

МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО

ПРЕДЛОГ на
Закон за изменување и дополнување на Законот
за здравственото осигурување
по скратена постапка

СКОПЈЕ, јануари 2010 година

ВОВЕД

I. ОЦЕНА НА СОСТОЈБИТЕ ВО ОБЛАСТА ШТО ТРЕБА ДА СЕ УРЕДИ СО ЗАКОНОТ И ПРИЧИНИ ЗА ДОНЕСУВАЊЕ НА ЗАКОНОТ

Со Законот за изменување и дополнување на Законот за здравственото осигурување (Сл.весник на РМ бр. 98/08) се утврди правото на посебен паричен надоместок за живородено дете (близнаци, тројки или повеќе), за мајките кои се со место на живеење во општините во кои порастот на природниот прираст е под 2,1 живородено дете по жена, во траење од девет месеци непрекинато односно една година, во висина на 30% од просечно исплатената нето плата по работник во Република Македонија објавена за тековниот месец. Ова право на посебен паричен надоместок може да го оствари мајката која нема право на надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство.

Со Одлука на Уставниот суд на Република Македонија У.бр. 199/2008 од 03.04.2009 година, е укинат делот од одредбата со кој се утврдува местото на живеење на мајката која има право на овој посебен паричен надоместок. Тоа значи дека во овој момент, според законската одредба, а согласно Одлуката на Уставниот суд на Република Македонија, право на посебен паричен надоместок имаат сите мајки за живородено дете, близнаци, тројки или повеќе, без оглед на местото на живеење. Со направените финансиски анализи во Министерството за здравство се дојде до сознание дека се потребни големи финансиски средства за непречено остварување на ова законско право. Од таа причина Министерството за здравство со овој предлог закон за изменување и дополнување на Законот за здравствено осигурување предлага одредбата со која се предвидува правото на посебниот паричен надоместок да се избрише од Законот за здравствено осигурување.

Со Законот за изменување и дополнување на законот за здравствено осигурување (Сл.весник на РМ бр. 11/02) се вовеле картичката за здравствено осигурување.

За отпочнување со реализација на овој реформски проект, Министерството за здравство спроведе постапка за доделувањето договор за јавна набавка на електронска здравствена картичка. Постапката започната во 2008 година, завршена е со избор на најповолна понуда.

Со отпочнувањето на реализацијата на овој проект се јави потребата од усогласување на одредбите на Законот за здравствено осигурување со прописите од областа на заштитата на личните податоци, заради што во овој предлог закон се содржани одредби од аспект на обработката на личните податоци, издавањето на картичките за здравствено осигурување и нивната евиденција. Со овој предлог закон се предвидува период од пет години, како период на замена на постојните здравствени легитимации и сините картони, како доказ за платениот придонес за задолжително здравствено осигурување, со картичките за здравствено осигурување.

Врз основа на Заклучоците на Владата на Република Македонија (31-ва седница на Влада на РМ одржана на 23.01.2007 година; 139-та седница на Владата на РМ одржана на 23.03.2008 година; 32-та седница на Владата на

PM одржана на 23.11.2008 година) Фондот за здравствено осигурување на Македонија во текот на целиот период, континуирано превзема активности за имплементација на проектот за контрола на плаќањата на јавните здравствени установи во Република Македонија (ПЦИС). За целосно воведување на унифицираниот, поврзан, стабилен и транспарентен систем на контрола на плаќањата во јавните здравствени установи (здравствениот трезор) се наметнува неопходноста од донесувањето на измени и дополнувања на законската регулатива.

Воведувањето на унифициран, поврзан, стабилен и транспарентен систем на контрола на плаќањата во јавните здравствени установи се наметнува како неопходна потреба заради ефикасно, ефективно, економично и наменско користење на финансиските средства остварени по основ на задолжително здравствено осигурување.

Со системот на контрола на плаќањата на јавните здравствени установи, како и со увидот и контролата на договорениот обем и вид на обезбедени здравствени услуги на осигурените лица во здравствените установи, Фондот ќе има целосна контрола на наменското користење на средствата, ќе добие ефективен менаџмент на финансиските средства со здравствениот сектор и ќе се обезбеди транспарентност на сите финансиски активности на Фондот.

II. ЦЕЛИ, НАЧЕЛА И ОСНОВНИ РЕШЕНИЈА

Законот, чие донесување се предлага, се засновува врз истите начела врз кои е заснован Законот што се изменува.

Во Законот, чие донесување се предлага, е содржано решение според кое правото на посебниот паричен надоместок се брише од Законот за здравствено осигурување.

Во истиот закон содржано е решение со кое се врши усогласување со прописите од областа на заштитата на личните податоци од аспект на издавањето, користењето и евиденцијата на картичките за здравствено осигурување.

Целите на развојот и дигитализацијата на интегрален здравствен информатички систем се: поддршка во ефикасното обезбедување на здравствена услуга на пациентите, обезбедување на податоци за други здравствени сегменти, намалување на трошоците (време и ресурси) и обезбедување на информации за експертски, научни, административни и финансиски цели во здравството.

Воведувањето на унифициран, поврзан, стабилен и транспарентен систем на контрола на плаќањата во јавните здравствени установи, увидот и контролата на договорениот обем и вид на обезбедени здравствени услуги на осигурените лица во здравствените установи, се наметнува како неопходна потреба заради ефикасно, ефективно, економично и наменско користење на финансиските средства остварени по основ на задолжително здравствено осигурување.

III. ОЦЕНА НА ФИНАНСИСКИТЕ ПОСЛЕДИЦИ ОД ПРЕДЛОГОТ НА ЗАКОН ВРЗ БУЏЕТОТ И ДРУГИТЕ ЈАВНИ ФИНАНСИСКИ СРЕДСТВА

Материјалот што се предлага не повлекува финансиски импликации по Буџетот на Република Македонија.

Но, заради споредба на податоците, за користење на посебниот паричен надоместок за период од девет месеци, а согласно Одлуката на Уставниот суд на Република Македонија, ова право да го користат сите жени без оглед на местото на живеење, ја даваме следната анализа на годишно ниво. Вкупниот број на жени кои би го користеле ова право изнесува 14.826 по 5.300,00 денари месечен надоместок или за девет месеци 707.200.200,00 денари. Заради ваквото големо оптеретување на Буџетот на РМ, од една страна, како и светската економска криза која има соодветно влијание во билансирањето на приходите и расходите во Буџетот на РМ, се предлага посебниот паричен надоместок да се избрише од текстот на Законот за здравствено осигурување.

IV. ПРОЦЕНА НА ФИНАНСИСКИТЕ СРЕДСТВА ПОТРЕБНИ ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА ЗАКОНОТ, НАЧИН НА НИВНО ОБЕЗБЕДУВАЊЕ

За спроведувањето на предложените измени и дополнувања на Законот за здравственото осигурување не се потребни средства од Буџетот на Република Македонија.

Проектот за контрола на плаќањата на јавните здравствени установи во Република Македонија (ПЦИС) е финансиран од Холандскиот Грант (Dutch Grant for Improving the Investment Climate and Strengthening Public Sector Governance. Grant No.TF057988) усвоен на Триесет и првата седница на Владата на РМ одржана на 23.01.2007 година, со кој се очекува да се обезбеди контрола на трошоците на јавните здравствени установи според дефинираните годишни буџети, активности и планови.

Од вкупните средства на Холандскиот Грант ставени на располагање на Владата на Република Македонија за имплементација на системот на контрола на плаќањата на јавните здравствени установи во Фондот, проектирани се средства во висина од 450.000 евра како поддршка на реформските процеси во здравствениот сектор.

V ПОДАТОЦИ ЗА ТОА ДАЛИ СПРОВЕДУВАЊЕТО НА ЗАКОНОТ ПОВЛЕКУВА МАТЕРИЈАЛНИ ОБВРСКИ ЗА ОДДЕЛНИ СУБЈЕКТИ

Спроведувањето на овој закон не повлекува материјални обврски за одделни субјекти.

VI. СКРАТЕНА ПОСТАПКА ЗА ДОНЕСУВАЊЕ НА ЗАКОНОТ

Со оглед на тоа што не се работи за обемен и сложен закон согласно член 170 од Деловникот за работа на Собранието на Република Македонија

(“Службен весник на РМ” бр. 91/08), овој закон се предлага да се донесе по скратена постапка.

Предлог на
Закон за изменување и дополнување на Законот за здравственото
осигурување

Член 1

Во Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија”, број 25/00, 34/00, 96/00, 50/01, 11/02, 31/03, 84/05, 37/06, 18/07, 36/07, 82/08, 98/08, 6/09 и 67/09) во членот 5 во став 1 во точката 5) зборовите „припадник на монашки и други верски редови и“ се бришат.

Член 2

Во членот 12 точката 3 се брише.

Член 3

Во членот 15 во ставот 1 во точката 1 по зборот „месеци“ се додава зборот „непрекинато“.

Член 4

Насловот пред членот 19 и членот 19 се бришат.

Член 5

Поднасловот пред членот 24-а и членот 24-а се бришат.

Член 6

Членот 27 се менува и гласи:

„Правата од задолжителното здравствено осигурување во рамките на обемот на правата утврдени со овој закон, осигурените лица ги остваруваат врз основа на картичка за здравствено осигурување и доказ дека придонесот за задолжителното здравствено осигурување е платен.

На граѓаните кои зборуваат службен јазик различен од македонскиот јазик, на нивно лично барање, образецот се печати и податоците во него се запишуваат и на јазикот и писмото што го употребува граѓанинот.

Формата и содржината на картичката за здравствено осигурување, начинот на издавање, користење, водење на евиденцијата како и доказот од ставот

1 на овој член ги утврдува Фондот со општ акт на кој министерот за здравство дава согласност.“

Член 7

По членот 27 се додава нов поднаслов и нов член 27-а кои гласат:

„ Обработка на личните податоци на осигурените лица

Член 27 – а

Личните податоци на осигурените лица можат да се обработуваат согласно со целите утврдени со овој закон и во согласност со прописите со кои се уредува заштита на личните податоци.

Личните податоци кои се вклучени во процесите на евидентирање на податоци веднаш се бришат во случаите кога ќе се утврди дека не се точни или престанале причините односно условите поради кои личниот податок е вклучен во тие процеси.

Личните податоци на осигурените лица содржани во евиденциите од областа на здравственото осигурување од нивното внесување се до нивното бришење смеат да се даваат под услови и на начин утврдени со прописите за здравственото осигурување и со прописите со кои се уредува заштитата на личните податоци.“

Член 8

Во членот 54 во ставот 1 во точката 5) на крајот од реченицата точката и запирката се бришат и се додаваат зборовите: „според број на осигурени лица (капитација) во примарна здравствена заштита, според утврдени цени на здравствени услуги во специјалистичко-консултативна здравствена заштита и здравствени услуги во болничка здравствена заштита:

- групирани по ДСГ методологија за акутна нега на хоспитализирани болни според утврдени ДСГ референтни цени;
- според утврдени цени на здравствени услуги во болничка здравствена заштита за дневна болница, хронично лежечки болни и медицинска рехабилитација и физикална терапија за лежечки болни;

Во точката 9) по зборот „доктрина“ се додаваат зборовите „и медицина базирана на докази“.

По точката 10) се додаваат две нови точки 10-а) и 10-б) кои гласат:

„10-а) издава картичка за здравствено осигурување и води евиденција за

нејзиното издавање“

10-б) води и други евиденции од здравственото осигурување.“

Во точката 12) на крајот од реченицата, точката и запирката се заменуваат со запирка и се додаваат зборовите „на документацијата поврзана со укажаните здравствени услуги и на спроведувањето на медицината базирана на докази“.

Член 9

Во членот 63-а во ставот 1 по зборовите „цена е“ се додава зборот „максимален“.

Член 10

Членот 63-б се менува и гласи:

„Начинот, постапката и методологијата за утврдување на референтните цени се уредува со општ акт на Фондот на кој согласност дава министерот за здравство“.

Член 11

Во членот 68 по ставот 2 се додава нов став 3 кој гласи:

" Здравствените установи се должни на Фондот да му доставуваат податоци потребни за остварување на правото за надоместок на штета.“

Ставовите 3 и 4 стануваат ставови 4 и 5.

Член 12

Во членот 69 во ставот 1 по алинејата 3 се додава нова алинеја 4 која гласи:

„- утврдени цени на здравствени услуги во болничката здравствена заштита за дневна болница, хронично лежечки болни и медицинска рехабилитација и физикална терапија за лежечки болни;“

Алинеите 4, 5, 6 и 7 стануваат алинеи 5, 6, 7 и 8.

Член 13

По членот 69-б се додаваат два нови поднаслови и шест нови членови 69-в, 69-г, 69-д, 69-ѓ, 69-е и 69-ж кои гласат:

“Систем за финансирање на јавните здравствени установи

Член 69-в

Фондот утврдува посебен буџет за финансирање на јавните здравствени установи и за правата од здравственото осигурување.

Буџетот за финансирање на јавните здравствени установи и за правата од здравственото осигурување е годишен план на приходи, други приливи и одобрени средства во кои се вклучени средствата од буџетот на Фондот за финансирање на дејноста на јавните здравствени установи и за правата од здравственото осигурување, средствата од програмите за здравствена заштита, сопствените приходи и донации на јавните здравствени установи.

Буџетот за финансирање на јавните здравствени установи го донесува Управниот одбор на Фондот и се објавува во „Службен весник на Република Македонија“ по добиена согласност од министерот за здравство и министерот за финансии.

Јавната здравствена установа потребните средства за вршење на дејноста ги искажува во годишен план на приходи, други приливи и одобрени средства во кој се вклучени дел од средствата предвидени во буџетот на Фондот, дел од средствата од програмите за здравствена заштита, сопствените приходи и донации на јавната здравствената установа.

Годишниот план за приходи и расходи на јавната здравствена установа го донесува Управниот одбор на јавната здравствена установа, а го одобрува Управниот одбор на Фондот.

Член 69-г

Корисници од буџетот за финансирање на јавните здравствени установи од прва линија се подрачните служби на Фондот, а корисници од втора линија се јавните здравствени установи.

Начинот на изготвување и донесување на буџетот за финансирање на јавните здравствени установи и годишниот план за приходи и расходи на јавните здравствени установи, начинот на нивното извршување и начинот на нивното изменување и дополнувања се уредува со општ акт на Фондот, на кој министерот за здравство дава согласност.

Годишниот план за приходи и расходи, јавната здравствена установа го доставува на одобрување најдоцна до 15 ноември во тековната за наредната година.

Управниот одбор на Фондот годишните планови на приходи и расходи на јавните здравствени установи ги одобрува најдоцна до триесет и први декември во тековната година, во кој рок треба да се донесе и буџетот за финансирање на јавните здравствени установи.

Трезор и здравствена трезорска сметка

Член 69-д

Во Фондот се формира трезор, како организациона единица, за управување со здравствената трезорска сметка и другите сметки на јавните здравствени установи.

Преку здравствената трезорска сметка како систем на сметки управувани од страна на трезорот на Фондот, се врши евиденција на наплатата на сите приливи и одливи на буџетот за финансирање на јавните здравствени установи и годишните планови за приходи и расходи на јавните здравствени установи.

Во трезорот се води здравствена главна книга како официјален запис на податоците и трансакциите во врска со одобрените средства, правото за трошење, пријавените преземени обврски, приливите и одливите за буџетската година.

Член 69-ѓ

Трезорот на Фондот ги врши следните работи:

- управува со трезорската сметка и сметките на јавните здравствени установи;
- води трезорска главна книга;
- води регистар на корисници;
- води буџетско сметководство за приходите и расходите ;
- води евиденција за наплатата на приходите и другите приливи на здравствената трезорска сметка и врши распределба по корисници;
- води евиденција на извршените расходи и другите одливи на здравствената трезорска сметка;
- води евиденција на преземените обврски од страна на јавните здравствени установи
- води евиденција за пристигнати и ненамирени обврски на јавните здравствени установи;

- подготвува класификација на сметките во рамките на здравствената главна книга;
- врши отворање и затворање на сметки во рамките на здравствената главна книга;
- ги извршува налозите по основ на решенијата за присилна наплата кои ја задолжуваат здравствената трезорска сметка;
- врши и други работи утврдени со закон.

Член 69 –е

Во рамките на здравствената трезорска сметка на Фондот како посебни сметки во здравствената главна книга се водат сметките на јавните здравствени установи: за средства од Фондот, за средства од програмите за здравствена заштита, за средства од сопствени приходи и за средства од донации.

Здравствената трезорска сметка на Фондот се отвара во Народна банка на Република Македонија.

Јавните здравствени установи не смеат да отвараат сметки и да депонираат средства кај носители на платен промет.

Билансот на здравствената главна книга и состојбата на здравствената трезорска сметка се усогласуваат на редовна основа.

Начинот на отворање и водење на девизни сметки ќе се уреди со општ акт на Фондот, на кој министерот за здравство дава согласност.

Член 69-ж

За извршување на плаќања, јавните здравствени установи доставуваат барање за плаќање до подрачните служби на Фондот.

Подрачните служби на Фондот, по извршените контроли на барањето од став 1 на овој член, го доставуваат до трезорот на Фондот, кој го одобрува тоа барање.

Извршените плаќања се евидентираат во здравствената главна книга.

Начинот на трезорското работење ќе се уреди со акт на Фондот, на кој министерот за здравство дава согласност.“

Член 14

Во членот 70 во ставот 2 по зборовите „односно здравствените услуги“ се додаваат зборовите „според медицина базирана на докази“.

По ставот 2 се додаваат два нови става 3 и 4 кои гласат:

“Договорите од став 1 на овој член, се склучуваат за период од 12 месеци од 1 април во тековната година до 31 март во наредната година, а доколку има нереализирани средства може да се склучат и за пократок временски период заклучно со 31 март во наредната година.

Исплатата на обврските по договорите од ставот 3 на овој член за тековната година, ќе се врши од буџетот за тековната година, а исплатата на обврските за наредната година ќе се врши од буџетот за наредната година.“

По ставот 3 кој станува став 5, се додава нов став 6 кој гласи:

„Здравствените услуги на осигурените лица кои се извршени спротивно на ставот 1 на овој член, не паѓаат на товар на средствата на Фондот“.

Член 15

Поднасловот пред членот 71 и членот 71 се менуваат и гласат:

„Контрола

Член 71

Фондот врши контрола на здравствените установи и правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала со кои има склучено договор во однос на примена на општите акти на Фондот, исполнување на обврските од договорот со Фондот, договорениот вид и обем на здравствени услуги, медицинската документација поврзана со укажаните здравствени услуги, примена на медицината базирана на докази и примена на критериумите за оцената за привремена спреченост за работа.

Контролата ја вршат овластени лица од Фондот.

Овластените лица од став 2 на овој член при вршењето на контролата во здравствените установи и правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала се идентификуваат со Легитимација, што ја издава директорот на Фондот.

Здравствените установи и правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала се должни да обезбедат вршење на контрола на овластените лица од Фондот, како и да ја стават на увид медицинската документација поврзана со укажаните здравствени услуги на осигурените лица.

Начинот и постапката на вршење на контрола како и формата и содржината на Легитимацијата за вршење на контрола се утврдува со општ акт на Фондот на кој министерот за здравство дава согласност.

Член 16

По членот 84 се додаваат 2 нови члена 84-а и 84-б кои гласат:

„Член 84 –а

Глоба од 1000 до 5000 евра во денарска противвредност ќе се изрече за прекршок на здравствената установа и правното лице кое врши изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала ако :

- не овозможи вршење на контрола на овластено лице од Фондот;
- не овозможи увид во медицинската документација поврзана со укажаните здравствени услуги;
- дава неоснована оценка за привремена спреченост за работа;
- договори здравствени услуги, а не ги обезбеди или нецелосно ги обезбеди на осигурените лица;
- им наложува на осигурените лица сами да купуваат лекови и медицински потрошен материјал;
- не му ги обезбеди на Фондот потребните податоци за поведување на постапка за надомест на штета, согласно со овој Закон;

За прекршок од ставот 1 на овој член, глоба од 600 до 800 евра во денарска противвредност ќе се изрече и на одговорното лице на здравствената установа.

За прекршок од ставот 1 на овој член, глоба од 600 до 800 евра во денарска противвредност ќе се изрече и на здравствениот работник, кој го сторил прекршокот.

Член 84-б

Кога овластеното лице од членот 71 став 2 на овој закон, ќе утврди дека е сторен прекршок од членот 84-а на овој закон ќе поднесе барање за поведување на прекршочна постапка согласно прописите од областа на прекршоците.

Член 17

Здравствените легитимации издадени пред денот на влегување во сила на овој закон ќе важат до нивната замена со картичката за здравствено осигурување, но најдолго до 5 години од денот на влегувањето во сила на овој закон.

Член 18

Општите акти од членовите 27, 63-б, 69-г, 69-е, 69-ж и 71 од овој закон, Фондот ќе ги донесе во рок од шест месеци од денот на влегување во сила на овој закон.

Член 19

Во Законот за изменување и дополнување на Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 6/09), во членот 19 во ставот 1 во алинејата 1 зборовите „1 јануари 2010“ се заменуваат со зборовите „1 јануари 2011“.

Во алинејата 2 зборовите „1 јануари 2011“ се заменуваат со зборовите „1 јануари 2012“.

Во алинејата 3 зборовите „1 јануари 2012“ се заменуваат со зборовите „1 јануари 2013“.

Во ставот 2 зборовите „1 јануари 2010“ се заменуваат со зборовите „1 јануари 2011“.

Член 20

Се овластува Закондавно-правната комисија на Собранието на Република Македонија да изготви пречистен текст на законот за здравствено осигурување.

Член 21

Овој закон влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а членот 7 ќе се применува од 01.09.2010 година.

I ОБРАЗЛОЖЕНИЕ НА ПРЕДЛОГ-ЗАКОНОТ ЗА ИЗМЕНУВАЊЕ НА ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ

1. Со членот 1 од Предлогот на Законот се предлага изменување на членот 5 од причина што со Законот за здравствено осигурување и Законот за придонеси од задолжителното социјално осигурување, помеѓу останатите категории на осигуреници кои задолжително се осигуруваат, наведена е и категоријата „припадник на монашки и други верски редови и верско службено лице“. Ваквата дефиниција на оваа категорија на осигуреници е проблематична со оглед на тоа што ниту Законот за правн аположба на црква, верска заедница и религиозна група, ниту некој правен акт уредува што точно претставува терминот „припадник на монашки и други верски редови“ и кои се неговите права и обврски. Друга карактеристика на ваквата терминологија е што истата не кореспондира со фактичката состојба во рамките на верските заедници бидејќи не постои категорија „припадник на монашки редови“ туку постои „монаштво“. Исто така, не постојат припадници на други верски редови, туку постои „сестринство“. Оваа категорија на лица за разлика од „верските службени лица“ не остваруваат никакви приходи како резултат на што само верските службени лица треба да се третираат како осигуреници кои го плаќаат сами за себе здравственото осигурување, додека за останатите (припадниците на монаштвото и сестринството) придонесите потребно е да ги плаќа Фондот за здравствено осигурување.

2. Со членовите 2 и 5 од Предлогот на Законот се врши бришење на правото на посебниот паричен надоместок за живородено дете. Имено, со направените финансиски анализи во Министерството за здравство се дојде до сознание дека се потребни големи финансиски средства за непречено остварување на ова законско право. Од таа причина Министерството за здравство со овој предлог закон за изменување и дополнување на Законот за здравствено осигурување предлага одредбата со која се предвидува правото на посебниот паричен надоместок да се избрише од Законот за здравствено осигурување.

3. Со членот 3 од Предлогот на Законот се врши прецизирање на условот за остварување на правото на надоместок на плата во насока на непрекинато траење на здравственото осигурување од најмалку шест месеци. Ова од причина што во праксата различно се толкува овој услов, односно не се разбира доволно интенцијата на законодавецот дека здравственото осигурување треба да трае најмалку шест месеци непрекинато.

4. Со членот 4 од Предлогот на Законот се врши бришење на членот 19 од Законот за здравственото осигурување. Имено, основницата за утврдување на надоместокот на плата во случај на привремена спреченост за работа се уредува со одредбите на членот 16 од Законот за здравственото осигурување.

Според став 1 на членот 16, основница за пресметување на надоместокот на плата претставува просечниот месечен износ на исплатената нето плата на која е платен придонесот за задолжително здравствено осигурување во последните 6 месеци пред настанување на случајот поради кој се стекнува правото на надоместокот.

Со ставот 1 на членот 19 од законот, чие бришење се предлага, е предвидено ако привремената спреченост за работа траела подолго од 30 дена, основицата за надоместокот на плата се усогласува со движењето на на платата кај работодавецот кај кого е вработен осигуреникот во месецот за кој се исплатува во однос на платата од која е утврдена основицата за надоместокот на платата, односно со движењето на основицата за плаќање на придонесот за задолжително здравствено осигурување.

Според став 2 на овој член, надоместокот на плата усогласен според став 1 на овој член не може да изнесува повеќе од платата што осигуреникот би ја остварил со работа.

За спроведување на одредбите на членот 19 од законот, односно осигуреникот да го оствари правото на усогласување на надоместокот со порастот на платите кај работодавецот, со членот 93 од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување е предвидено за осигуренико чија спреченост за работа трае подолго од 30 дена, по истекот на 30-от ден, работодавецот до подрачната служба на Фондот да достави образец НП-2 потврда за исплатените нето плати на кои е платен придонесот кај работодавецот за сите вработени во последните 6 месеци пред настанување на случајот поради кој се стекнува правото на надоместок на плата и секој месец за осигуреникот треба да доставува и образец НП-3 потврда за движењето на платите кај работодавецот за месецот за кој се исплатува надоместокот со цел да се види колкава плата би остварил осигуреникот кога би бил на работа.

Одредбата на членот 19 е преземена во целост од Законот за здравствена заштита од 2001 година (преземен е членот 21) и во основа имаше карактер на заштитна одредба за осигурениците кои се на подолготрајно боледување или породилно отсуство и тоа во услови кога постоеше инфлација и кога поради инфлаторните движења платите на вработените растеа, а утврдената основица на која се пресметува надоместокот на плата остануваше иста, па во сегашни услови истата е непотребна.

Од друга страна поради администрирањето со образецот НП-2 и НП-3, ненавремено нивно доставување или пак недоставување од страна на работодавецот, осигуреникот не може да го оствари своето право редовно месец за месец, а има и случаи кога со цел да се оствари повисок износ на надоместок на плата во периодот после 30-от ден на спреченост за работа, преку образецот НП-3 се доставуваат и неистинити податоци.

Од овие причини се предлага бришење на одредбите на членот 19 од Законот за здравственото осигурување, со тоа што за целото време на спреченост за работа осигуреникот би користел надоместок на плата утврден согласно член 16 од истиот закон а во исто време би се поедноставила постапката за остварување на правото, бидејќи во тој случај образецот НП-2 и НП-3 ќе станат непотребни. Со членот 3 од Предлогот на Законот, се врши прецизирање на одредбата 27 со бришење на зборовите здравствена легитимација, со оглед на замената на истата со картичката за здравствено осигурување. Во истиот член се уредува обврската на осигуреното лице да ја чува картичката за здравствено осигурување и за секое нејзино губење, крадење, оштетување или истекување на рокот на

- важност да ја извести најблиската Подрачна служба на Фондот заради заштитата на личните податоци.
5. Со членовите 6 и 7 и од предлогот на Законот се врши усогласување со прописите од областа на заштитата на личните податоци.
6. Со членот 8 ставот 1 и членот 12 од овој закон се доразработува начинот на плаќањето на здравствените услуги во различните нивоа на здравствена заштита, а со ставот 2 на членот 8 од предлогот на Законот се дополнува одредбата 54 која се однесува на делокругот на работа на Фондот и потребата од законско уредување на евиденцијата што ја води Фондот, а кое нешто се однесува и на издавањето на картичките. Овие измени се во функција на усогласување на прописите од областа на заштитата на личните податоци според кои воспоставувањето на збирки на лични податоци мора да биде утврдено со закон. Со ставот 3 од членот 8 на овој закон се допрецизира делокругот на работа на Фондот во делот на вршењето на контролата на здравствените установи.
7. Со членовите 9 и 10 од овој закон се предлага измена на пристапот на утврдување на референтните цени од причина што во праксата според досегашната методологија на утврдување на референтните цени, се утврдуваа многу ниски цени на лековите, поради што во најголем дел осигурениците вршеа доплата од утврдената референтна цена за лековите од иста генерика, а на различни производители.
8. Според постојните законски одредби Фондот има право да бара надоместок на штета и непосредно од осигурителните компании во случај кога се работи за осигурување од одговорност за штета на трети лица. Во праксата ова најмногу доаѓа до израз кога во сообраќајни незгоди се повредени осигурени лица на Фондот и за кои трошоците за лекувањето ги платил Фондот. Заради тоа со членот 11 од овој закон се предлага обврска на здравствените установи да ги доставуваат потребните податоци до Фондот.
9. Со членот 13 од предлогот на Законот се разработува системот за финансирање на јавните здравствени установи, трезорот и здравствената трезорска сметка.
10. Со членот 14 од предлогот на Законот се регулира времетраењето на договорите што ги склучува Фондот како купувач на здравствени услуги со здравствените установи, односно дека истите се склучуваат за период од 12 месеци сметано од 1 април во тековната година до 31 март наредната година.
11. Со членот 15 и 16 од предлогот на Законот се доуредуваат надлежностите на Фондот кои произлегуваат од член 54 став 1 точка 12 од законот за здравствено осигурување според кој Фондот врши увид и контрола на договорениот обем и вид на обезбедени здравствени услуги на осигурените лица во здравствените установи. Со цел за доследна примена на законските одредби и целосно остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување предвидени се нови прекршочни одредби за здравствените установи.
12. Со членот 17 од предлогот на Законот се уврдува преодниот период од 5 години на замена на здравствените легитимации со картичката за здравствено осигурување.

13. Со членот 19 од предлогот на Законот се одложува примената на членот 19 од Законот за изменување и дополнување на Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 6/09).

II. МЕЃУСЕБНА ПОВРЗАНОСТ НА РЕШЕНИЈАТА СОДРЖАНИ ВО ПРЕДЛОЖЕНИТЕ ОДРЕДБИ

Предложеното решение е меѓусебно поврзано со основното решение содржано во Законот за здравственото осигурување.

III. ПОСЛЕДИЦИ ШТО ЌЕ ПРОИЗЛЕЗАТ ОД ПРЕДЛОЖЕНИТЕ РЕШЕНИЈА

Од предложената измена на Законот за здравственото осигурување ќе се избрише правото на посебен паричен надоместок за живородено дете.

Со бришење на зборовите здравствена легитимација, ќе се изврши замена на постојните здравствени легитимации со картичката за здравствено осигурување.

Со предложеното дополнување на законските одредби ќе се воведат унифициран, поврзан, стабилен и транспарентен систем на контрола на плаќањата во јавните здравствени установи, што се наметнува како неопходна потреба заради ефикасно, ефективно, економично и наменско користење на финансиските средства остварени по основ на задолжително здравствено осигурување.

ТЕКСТ

на одредбите од Законот за здравственото осигурување („Службен Весник на РМ” бр.25/00, 34/00, 96/00, 50/01, 11/02, 31/03, 84/05, 37/06, 18/07, 36/07, 82/08, 98/08, 06/09 и 67/09) што се менуваат и дополнуваат

Член 5

Со овој закон задолжително се осигуруваат:

- 1) Работник во работен однос кај правно лице, самовработено лице, установа, друго правно лице кое врши дејност на јавна служба, државен орган и орган на единиците на локална самоуправа и градот Скопје;
- 2) Државјанин на Република Македонија кој на територијата на Република Македонија е вработен кај странски и меѓународни органи, организации и установи, кај странски дипломатски и конзуларни претставништва, во лична служба на странски дипломатски и конзуларни претставништва или е во лична служба на странци, доколку со меѓународен договор не е поинаку определено;
- 3) Самовработено лице;
- 4) Индивидуален земјоделец;
- 5) Припадник на монашки и други верски редови и верско службено лице;
- 6) Привремено невработено лице додека прима паричен надоместок од осигурување во случај на невработеност и невработено лице кое активно бара работа и кое се пријавува во Агенцијата за вработување на Република Македонија, доколку нема друга основа на осигурување;
- 7) Државјанин на Република Македонија вработен во странство, ако за тоа време не е задолжително осигурен кај странски носител на осигурување според законот на земјата во која е вработен, или според меѓународна спогодба, а имал живеалиште на територијата на Република Македонија непосредно пред засновањето на работниот однос во странство - за членовите на семејството кои живеат во Република Македонија;
- 8) Корисник на пензија и надоместок на плата според прописите на пензиското и инвалидското осигурување,
- 9) Државјанин на Република Македонија кој прима пензија или инвалиднина од странски носител на осигурување додека престојува на територијата на Републиката;
- 10) Лице корисник на постојана парична помош, лице сместено во згрижувачко семејство и во установа за социјална заштита, корисник на паричен надоместок за помош и нега и парична помош на лице кое до 18 години возраст имало статус на дете без родители и родителска грижа, согласно со прописите од социјалната заштита, ако неможе да се осигура по друга основа;
- 11) Странец кој на територијата на Република Македонија е во работен

однос или служба на странски физички и правни лица, меѓународни организации и установи или странски дипломатски и конзуларни претставништва ако со меѓународен договор не е поинаку определено;

- 12) Странец кој се наоѓа на школување или стручно усовршување во Републиката ако со меѓународен договор не е поинаку определено;
- 13) Лице на издржување на казна затвор, лице кое се наоѓа во притвор (ако не е осигурено по друга основа), и малолетно лице кое се наоѓа на извршување на воспитна мерка упатување во воспитно - поправен дом, односно установа;
- 14) Учесник во НОВ и учесник во Народноослободителното движење во Егејскиот дел на Македонија, воен инвалид и членовите на семејствата на паднатите борци и умрените учесници во НОВ, како и цивилните инвалиди од Втората светска војна, лицата прогонувани и затварани за идеите на самобитноста на Македонија и нејзината државност, на кои тоа својство им е утврдено со посебни прописи и членовите на семејството и родителите на лицата граѓани на Република Македонија, загинати во војните при распадот на СФРЈ.
- 15) Државјанин на Република Македонија кој не е задолжително осигуран по една од точките 1 до 14 на овој член.

Граѓаните кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување според став 1 на овој член можат да пристапат кон задолжителното здравствено осигурување заради користење на право на здравствени услуги од член 9 на овој закон.

Член 12

Во рамките на задолжителното здравствено осигурување се обезбедува право на парични надоместоци и тоа:

- 1) право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство и
- 2) право на надоместок на патни трошоци.
- 3) Право на посебен паричен надоместок за живоридено дете.

Член 15

Осигурениците од членовите 13 и 14 на овој закон можат да остварат право на надоместок на плата, ако ги исполнуваат и следниве услови:

- 1) ако здравственото осигурување траело најмалку шест месеци пред настапување на случајот, освен во случаите на повреда на работа и професионално заболување;
- 2) придонесот за задолжителното здравствено осигурување редовно да е уплатуван или со задоцнување од најмногу 60 дена и
- 3) оцената за привремена спреченост за работа ја дал избраниот лекар, односно лекарската комисија.

Усогласување на надоместокот на плата

Член 19

Ако привремената спреченост за работа траела подолго од 30 дена, основницата за надоместокот на платата се усогласува со движењето на платата кај работодавецот кај кого е вработен осигуреникот во месецот за кој се исплатува надоместокот во однос на платата од која е утврдена основницата за надоместокот на платата, односно со движењето на основницата за плаќање на придонесот за задолжителното здравствено осигурување.

Надоместокот на платата усогласен според став 1 на овој член не може да изнесува повеќе од платата што осигуреникот би ја остварил со работа.

3. Посебен паричен надоместок за живородено дете

Член 24-а

Посебен паричен надоместок за живородено дете остварува мајката за раѓање и мајчинство на живородено дете која е со место на живеење во општините во кои стапката на природниот прираст на населението е под 2.1 според податоците на Државниот завод за статистика на Република Македонија, објавени за претходната година.

Посебниот паричен надоместок од став 1 на овој член го остварува мајката на живороденото дете и се исплатува за период од девет месеци непрекинато, а доколку роди повеќе деца одеднаш (близнаци, тројки или повеќе) една година, од денот на раѓањето во висина на 30% од просечно исплатената нето плата по работник во Република Македонија објавена за тековниот месец.

Посебниот паричен надоместок од став 1 на овој член не се исплатува во случаите кога мајката на живороденото дете има право на надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство, согласно овој закон или тоа право го користи таткото, согласно прописите за работните односи.

Посебниот паричен надоместок од став 1 на овој член се обезбедува согласно Програмата за посебен паричен надоместок за живородено дете која на предлог на министерството за здравство ја донесува Владата на Република Македонија.

Средствата за реализација на Програмата од став 4 на овој член се обезбедуваат од Буџетот на Република Македонија.

Член 27

Правата од задолжителното здравствено осигурување во рамките на обемот на правата утврдени со овој закон и прописите донесени врз основа на него, осигурените лица ги остваруваат врз основа на здравствена легитимација или картичка за здравствено осигурување и доказ дека придонесот за задолжителното здравствено осигурување е платен.

Формата и содржината на здравствената легитимација, односно на картичката за здравствено осигурување, начинот на издавање и користење, како и доказот од став 1 на овој член ги утврдува Фондот со општ акт.

Член 54

Фондот ги врши следниве работи:

- 1) ги спроведува прописите и политиката на развојот и унапредувањето на здравствената заштита во врска со задолжителното здравствено осигурување;
- 2) со општи акти ги уредува прашањата за кои е овластен со овој закон;
- 3) планира и прибира средства од задолжителното здравствено осигурување;
- 4) обезбедува остварување на права од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица, се грижи за законното остварување на нивните права и им пружа стручна помош при остварувањата на нивните права и интереси;
- 5) ги плаќа здравствените услуги за осигурените лица на здравствените установи кои ги обезбедуваат здравствените услуги;
- 6) ги плаќа надоместоците на плати и други парични надоместоци;
- 7) со општ акт ги утврдува цените на здравствените услуги од задолжителното здравствено осигурување, на кои министерот за здравство дава согласност;
- 8) ги утврдува референтните цени за лековите, медицинските помагала, опремата, протезите, ортопедските и други помагала и потрошните материјали кои се користат во здравствената заштита на осигурените лица што Фондот ги надоместува, на кој министерот за здравство дава согласност;
- 9) договара обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица со здравствените установи, според нормативи и стандарди базирани врз усвоена медицинска доктрина за ефикасна и рационална здравствена заштита;
- 10) развива сопствен информативен ситем со потребни податоци за задолжителното здравствено осигурување;
- 11) ги спроведува меѓународните договори во делот на задолжителното здравствено осигурување;
- 12) врши увид и контрола на договорениот обем и вид на обезбедени здравствени услуги на осигурените лица во здравствените установи;
- 13) превзема мерки за ефикасно, ефективно и економично користење на средствата од задолжителното здравствено осигурување;

14) одлучува за правата од задолжителното здравствено осигурување во прв степен и

15) врши и други работи во врска со правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување.

Член 63-а

Референтна цена е износ кој Фондот го надоместува и со кој износ се обезбедува снабдување на осигурените лица со лекови, медицински помагала, опрема, протези, ортопедски и други медицински помагала и потрошни медицински материјали.

Фондот ги гарантира референтните цени од ставот 1 на овој член за сите осигурени лица.

Член 63-б

Референтната цена се одредува според најниската дефинирана големопродажна цена на лековите, медицинските помагала, опремата, протезите, ортопедските и другите медицински помагала и потрошни медицински материјали кои се пуштени во промет во Република Македонија, согласно со Законот за лекови, помошни лековити средства и медицински помагала.

Референтната цена се одредува со споредбена анализа на референтните цени кои се на товар на Фондовите за задолжително здравствено осигурување во референтните земји од членот 63-в на овој закон.

Критериум за одредување на референтна цена во Република Македонија е средната вредност од двата најниски односи меѓу референтната цена и бруто домашниот производ по глава на жител во референтната земја од членот 63-в на овој закон, во споредба со бруто домашниот производ по глава на жител во Република Македонија, според Методологијата на патитет на куповна сила утврдена од Меѓународниот монетарен фонд од Вашингтон за последната година за која Меѓународниот монетарен фонд има објавено конечни податоци.

Референтната цена согласно со критериумите од ставовите 1, 2 и 3 на овој член ги определува Фондот со општ акт на кој согласност дава министерот за здравство.

Член 68

Здравствените установи се должни да ги планираат средствата потребни за обезбедување на одреден обем на здравствени услуги.

Здравствените установи се должни на Фондот да му доставуваат финансиски и други податоци на начин и во рокови утврдени со општ акт на Фондот.

Фондот во рамките на планираните средства, за секоја година утврдува план и програма за здравствените услуги кои се финансираат од средствата на задолжителното здравствено осигурување.

Планот и програмата од став 3 на овој член се доставуваат до Министерството за здравство и Министерството за финансии најдоцна до 30 септември во тековната година за наредната година.

Член 69

Фондот со општ акт, утврдува критериуми за склучување на договори со здравствените установи за купување на основните здравствените услуги од овој закон, начинот на склучувањето на договорите и за начинот на плаќањето на здравствените услуги според:

- бројот на осигурените лица во примарната здравствена заштита;
- цени на завршени здравствени услуги во специјалистичко – консултативна здравствена заштита;
- цени на здравствени услуги групирани во ДСГ во болничка здравствена заштита за акутна нега на хоспитализирани болни;
- утврдените цени на здравствените услуги;
- програмите за одделни видови здравствена заштита, односно услуги
- утврдените средства во Буџетот на Фондот по намени
- други критериуми.

Министерот за здравство дава согласност на општиот акт од став 1 на овој член.

Член 70

За извршување на здравствените услуги Фондот како купувач на здравствени услуги склучува и раскинува договори со здравствените установи.

Во договорот од став 1 на овој член се уредува видот, обемот, квалитетот и роковите за остварување на здравствената заштита, односно здравствените услуги, начинот на пресметувањето и плаќањето на здравствените услуги, причините и условите под кои може да се раскине договорот и договорна казна.

Здравствената установа од ставот 1 на овој член е должна да укажува здравствени услуги во рамките на договорот од ставот 2 на овој член и на видно место да истакне кои услуги ги обезбедува преку договорот на товар на средствата на Фондот.

Контрола на трошење на средствата

Член 71

Фондот врши контрола на средствата на здравствените установи остварени од Фондот, како и на наменското и економичното користење на тие средства.

Контролата од став 1 на овој член ја вршат стручни лица овластени од директорот на Фондот.

Фондот е должен да го извести Министерството за здравство за здравствените установи кои ненаменски и некономично ги користеле средствата по завршената контрола на здравствената установа.

Член 19

(Закон за изменување и дополнување на Законот за здравственото осигурување „Службен весник на Република Македонија“ бр. 6/09)

Одредбите од членот 3 став 2 и членот 6 на овој закон ќе се применуваат на следниот начин:

- од 01.01.2010 година 50% од износот на надоместокот на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство ќе се исплатува на товар на средствата на Буџетот на Република Македонија, а останатите 50% од надоместокот, на товар на средствата на Фондот.
- од 01.01.2011 година 75% од износот на надоместокот на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство ќе се исплатува на товар на средствата на Буџетот на Република Македонија, а останатите 25% од надоместокот, на товар на средствата на Фондот.
- од 01.01.2012 година 100% од износот на надоместокот на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство ќе се исплатува на товар на средствата на Буџетот на Република Македонија.

Исплатите на надоместокот на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство кои се започнати, а не се завршени до 01.01.2010 година, ќе продолжат да се исплаќаат според одредбите на Законот за здравствено осигурување (Службен весник на Република Македонија број 25/00, 34/00, 96/00, 50/01, 11/02, 31/03, 84/05, 37/06, 18/07, 36/07, 82/08 и 98/08).

Делот од одредбата 24-а „која е со место на живеење во општините во кои стапката на природниот прираст на населението е под 2.1 според податоците на Државниот завод за статистика на Република Македонија, објавени за претходната година“ е укинат со Одлука на Уставен суд на Република Македонија У.бр. 199/2008, објавена во Службен весник на Република Македонија бр.45/09 од 03.04.2009 година.