

PROMENE U SISTEMU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Organizacija i funkcionisanje zdravstvenog osiguranja

Današnje – savremeno zakonodavstvo, napustilo je tradicionalni model organizovanja zdravstvenog osiguranja zasnovanog na pokrivanju rizika bolesti, tzv. “bolesničko osiguranje” proširujući prava ne samo na naknade, nego i na druga materijalna davanja, na razne stimulacije i sl. odnosno uvodeći određene zdravstvene mere, vršeći prevenciju bolesti i rehabilitaciju.

Obuhvatanjem i proširivanjem prava na skoro sve kategorije stanovnika (zaposlene, samostalna zanimanja, zemljoradnike i njihove porodice), država se umešala i postala nezaobilazni partner, ranije samostalnim subjektima socijalnog-zdravstvenog osiguranja. Ti novi odnosi države i zdravstvenog osiguranja su različito nastajali u pojedinim državama, a i danas su različiti, bez obzira na pokušaje približavanja i unifikacije. Čak i u svakoj državi ponaosob nema čistih modela, odnosno svuda su na različite načine isprepletane uloge i odnosi države i organizacije zdravstvenog osiguranja.

Prema većini autora, organizacija i funkcionisanje zdravstvenog osiguranja se određuje prema načinima finansiranja i uloge države u tome, te postoje uglavnom četiri modela:

- budžetsko finansiranje – sredstva iz državnog budžeta;
- obavezno zdravstveno osiguranje – sredstva putem doprinosa;
- obavezno zdravstveno osiguranje – sredstva po ugovorima putem premija fondu osiguranja; i
- direktno plaćanje zdravstvenih usluga – pojedinci plaćaju u celini zdravstvene usluge na osnovu cenovnika ili u neposrednom dogovoru.

Iskustva razvijenih zemalja potvrđuju da se zdravstvena zaštita ne može slobodno prepustiti tržištu. Korisnici zdravstvenih usluga su u podređenom položaju, posebno kada traže zdravstvenu pomoć, a nisu ni stručni i ne poznaju medicinske procedure. Lekar i medicinsko osoblje su stručni i kvalifikovani za svoj posao, obavezuju ih načela medicinske etike, ali imaju suprotan ekonomski interes od korisnika. Prema tome, korisnici i davaoci zdravstvenih usluga su neravnopravni, te se očigledno ne može dozvoliti slobodna tržišna utakmica. Ali, to ne znači da određene principe tržišne ekonomije ne treba uvažavati i unositi u zdravstveni sistem i zdravstveno osiguranje.

Uloga države je zbog toga bitna i ona se javlja kao arbitar i “pomiritelj” različitih interesa, a sve u zajedničkom, to jest opštem interesu. U stvari, država i njeni organi (Vlada, Ministarstva, lokalni organi) su se pojavili, a i danas su prisutni kao nezaobilazni faktor u zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju svake zemlje, kao arbitar između dva osnovna modela odnosno prototipa sistema zdravstvene zaštite.

* Klinički centar “Novi Sad”.

Prvog, koji kao svoj princip uzima suverenost korisnika na decentralizovanom tržištu gde je dostupnost zdravstvenih usluga u skladu sa potrebama i platežnom moći korisnika.

Drugog, čiji je princip poboljšanje zdravlja nacije u celini, te dopušta selektivnost zdravstvenih usluga u skladu sa efikasnošću zdravstvene zaštite i poboljšanja zdravlja u celini. Ovakav način se omogućuje budžetskim finansiranjem (putem državnog budžeta ili obaveznog državnog osiguranja) gde su usluge besplatne, a organizacija centralizovana.

Eksperti su predviđali, a države i njene zdravstvene politike pokazale da su ova dva sistema danas u mnogome isprepletena sa različitim modalitetima. Koji je najefikasniji i odgovara potrebama stanovništva pojedine zemlje, zavisi od mnogih različitih uslova. Zbog toga su česte reforme ovih sistema.

Prema tome, ne postoji univerzalni koncept koji se može primeniti u bilo kojoj zemlji bez obzira na političke, ekonomske, socijalne i druge društvene uslove. **Ali Svetska zdravstvena organizacija je ipak definisala određene principe** koje treba primeniti na sve nacionalne zdravstvene sisteme, zasnovane na primarnoj zdravstvenoj zaštiti i oni su sledeći:

1) zdravstveni sistem treba da obuhvati celokupno stanovništvo na bazi principa pravičnosti,

2) zdravstveni sistem treba da obuhvati komponente zdravstvene službe i drugih službi čije međusobno povezane aktivnosti doprinose zdravlju,

3) primarna zdravstvena zaštita koja se sastoji najmanje od onih komponenti definisanih u deklaraciji Međunarodne konferencije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Alma Ati iz 1978. godine, treba da se obezbeđuje na prvom nivou kontakta između stanovništva i zdravstvenog sistema,

4) na intermedijalnim nivoima (oblast, region, srez) treba rešavati kompleksnije probleme uz pomoć specijalizovane zdravstvene zaštite i uz učešće visokoobučenog zdravstvenog osoblja koje treba da sistematski prenosi znanja i vrši obuku onog osoblja koje se nalazi na nivou primarne zdravstvene zaštite. Specijalistička služba takođe treba da pruža neophodnu pomoć lokalnim zajednicama, komunama i zdravstvenim radnicima u rešavanju kratkoročnih problema koji se javljaju na nivou primarne zdravstvene zaštite,

5) centralni nivo zdravstvenog sistema treba da obezbedi koordinaciju svih delova sistema, ekspertizu u planiranju i menadžmentu, visokospecijalističku zaštitu, potrebno nastavno i specijalističko osoblje, kao i ekspertizu takvih institucija kao što su, na primer, centralna laboratorija, centralna logistička i finansijska podrška, i tako dalje.

2. Savremene tendencije i inicijative

U zadnjih 10 godina pojavom ekonomskih kriza, tranzicijom zemalja u razvoju i ukupnim procesima evropske integracije i globalizacije, dolazi do velikih promena i reformi u zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju u većini zemalja.

Ukupna štednja i ograničavanje rashoda zdravstvene i socijalne zaštite, dovelo je do smanjivanja prava na zdravstvenu zaštitu i zatvaranje određenih zdravstvenih kapaciteta. Selekcija i ograničavanja u mnogim državama su postali osnovni parametri. Međutim, osnovni kriterijum za ocenu uspešnosti zdravstvenog sistema su: efektivnost, efikasnost, jednakost i ukupno unapređenje zdravlja

stanovništva. Uzajamnost i solidarnost kao osnova socijalnog ugovora između generacija, socijalnih klasa, određenih grupa, pojedinih oblasti itd., odnosno zdravlja i bolesti, nužno se redefinišu. Zakoni tržišta podstakli su vlade mnogih zemalja da dozvole veće učešće privatnog kapitala i preduzetnika u zdravstvenom sektoru. Država ograničava prava i povlači se iz finansiranja pojedinih vidova zdravstvene zaštite, ali i dalje ostaje da arbitrira i kontroliše ukupni sistem, odnosno, više ili manje učestvuje u finansiranju zdravstvene zaštite. Odgovornost države u ovoj oblasti se ne može izostaviti, naprotiv, učešće države je nužno.

Zbog toga se objektivno postavlja pitanje šta je i kolika je čija uloga i mesto. Izazov svih država da smanje troškove zdravstva, povećavajući istovremeno efikasnost i produktivnost, a da pri tome sačuvaju opštu pristupačnost zdravstvenoj zaštiti i istu pri tome unaprede, podstaklo je Regionalni ured Svetske zdravstvene organizacije za Evropu, uz podršku Svetske banke, da upute grupe eksperata, da naprave analizu i daju određene predloge.

Sažetak od preko 30 radnih materijala je objavljen i on je bio osnova konferencije o zdravstvenim reformama u Evropi održane u Ljubljani 1966.

Ova evropska konferencija je kao svoj osnovni akt donela Povelju o zdravstvenoj zaštiti u reformi.

3. Ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu – potrebe i mogućnosti

Karakteristika razvoja zdravstvenog osiguranja kod nas i u svetu je da postoji težnja za stalnim porastom prava i da sredstva za ove namene nisu dovoljna. Nema te zemlje koja raspolaže dovoljnim materijalnim mogućnostima za zadovoljavanje svih zdravstvenih potreba stanovništva. Šta je onda moguće činiti u situaciji permanentnih zahteva za povećanom zdravstvenom zaštitom i nedostatka sredstava? Pravih recepata nema, jer sklad potreba i mogućnosti zavisi od raznih faktora. U nekim situacijama zahtevi za zdravstvenim uslugama se povećavaju i mogu se čak “opravdano” povećati do neslučenih granica.

Drugačijim pristupom, novom “filozofijom” i politikom u zdravstvu, moguće je bitno uticati da se ti zahtevi smanje na sledeći način:

- prevazilaženjem ekonomske i političke krize,
- zdravstvenim obrazovanjem i unapređenjem higijenskih uslova života,
- prenošenjem dela odgovornosti za zdravlje sa zdravstvene službe na čoveka pojedinca, porodicu, radnu sredinu i sl.,
- stimulacije i popularizacije svih preventivnih akcija, samozaštite i samopomoći,
- motivacije kućne nege u odnosu na lečenje u bolnici,
- popularizaciji narodne-tradicionalne medicine i medikamenata,
- smanjivanje obima prava koji se finansiraju iz javnih prihoda i prenošenje na privatna sredstva i **dobrovoljno osiguranje**,
- finansiranje iz više izvora uz uvođenje ekonomskih kriterijuma,
- značajna participacija osiguranika u troškovima lečenja i sl.

Problem raskoraka između potrebnih i raspoloživih sredstava, može se delimično ublažiti restrikcijom obima i sadržine navedenih prava i adekvatnom organizacijom zdravstvene službe i zdravstvenog osiguranja, uz pojačanu kontrolu nadležnih organa. Preovladava mišljenje da u kontroli potraživanja (zahteva za ostvarivanjem zdravstvene zaštite), ne možemo očekivati toliko uspeha kao u kontroli zdravstvene ponude i kontroli kvaliteta izvršenja.

4. Ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja

Prava iz zdravstvenog osiguranja utvrđena su zakonom i ona su sledeća:

- zdravstvena zaštita;
- naknada zarada za vreme privremene sprečenosti za rad;
- naknada putnih troškova u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite;
- naknada pogrebnih troškova.

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem obezbeđuje se zdravstvena zaštita koja obuhvata:

- medicinske mere i postupak za unapređivanje zdravstvenog stanja, odnosno sprečavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti i drugih poremećaja zdravlja;
- lekarske preglede i druge vrste medicinske pomoći u cilju utvrđivanja, praćenja i proveravanja zdravstvenog stanja;
- lečenje obolelih i povređenih i druge vrste medicinske pomoći;
- prevenciju i lečenje bolesti usta i zuba;
- medicinsku rehabilitaciju u ambulantno-polikliničkim i stacionarnim ustanovama;
- lekove, pomoćni materijal koji služi za primenu lekova i sanitetski materijal potreban za lečenje;
- proteze, ortopedska i druga pomagala, pomoćne i sanitarne sprave, stomatoprotetsku pomoć i stomatološke materijale.

Prema tome, zakonom su utvrđeni samo vidovi zdravstvene zaštite koji se obezbeđuju preko obaveznog zdravstvenog osiguranja. **Obim i sadržinu prava na zdravstvenu zaštitu uređuje Republički zavod za zdravstveno osiguranje.** Na teret zdravstvenog osiguranja padaju troškovi u obimu i sadržini koji su utvrđeni Odlukom Republičkog zavoda, a Zavod ne snosi troškove koji prevazilaze ovaj obim i sadržaj. Osiguranik učestvuje u troškovima ličnim sredstvima za one vidove zdravstvene zaštite za koje je to predviđeno posebnim aktom.

Prema tome, prava iz zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se i ostvaruju u Republičkom zavodu za zdravstveno osiguranje.

Sredstva za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja obezbeđuju osiguranici i poslodavci u skladu sa zakonom, a mogu se obezbeđivati i učešćem osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite.

Sklad potreba i mogućnosti zavisi od raznih faktora. U nekim situacijama zahtevi za zdravstvenim uslugama se povećavaju i mogu se čak “opravdano” povećavati do neslučenih granica, kao na primer, u okolnostima:

- ekonomske krize i pada životnog standarda,
- izraženog monopola zdravstvene delatnosti i zdravstvenih ustanova, u ukupnom zdravstvenom sistemu i zdravstvenoj politici,
- popularizacije dostignuća vrhunske medicine, kao svemoćnog faktora zdravlja,
- preteranog isticanja “besplatnosti” i “potpune dostupnosti” svih zdravstvenih usluga i metoda,
- podleganju diktata proizvođača medicinske opreme i fabrika lekova,
- nekritičkom pokrivanju gubitaka zdravstvenih ustanova i zdravstvenog osiguranja itd.

No, drugačijim pristupom i politikom u zdravstvu, moguće je bitno uticati da se ti zahtevi smanje.

5. Nacrt Zakona o zdravstvenom osiguranju

Ministarstvo za zdravlje Republike Srbije utvrdilo je Nacrt Zakona o zdravstvenom osiguranju koji se nalazi na javnoj raspravi i tom prilikom između ostalog je istaknuto:

5.1. Pored obaveznog zdravstvenog osiguranja koje se sprovodi na način predložen u Nacrtu Zakona, predloženo je i uvođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

5.2. Bliže je utvrđeno da se obavezno zdravstveno osiguranje odnosi na osiguranje za slučaj bolesti i povrede van rada, a posebno za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti za koje će se sredstva obezbeđivati uvođenjem posebnog doprinosa;

5.3. Predložena su odgovarajuća nova načela zdravstvenog osiguranja;

5.4. Bliže je utvrđen krug obavezno osiguranih lica;

5.5. Predloženo je uspostavljanje prethodnog staža zdravstvenog osiguranja;

5.6. Značajna novina je propisivanje prava na zdravstvenu zaštitu koja se obezbeđuje iz sredstava Zavoda, tzv. “Paketa zdravstvenog osiguranja”, i to kako u vidovima zdravstvene zaštite, tako i u procentualnom učešću Republičkog Zavoda za zdravstveno osiguranje, odnosno dela procentualnog učešća koje obezbeđuje osigurano lice;

5.7. Uređen je krug lica kojima se obezbeđuje zdravstvena zaštita u punom iznosu, a polazeći od zaštite određenih kategorija, što je usklađeno i sa “Paketom zdravstvenog osiguranja”;

5.8. Predložene su i vrste zdravstvenih usluga koje se ne obezbeđuju obaveznim zdravstvenim osiguranjem, odnosno za koje će se moći zaključiti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

5.9. Upućivanje osiguranih lica u inostranstvo na lečenje nije ograničeno starosnom dobi;

5.10. Naknada zarade je usklađena sa izmenama u sistemu radnih odnosa, odnosno predložena su dva alternativna rešenja;

5.11. Značajnu novinu predstavlja i uvođenje matične evidencije o osiguranicima;

5.12. Ugovaranje između Zavoda i zdravstvenih ustanova, odnosno drugih oblika obavljanja zdravstvene delatnosti, odnosno privatne prakse vršiće se po jedinstvenim principima;

5.13. Novinu predstavlja i uvođenje poslova kontrole osiguranja;

5.14. Novinu predstavlja i finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno predlog da Vlada donosi odluku za svaku budžetsku godinu.

Povodom navedenog Nacrta Zakona o zdravstvenom osiguranju, a u okviru javne rasprave koju organizuje Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, mogu se istaći sledeće primedbe, predlozi i sugestije:

I. Načelne primedbe, predlozi i sugestije:

1. Radna verzija Nacrta Zakona o zdravstvenom osiguranju predstavlja dobru osnovu i značajan doprinos ukupnoj regulativi zdravstvenog osiguranja i usa-

glašavanja sa predlozima ostalih zakona iz oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvene delatnosti u Republici Srbiji.

2. Posebno ističemo kao pozitivna rešenja u Nacrtu, koja su značajan pomak ka reformama i usaglašena su sa Evropskom Poveljom o zdravstvenoj zaštiti, Preporukama Svetske zdravstvene organizacije i konsultanata NER-a programa i sa drugim dokumentima, odnosno u potpunosti podržavamo zalaganja za uvođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, paketa zdravstvenih usluga i osiguranja, licenciranje, ekreditaciju, zalaganje za decentralizaciju, prethodni staž osiguranja i niz drugih novina, kao i preuzimanje odgovornosti Vlade za ukupni sistem funkcionisanja zdravstvenog osiguranja.

3. Sva navedena zalaganja nisu u potpunosti dosledno operacionalizovana u normativnom tekstu Nacrta.

To se posebno odnosi na neke od istaknutih ciljeva i predloženih rešenja. Na primer zalaganja za decentralizaciju i za nesmanjivanje prava, a u normativnom delu neadekvatnog prihvatanja takvih zalaganja. Ako se zalažemo za decentralizaciju ona se ne može onda odnositi samo na dobrovoljno zdravstveno osiguranje, već se mora odnositi i na obavezno. Nije dovoljno decentralizovati samo prenošenje poslova i sredstava za te poslove u Filijalama (to je moguće i po sadašnjem rešenju Zakona), već je potrebno decentralizovati upravljanje i odlučivanje, odnosno utvrditi decentralizovanu organizaciju zdravstvenog osiguranja i odgovarajući pravni subjektivitet po odgovarajućim kriterijumima, tj. decentralizovati ovlašćenja i odgovornosti, a centralno utvrditi samo funkcije od zajedničkog interesa. Na taj način treba otvoriti i konkurenciju odnosno tržište u zdravstvenom osiguranju. Slično je i sa principom nesmanjivanja prava, gde se na primer u odnosu na pravo na novčanu naknadu za slučaj smrti ovo pravo ograničava i smanjuje u odnosu na sadašnje rešenje i sl.

4. Generalna je primedba da je ukupno u Nacrtu Zakona trebalo više uvažavati iskustva zemalja u okruženju u kojima funkcionišu pojedini novi instituti zdravstvenog osiguranja, kao što je dobrovoljno zdravstveno osiguranje (Slovenija, Hrvatska), odnosno zemalja koje su prošle tranziciju (Češka, Mađarska i dr.).

5. Sve eventualne primedbe, kao i prednosti, bilo bi moguće bolje razmotriti, analizirati pa i adekvatnije pravno izraziti, da je bila prethodno izdata određena analiza dosadašnjeg sprovođenja ovog Zakona (o čemu ima dosta materijala), kao i da su data određena komparativna rešenja.

Nedostatak takvog analitičkog-komparativnog materijala, hendikep je javne rasprave. Smatramo da nije dobro i predlažemo da se u izradi konačnog Nacrta, ponudi i jedan ovakav materijal ili bar u svakom slučaju detaljno obrazloženje Nacrta.

II. Primedbe, predlozi i sugestije u pojedinostima

Polazeći od navedenih načelnih primedbi, kao i konkretnog razmatranja teksta predloženih pravnih normi u Nacrtu, ističemo sledeće:

U članu 2. koji definiše iz čega se sastoji zdravstveno osiguranje, odnosno koji predstavlja u stvari definiciju ukupnog sistema zdravstvenog osiguranja, dobro je što je uvedeno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao sastavni deo ukupnog zdravstvenog osiguranja, ali to nije dovoljno i precizno napisano. Potrebno je uložiti napor za preciznu i potpunu definiciju zdravstvenog osiguranja kao skupa sveobuhvatnih aktivnosti većeg broja organizacija koje sprovode obavezno, osnovno, dobrovoljno i dopunsko zdravstveno osiguranje u cilju zdravstvene sigurnosti osiguranika i njegove porodice, a na načelima uzajamnosti i ograničene so-

lidarnosti, odnosno svako od navedenih i precizno definisati. Na ovaj način bi se izbegli nesporazumi pri daljoj razradi i pominjanju navedenih termina u kasnijem tekstu nacрта (npr. član 42. stav 3).

U članu 29. tačka 4, pravo na novčanu naknadu za slučaj smrti se ograničava time što se kao novum na sadašnje stanje uvodi njegovo ostvarivanje samo u slučaju ako se ovo pravo ne ostvaruje po drugim propisima o socijalnom osiguranju ili propisima o radu. U sadašnjem rešenju ovo pravo nije na ovakav način ograničeno i ono se u praksi ostvaruje po više osnova to jest i po osnovu rada i po penzijsko-invalidskom osiguranju i drugim osiguranjima, života, nesreće na poslu i dr.

U članu 40. se definišu paketi zdravstvenog osiguranja, odnosno procenti plaćanja usluga iz sredstava Zavoda, ali se to samo u grubim crtama odnosno generalno utvrđuje, a što smatramo da nije dovoljno i da treba preciznije i detaljnije u zakonu ili drugom odgovarajućem aktu regulisati i to pre ili zajedno sa donošenjem ovog Zakona, kako bi osiguranicima bilo jasno šta im sve pripada i po kojim cenama. Ovlašćenja predviđena u članu 43, odnosno 44, da to utvrđuje Vlada odnosno Zavod kroz sadržaj, obim i standarde prava na zdravstvenu zaštitu, odnosno cene je suprotno Evropskoj Povelji koja zahteva da osiguranici prethodno znaju precizno svoja prava iz zdravstvenog osiguranja. Posebno je problematična odredba da se u toku trajanja osiguranja ovaj sadržaj može menjati. To je suprotno i odredbama Zakona o obligacijama.

U vezi sa odredbama ovog člana postavlja se pitanje kome se uplaćuje, tj. čiji su prihod sredstva koje Zavod ne obezbeđuje, odnosno koje uplaćuje osiguranik. Da li zdravstvene ustanove ili Zavoda, odnosno da li ova sredstva imaju sudbinu sadašnjih participacija?

Član 46. reguliše listu čekanja. Po našem mišljenju nedovoljno i neadekvatno. Po navedenom članu Nacrta liste čekanja se mogu uvoditi samo za bolesti usta i zuba, to jest za vrste zdravstvenih usluga iz člana 36. ovog Nacrta Zakona, što je nedovoljno i ne odgovara sadašnjoj situaciji i praksi, a sigurno se neće ni u skorijoj budućnosti nešto izmeniti, pošto su liste čekanja praksa i razvijenih zemalja. Prema tome zalažemo se da se prošire liste čekanja i za druge vrste zdravstvenih usluga koje nisu hitne i za koje se može utvrditi redosled korišćenja u zavisnosti od medicinskih indikacija i drugih uslova. No te uslove, kao i način, metodologiju ostvarivanja i drugo treba što preciznije definisati, izbegavajući možda pri tom termin hitnosti, jer je hitnost već definisana u članu 42. stav 2. i to utvrđuje stručno medicinski organ Zavoda u postupku ostvarivanja prava, pa onda to ne bi mogao propisivati i ministar, kako je to dato rešenjem u članu 46. Nacrta.

U članu 47. utvrđuje se zabrana zdravstvene ustanove odnosno drugog oblika obavljanja zdravstvene delatnosti, da naplaćuje drugačije iznose za pružene zdravstvene usluge, mimo propisanih u članu 40. Ova odredba je nejasna i nedorečena, a posebno što nije za nju propisana sankcija, te se postavlja pitanje smisla ove zabrane i njenog definisanja. (Da li je to krivično delo i koje, privredni prestup, prekršaj ili iz njega proizilazi samo naknada štete?) Poznata je i činjenica da se različite naplate u nedostatku materijala i sredstava naplaćuju od osiguranika u raznim iznosima i na razne načine, te da ima dosta sudskih sporova i dr.

U članu 50. se utvrđuje krug lica kojima se obezbeđuje zdravstvena zaštita u celini na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i bez plaćanja razlike do punog iznosa cene zdravstvenih usluga. Smatramo da je taj krug preširok i da ga iz razloga ekonomičnosti treba preispitati.

U članu 52. se uređuju odnosno nabrajaju zdravstvene usluge koje se ne obezbeđuju u obaveznom zdravstvenom osiguranju. Smatramo da usluge navedene u tački 10, 17. i 26. treba preispitati, to jest biomedicinski potpomognuto oplodjenje posle prvog neuspelog pokušaja proširiti bar na dva ili tri pokušaja iz poznatih razloga zalaganja za natalitet i dr. Takođe to smatramo i za akupunkтуру, koja je kao metod lečenja široko prihvaćena u zdravstvenim ustanovama, a ima i drugih ekonomskih i stručnih razloga za navedenu metodu. Slično je i kod nekih implantata.

U članu 135. je predviđeno da se ugovorom između matične filijale i zdravstvene ustanove određuju lekari pojedinci koji imaju ovlašćenje izabranog lekara. Opredeljenje i ovlašćenja izabranog lekara su smatramo pozitivna rešenja, no na predviđeni način smatramo da će se teško precizirati pojedinci koji imaju ova ovlašćenja, a posebno to izraziti u ugovoru.

U članu 205. je utvrđeno da je prihod Zavoda i doprinos za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, a u članu 8. stav 2. je utvrđeno da se prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju na osnovu utvrđene premije osiguranja. Prirodi dobrovoljnog osiguranja više odgovara premija osiguranja koje se utvrđuje zavisno od predviđenog rizika i dr., te se treba opredeliti za premiju osiguranja.

U članu 216. je predviđeno da uslove za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, način i postupak sprovođenja, bliže utvrđuje ministar.

Uslovi organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su u stvari uslovi poslovanja odgovarajuće organizacije dobrovoljnog osiguranja i te uslove ne može propisivati ministar, već nadležni organ organizacije koji sprovodi osiguranje, zavisno od svojih procena i poslovnih interesa, kroz opšte i posebne uslove osiguranja, i eventualno uz saglasnost odgovarajućeg državnog organa.

Navedene sugestije doprineće ukupnom poboljšanju teksta konačnog Nacrta ovog Zakona.