

ULOGA MENADŽMENTA ZDRAVSTVENE USTANOVE U DAVANJU USLUGA NA OSNOVU MEĐUNARODNIH UGOVORA

Željko Grublješić^{1*}, Mladen Ivić¹, Nikola Vojvodić², Dalibor Pavlović³

¹Univerzitet PIM, despota Stefana Lazarevića bb, 78000 Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina, zeljko.grubljesic@univerzitetpim.com

²ITEP visoka škola, Banja Luka, Bosna i Hercegovina

³Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, poslovnica Prijedor, Bosna i Hercegovina

STRUČNI RAD

ISSN 2637-2150

e-ISSN 2637-2614

UDK 005.915:[614:65.012.3

DOI 10.7251/STED1902070G

Rad primljen: 03.11.2019.

Rad prihvaćen: 21.11.2019.

Rad publikovan: 29.11.2019.

<http://stedj-univerzitetpim.com>

Korespondencija:

Željko Grublješić, Univerzitet PIM, despota Stefana Lazarevića bb, 78000 Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina.

zeljko.grubljesic@univerzitetpim.com



Copyright © 2019 Željko Grublješić, et al.; published by UNIVERSITY PIM. This work licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 License.

SAŽETAK

Postojanje međunarodnih ugovora o pravima iz socijalnog osiguranja reguliše prenos iz jedne države u drugu državu ugovornicu, prava iz oblasti zdravstvenog osiguranja i zaštite. Iako postoje već niz godina, primjena tzv. konvencija o socijalnoj sigurnosti, i iz njih izvedenih prava, još nije dovoljno zaživela u radu zdravstvenih ustanova, već predstavljaju nepoznanicu koja se ignoriše ili se njihova primjena izbjegava. Pojedine zdravstvene ustanove imaju veća iskustva u ostvarivanju koristi iz pružanja usluga po ugovorima, ali su i kod

njih prisutne rezerve i neiskorišteni potencijali. Davanje usluga inostranim korisnicima zdravstvenog osiguranja može se izjednačiti sa izvozom zdravstvenih usluga, a koji se ostvaruje u domaćoj ustanovi. Koristi od davanja usluga po osnovu međunarodnih sporazuma imaju i inostrani osiguranik, kojem je usluga neophodna, i zdravstvena ustanova koja dobija novog korisnika usluga, kao i zdravstveno osiguranje, koje posredno a nekad i jeftinije može da pokrije osigurani slučaj. Cilj ovog rada je da ukaže na potrebu aktivnog pristupa davanju usluga inostarnim osiguranicima kao i da se primjena ugovora obavi na što efikasniji način, a iz toga postignu koristi za ustanovu i za korisnika usluga.

Ključne riječi: zdravstvena ustanova, menadžment, zdravstveno osiguranje, konvencije o socijalnoj sigurnosti, medicinske usluge.

UVOD

Ugovori o socijalnoj sigurnosti postoje od početka XX vijeka, a prvi oblici u današnjem smislu nastaju iz sporazuma o prenosu iz zemlje rada zarađenog i ušteđenog novca radnika u zemlju porijekla, kao i iz konvencije Svjetske organizacije za rad o izjednačavanju prava domaćih i stranih radnika. U početku, sporazumi su se odnosili samo na pomenutu štednju radnika iz jedne zemlje ugovornice, a kasnije su prošireni na korištenje tzv. davanja iz socijalnog osiguranja, te danas obuhvataju širok spektar prava koja spadaju u socijalnu sigurnost: pravo na liječenje, zdravstveno osiguranje lično i za članove porodice, materinski

dodatak, prava iz osiguranja za slučaj nezaposlenosti, isplate invalidnine, prenos penzije i prava uz penziju, pogrebne troškove i slično. U pitanju je slabo obrađena tema u domaćoj literaturi, a najčešće pomenuta samo kroz uputstva ili brošure za osiguranike, što nije dovoljno za korišćenje efekata koji se mogu posmatrati kao izvoz zdravstvenih usluga.

Prvi korišćeni termin za ovu vrstu ugovora su tzv. konvencije o socijalnoj sigurnosti. Tokom razvoja oblika i obuhvata ugovora korišćeni su i drugi termini kao npr. sporazum o socijalnom osiguranju, ugovor o socijalnom osiguranju, sporazum o socijalnoj bezbjednosti, a u zavisnosti od toga šta može da se uklopi u termine zakonodavstva država ugovornica. Noviji stav je da se koristi termin: sporazum o socijalnom osiguranju, jer uglavnom obuhvata područja prava koja se stiču osiguranjem. Ako se prava dobijaju po nekom drugom osnovu kao npr. po osnovu državljanstva ili stalnog boravišta, onda nije riječ o klasičnom principu osiguranja tj. plaćanja da bi se dobila naknada u slučaju nastanka osiguranog slučaja. Zato se u slučaju korištenja prava po osnovu državljanstva ili stalnog prebivališta koristi naziv: sporazum o socijalnoj sigurnosti ili sporazum o socijalnom obezbeđenju.

Primjena ove vrste sporazuma na području bivše Jugoslavije je počela za vrijeme Kraljevine Jugoslavije, čije sporazume su obnavljale sve države naslednice, pa i sadašnje države kroz sukcesiju ugovora u početku, a potom zaključivanjem novih ugovora, u istom ili promijenjenom obliku i obimu. Trenutno su na snazi ugovori o pravima iz zdravstvene zaštite sa sledećim državama: Austrija, Belgija, Njemačka, Hrvatska, Mađarska, Italija, Crna Gora, Makedonija, Rumunija, Srbija, Slovenija, Turska, Luksemburg, Češka, Poljska, Velika Britanija, Slovačka. Povremeno se javlja potreba izmjene ugovora zbog promjena političkog statusa država naslednica, kao što npr. pristupanjem države Evropskoj Uniji počinju da važe drugi sporazumi.

USLOVI I NAČIN PRIMJENE UGOVORA O SOCIJALNOJ SIGURNOSTI U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Zbog rastuće širine prava koja osiguranik ima kroz ugovore o socijalnom osiguranju, u ovom radu fokusirano je samo pružanje zdravstvenih usluga inostranom osiguraniku s privremenim boravkom na području druge države ugovornice, npr. turističkog proputovanja, a za vrijeme nastale potrebe za zdravstvenim uslugama. Suština sporazuma je da se prava iz socijalnog osiguranja koriste preko domaćih institucija iz oblasti socijalne sigurnosti, a na teret inostranog nosioca osiguranja. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti u Republici Srpskoj je regulisano da „Strani državljanin ili lice bez državljanstva ima pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu s odredbama ovog zakona, međunarodnih sporazuma i drugih propisa koji regulišu ovu oblast“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2009). To znači, da se zdravstvene usluge mogu pružati i inostranim osiguranicima koji ispunjavaju uslove za korištenje, s tim da se usluge pružene u domaćim zdravstvenim ustanovama obračunavaju inostranim nosiocima osiguranja.

Druga, često korištena mogućnost, je direktno plaćanje usluge u zdravstvenoj ustanovi uz naknadnu refundaciju troškova kod inostranog osiguranja. Ovo je čest slučaj za usluge manje vrednosti, dok se kod skupljih i obimnijih zdravstvenih usluga obavezno kontaktira nosilac osiguranja. Postoji problem izbjegavanja davanja usluga u zdravstvenoj ustanovi u mjestu nastanka osiguranog slučaja (bolesti, povrede, smrti) zbog duge procedure naplate za pruženu uslugu, kao i zbog nepoznavanja uslova i postupka davanja usluga, tako da direktna naplata računa od korisnika usluge ima prednost nad dužom i posrednom procedurom naplate od osiguranja preko posrednika, tzv. organa za vezu.

Prvi problem koji se stvara inostranom osiguraniku je pristup zdravstvenom sistemu u državi u kojoj se desio osigurani slučaj. Inostrani osiguranik treba da uoči lokalnu zdravstvenu ustanovu kao mjesto u kojem će moći da dobije uslugu u skladu s polisom

osiguranja. Sve domaće zdravstvene ustanove nisu uključene u pružanje zdravstvenih usluga prema zdravstvenom osiguranju stranih država, te je preporučljivo da menadžment ustanove jasno označi svoju ustanovu kao ustanovu u kojoj stranci iz pojedinih zemalja mogu koristiti zdravstvene usluge bez ličnog plaćanja usluge, već na način kao i domaći osiguranci. Sledeći problem je postojanje dokaza o osiguranju koje korisnici usluge nose ili ne nose sa sobom, te je potrebno naknadno izdavanje dokaza ili utvrđivanje statusa osiguranja. Posebnost ovog osiguranja je da se dokaz o postojanju osiguranja može da dobije naknadno, što je i čest slučaj, bez umanjivanja prava ili obima pruženih usluga. Zadatak ustanove, koja će pružiti zdravstvenu uslugu, je da provjeri status osiguranja i po potrebi kontaktira osiguravajuću kuću zbog često potrebnog obavještenja o početku liječenja.

SPECIFIČNOSTI POLOŽAJA KORISNIKA I DAVALACA ZDRAVSTVENIH USLUGA U UGOVORIMA O SOCIJALNOJ SIGURNOSTI

U svrhu pružanja i korištenja zdravstvenih usluga kroz odredbe međunarodnih ugovora moguće je da se koriste i posrednici u osiguranju koji stupaju u kontakt s inostranim osiguranjima kao tzv. organi za vezu ili za sprovođenje sporazuma o osiguranju. Takvu ulogu su uglavnom imali državni nosioci zdravstvenog osiguranja, nasleđeni iz socijalističkog državnog uređenja. Odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju u Republici Srpskoj su obuhvaćena lica kojima se obezbeđuje zdravstvena zaštita na osnovu zaključenih međunarodnih ugovora u skladu sa odredbama zakona, gdje je navedeno da „Državljeni zemalja sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom (zdravstvenom) osiguranju, ostvaruju zdravstvenu svaštitu u obimu koji je utvrđen ugovorom“ (Zakon o zdravstvenom osiguranju, 1999).

Postoji neiskorišćen potencijal usluga kada menadžment zdravstvene ustanove

treba da aktivno istupi u cilju pružanja što šireg spektra zdravstvenih usluga iz svog domena djelatnosti kako bi inostranog osiguranika bolje opskrbili i osposobili za nastavak putovanja. Nije ograničeno da se pružanje i naplata usluga kao i kontakt sa inostranim osiguranjem obavljaju preko privatnih agencija za osiguranje ili pružanje usluga posredovanja između osiguranja. Ovde se naročito ističe potreba posredovanja između nosioca osiguranja tj. osiguravajuće kuće i zdravstvene ustanove koja je pružila uslugu, jer je korisnik usluge često u takvom zdravstvenom stanju da nije u stanju da lično kontaktira svog nosioca osiguranja i od njega da dobije preciznija uputstva o daljem postupanju. Stoga je aktivni pristup za zdravstvenu ustanovu u ovakvoj situaciji koristan i treba da počne još prije putovanja u drugu zemlju, kako bi potencijalni kupac tj korisnik zdravstvene usluge znao gdje može na najlakši način da dobije kvalitetnu i kompletnu uslugu. „U principu, zdravstveni rukovodioci (menadžeri) moraju na bazi svog znanja, profesionalnog iskustva i odgovarajuće vještine da obavljaju sledeće funkcije:

- planiraju rad svoje ustanove, odjeljenja, tima itd.
- organizuju i sprovode rad ustanove i odgovarajućih programa,
- kontrolišu realizaciju aktivnosti,
- koordinišu rad osoblja, komuniciraju i rješavaju konflikte,
- motivišu i vode svoje ljude,
- kolaboriraju s drugim organizacijama, pružaju potporu participacije zajednice ljudi“ (Dragić, 2018).

Između davaoca i korisnika usluge se javlja niz prepreka koje treba savladati, od potrebne dokumentacije, jezičkih i lokacijskih barijera, te očekivanog i zadovoljavajućeg kvaliteta medicinske usluge. Stoga menadžment zdravstvene ustanove mora da bude pripremljen na situaciju u kojoj susreće korisnika usluge koji nije tipičan kupac i koji ima drugačije zahteve za uslugom od korisnika usluga s kojima se ustanova svakodnevno susreće.

Različitost inostranog korisnika usluge potiče iz više elemenata: vrste osiguranja koje koristi, načina obračuna usluge, načina

plaćanja usluge, postojećih navika korisnika medicinske usluge, uslova za pružanje adekvatne usluge, želje za nastavkom započetog liječenja, prekida započetog liječenja, eventualnim ponavljanjem usluge, naknadnog dokazivanja vrste i obima pruženih usluga itd.

PRIMJENA MEĐUNARODNIH UGOVORA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U MENADŽMENTU ZDRAVSTVENE USTANOVE

Davanje potrebne zdravstvene usluge može biti jednokratno ili ponavljajuće, planirano ili neplanirano, te hitno ili odloživo. Upravo zbog činjenice da se pojedine vrste zdravstvenih usluga mogu ili pak ne mogu planirati, potrebno je imati takve unutrašnje kapacitete i sposobnosti kako bi se adekvatno odgovorilo na zahtjev korisnika usluge, često naviknutog na uslugu pruženu po višim standardima. Obim način davanja zdravstvenih usluga su takođe regulisani međudržavnim sporazumom, koji npr. nalaže da „Nosilac u mjestu boravišta odnosno prebivališta je dužan obezbijediti licu osiguranom prema pravnim propisima druge države ugovornice usluge kao da se radi o njegovom osiguraniku” (Sporazum o socijalnom osiguranju između BiH i Republike Slovenije, 2008). Neplanirane zdravstvene usluge su medicinske usluge za koje korisnik usluge ne može da očekuje da će ih zahtevati: povrede u saobraćaju, nezgode, povrede na radu radnika koji su upućeni na radilište u drugoj zemlji, iznenadni nastup bolesti, pogoršanja postojećih bolesti i stanja. Treba razlikovati zdravstvena stanja u kojima se usluge mogu odložiti i stanja u kojima se usluge moraju hitno pružiti. Uloga zdravstvene ustanove kao davaoca usluga je da procijeni minimalni obim potrebne usluge kako bi se očuvali život, zdravlje i vitalne funkcije i sposobnosti, kao i da istovremeno ponudi pružanje nadstandardne usluge, imajući u vidu pretpostavljeni obim sledećih potrebnih usluga, kao nastavka započetog liječenja.

Davalac usluge mora dati uslugu na odgovarajući način, jer je teško pretpostaviti pružanje kvalitetne usluge u slučaju susreta

pacijenta-stranca i medicinskog osoblja bez znanja jezika, ili eventualnog prevodioca, ili bez postojanja dvojezičke medicinske i prateće dokumentacije. I pored postojanja elektronskih prevodilaca stranog jezika, nije umanjen značaj pripremljenosti za komunikaciju lekara i novog klijenta, koja bitno utiče na utisak o kvalitetu medicinske usluge i izgradnju odnosa povjerenja prema davaocu usluge, s ciljem ponovnog davanja i druge vrste usluge. „Do sada se kvalitetu rada prilazilo deklarativno, međutim uvođenje metoda kvalitativnog liječenja značiće da neće biti finansiranja bez dokazanog kvaliteta. Kao garancija kvaliteta rada je ispunjenje propisanih uslova za obavljanje usluga“ (Mastilo, 2013).

KORISTI I OGRANIČENJA U PRUŽANJU ZDRAVSTVENIH USLUGA STRANOM KORISNIKU

Ekonomski interes zdravstvene ustanove u susretu s inostranim pacijentom je drugačiji od interesa koji ima u odnosu sa pacijentima koji su redovni korisnici usluga. Iako su sporazumima izjednačeni načini davanja potrebnih usluga kroz tzv. izjednačenost teritorija, razlika potiče iz činjenice da se kod stalnih korisnika usluge pružaju u cilju očuvanja zdravlja na duži rok, dok je kod inostranih pacijenata često potrebno hitno zbrinjavanje i stabilizacija stanja do osposobljenosti za povratak u zemlju prebivališta, uglavnom uz prekid započetog liječenja zbog transporta bolesnika kući. Propagirane mjere očuvanja zdravlja i podizanja kvaliteta života ostaju po strani. Korisnici usluga su iz širokog profila populacije: turisti, članovi porodica koji žive u inostranstvu, radnici u predstavništvima, vozači i saputnici na proputovanju, izvođači radova stranih kompanija, diplomatsko osoblje, strani studenti kao i sve veći broj domaćeg stanovništva koje tražeći posao odlazi u inostranstvo i tamo stiče prava iz zdravstvenog osiguranja. Rizik koji ima zdravstvena ustanova u ulozi davaoca usluge inostranom pacijentu sastoji se u sporosti naplate potraživanja od posrednika u osiguranju, kao i prihvatanja plaćanja cene

pruženih usluga u postupku refundacije troškova od inostranog osiguranja. Pri tome se mora voditi računa o finansijskim ograničenjima koja postoje kod korisnika usluge kao i kod osiguranja koje treba da pokrije nastale troškove liječenja, a zbog postojanja limita vrednosti usluge.¹

Nepoznavanje cijene usluge i procedure koje su potrebne uz svako liječenje, kao i samo stanje korisnika usluge, ometaju procjenu očekivanih troškova te su korisnici usluge skloniji redukovanju potreba do stabilizacije stanja ili spremnosti za odlazak kući, svom lekaru. Nosilac osiguranja, odnosno osiguravajuća kuća, može zahtijevati da se oboljeli osiguranik samo oporavi za putovanje i da se na određenom obimu zaustavi dalje pružanje zdravstvenih usluga u zemlji privremenog boravišta. Međutim, ako osiguravajuća kuća procijeni da su obim i cijena očekivanih troškova liječenja niži nego u državi stalnog prebivališta i osiguranja, postoji interes da se odobri završetak kompletnog liječenja na privremenoj lokaciji, pretpostavljajući da je sa stanovišta osiguranja povoljnije da se plati manji trošak liječenja. Pomenuta situacija se pojavljuje kod osiguranika koji iz zemalja sa višim nivoom cijena zdravstvenih usluga odlaze u zemlje s jeftinijim uslugama, te tamo koriste i kompletnu ciljanu zdravstvenu uslugu kroz tzv. zdravstveni turizam, što je već predviđeno pojedinim odredbama sporazuma, kao npr. u članu 14. stav 1. još važećeg Sporazuma između SFRJ i SR Nemačke o socijalnom obezbeđenju u kojem se navodi da ... „Član 4. Stav. 1. Važi za lice: a) koje, pošto je nastao osigurani slučaj, prenese svoje mesto boravka na područje druge države ugovornice, samo ako se nadležni nosilac prethodno saglasio sa promenom mesta boravka“ (Stojanović, Stošić, 1996).

¹Npr. za usluge od veće vrijednosti, u skladu s čl.12. st. 4. Sporazuma između BiH i Republike Slovenije, važe usluge čija vrijednost je veća od 150 evra, izraženo u domaćoj valuti.

ZAKLJUČAK

Menadžment zdravstvene ustanove mora biti upoznat s pretpostavkama za uspješno uključivanje u poslove pružanja zdravstvenih usluga stranim osiguranicima: od poznavanja jezika, prepoznatljivosti zdravstvene ustanove kao davaoca kvalitetnih usluga, adekvatnog kadra i opreme, pripremljenosti na situacije pružanja usluge inostranom osiguraniku, do poznavanja procedura naplate troškova i eventualnog obavještanja inostranog osiguranja. Aktivan pristup znači obavještanje potencijalnih korisnika usluga i prije polaska na put da se određenim davaocima zdravstvenih usluga mogu s povjerenjem obratiti u slučaju potrebe za određenim medicinskim uslugama. Korist od ovog imaju oni davaoci zdravstvenih usluga koji uspiju da privuku i ovaj segment korisnika usluga, čime proširuju broj korisnika usluga, podižu nivo usluge na nivo prilagođen kupcu naviknutom na viši kvalitet usluge, razvijaju sposobnost reagovanja na pružanje usluga i tom relativno malom segmentu kupaca, dobijaju kupce i za skuplje usluge, uz relativno jednostavne promjene potrebne u prilagođenosti usluge stranom kupcu. Makroekonomska korist je sadržana u prodaji zdravstvenih usluga stranom kupcu a na domaćem području, što u vremenu sve većeg broja odlazaka domaćeg stanovništava u inostranstvo, gdje postaju korisnici stranog zdravstvenog osiguranja, značajno povećava potencijal ovog segmenta uslužnih djelatnosti.

LITERATURA

- Dragić, M. (2018.). *Menadžment u zdravstvu*. Prijedor: Visoka medicinska škola, str. 25.
- Mastilo, Z. (2013). *Penzijsko i zdravstveno osiguranje- pravci reforme*. Bijeljina: Fakultet poslovne ekonomije.
- Međunarodni ugovori, Administrativni dogovor o provođenju sporazuma o socijalnom osiguranju između Bosne i Hercegovine i Republike Slovenije, Službeni list BiH, broj: 1/2008.
- Stojanović Lj. i Stošić V. (1996). *Zbirka*

Grublješić, Ž., et al. (2019). Uloga menadžmenta zdravstvene ustanove u davanju usluga na osnovu međunarodnih ugovora. *STED Journal*. 1(2). str. 70-75.

međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju sa komentarom. Beograd: Zaštita rada.

Zakon o zdravstvenom osiguranju, Službeni glasnik Republike Srpske, broj: 18/1999.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Službeni glasnik Republike Srpske, broj: 106/2009.

THE ROLE OF HEALTH INSTITUTION MANAGEMENT IN THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES THROUGH INTERNATIONAL AGREEMENTS

Željko Grublješić^{1*}, Mladen Ivić¹, Nikola Vojvodić², Dalibor Pavlović³

¹University PIM, despota Stefana Lazarevića bb, 78000 Banja Luka, Republic of Srpska, Bosnia & Herzegovina, zeljko.grubljesic@univerzitetpim.com

²ITEP Higher School, Banja Luka, Bosnia & Herzegovina

³Health Insurance Fund of the Republic of Srpska, Office Prijedor, Bosnia & Herzegovina

PROFESIONAL PAPER

ISSN 2637-2150

e-ISSN 2637-2614

UDK 005.915:[614:65.012.3

DOI 10.7251/STED1902070G

Paper received: 03.11.2019.

Paper accepted: 21.11.2019.

Published: 29.11.2019.

<http://stedj-univerzitetpim.com>

Corresponding Author:

Željko Grublješić, University PIM, despota Stefana Lazarevića bb, 78000 Banja Luka, Republic of Srpska, Bosnia & Herzegovina.
zeljko.grubljesic@univerzitetpim.com

ABSTRACT

The existence of international agreements of social security rights regulate the transfer, from one state to another contracting state, of health and social security rights. Although they have existed for many years, the application of the so called, the convention on social security, and the rights derived therefrom, have not yet

sufficiently taken root in the work of medical institutions, they represent ignorant and ignore their application. Some medical institutions have greater experience in obtaining benefits from service provision by contracts, but they also have reserves and unused potentials. The provision of services to foreign insurance consumer can be equated with the export of health services, which is given in a domestic institution. The benefits of providing services under international agreements also have a foreign insured person in need of the service, a health institution that receives a new consumer, and health insurance, which can indirectly and sometimes even cheaper, cover the insured event. The aim of this paper is to point out the need for an active approach to the provision of services to foreign policyholders, as well as to implement the contract in the most efficient way possible, and to achieve benefits for the institution and for the service user.

Keywords: medical institution, management, health insurance, agreements of social security, medical services.