sa Zakonom o radu prema kojem zaposlenik ne smije bez odobrenja poslodavca, za svoj ili tuđi račun, sklapati poslove iz djelatnosti koje obavlja poslodavac (zakonska zabrana utakmice). Odobrenje poslodavca osnova je za obavljanje poslova liječnika izvan punoga radnog vremena, i to u drugoj zdravstvenoj ustanovi sklapanjem ugovora o djelu ili drugoga pravnog posla između zdravstvenog radnika i druge zdravstvene ustanove.

■ **Prigovara se da se za osiguranike s ugovorenim zdravstvenim nadstandardom traži prioritet pri pružanju usluga u javnim zdravstvenim ustanovama. Postoji li rješenje kojim bi svi bili zadovoljni?**

Dodatno zdravstveno osiguranje za viši standard obuhvaća usluge iznad standarda zdravstvene zaštite iz obveznoga osiguranja na svim razinama zaštite, korištenje većeg broja zdravstvenih usluga, mogućnost biranja liječnika u bolnicama, boravak člana obitelji s pacijentom u bolničkoj ustanovi te korištenje pomagala i nadomjestaka izvan standarda obveznoga osiguranja. Kako se u ustanovama koje imaju ugovor o provođenju zdravstvene zaštite s HZZO-om dodatno osiguranje smije provoditi samo izvan ugovorenih kapaciteta, navedeni način uvelike onemogućuje davanje prioriteta za osiguranike koji imaju ugovoren nadstandard s komercijalnim ugovarateljem.

■ **U Austriji javno zdravstvo ima dogovor s državom da 20 do 30 posto kapaciteta bolnica može raditi za privatne osiguratelje. Je li takvo rješenje moguće i kod nas?**

Moguće je određeni postotak kapaciteta bolničkih zdravstvenih ustanova ponuditi komercijalnim osigurateljima za provođenje dodatnog zdravstvenog osiguranja. U skladu s važećim zakonskim rješenjima, bolnice mogu zatražiti proglašenja viška poslovnog prostora radi davanja u zakup. No, treba poštovati odrednicu prema kojoj je riječ o kapacitetima koji nisu ugovoreni s HZZO-om, s jasnom napomenom da na scenu stupa menadžment bolnice, a to otvara nova pitanja.

■ **Jesu li naše bolnice spremne za izlazak na tržište?**

S obzirom na to da je određeni broj bolnica provodio neke oblike dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja i dosad, ne očekujem da će biti većih problema u sklapanju ugovora između bolnica i komercijalnih osiguratelja za provođenje dodatnoga zdravstvenog osiguranja prema novim propisima. Sasvim je jasno da komercijalni osiguratelji žele i traže veći prostor, ali to u ovom trenutku jednostavno nije moguće.



➤ **Veći opseg prava na zdravstvenu zaštitu i viši standard u odnosu na prava i standard iz obveznoga osiguranja mogu se osigurati samo izvan ugovorenog radnog vremena i kapaciteta s HZZO-om**

■ **Upravo je suradnja bolnica i osiguratelja jedna od vrućih tema o kojoj se Ministarstvo zdravstva i osiguratelji trebaju usuglasiti. No, čini se da u posljednje vrijeme teško nalaze zajednički jezik...**

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi nastoji razvijati suradnju sa svim osigurate-

ljima. U prilog tome ističem činjenicu da smo u iznimno kratkom roku, poštujući propisan postupak, svim osigurateljima koji su to zatražili dali suglasnost za provođenje dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja prema predloženim programima.

■ **Reforma postojećega zdravstvenog sustava, u smislu jačanja dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, je nužnost, jer jačanje tržišnih elemenata, dugoročno gledano, osigurava održivost obveznoga zdravstvenog osiguranja. Koje biste promjene zakona sugerirali?**

Budući da su Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakon o dobrovoljnom osiguranju stupili na snagu u kolovozu 2006., a pravilnici koji su bili preduvjet za provedbu dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja u listopadu prošle godine, prerađeno je govoriti hoće li i u kojem smjeru biti izmjena tih propisa. Tek nakon cjelovite analize primjene dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja moći će se sagledati jesu li ostvareni ciljevi koji su se u okviru utvrđene zdravstvene politike željeli postići.

■ **Bilo je prigovora osiguratelja i zbog dvostrukog nadzora nad njima, jer njihovo poslovanje u cjelini nadzire Hanfa, ali i Ministarstvo zdravstva. Kako to riješiti?**

O tome sam nekoliko puta i javno govorio. Smatram da navedeni prigovori nisu osnovani jer nije posrijedi dvostruki nadzor. Naime, prema Zakonu o osiguranju iz 2005. Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga je nadzorno tijelo koje daje dozvolu društvu za osiguranje za obavljanje poslova osiguranja. No, za obavljanje poslova određene vrste, u našem slučaju provođenje dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja, logična je i opravdana suglasnost ministra mjerodavnog za zdravstvo. To je dodatni kontrolni mehanizam kojeg se ne treba bojati.

■ **Kakva je budućnost privatnoga zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj s obzirom na približavanje Europskoj uniji.**

Očekujem da će sustav dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja sve više jačati. To uostalom pokazuju i iskustva većine država Europske unije. Sve izraženiji zahtjevi pacijenata i bolesnika za visokim zdravstvenim standardom nužno iziskuju i potrebu njihove veće participacije u podmirivanju zdravstvenih troškova. Takav je trend prisutan u Europskoj uniji i nije bezrazložno očekivati da će se razvijati i u Hrvatskoj.

Zvonko Gajski ■