

OBSERVATION
UDC 614.8-027:368-05

OSIGURANJE OD NESREĆE NA POSLU I PROFESIONALNIH BOLESTI

VIKTORIJA BRADIĆ

Croatia osiguranje d.d., Zagreb

Primljeno 3. studenoga 1995.

Članak 51. Zakona o zdravstvenom osiguranju nalaže primjenu novog oblika obveznog osiguranja – obvezno zdravstveno osiguranje poslodavatelja. Primjenom tog članka Zakona, poslodavatelj je obavezan osigurati sredstva za svekoliku skrb koja je posljedica ozljede na radu ili profesionalne bolesti. Poslodavatelj je obavezan taj rizik reosigurati kod osiguravajućih društava koja nadoknađuju troškove liječenja ako su ti troškovi posljedica osiguranog slučaja nesreće na poslu ili profesionalne bolesti. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje temeljna je spona između zdravstvenih ustanova, poslodavatelja i osiguravajućih društava.

U radu su na četiri primjera pokazane mogućnost, opravdanost i potreba brzog prikupljanja osigurateljne i medicinske dokumentacije, potreba stručnog praćenja događaja prikupljenom dokumentacijom te potreba za što užom suradnjom liječnika ocjenitelja osiguravajućih društava i liječnika kontrolora Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje.

Ključne riječi:
obvezno zdravstveno osiguranje poslodavatelja,
osigurateljno-medicinska dokumentacija, troškovi liječenja

Hrvatska država po ugledu na druge razvijene zemlje svijeta, čini mnoge promjene u različitim područjima življenja, pa tako i u ovom osjetljivom segmentu osiguranja zdravlja ljudi. S tim u vezi, po ugledu na neke zemlje, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske u članku 51. Zakona o zdravstvenom osiguranju

donosi odluku kojom se obvezuje što nastaju zbog liječenja posljedica nesreće na poslu i liječenja profesionalne bolesti, izuzimlju iz obveznog zdravstvenog osiguranja (1). U istom članku Zakona ta se obveza prenosi na poslodavatelja, koji je dužan taj rizik reosigurati kod osiguravajućeg društva. Na taj će se način dio novca namijenjenog liječenju nesreće na poslu i profesionalne bolesti moći upotrijebiti za liječenje drugih bolesti, a osiguravajuća društva time će dobivati novu kakvoću, temelj za razvoj novog dinamičnog sustava suvremenog osiguranja, kakvo postoji u drugim europskim zemljama (2).

Nesreća na poslu prema kriteriju medicine rada i pravilima mirovinsko-invalidskog osiguranja jest ozljeda nastala kratkotrajnim djelovanjem sile na organizam čovjeka, kemijskim, fizikalnim ili mehaničkim načinom, iznenadnim opterećenjem tijela, ako je takva ozljeda uzročno vezana s obavljanjem rada na određenim poslovima, te ako je nastala na najkraćem putu od kuće do radnog mjesta i natrag, na službenom putu ili kod izvršavanja drugih radnih obveza (3). Profesionalna bolest pak je bolesno stanje, koje u pravilu nastaje nakon dugotrajne izloženosti nepovoljnim čimbenicima radne okoline – procesa i uvjeta rada (3, 4).

Ako je poslodavatelj osiguran kod osiguravajućeg društva, tada su svi troškovi liječenja, rehabilitacije, nabave ortopedskih pomagala i pogrebni troškovi obveza osiguravajućeg društva. Osiguratelj za vrijeme nesposobnosti za rad nadoknađuje plaću radniku u punom opsegu i plaća putne troškove za vrijeme liječenja. Da bi poslodavatelj nabrojeno ostvario, dužan je poštovati uvjete osiguranja (5).

Ovim radom želimo pokazati kako bi trebalo pripremiti medicinsku i osigurateljnu dokumentaciju da bi uslijedila nadoknada troškova liječenja i ostalih troškova s naslova osiguranog slučaja, nesreće na poslu ili profesionalne bolesti, odnosno kada poslodavatelj ne bude mogao nadoknaditi troškove liječenja zbog toga što osigurateljno-medicinska dokumentacija nije valjana.

PRIKAZ BOLESNIKA

1. Četrdesetogodišnji vozač, učitelj u autoškoli, zbrinut je u Hitnoj službi bolnice u Osijeku zbog perforativne ozljede oka koja je nastala ulaskom tijela u oko u automehaničarskoj radionici tijekom radnog vremena. Vozač je bio ozlijeđen pri popravku automobila kojim se služi na radnome mjestu. Nakon hitne intervencije, upućen je u Očnu kliniku Kliničkog bolničkog centra Rebro. Samoinicijativno je napustio Očnu kliniku te odlazi u inozemnu očnu kliniku gdje je bio hospitaliziran, operiran i postoperacijski kontroliran. Poslodavatelj je podnio zahtjev za nadoknadu troškova liječenja u inozemnoj očnoj klinici, putne troškove, avionsku kartu i nadoknadu plaće za vrijeme bolovanja. U spisu štete nedostaje prijava ozljede na radu, prijava nesretnog slučaja i medicinska dokumentacija iz Klinike Rebro, uputnica, putni nalog i odobrenje Komisije za liječenje u inozemstvu Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje. Zbog nedostatka ugovorne do-

kumentacije nije moguće udovoljiti zahtjevu poslodavatelja te liječnik ocjenitelj odgađa ocjenu odštetnog zahtjeva.

2. Bankovna službenica u dobi od 28 godina obrađena je u kirurškoj ambulanti, zbog rezne rane na podlaktici lijeve ruke. Bolesnica se uredno javljala u ordinaciju izabranog liječnika, svakog trećeg dana. Rana je cijeljela *per primam*, a šavovi su bili skinuti osmog dana. Privremena radna nesposobnost počinje na dan ozljede 1. rujna 1994., a završava 26. studenoga 1994. god. Medicinska dokumentacija nije priložena, a na osnovi računa zdravstvene ustanove vidljivo je da bolesnica nije bila u ordinaciji izabranog liječnika od 22. rujna do 26. studenoga, kada je upućena na posao. Poslodavatelj potražuje od »Croatia« osiguranja nadoknadu troškova liječenja (kiruška intervencija, pregledi, prevoji) i nadoknadu osobnog dohotka za vrijeme privremene nesposobnosti za rad. U spisu štete nalazi se potrebna osigurateljna dokumentacija; prijava nesretnog slučaja, prijava ozljede na radu, polica »Croatia« osiguranja, računi zdravstvene ustanove, a nedostaje medicinska dokumentacija. Liječnik ocjenitelj »Croatia« osiguranja ocjenjuje da je liječenje posljedica nesreće na poslu, te da je moguće izvršiti nadoknadu troškova za liječenje, ali osporava pravo na nadoknadu bolovanja, jer je liječenje rezne rane na ruci prema procjeni liječnika ocjenitelja trebalo završiti 22. rujna 1994. Izostanak s posla od 23. rujna do 26. studenoga nije u vezi s posljedicom nesreće na poslu.

3. Transportni radnik star 55 godina operiran je zbog ingvinalne hernije, koja je nastala prilikom dizanja tereta na radnom mjestu. Pri ambulantno učinjenoj prijeoperacijskoj obradi uočen je blago povišen krvni tlak (170/100 mmHg). Bolesnik je operiran, a postoperacijski tijek bio je uredan. Osmog dana boravka u kirurškoj klinici, bolesniku se učini kompletna kardijalna obrada (ultrazvuk srca, dopler karotida, holter srca, ultrazvuk bubrega, funkcijske pretrage bubrega, kontrola rutinskih laboratorijskih pretraga). Bolničko liječenje u klinici produžava se na sedamnaest dana. U spisu štete, medicinska i osigurateljna dokumentacija uredno je priložena. Liječnik ocjenitelj ocjenjuje stanje kao posljedicu nesreće na poslu, ali osporava troškove obrade kardiovaskularnog sustava i neopravdano dugu hospitalizaciju, uz uredan postoperacijski tijek bolesti. Učinjena postoperacijska obrada nije u svezi s nesrećom na radu, već je učinjena zbog bolesti koja je samo uočena prilikom prijeoperacijske obrade bolesnika.

4. Četrdesetogodišnja radnica zaposlena u tvornici azbestnih ploča, radila je u izloženosti azbestnoj prašini dvadeset godina. Godine 1993. bolesnica je obrađena i dokazana je profesionalna bolest. U Institutu za medicinska istraživanja i medicinu rada, Zagreb bolest je priznata profesionalnom, a invalidska komisija donijela je ocjenu umanjene radne sposobnosti te naložila prekid izloženosti azbestnoj prašini. Obvezno zdravstveno osiguranje poslodavatelja ugovoreno je od 1. svibnja 1994. a invalidska komisija priznaje bolest kao profesionalnu 20. studenoga 1993. Kod bolesnice bolest progredira te je privremeno nesposobna za rad i nakon 20. prosinca 1994. god. Hospitalizirana je i obrađena u klinici za plućne bolesti. Medicinska i osigurateljna dokumentacija uredno je prikupljena i zatražena je naknada za troškove liječenja i nadoknadu osobnog dohotka. Liječnik ocjenitelj osporava pravo za nadoknadu svih troškova, s obrazloženjem da u

ovom slučaju ne postoji osigurateljna obveza po ugovoru o osiguranju, jer je bolest počela prije zaključenja osiguranja. Troškove liječenja zbog te bolesti snosi poslodavatelj ili Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

RASPRAVA

Nesreća na poslu, kao što je poznato, ima mnogo; u ukupnom morbiditetu na njih otpada 25-30%. Manji dio nesreća na poslu ima za posljedicu teške tjelesne ozljede; tada privremena nesposobnost za rad dugo traje, a troškovi liječenja su veliki.

Medicinsko-osigurateljnu obvezu utvrđuje liječnik ocjenitelj osiguravajućeg društva na osnovi uredne medicinske i osigurateljne dokumentacije, koju prikuplja poslodavatelj. Temeljem medicinske dokumentacije potrebno je ocijeniti je li opisano stanje nesreća na poslu odnosno profesionalna bolest, je li duljina bolovanja sukladna tijeku bolesti te jesu li dijagnostički postupci i liječenje učinjeni zbog profesionalne bolesti i nesreće na poslu.

Medicinska dokumentacija za ocjenu zahtjeva poslodavatelja za nadoknadu troškova liječenja i ostalih troškova sastoji se od:

- prijave nesretnog slučaja,
- prijave ozljede na poslu,
- police osiguranja,
- medicinske dokumentacije,
- originalnih računa zdravstvenih ustanova gdje je bolesnik liječen i
- hranarinskih doznaka za nadoknadu plaće.

Cjelokupnu obvezu osiguratelj je preuzeo do završetka liječenja ili do ocjene invalidske komisije, odnosno do trenutka kada je liječenje osiguranog slučaja iscrpilo cijelu ugovorenu svotu za osigurani slučaj. Tada obvezu preuzima poslodavatelj ili pak Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Dok je postupak s nesrećom na poslu relativno jednostavan, kod profesionalne bolesti mogu se javiti problemi, a oni se naziru već u definiciji bolesti. Radi se o bolesti koja nastaje dugotrajnim djelovanjem nepovoljnih čimbenika radne sredine na organizam radnika (3, 5). Ti čimbenici na radnome mjestu moraju biti poznati, praćeni i iskazani u mjernim vrijednostima (6). Radnici koji rade na tim radnim mjestima pripadaju u skupinu radnika čije je zdravlje potrebno pratiti i kontrolirati periodskim preventivnim pregledima prema pozitivnim zakonskim propisima (7). Rezultate liječničkog pregleda potrebno je ubilježiti u zdravstveni karton, koji će poslužiti kao vrijedan dokument i pri ocjenjivanju obveze osiguranja.

Pri ocjeni profesionalne bolesti medicinska dokumentacija je bogatija i zahtjeva praćenje tijeka bolesti i izloženosti štetnim čimbenicima. Liječnik ocjenitelj će za ocjenu trebati: (5)

- medicinsku dokumentaciju o tijeku bolesti,
- opis posla koji će upućivati na štetnu izloženost,

- prijavu i potvrdu o profesionalnoj bolesti Instituta za medicinska istraživanja i medicinu rada u Zagrebu ili ocjenu invalidske komisije,
- rezultate prethodnog i periodskog pregleda tijekom rada i
- ostalu osigurateljnu dokumentaciju.

Ako su medicinski i osigurateljni uvjeti ispunjeni, troškove liječenja profesionalne bolesti nadoknađuje osiguratelj do ugovorene osigurane svote. Tu se javlja dilema, u kojem omjeru troškove liječenja i obrade nadoknađuje osiguratelj, ako je bolesnik osiguran jučer, a izloženost je započela prije dvadeset godina, kao u našem slučaju. Prema uvjetima osiguranja, u takvim slučajevima troškovi se dijele na bivše i sadašnje osiguratelje proporcionalno duljini osiguranja.

To je važan moment jer će zbog zajedničkih interesa poslodavatelj, osiguravajuće društvo a vjerojatno i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zahtijevati preventivne aktivnosti na radnome mjestu, preventivne preglede osiguranika-radnika, jer se jedino tako mogu spriječiti nesreće na poslu i profesionalne bolesti.

ZAKLJUČAK

- Obvezno osiguranje poslodavatelja trebalo bi biti obvezno za sve poslodavatelje i pod istim uvjetima, osim poslodavatelja koji su izuzeti iz obveznog zdravstvenog osiguranja poslodavatelja Zakonom o izvršavanju Državnog proračuna Republike Hrvatske (8).
- Zakonodavac bi trebao definirati do kraja instituciju obveznog osiguranja poslodavatelja i predvidjeti sankcije za poslodavatelje koji izmiču obvezi osiguranja po čl. 51. Zakona o zdravstvenom osiguranju.
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje koji je temeljna spona između poslodavatelja i osiguratelja trebao bi stručno i administrativno pratiti izvršenje obveza poslodavatelja i osiguratelja.
- Potrebno je uspostaviti stručnu suradnju liječnika ocjenitelja osiguravajućih kuća i liječnika primarne zdravstvene zaštite.
- Za sporne odštetne zahtjeve potrebno je oformiti komisiju liječnika Direkcije osigurateljnih kuća i specijalista medicine rada Instituta za medicinska istraživanja i medicinu rada u Zagrebu ili budućeg Hrvatskoga zavoda za medicinu rada.
- Poslodavatelj je dužan prikupiti medicinsku i osigurateljnu dokumentaciju kako bi ocjena koju donosi liječnik ocjenitelj za nadoknadu svih troškova po čl. 51. Zakona o zdravstvenom osiguranju bila brza i stručna.
- Potrebno je planirati, odrediti i kontrolirati preventivne aktivnosti poslodavatelja u skladu s potrebama koje proistječu iz procesa proizvodnje i Zakona o zaštiti na radu.

LITERATURA

1. Zakon o zdravstvenom osiguranju. Narodne novine 1993:75
2. Fachzeitschrift für die Sozialversicherung, Soziale Sicherheit Nr 7/8 Jahrgang 1993, Wien 1993.
3. Zakon o mirovinskom i invalidskom osiguranju. Narodne novine 1983:26.
4. *Beritić-Stahuljak D, Valić F.* Profesionalna oštećenja i zaštita zdravlja. U: Vrhovac B, Bakran I, Granić M, Jakšić B, Labar B, Vucelić B. Interna medicina 2. Zagreb: Naprijed, 1991:1590-9.
5. Posebni uvjeti obveznog zdravstvenog osiguranja poslodavatelja za nadoknadu troškova zbog ozljeda na radu. »Croatia« osiguranje d.d. Zagreb, 1993.
6. Samoupravni sporazum o Listi profesionalnih bolesti. Službeni list 1983:11.
7. Pravilnik o poslovima s posebnim uvjetima rada. Narodne novine 1984:5.

*Summary*INSURANCE AGAINST ACCIDENTS AT WORK AND
OCCUPATIONAL DISEASES

According to Article 51 of the Health Insurance Law, a new class of compulsory insurance – employer's compulsory health insurance – should be used in practice. In applying this article of the Law, the employer is bound to provide sources for all medical and other care needed by the insured in the case of an accident at work or an occupational disease. The employer is obliged to reinsure that class of risk with the insurance companies that indemnify the costs of medical treatment if these costs incur as a consequence of the insured risk (accident at work or occupational disease). The Croatian Institute for Health Insurance is intermediary between various medical care units, employers and insurance companies.

On the examples of four different cases the paper aims at demonstrating the need for quick and efficacious collection of both insurance and medical documentation, the need for professional assessment of that documentation, and the need for closer cooperation between medical experts working with insurance companies and medical supervisors working with the Croatian Institute for Health Insurance.

Key terms:

costs of medical treatment, employer's compulsory health insurance, insurance and medical documentation

Requests for reprints:

Dr. Viktorija Bradić
Pančićeva 13
10000 Zagreb