



ГОДИШЕН ИЗВЕШТАЈ 2011

ЗА РАБОТЕЊЕТО НА ФОНДОТ ЗА
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА
МАКЕДОНИЈА

ГОДИШЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА 2011 ГОДИНА

Фонд за здравствено осигурување на Македонија, ул. Македонија бб, 1000 Скопје

www.fzo.org.mk

Одговорни лица:

м-р Маја Парнарџиева-Змејкова
Џемали Мехаз

Годишниот извештај го подготвија:

М-р Татјана Лукановска
Владимир Димковски

За текстот придонеле и:

Блаже Којчевски, Бранко Ацигогов, Кристина Христова, Маја Богдановска-Стојаноска, Трајче Саздов, Гоце Гаврилов, Игор Неловски, Бранкица Катушевска, Снежана Ќ. Шилоска, Јасмина Смилевска, Стојан Петрески, Христо Трповски, Дијана Василевска, Ристана Митровска, Благој Дончев, Татјана Ѓорѓиева

При подготвувањето на материјалот учествуваа и други вработени од централната и од подрачните служби на ФЗОМ.

Јазична редакција:

Елизабета Белазелкоска Спироска

Техничка подготовка:

Мартин Илов

Copyright © 2012

Фонд за здравствено осигурување на Македонија

Скопје , април 2012

Содржина

I	ОСИГУРЕНИ ЛИЦА	8
II	ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	14
1	ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ	14
1.1	Примарна здравствена заштита	14
1.2	Секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита	17
1.3	Лекови	25
1.4	Ортопедски помагала	30
1.5	Лекување во странство	32
1.6	Право на рефундација на средства	35
1.7	Право на ослободување од плаќање партиципација	36
1.8	Право на управна постапка за остварување на правата и обврските на осигурените лица	37
1.9	Право на упатување на инвалидска комисија во случај на подолго траење на привремена спреченост за работа	37
2	ПРАВА НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ	38
2.1	Право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест	38
2.2	Надоместок за породилно отсуство	40
III	ДОГОВОРИ СО ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ	43
1	ДОГОВОРИ СО ЈАВНИ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ	43
2	ДОГОВОРИ СО ПРИВАТНИ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ	44
2.1	Договори во примарна здравствена заштита	45
3	УТВРДУВАЊЕ РЕФЕРЕНТНИ ЦЕНИ	52
3.1	Утврдување референтни цени на здравствени услуги во превентивна и примарна здравствена заштита	53
3.2	Утврдување и ревидирање на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита	53
3.3	Утврдување и ревидирање на референтни цени на здравствени услуги во болничка здравствена заштита	54
3.4	Утврдување референтни цени на лекови	54
3.5	Утврдување референтни цени за ортопедски помагала	55
V	РАБОТЕЊЕ НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	57
1	АНАЛИЗА ЗА ЕКОНОМСКО-ФИНАНСИСКОТО РАБОТЕЊЕ НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА ЗА 2011 ГОДИНА	57
1.1	Буџетот на ФЗОМ во споредба со изминатите години и во однос на останатите земји	57
1.2	Приходи	59
1.3	Расходи	64
1.4	Функционални расходи на ФЗОМ	66
2	ТРЕЗОРСКО РАБОТЕЊЕ	66
3	ПРАВНИ ПОСТАПКИ	71
4	МЕЃУНАРОДНИ ДОГОВОРИ НА ФОНДОТ	73
5	ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ НА ФОНДОТ	74

6	ИНФОРМАТИЧКИ СИСТЕМ НА ФОНДОТ	76
7	КОНТРОЛНА ФУНКЦИЈА НА ФОНДОТ.....	77
8	РАБОТА НА УПРАВНИОТ ОДБОР НА ФОНДОТ.....	79
9	ОСТАНАТИ АКТИВНОСТИ НА ФЗОМ.....	79
9.1	<i>Трибина за дијализа</i>	<i>79</i>
9.2	<i>ДСГ форум.....</i>	<i>80</i>
9.3	<i>Организирани работилници и обуки</i>	<i>80</i>
9.4	<i>Соработка со фондовите за здравство од регионот</i>	<i>81</i>
9.5	<i>Соработка со здруженија на пациенти, комори и односи со јавноста.....</i>	<i>81</i>
9.6	<i>Анкета на најголемите плаќачи на здравствено осигурување.....</i>	<i>82</i>
9.7	<i>Вклучување во акцијата „Ден на дрвото – засади ја својата иднина“</i>	<i>83</i>
	ЛИСТА НА ТАБЕЛИ	84
	ЛИСТА НА ГРАФИКОНИ.....	85

Почитувани осигуреници,

Минатата година беше одбележана со голем број активности од страна на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст ФЗОМ). Со сите мерки што во текот на годината ги презедовме сме уште еден чекор понапред во остварување на нашата визија за ФЗОМ како стратешки купувач на здравствени услуги.

Иако од аспект на финансиските средства, 2011 година не се разликуваше многу во споредба со претходната 2010 година, ФЗОМ успеа во рамките на расположливите средства да ги обезбеди потребните здравствени услуги и надоместоци за осигурените лица.

Без оглед на ограниченоста на средствата, 2011 година беше исполнета со голем број активности на ФЗОМ. Како покрупни би ги издвоиле:

- Воведено е трезорското работење на јавните здравствени установи со што ФЗОМ стана носител на платниот промет за овие установи. Со тоа отворени се 30 трезорски канцеларии и обучени се над 50 вработени за потребите на трезорското работење.*
- Восстановена е практика на комуникација со страните што се најзасегнати со работењето на ФЗОМ. Имено, ФЗОМ започна да ги планира и спроведува мерките преку редовни месечни состаноци со здруженијата и коморите, на ниво на централа, односно месечни состаноци на здравствените работници на локално ниво преку подрачните служби.*
- Воведени се „примарни пакети“ за дејностите од превентивната здравствена заштита и итната помош, со што се овозможи реално вреднување на овие здравствени услуги.*
- Започната е дистрибуцијата на електронските здравствени картички, така што издадени се првите 2000 картички.*
- Обезбедени се дополнителни 300 милиони денари наменети за лекови на рецепт.*
- За прв пат воведени се „условни буџети“ со што се обезбедија здравствени услуги што претходно беа дефицитарни или што беа од големо значење на здруженијата на маргинализираните пациенти.*
- Воведено е дополнително вреднување за 10% на ДСГ услугите што се извршуваат на терцијарно ниво (терцијар), односно 25% на ДСГ услугите за детските установи.*
- Склучени се договори со две приватни очни болници за здравствени услуги, што осигурениците единствено можеа да ги добијат во странство.*
- Воведена е финансиска контрола врз фактурите на јавните здравствени установи.*
- Формирана е комисија за ликвидност која значајно го подобри управувањето со ликвидноста на ФЗОМ, а со тоа и целокупното менаџирање со средствата на осигурениците.*
- Започна процесот на тестирање на знаењето на раководителите на подрачните служби.*

Останатите активности, резултати и достигнувања од работењето на ФЗОМ во 2011 година се наведени во извештајот.

Би сакале да потенцираме дека и покрај околностите што ја карактеризираа 2011 година, голем дел од проектите се завршени, но, исто така и започнати се значајни проекти, како што се: воведување на е-трезор, воведување на транспарентна постапка за формирање на Позитивната листа на лекови, склучување на рамковни договори и многу други.

За спроведувањето на големиот број активности неопходна беше и поддршката што ФЗОМ ја има од своите партнери. Од таа причина, би сакале да им се благодариме, како на сите наши колеги вработени во ФЗОМ, така и на сите наши партнери (комори, здруженија), членови на Управниот одбор, членовите на Владата на РМ, Министерството за здравство и сите останати соработници што го даваат својот придонес за ФЗОМ да може да ги обезбедува здравствените услуги за осигурениците.

Со почит,

М-р Маја Парнарџиева-Змејкова

Џемали Мехазу



ОСИГУРЕНИ ЛИЦА



I ОСИГУРЕНИ ЛИЦА

Законот за здравствено осигурување ги дефинира лицата кои можат да ги користат правата од здравственото осигурување. Согласно законот, дефинирани се 15 категории осигуреници.

Вкупниот број осигуреници на крајот на 2011 година изнесува 1.835.529, што во однос на вкупниот број жители на Македонија (според последните проценки на Државниот завод за статистика) претставува опфатеност на населението од 89,2%.

Табела бр. 1 Осигурени лица

Осигуреници	2007	2008	2009	2010	2011
Активни работници	445.653	468.860	478.962	482.929	488.869
Активни земјоделци	17.297	14.799	14.613	14.869	18.154
Пензионери	329.611	284.425	278.863	283.303	291.170
Невработени лица	263.672	253.280	256.416	253.249	21.927
Лица осигурени преку програма на Министерството за здравство			5.628	14.458	216.965
Останати	24.098	21.296	18.586	17.321	17.464
Осигуреници:	1.080.331	1.042.660	1.053.068	1.066.129	1.054.549
Членови на семејства:	879.053	853.352	840.766	836.816	780.980
Вкупно осигурени лица:	1.959.384	1.896.012	1.893.834	1.902.945	1.835.529

Извор: ФЗОМ

Од табелата 1, во која е презентираан бројот на осигуреници во последните 5 години, се забележува дека вкупниот број осигуреници е релативно константен. Во 2011 година има извесно намалување во споредба со 2010 за 67 илјади лица или за 3,5%, пред сè, поради измената на Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување од која произлезе потребата сите осигуреници кои се невработени лица да се пререгистрираат во подрачните служби на ФЗОМ¹. Што се однесува до намалувањето во 2008 и 2009 година, истото е резултат на ажурирањето на базата на осигуреници. Анализирани по категории на осигуреници, бројот на активни работници бележи постојан раст и истиот е најинтензивен во 2008 година кога оваа категорија е зголемена за 5,2%, додека во последната година вработените лица се зголемени за 1,2% или за околу 6 илјади лица во однос на 2010 година. Бројот на осигурениците земјоделци од 2008 до 2010 година е стабилен на ниво од 14,6 до 14,8 илјади лица, а во 2011 година бележи значителен скок на 18,2 илјади лица што е за 22% повеќе во однос на 2010 година.

Поради веќе спомнатото ажурирање на базата на ФЗОМ, во 2008 и 2009 година бројот на пензионери се намалува, додека веќе во 2010 и 2011 година го потврдува трендот на стареење на населението со тоа што се зголемува за 1,6% во 2010, односно 2,8% во 2011 година. Бројот на двете категории: на невработените лица и на лицата осигурени преку Министерството за здравство (неосигурени лица), најдобро е да се разгледуваат како збирна сума поради

¹ Измената на законот е пошироко образложена подолу во извештајот



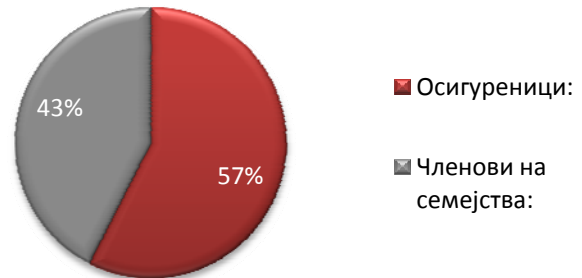
споменатата пререгистрација. Овие две ставки во вкупен број се намалени за околу 29 илјади лица или за околу 10,8% во однос на 2010 година.

Членовите на семејства од 2007 година имаат постојан тренд на намалување. До 2010 година падот е умерен и е во цврста корелација со зголемувањето на активните работници, од 0,5% до 3% на годишно ниво. Во 2011 година намалувањето на бројот на членовите е изразено, односно оваа категорија бележи пад за 56 илјади лица или за 6,7%.

Анализирајќи ја структурата на намалувањето, се доаѓа до заклучок дека во групата на вработените се влезени околу 14 илјади нови лица, ако се има предвид одливот во групата на пензионери од околу 8 илјади лица со зголемувањето од околу 6 илјади во вкупниот број на вработените. Според тоа најголем дел од овие 14 илјади потекнуваат од категориите на членови на семејство, како и на претходно невработени односно неосигурени за кои плаќа Министерството за здравство. Дополнително, може да се заклучи дека од нив произлегуваат и новите 4 илјади во групата на земјоделци.

Во структурата на осигурениците, 57% се лицата што се носители на осигурување кои или од своите приходи издвојуваат средства за придонес за здравствено осигурување или за нив некоја институција односно организација го уплатува придонесот за здравствено осигурување. Останатите 43% се лица кои, согласно Законот за здравствено осигурување, се здравствено осигурени како членови на семејство, односно тоа се сопруг/сопруга, деца до 18 години или до завршување на образование најдоцна до 26 години². Согласно поставеноста на македонскиот систем, овие лица не плаќаат придонес меѓутоа имаат право на здравствено осигурување преку својот член на семејството кој е носителот на здравствено осигурување.

Графикон бр. 1 Структура на осигуреници



Извор: ФЗОМ

Графикон бр. 2 Структура на носители на осигурување



Извор: ФЗОМ

Во структурата на носителите на осигурување, најголем дел се вработените лица околу 46%, потоа пензионерите со 27%, невработените и лицата осигурени преку Министерството за здравство со 23% и земјоделците и останатите со по 2%. Тоа значи дека на две активно вработени лица, во просек доаѓа едно лице во пензија и едно невработено лице односно лице за кое осигурување плаќа Министерството за здравство.

² Во законот се дефинирани уште две можности за децата да бидат осигурени после 18 годишна возраст и истите имаат социјален карактер



Пререгистрација на невработените лица

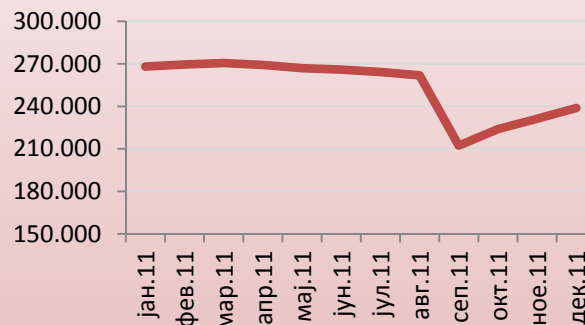
Во 2011 година направена е измена на Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување, со која е воведено ограничување на можноста невработените лица да бидат осигурени на товар на државата. Имено, поставени се два лимити за приходите што лицето ги остварува и од кои зависи висината на придонесот што ќе го плаќа за здравствено осигурување.

Така, лицата со остварен приход до 132 илјади денари годишно останаа на товар на Буџетот на РМ, односно истите се здравствено осигурени преку програмата за осигурување за сите на Министерството за здравство.

Лицата кои остваруваат приходи од 132 до 182 илјади денари годишно плаќаат придонес за здравствено осигурување со истата стапка како и вработените лица, но на основа од половина просечна плата, додека лицата со приходи повисоки од 182 илјади денари, плаќаат придонес на основа од просечната плата во државата.

На вака редефинираните услови за остварување на правата од здравственото осигурување за невработените лица, за истите во периодот од јуни до септември 2011 година, во подрачните служби на ФЗОМ беше спроведена пререгистрација.

Графикон бр. 1 Движење на бројот на невработени и „неосигурени“ лица



Извор: ФЗОМ

Со пререгистрацијата, вкупниот број лица (носители) во двете категории, на невработени и неосигурени лица, во месец септември се намали на 212 илјади, по што следните месеци започна континуирано да се зголемува тежнеејќи кон состојбата од пред пререгистрацијата, од околу 260 илјади лица.

На крајот од годината беше направена уште една измена на овој закон со која долниот лимит од 132 илјади денари е намален на ниво на усвоената минимална плата во државата од 96 илјади денари, по што во 2012 година следи нова пререгистрација.

Во однос на распространетоста на осигурените лица по региони, најголем број од осигурениците се наоѓаат во Скопскиот регион и нивното учество во вкупниот број осигуреници изнесува 34,5%, додека најмал број осигуреници има во Вардарскиот регион, односно 7,2% од вкупниот број осигуреници, што може да се види од наредната табела (табела бр.2):



Табела бр. 2 Осигурени лица по региони

Регион	Лично осигурени	Членови	Вкупно осигуреници	Коефициент на членови во однос на лично осигурани
Вардарски	78.812	56.840	135.652	0,72
Источен	100.625	66.175	166.800	0,66
Југозападен	96.741	85.771	182.512	0,89
Југоисточен	86.672	68.184	154.856	0,79
Пелагониски	130.623	90.010	220.633	0,69
Полошки	114.452	128.343	242.795	1,12
Североисточен	78.258	67.837	146.095	0,87
Скопски	379.946	273.656	653.602	0,72
Вкупно	1.066.129	836.816	1.902.945	0,78

*Во прилог на извештајот се наоѓаат статистичките региони во Р. Македонија
Извор: ФЗОМ

Во табелата 2 во последната колона прикажан е коефициентот на сооднос на осигуреници и членови (dependency rate) по региони. Она што се забележува е дека вредноста на овој коефициент значително отстапува во Полошкиот регион и истата е повисока од 1, односно во овој регион соодносот изнесува 1,07 што значи дека бројот на членовите на семејството го надминува бројот на лични осигуреници за 7%. Ваквата појава не е случај во ниту еден од останатите географски региони во државата. Најниска вредност на овој коефициент е во источниот регион каде истиот изнесува 0,62. На ниво на држава овој коефициент во 2011 год изнесува 0,74 и истиот е намален во споредба со 2010 година кога изнесувал 0,78.

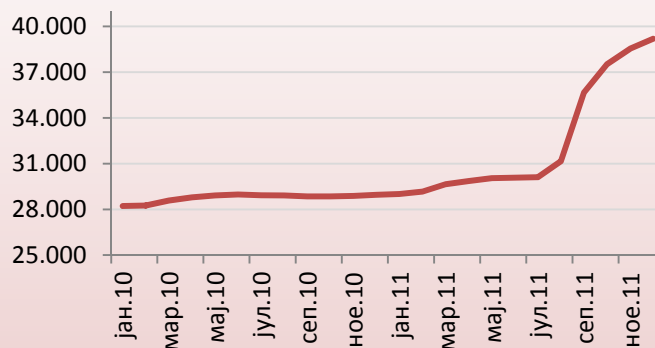


Дали навистина е зголемен бројот на земјоделци во Македонија?

Бројот на осигурениците (носители) од категоријата земјоделци во 2011 година е зголемен за 22% во споредба со претходната година. За истиот период, податоците на Државниот завод за статистика укажуваат на движење во спротивна насока на бројот на лица вработени во секторот земјоделство, односно намалување за околу 7%.

Трендот на раст на оваа категорија осигуреници започнува од месец септември и истата бележи раст во просек по 4% месечно до крајот на годината.

Графикон бр. 2 Движење на бројот на осигуреници земјоделци



Извор: ФЗОМ

Имајќи го предвид временскиот период кога започнува растот на бројот на овие осигуреници, очигледно е дека постои поврзаност со процесот на пререгистрација на невработените лица. Имено, поголемиот дел од лицата кои во претходниот период припаѓаа во групата на невработени лица и остваруваа одредени приходи над погоре изнесените граници, барајќи начин да издвојуваат што помал износ за здравствен придонес ги користат повластувањата што од страна на државата се донесени за земјоделците и месечно уплатуваат најмалку за здравствен придонес од околу 410 денари.

Согледувајќи ги резултатите од оваа појава, ФЗОМ алармираше до сите засегнати институции и во тек се подготовки за измени на соодветните закони од кои се очекува да се прецизираат осигурениците земјоделци на кои државата ќе им овозможи повластена положба.



ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ



II ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Според Законот за здравствено осигурување, ФЗОМ како институција која го спроведува задолжителното здравствено осигурување, на осигурениците им овозможува добивање на двете основни права што ги определува законот, а тоа се правото на здравствени услуги и правото на парични надоместоци врз основа на начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење.

1 Право на здравствени услуги

Правото на здравствени услуги, што произлегува од задолжителното здравствено осигурување, ги опфаќа здравствени услуги во случај на болест и повреда надвор од работа и повреда на работа и професионално заболување опфатени во основниот пакет на здравствени услуги.

Основниот пакет на здравствени услуги, дефиниран во член 9 од Законот за здравствено осигурување, ги определува здравствените услуги на кои имаат право осигурениците поделени во:

- примарната здравствена заштита
- специјалистичко-консултативната здравствена заштита
- болничката (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита

1.1 Примарна здравствена заштита

Во примарната здравствена заштита осигуреникот го остварува првиот контакт со здравствениот систем и има посебно значење како „капија“ на целиот систем. Поточно, кај избраниот лекар секој осигуреник треба да добие квалитетно следење на неговата вкупна здравствена состојба, согледување на ризиците и рано откривање на определените заболувања што е од огромно значење за превенцијата и навременото лекување.

Соодветно на погоре наведеното, ФЗОМ постојано ги следи услугите и го унапредува начинот на финансирање на примарната здравствена заштита со тенденција на долг рок да обезбеди поквалитетна услуга, односно подобра превентивна здравствена заштита и навремена дијагностика со што ќе се обезбеди подобро здравје за сите осигуреници.

1.1.1 Матични лекари

Во текот на 2011 година примарна здравствена заштита на осигурениците обезбедуваа вкупно 2.752 матични лекари.

Од страна на матичните лекари, во текот на 2011 година, издадени се вкупно 104,715 боледувања и вкупно 2,694 илјади упати за повисоко ниво на здравствена заштита. Во споредба со 2010 година, намален е бројот на издадени боледувања за 1,6%, а пак бројот на издадени упати е зголемен за 5%.



Најголем дел околу 86% од сите боледувања се издадени од страна на општите матични лекари. Исто така, најголем дел, околу 95% од издадените упати за повисоко ниво на здравствена заштита се издадени од општите лекари.

Табела бр. 3 Број на боледувања и упати издадени од матичните лекари

	Број на боледувања		Број на упати	
	2010	2011	2010	2011
општи лекари	91.599	90.145	2.404.126	2.558.863
гинеколози	13.449	12.322	102.085	120.568
стоматолози	1.413	859	59.273	69.919
Вкупно	106.461	103.326	2.565.484	2.749.350

Извор: ФЗОМ

Во начинот на финансирање на здравствените услуги, во примарното ниво на здравствена заштита кај матичните лекари се применува принципот плаќање по учинок (pay per performance). Имено, 30% од износот на капитацијата, што треба да ја добијат матичните лекари, е варијабилен, односно е поврзан со цели што лекарите треба да ги исполнат. Целите се комбинација на мерки и активности кои лекарите треба да ги преземат, како што се прегледи за рано откривање на болести и следење на правилниот раст кај најмладата популација.

1.1.2 Општи лекари

ФЗОМ за општите матични лекари има дефинирано цели што се однесуваат на превентивните активности и мерки за рано откривање на малигни заболувања, превентивни мерки за следење на правилен раст и развој на децата, како и систематски прегледи за децата на возраст од 30 дена. Потоа рационално препишување лекови на рецепт, оправдано пропишување на боледувања и рационално упатување на повисоко ниво на здравствена заштита.

Капитацијата кај матичните лекари е во висина од 50 денари за бод, а бодовите зависат од возраста на осигурениците. Притоа, во 2011 година просечно по пациент за општ матичен лекар издвоен е годишен износ од 1090 денари, односно по околу 91 денари месечно.

Подолу во текстот, во табелата 4, презентирани се вкупните активности на општите матични лекари во 2011 година за преземање превентивни мерки на своите пациенти. Поточно, во 2011 година со кардио-превентивни прегледи покриени се 13,7 % од вкупниот број осигуреници на возраст од 18 до 65 години, додека скрининг за 'рбетен столб и рамно стапало се направени кај 23,1 % на вкупниот број на деца на возраст до 18 години.

Во споредба со претходната година, кај сите дефинирани цели има зголемување во бројот на извршени прегледи во просек за 15%. Доколку овој тренд продолжи и во понатамошниот период, првите резултати во подобрувањето на здравјето на осигурениците треба да бидат забележани веќе на среден рок.



Табела бр. 4 Реализирани цели на матичните општи лекари

Вид на цел	2010	2011
Превентивни активности за рано откривање кардиоваскуларни заболувања - квп	152.588	160.131
Превентивни активности за рано откривање малигни заболувања на дојката	105.602	120.052
Анемија, превентивни активности за следење на правилен раст и развој	58.782	67.186
Обезитас, превентивни активности за следење на правилен раст и развој	58.741	65.579
Превентивни активности за рано откривање малигни заболувања на простатата	50.001	57.030
Деформитети на рбетен столб, превентивни активности за следење на правилен раст и развој	37.983	46.352
Рамно стапало, превентивни активности за следење на правилен раст и развој	36.207	43.765
Астма, превентивни активности за следење на правилен раст и развој	8.699	10.094
Систематски прегледи на деца на возраст на 30 ден	6.268	7.627

Извор: ФЗОМ

Дијабетес

Дијабетесот е хронична болест што зафаќа широки размери во општеството и која значајно го влошува квалитетот на живот на пациентот и претставува еден од главните фактори за постојаното зголемување на трошоците на здравствениот систем. Покрај директните трошоци (пред се инсулинот), дијабетесот предизвикува значајни индиректни трошоци бидејќи кај голем број лица е причинител на слепило, терминална бубрежна слабост, нетрауматска ампутација и кардиоваскуларни болести, што дополнително го оптоварува здравствениот систем.

Годишно кај околу 12 илјади пациенти, што се лекуваат во болничка здравствена заштита се јавува оваа дијагноза како примарна или секундарна, што претставува 5,8% од вкупниот број акутни пациенти. Вкупниот индиректен трошок за болничка здравствена заштита изнесува околу 600 милиони денари или 5,5% од вкупните средства за ова ниво.

Од тие причини за системот е многу значајно раното откривање на оваа болест и преземање на превентивни мерки за спречувањето на истата. За таа цел едукацијата за оваа болест е воведена како цел кај матичните лекари, со што во иднина се очекува истите да бидат главната алка во превенцијата и раното откривање на истата.

1.1.3 Гинеколози

Во текот на 2011 година, од вкупниот број осигуренички кои имаат избрано матичен гинеколог, по основ на превентивните цели, како обврска на матичните лекари, кај 26,5% се направени пап тестови, што е за 1,5 процентни поени повеќе од претходната година. Кај 2,3% се извршени микробиолошки анализи, а кај 0,6% се направени и колпоскопии.

Висината на месечната капитација по осигуреник кај избраните гинеколози изнесува 50 денари, односно 600 денари на годишно ниво.



Табела бр. 5 Реализирани цели на гинекологите во 2010 година

Цел	2010	2011
Пап-тест	93.944	101243
Земени брисеви за микробиолошки испитувања како превентивна мерка за рано откривање малигни заболувања	10.105	8776
Направени колоскопии по индикација на позитивен пап тест како превентивна мерка за рано откривање малигни заболувања	1.914	2112

Извор: ФЗОМ

1.1.4 Стоматолози

Од страна на матичните стоматолози, во текот на 2011 година, со контролни превентивни прегледи, опфатени се 24% од осигурениците што имаат избрано матичен стоматолог. Кај најголем број осигурениците, односно на 20% од осигурениците, направени им се контролни прегледи на дентален плак. Во однос на превентивната стоматологија кај деца на возраст до 12 години направени се скоро 19,000 превентивни залевања на фисурите на втори трајни молари.

По барање на Стоматолошката комора, целите во 2011 година се поставени на пониско ниво во однос на 2010 година, што може да се види преку значително намалени реализирани цели за 20 до 30% во 2011 година.

Табела бр. 6 Реализирани цели на стоматолози во 2010 година

Цел	2010	2011
Контролни прегледи	409.852	286.827
Контрола на дентален плак и отстранување на меки наслаги на забите	293.725	239.954
Превентивно залевање на фисурите на забите	23.721	18.684

Извор: ФЗОМ

1.1.5 Примарна здравствена заштита во здравствени домови

Во здравствените домови се пружаат здравствени услуги во превентивната здравствена заштита, услуги на итна помош и домашно лекување. Во 2011 година, во здравствените домови имало 278 тимови за итна помош, домашно лекување и дежурна служба, 142 тимови за превентивна стоматологија, 28 тимови за итна стоматологија, 147 тимови за систематски прегледи, вакцинации и советувањата и 278 поливалентни патронажни сестри. За сите услуги од оваа област, ФЗОМ обезбедил 1.135 милиони денари на годишно ниво.

1.2 Секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита

Секундарното и терцијарното ниво на здравствена заштита ги опфаќа специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита.

1.2.1 Специјалистичко- консултативна здравствена заштита

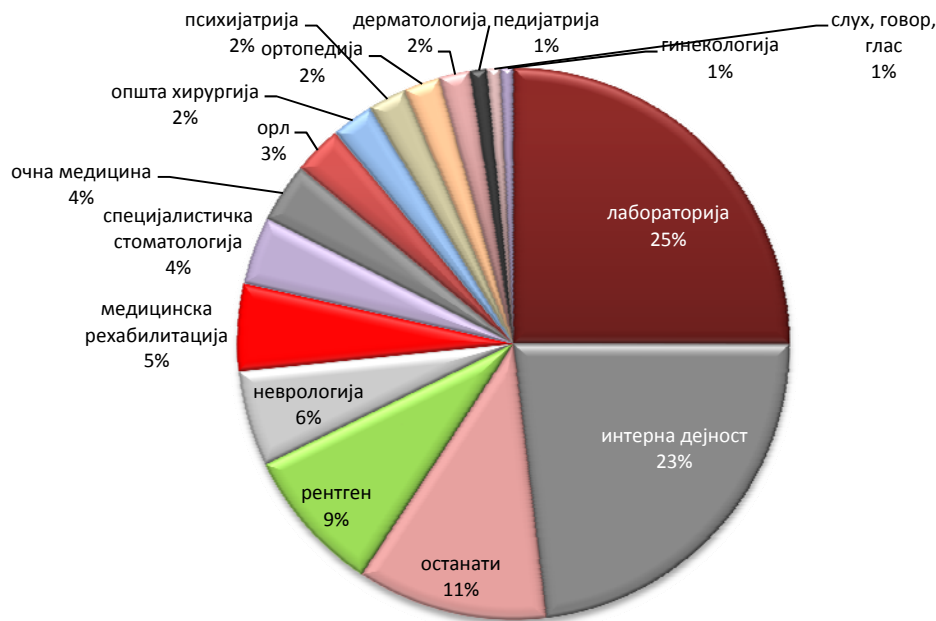
По воведувањето на специјалистичките пакети на здравствени услуги во средина на 2010 година, во текот на 2011 година Фондот активно работеше на додефинирање на здравствените услуги од специјалистичко-консултативна здравствена заштита. Имено, специјалистичките пакети како нов



систем на евиденција на услугите од секундарната здравствена заштита, во текот на 2011 година претрпеа измени во насока на додефинирање на здравствените услуги, ревидирање на референтните цени, воведување на нови пакети на завршени епизоди на лекување, како и на здравствени услуги што претходно не беа опфатени.

Од сите дејности во рамките на специјалистичко консултативната здравствена заштита, најголем број пациенти имале потреба од лабораториски испитувања (25%), додека вторите најбарани услуги се од областа на интернистичката дејност (23%), проследени со услугите на рендген и неврологија. Во споредба со податоците од 2010 година, каде потребата на осигурениците за лабораториски испитувања и интернистички услуги изнесуваше 21% поединечно, во 2011 се забележува благ пораст на побарувачката за овој вид услуги од 4 процентни поени.

Графикон бр. 3 Структура на износот за специјалистичко-консултативна здравствена заштита за 2011 година

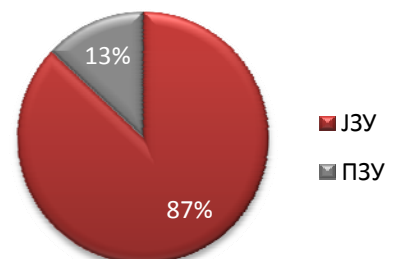


Извор: ФЗОМ

Од анализираниите податоци за 2011 година, се гледа дека 87% од средствата за специјалистичко-консултативна здравствена заштита се за здравствени услуги реализирани во рамките на јавното здравство, додека 13% од средствата се за услуги во приватното здравство.

По осигуреник, за овие здравствени услуги, во 2011 година исплатени се 2.975 денари³.

Графикон бр. 4 Средства за специјалистички услуги по вид на ЗУ



Извор: ФЗОМ

³ Во овој износ вклучени се сите специјалистичко-консултативни здравствени услуги (специјалистичка медицина (ОРЛ, интерна, очна, итн.), стоматолошки специјалистички, и др.)



1.2.2 Болничка здравствена заштита

Здравствените услуги во болничката здравствена заштита се остваруваат во јавните здравствени установи: општите болници, клиничките болници, специјалните болници, универзитетските клиники, како и во приватните болнички здравствени установи.

Болничките здравствени услуги опфаќаат:

- лекување на акутните болнички случаи (по методологијата на дијагностичко сродни групи (ДСГ))
- останатите болнички услуги што се однесуваат на лекување во дневна болница, со медикаментозна терапија и лекување на хронично болни во физикалната медицина, медицинска рехабилитација и психијатрија.

Во системот на дијагностичко сродни групи, во 2011 година беа вклучени вкупно 58 здравствени установи, и тоа 54 јавни здравствени установи (13 општи болници, 26 клиники, 3 клинички болници, 9 специјални болници, 3 психијатриски болници) и 4 приватни здравствени установи што евидентираат здравствени услуги само од областа на кардиоваскуларната и очната хирургија.

Фондот и во текот на 2011 година продолжи со подобрување на ДСГ системот во насока на поквалитетно евидентирање, фактурирање и плаќање на болничките здравствени услуги за акутни болни и фокусирање кон подобрување на ефикасноста и квалитетот на услугите со воведување на нови технологии и терапии.

За таа цел, почнувајќи од 1 април 2011 година, ФЗОМ воведо два дополнителни критериума при распределба на средствата за болничката здравствена заштита: додаток за терцијарна дејност на универзитетските клиники, во износ до 10% од вредноста на здравствени услуги за акутни болнички случаи по ДСГ, и додаток за ЈЗУ кои се специјализирани за лекување деца и психијатриски акутно болни пациенти во износ до 25%.

Условни буџети

Со склучувањето договори со ЈЗУ во 2011 година, покрај планот за видот и обемот на здравствени услуги, што здравствените установи треба да ги извршат во текот на договорниот период, од интерес за осигурените лица, Фондот како новина кај дел од здравствените установи воведо и план за специфичен (определен минимален) вид и обем на здравствени услуги. Овој условен план за минимален број на определени здравствени услуги, здравствените установи мораа во целост да го исполнат со цел да се поттикнат да ги обезбедат оние услуги што беа дефицитарни или несоодветно планирани. Извршувањето на дефинираните услуги е во директна поврзаност со износ определен за специфичниот вид и обем или т.н. условен буџет.

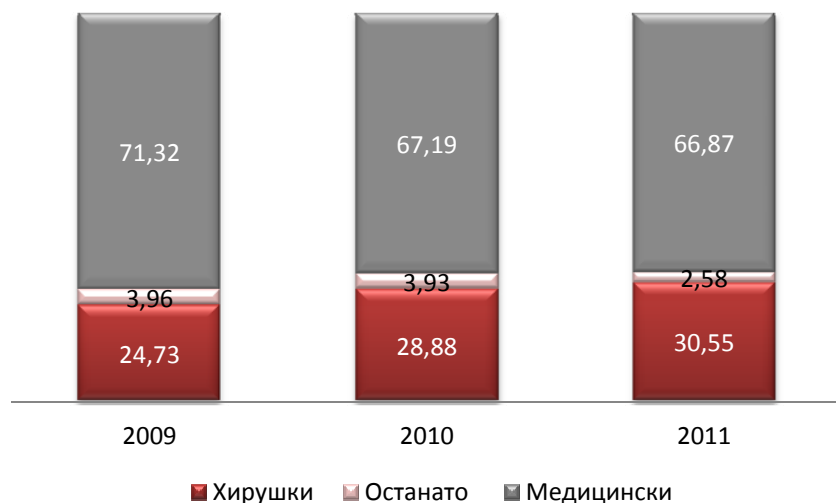
Во 2011 година вакви „буџети“ се договорени со 9 ЈЗУ и тоа за: васкуларни процедури, процедури на граден кош и дигестивен тракт; за трансплантации (на коскена срцевина, брубрезии и црн дроб); лекување на лица со ревматоиден артрит со специфична терапија; третман на деца со цистична фиброза и третман на деца со хормон за раст; оперативни зафати на катаракта со фако метода; вградување на кохлеарни импланти. Вкупната вредност на „условните буџети“ за 2011 година изнесуваше 184 милиони денари.

Овој проект забележа огромен успех и позитивни ефекти за осигурениците, но и за здравствените установи кои добија наменски средства и покажаа резултати.



Како резултат од овие активности процентот на хируршките услуги континуирано растеше, така што во 2011 година е повисок за 2,8% во споредба со 2010 година.

Графикон бр. 5 Структура на болничките здравствени услуги



Почнувајќи од 2009 година, ФЗОМ редовно подготвува и објавува ДСГ извештаи на квартално и годишно ниво со анализи што имаат за цел да ги прикажат и споредат медицинските дијагнози и процедури, комплексноста на пациентите, возрасната и полова структура на пациентите, просечниот престој во болниците, искористеноста на болничките капацитети, стапката на хоспитализација, како и ефикасноста и економичноста на трошењето на здравствените средства во болниците. Споредбите се вршат помеѓу болниците, како и на ниво на иста болница во различни временски периоди.

Табела бр. 7 Вкупно остварени услуги по ДСГ во 2011 година

ЈЗУ	Број на случаи	Број на случаи %	ДСГ тежина	Вк. денови на престој	Вк. денови на престој %	просечен ден на престој
Клиники	75.686	36,7%	93.096	461.110	38,5%	6,09
Клинички болници	38.878	18,8%	29.770	213.769	17,8%	5,5
Општи болници	72.428	35,1%	54.801	401.285	33,5%	5,54
Специјални болници	16.965	8,2%	16.595	106.050	8,8%	6,25
Психијатриски болници	52	0,0%	56	857	0,1%	16,48
Приватни болници	2.409	1,2%	29.542	15.792	1,3%	6,56
Вкупно	206.418	100,0%	223.860	1.198.863	100,0%	5,81

Извор: ФЗОМ

Во 2011 година евидентирани се вкупно 206.418 случаи и има благо опаѓање од 1% во однос на 2010 година.

Вкупниот број болнички денови на престој во болниците во 2011 година изнесува 1.198.863 дена што во однос на 2010 година претставува пад за 1,7%. Исто така, и должината на просечниот



престој на пациентите на национално ниво покажува тренд на опаѓање, од 6,25 дена во 2009 година, на 5,9 дена во 2010 година на 5,9 дена, односно на 5,8 дена во 2011 година.

Меѓутоа, најголем број од пациентите се лекувале во универзитетските клиника, што се гледа од податокот дека повеќе од третина од вкупниот број денови на престој се должи на лекувањето во клиниките, односно:

- 38,5 % на клиниките
- 33,5 % на општите болници
- 17,8 % на клинички болници
- 8,8 % на специјалните болници
- 1,3 % на приватните специјални болници

Најчеста причина за хоспитализација во 2011 година се болестите на респираторниот систем, со 28,4 илјади случаи. За разлика од 2010 година, кога најчести биле „породувањата“, во 2011 година тие се намалени за 6,2% и се на второ место со 26,3 илјади случаи.

Намален број на хоспитализации има и во случаите кај „одредени состојби кои потекнуваат од перинаталниот период“ за приближно 12%, односно од 9,7 илјади случаи во 2010 година намалени се на 8.1 илјада случаи во 2011 година. Значајна разлика се забележува и кај болестите на генитоуринарниот систем каде бројот на случаи е зголемен за 10,2%, односно за 1,5 илјади случаи.

Табела бр. 8 Најчести случаи по групи на дијагнози по МКБ-10 класификацијата

Р.бр	Поглавја по МКБ-10 класификацијата	Број на Случаи			Вкупно фактуриран износ		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011
1	Болести на респираторниот систем	31.947	28.481	28.449	582.828.383	466.480.333	461.895.980
2	Бременост, раѓање и пуерпериум	27.171	28.375	26.612	476.736.715	481.759.005	453.922.560
3	Болести на циркулаторниот систем	23.643	24.892	26.404	610.125.653	871.919.003	1.378.767.390
4	Болести на дигестивниот систем	21.379	21.372	19.581	406.377.790	462.708.383	482.133.243
5	Фактори кои влијаат на здравствениот статус и контакт со здравствени услуги	21.008	15.318	14.655	228.342.433	123.444.685	115.651.673
6	Неоплазми	15.187	14.913	15.218	447.679.278	519.128.155	537.801.355
7	Болести на генитоуринарниот систем	14.704	15.866	17.479	221.964.470	264.343.170	289.749.915
8	Повреди, труење и одредени други последици од надворешни причини	11.408	10.872	10.744	299.309.465	310.113.668	326.633.125
9	Одредени состојби кои потекнуваат од перинаталниот период	8.012	9.177	8.095	233.599.730	168.290.168	155.175.475
10	Одредени инфективни и паразитски болести	7.886	5.391	5.736	146.162.835	100.307.025	100.436.245

Извор: ФЗОМ



Терцијар

Со цел соодветно издвојување и вреднување на терцијарното ниво на здравствена заштита, од април 2011 година воведен е терцијар со кој се определени дополнителни средства во договорните надоместоци на здравствените установи што обезбедуваат здравствени услуги на ова ниво. Висината на средствата по овој основ се најмногу до 10% од договорниот надоместок со институцијата.

Целта на додатокот за терцијар е да се обезбедат дополнителни средства за високо специјализирана научна дејност, како и признавање на зголемените трошоци за третирање на покомплексните заболувања во клиниките во споредба со останатите здравствени установи.

Вкупната вредност на овој додаток за 2011 година изнесуваше 126 милиони денари.

Во однос на вредноста на услугите, највисок износ во 2011 година имаат услугите за болестите на циркуларниот систем, околу 1,37 милијарди денари и истите имаат постојан тренд на зголемување. Ова се должи на вклучувањето на кардиоваскуларните интервенции од приватните болници во ДСГ системот во 2010 година. Така, Фондот во 2010 издвоил 42,9% повеќе средства во однос на 2009, додека во 2011 година овие средства се повисоки за 58% во однос на 2010 година.

Втор најголем фактуриран износ имаат услугите со дијагнози од групата „неоплазми“, околу 537 милиони, без значајна разлика во однос на 2010 година. Потоа следат услугите за болести на дигестивниот систем, болести на респираторниот систем и „бременост, раѓање и пуерпериум“ за кои фактурираниот износ изнесува над 400 милиони денари.

Значајно зголемување на фактурирани средства во 2011 година во споредба со 2010, околу 60%, се јавува кај услугите за „болести на очите и аднексите“, и 97% за услугите за „вродени аномалии, деформации и хромозомски абнормалности“. Ова се должи на вклучувањето услуги од областа на очната хирургија во 2010 година и како резултат на неколку зголемени референтни цени на ДСГ услуги (за процедури на леќата и вградување кохлеарен имплант).

Комплексноста, односно case mix индексот, како главен показател за сложеноста на пружените услуги на пациентите и потрошувачката на болничките ресурси на национално ниво во 2011 година, изнесува 1,07, (1,10 заедно со терцијарот што е воведен во април 2011 година како дополнително вреднување на услугите во клиниките) и има нагорен тренд во однос на 2010 година кога изнесувал 0,91.

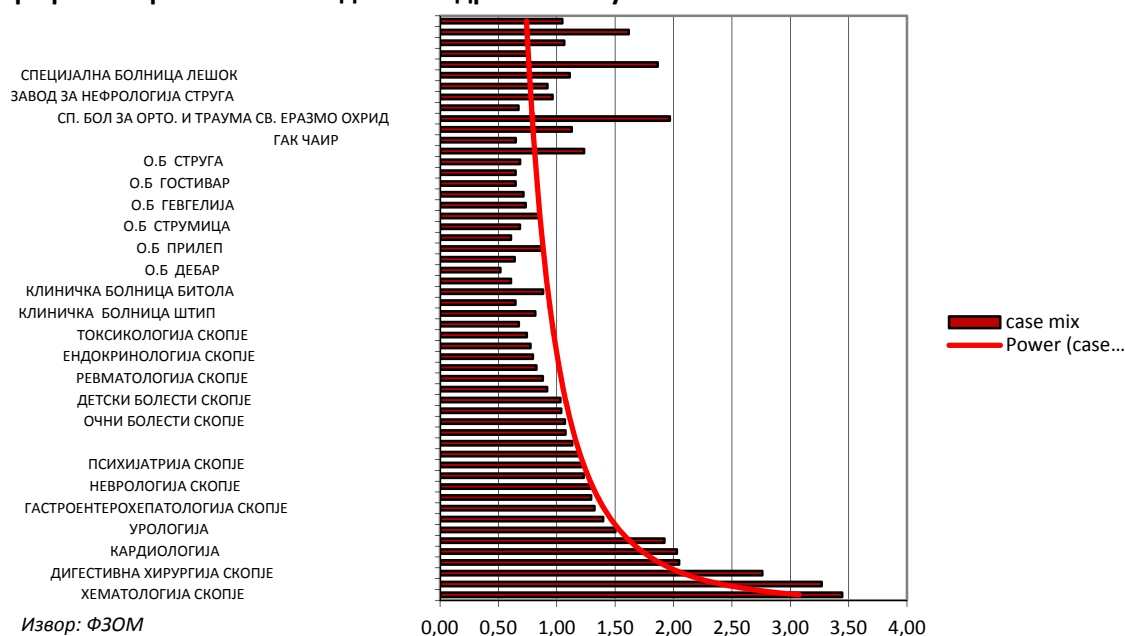
Од јавните здравствени установи највисок case mix индекс има Универзитетската клиника за хематологија (3,34), а најнизок Општата болница Дебар (0,52).

Вредноста на болничката здравствена заштита во 2011 година изнесува 3.867 денари по осигуреник⁴

⁴ Во овој износ вклучена е вкупната болничка здравствена заштита (БПО, бањско лекување, кардиохирургија и др.)



Графикон бр. 6. Case mix индекс по здравствени установи⁵



Извор: ФЗОМ

1.2.3 Биомедицинско потпомогнато оплодување

Со цел подобрување на системот за биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО) во 2011 година направена е измена на Правилникот за БПО за допрецизирање на условите што треба да бидат исполнети од страна на идните родители.

Истовремено со измената на правилникот се направи и делумно проширување на ова право, односно се овозможи право на БПО на следните категории на осигурени лица на кои претходно не им следувахе ова право:

- осигурени лица во брачна или вонбрачна заедница кои немаат заеднички пород, а имаат пород од претходните заедници
- за осигурени лица во брачна или вонбрачна заедница кои имаат заеднички пород со психичка и моторна ретардација, а кај кои постои секундарен стерилитет.

Исто така, во оваа измена, во делот на апсолутните и релативните индикации направени се допрецизирања со кои јасно, а врз основа на медицина базирана на докази се наведени индикациите потребни за остварување на правото на БПО. Со тоа се овозможи потполна објективноста на комисијата за БПО во Фондот.

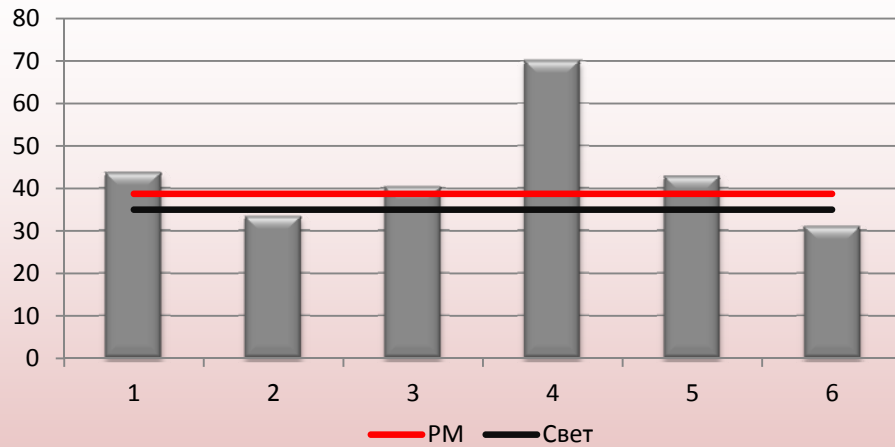
Во 2011 година се разгледани вкупно 950 барања од страна на БПО комисија, при што издадени се 714 позитивни и 11 негативни решенија. Останатите предмети се вратени за докомплетирање на потребните документи во согласност со Правилникот.

⁵ Во графичкиот приказ за case mix индексот по здравствени установи (графикон 2) не се вклучени ПЗУ бидејќи по ДСГ ги евидентираат само најкомплексните услуги од дејноста на кардиохирургијата и очната хирургија.



Македонското VS светското ниво на успешност на БПО

Графикон бр. 7 Споредба на процентот на успешноста на БПО постапките



Извор: Поединечни провајдери на БПО во Македонија

Македонија се движи во подобрите просеци во споредба со светските анализи на БПО, односно доколку во светските рамки процентот на успешност на БПО се движи од 30 до 35%, во Македонија успешноста во 2011 година е скоро 39%.

1.2.4 Дијализа

Во Република Македонија вкупно 19 центри за дијализа обезбедуваат здравствени услуги на осигурени лица кои имаат потреба од овој вид медицински третман. Од нив, 18 центри се во рамките на јавното здравство, додека 1 центар е во вид на специјализирана приватна установа „Дијамед“.

Со воспоставувањето на електронскиот регистар во 2010 година ФЗОМ има постојан увид на месечно ниво на бројот на лица кои се на дијализни третмани. Кон крајот на 2011 година, вкупно 1.430 лица ја добивале оваа здравствена услуга.

Согласно доктринарните ставови на медицинската наука, оптимум за секој пациент се дијализни третмани три пати неделно во времетраење од 4 часа, односно 13 месечни дијализи по пациент на месечно ниво или 156 дијализи на годишно ниво. Во текот на 2011 година направени се вкупно околу 223 илјади дијализни третмани на товар на ФЗОМ.

Најголем број пациентите се третираат во Универзитетска клиника за нефрологија, односно 274 лица, во Заводот за нефрологија Струга има 197 и во Железара има 149 лица.

Фондот продолжи со заложбите за воведување стандарди за дијализа со кои би се изедначил квалитетот на дијализната услуга во сите центри во Македонија. Ова воедно значи воведување задолжителни периодични испитувања согласно медицина базирана на докази, како што се: ЕКГ, ехо, лабораториски испитувања, РТГ испитувања, вирусни маркери и сл.



Многу значајно е тоа што после склучувањето на договорот со приватниот центар во 2010 година и усвојувањето на стандардите за дијализа, поголем дел од јавните здравствени установи беа мотивирани да вложат во унапредување на условите во сопствените центри за дијализа. Во неколку центри се вршеа реконструкции на просторот каде се извршува дијализата, додека во повеќе центри се набавени нови дијализери.

1.2.5 Право на медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување

Осигуреното лице може да оствари право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување со решение на Фондот. Ова право осигурениците можат да го остварат во бањите и специјализирани медицински установи за рехабилитација кои нудат вакви здравствени услуги и имаат склучено договор со Фондот.

Табела бр. 9 Број на осигуреници кои оствариле право на медицинска рехабилитација

Година	Број на осигуреници
2007	5.124
2008	5.144
2009	4.158
2010	4.825
2011	4629

Во 2011 година, право на специјализирана медицинска рехабилитација, како продолжено болничко лекување, со решение на ФЗОМ оствариле 4.629 осигурени лица, што е за 4% помалку во однос на 2010 година.

Извор: ФЗОМ

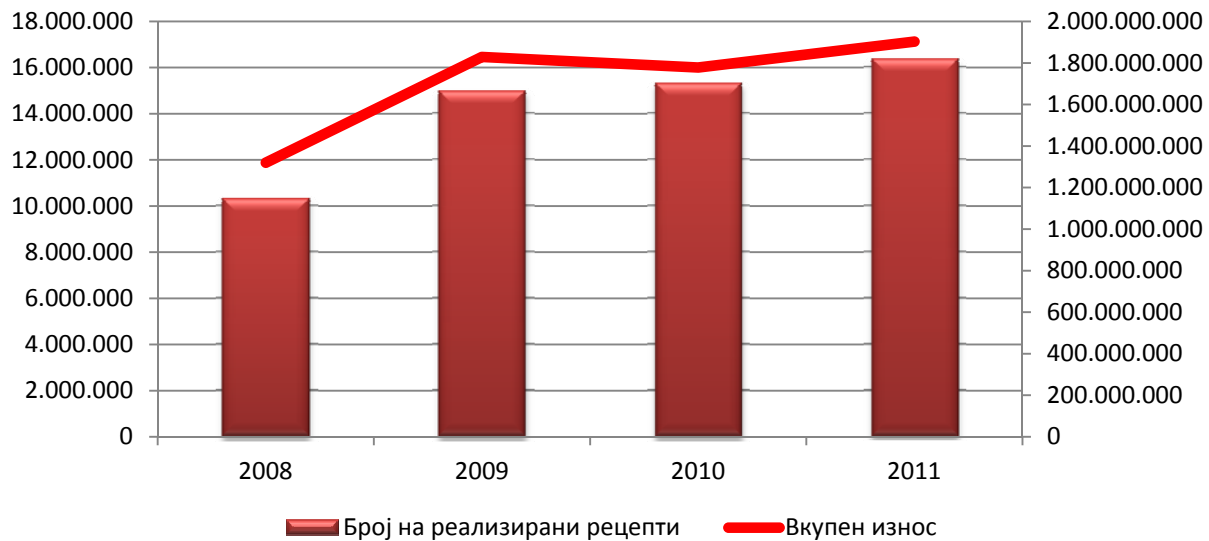
1.3 Лекови

Процесот на анализа и контрола на податоците за потрошувачката на лекови на товар на ФЗОМ во примарната здравствена заштита, што започна во 2009 година, продолжува во континуитет во 2010 и 2011 година со цел унапредување на системот на обезбедување лекови за сите осигуреници.

Од 2011 година, на веб страницата на ФЗОМ, за прв пат редовно се објавуваат податоци за потрошувачката на лекови по генерики, што претставува уште еден чекор кон зголемување на транспарентноста на институцијата.



Графикон бр. 8 Број на издадени рецепти и вкупно исплатен износ за лекови во ПЗЗ



Извор: ФЗОМ

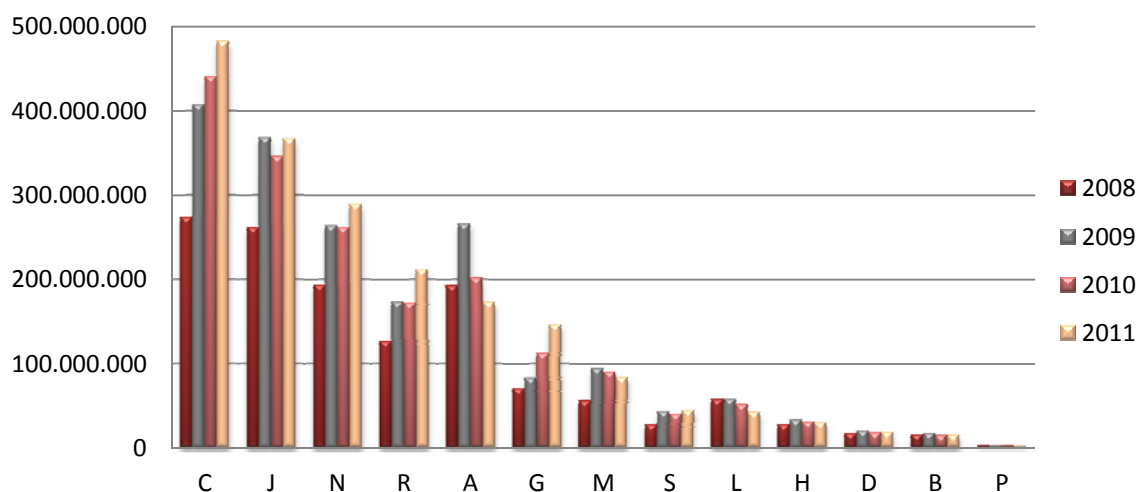
Од горенаведеното се заклучува дека од година во година има тренд на зголемување на бројот на реализирани рецепти. Најизразен е растот во 2009 година кога во споредба со 2008 година за 45,5% е зголемен бројот на реализирани рецепти. Причина за ова е воведувањето на новите лекови на позитивната листа во септември 2009 година, но и постојаниот пораст на квотите за аптеките.

Поврзано со оваа динамика, расте и исплатениот износ за лекови од страна на ФЗОМ. Во 2009 година, во однос на 2008 зголемувањето е за 38,6%, додека во 2010 година истиот е намален за 2,8% во однос на 2009 година. Намалувањето на вкупно исплатениот износ за лекови во 2010 година, и покрај зголемениот број реализирани рецепти за 2,1%, се должи на новата компаративна методологија за утврдување на референтни цени на лековите која се вовеле во мај 2010 година, а со која се обезбедија повеќе лекови за осигурениците со приближно истите вкупни финансиски средства.

Почнувајќи од април 2011 година, Фондот обезбеди поголем обем на финансиски средства за лекови на рецепт во вкупен износ од 2,3 милијарди денари на годишно ниво. Како резултат на тоа, во 2011 година повторно се забележува раст на бројот на реализираните рецепти за 6,9% и соодветно зголемување на исплатениот износ за 7% во однос на 2010 година.



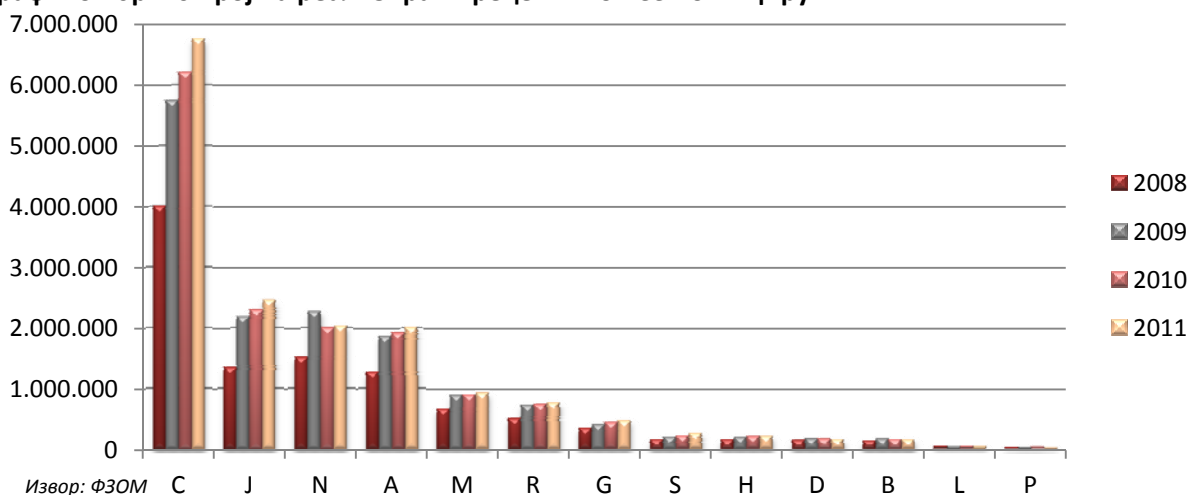
Графикон бр. 9 Вкупно издвоен износ за лекови во ПЗЗ⁶



Извор: ФЗОМ

Од графиконот за вкупно исплатените износи за лекови по АТЦ групи, генерално е забележлив нагорниот тренд на износите кај лекови од скоро сите групи со исклучок на лекови од групата лекови со дејство на дигестивниот тракт и метаболизмот (намалување од 14,4%), антинеопластични и имуномодулаторни лекови (намалување од 17,4%), лекови со дејство на коскено – мускулниот систем (намалување од 6,8%), лекови со дејство на жлездите со внатрешно лачење со исклучок на полови хормони и инсулин (намалување од 2,3%) и лекови за лекување на инфекции предизвикани со паразити (намалување од 4,7%).

Графикон бр. 10 Број на реализирани рецепти во ПЗЗ по АТЦ групи



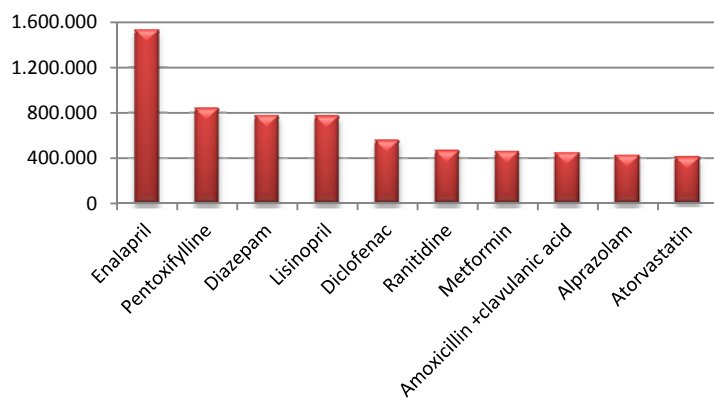
Извор: ФЗОМ

⁶ А - Лекови со дејство на дигестивниот тракт и метаболизмот; В - Лекови кои делуваат на крвта и крвотворните органи; С - Лекови кои делуваат на срце и крви садови; D - Дерматолошки лекови; G - Лекови кои делуваат на генитоуринарниот тракт и полови хормони; H - Лекови со дејство на жлездите со внатрешно лачење со исклучок на полови хормони и инсулин; J - Антиинфективни лекови за системска употреба; L – Антинеопластични и имуномодулаторни лекови; M - Лекови со дејство на коскено - мускулен систем; N - Лекови со дејство на ЦНС; P - Лекови за лекување на инфекции предизвикани со паразити; R - Лекови за третман на болести на респираторен систем; S - Лекови кои делуваат на сензорни органи



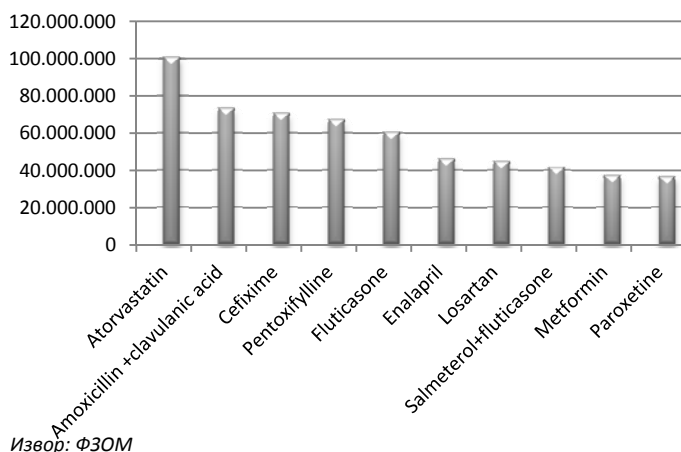
Во последните 4 години најголемиот број рецепти се однесуваат на лекови за кардиоваскуларниот систем (АТЦ група “С”). Истите се зголемија од 4 милиони во 2008 година на 6,7 милиони рецепти во 2011 година што претставува пораст за 67% за само 3 години. Оваа група на лекови бележи и поголемо учество во вкупно издадените лекови, и тоа, од околу 38% во 2008 година на 41,4% во 2011 година. Втори по бројот на реализирани рецепти се лековите со дејство на централниот нервен систем (АТЦ група “N”), кои, исто така, имаат значителен пораст во структурата на вкупно издадените лекови од 13% во 2008 година на 15% во 2011 година.

Графикон бр. 11 Десет најкористени лекови во ПЗЗ за 2011 година



Извор: ФЗОМ

Графикон бр. 12 Десет лекови за кои е издвоен најголем износ на средства во ПЗЗ за 2011 година



Извор: ФЗОМ

Најкористен лек во 2011 година е лекот „enalapril“ со вкупно 1,53 милиони реализирани рецепти. Овој лек спаѓа во групата кардиолошки лекови што делуваат на ренин-ангиотензин системот. Лек пак за кој ФЗОМ издвоил најголем износ на средства, претставува „atorvastatin“ за кој во 2011 година се издвоени вкупно 100 милиони денари, што изнесува 5,3% од вкупниот износ за лекови и воедно за истиот се бележи пораст на вкупно исплатениот износ од 1,1% во однос на 2010 година. Овој лек спаѓа во групата на кардиолошки лекови што го намалуваат нивото на серумски липиди.

1.3.1 Потрошувачка на скапи лекови во примарна здравствена заштита

Во 2010 година донесена е Одлука за утврдување на скапи лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ, а што се издаваат на рецепт во примарната здравствена заштита (ПЗЗ). Со склучување на договорите за 2010/2011 година со ПЗУ аптеките, се овозможи тие лекови да бидат фактурирани надвор од определениот месечен износ на ПЗУ аптеките (квотите), со што во интерес и на осигурениците и на аптеките се овозможи непречено снабдување на осигурениците со овие лекови.

Во 2011 година, донесена е нова Одлука за утврдување на скапи лекови со важност од 11.2011 година со која се проширува групата на скапи лекови со уште 3 нови генерики (lamivudine, clodronic acid и tacrolimus).



Табела бр. 10 Потрошувачка на скапи лекови во ПЗЗ во 2010 и во 2011 година

Генеричко име	2010		2011	
	Број на рецепти	Вкупен износ	Број на рецепти	Вкупен износ
Cyproterone	4,416	11,385,625.38	7,025	15,284,370.95
Mycophenolic acid	4,082	36,101,381.66	3,866	22,938,380.38
Ciclosporin	3,340	5,799,501.68	3,493	5,536,018.97
Ribavirin (168 таблети)	150	6,608,700.00	582	22,540,902.71
Ribavirin (42 таблети)	2,077	16,287,617.70	33	371,848.91
Desmopressin	323	913,115.85	399	917,250.62
Lamivudine			238	873,479.67
Tacrolimus			35	300,775.97
Clodronic acid			35	267,679.79
Morphine	138	150,696.51	0	0.00
Вкупно	14,526	77,246,639	15,706	69,030,708

Извор: ФЗОМ

Вкупниот износ исплатен за лековите, утврдени со оваа одлука во 2011 година, изнесува 69 милиони денари. Најголема потрошувачка од овие „скапи“ лекови во 2011 година има лекот „cyproterone“ со 7 илјади реализирани рецепти, додека најголем износ е издвоен за лекот „mycophenolic acid“ (22,9 милиони денари или 33,2% од вкупниот износ за скапи лекови).

Измени во позитивната листа на лекови

Во 2011 година направени се промени на Листата на лекови кај 132 ставки што се во насока на подобрување на истата од квалитативен и квантитавен аспект. Направени се следните промени:

- 9 лека од болничката преминаа на примарната листа за полесна достапност од осигурениците.
- Кај 2 ставки додадени се нови дозажни форми и јачини кај постојните генерики
- Кај 24 ставки промена или допрезирање на индикациите
- Кај 85 ставки променет е режимот на препишување (од специјалист на избран лекар, од субспецијалист на специјалист, проширување на специјалностите што можат да ги препишуваат и др)
- Кај 21 ставка останати корекции

1.3.2 Лекови во што ги користат осигурениците со трансплантирани органи

Поради специфичноста од 2010 година, започна да се води посебна евиденција и за лековите кои се подигнуваат на рецепт на товар на Фондот и за кои осигурениците со трансплантирани органи се ослободени од партиципација, согласно Програма на Владата на РМ (дијагноза по МКБ-10: Z94).



Табела бр. 11 Број на рецепти и износ на лекови што ги користат осигуреници со трансплантирани органи за 2010 и 2011 година

Генеричко име	2010		2011	
	Број на рецепти	Вкупен износ	Број на рецепти	Вкупен износ
Ciclosporin	2,490	3,993,267	2,787	3,979,720.71
Mycophenolic acid	3,106	27,666,366	3,524	21,105,013.43
Вкупно	5,596	31,659,632.87	6,311	25,084,734.14

Извор: ФЗОМ

1.3.3 Снабдување со лекови на товар на ФЗОМ на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита

Снабдувањето со лекови на товар на Фондот во здравствените установи на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита се извршува директно од страна на здравствените установи или Министерството за здравство на РМ преку постапки за јавни набавки. Фондот е само купувач на здравствените услуги во чија цена се вклучени и лековите.

На Листата на лекови за болничката здравствена заштита во 2011 година се наоѓаат вкупно 328 лекови по генерики со одредена фармацевтска форма и јачина, за разлика од 2010 година кога биле 334. Намалувањето се должи на промената на режимот на препишување кај 9 лека и нивното префрлување во групата на лекови што се издаваат на рецепт со цел да се обезбеди поголема достапност до осигурените лица.

Додавање нова генерика за лекување на хронична миелоична леукемија

Во 2011 година во соработка со Здружението на заболени од леукемија, Клиниката за хематологија и Клиниката за радиотерапија и онкологија, на позитивната листа на лекови додадена е нова генерика за лекување на 56 пациенти заболени од хронична миелоична леукемија. Со овој чекор решен е долгогодишниот проблем на овие лица и обезбедени лекови за сите лица кои имаат потреба од оваа терапија.

Лекот „Imatinib“ е еден од поскапите лекови на листата на лекови, но е единствена и незаменлива терапија за лекување на ова заболување. Со вклучувањето на овој лек на листата, ФЗОМ се вклучи во групата на фондови кои обезбедуваат лекување со биолошки лекови за своите осигуреници.

Во 2011 година а лекови на еден осигуреник издвоени се по 1037 денари на годишно ниво.

1.4 Ортопедски помагала

Осигуреното лице остварува право на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и заботехнички средства, во согласност со потребата која ја одредува лекар специјалист од соодветната специјалност.

Во текот на 2011 година издадени се вкупно 170 илјади помагала, што во однос на 2010 година е зголемување за околу 4 илјади помагала.



Во најголем дел се застапени ортопедските помагала кои доминираат со вкупен број од 107 илјади издадени парчиња. Оваа категорија на помагала постојано се зголемува на годишно ниво, при што подгрупата на останатите помагала и санитарни справи, каде спаѓаат пелените и кесите, е зголемена за околу 5 илјади помагала.

Од другите категории на помагала, во споредба со претходната година, забележително е зголемување во бројот на заботехнички и заботететички средства од околу 4 илјади помагала, како и кај очните помагала за околу 2 илјади помагала.

Табела бр. 12 Број на издадени помагала

Вид на помагало	2008	2009	2010	2011
А Ортопедски помагала	50.601	89.087	108.785	107.095
1 Протези	1.387	1.718	1.388	1.335
2 Ортопедски средства - Ортози	14.823	17.623	18.127	16.391
3 Инвалидски колички	2.110	2.827	2.074	1.358
Додатоци на инвалидски колички	3.934	6.324	3.252	1.545
4 Ортопедски чевли	12.588	12.515	11.241	9.353
5 Ортопедски влошки	3.633	3.462	2.928	2.107
6 Еластични чорапи	194	226	150	51
7 Помошни помагала (Бандажерски средства)	7.244	9.369	9.741	9.807
8 Останати помагала и санитарни справи	4.688	35.023	59.884	65.148
Б Очни помагала	17.743	16.441	12.962	14.802
В Слушни помагала	2.949	3.486	3.562	3.788
Г Помагала за одржување на гласен говор	19	19	8	15
Д Заботехнички и заботететички средства	33.207	39.374	40.384	44.019
Поправки	92	139	0	0
Вкупно	104.592	148.533	165.701	169.719

Извор: ФЗОМ

Табела бр. 13 Издвоени средства за помагала

Година	Исплатен износ
2007	307.208.704
2008	325.063.376
2009	373.070.662
2010	465.582.069
2011	378.339.738

Извор: ФЗОМ

Во текот на 2011 година вкупните финансиски средства издвоени за помагала се вкупно 378 милиони денари за ортопедски помагала, што во однос на 2010 е пад за 19%. Ова намалување е директен резултат на направените промени во правилникот за остварување на ова право.

Во 2011 година направени се неколку измени на Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала со кои е допрецизиран начинот на остварување на правото. Измените се во насока на спречување злоупотреби и овозможување ова право да го користат осигурениците кои реално имаат потреба од истото. Исто така, зголемени и зајакнати се контролите од страна на ФЗОМ на ова поле.



По барање на осигурениците направено е и проширување на листата на помагала, односно кон крајот на годината воведени се две нови слушни помагала кои се усофистицирани и технолошки понапредни и значат подобрување на квалитетот на животот на лицата кои имаат потреба од нив.

По осигуреник, трошокот за ортопедски помагала на годишно ниво во 2011 година изнесувал 206 денари.

1.5 Лекување во странство

1.5.1 Лекување во странство со решение од ФЗОМ

Во случај на заболување кое не може да се лекува во Македонија, осигуреното лице може да користи болничко лекување во странство со одобрение на Фондот. Имено, во тој случај пациентот може да се упати на лекување во земјата во која осигуреникот има можност за успешно излекување.

Бројот на барањата за лекување во странство во споредба со претходната година, од 449 е намален на 400, додека бројот на извршени лекувања е намален од 300 на 274.

Намалувањето на бројот на барања се должи на повеќе фактори и мерки што беа преземени во 2011 година, како што се вложувањето во нова опрема од страна на Владата на Република Македонија, обучувањето на кадарот што ја користи истата, и склучување договори со приватни болници од страна на Фондот за оние здравствени услуги што беа недостапни во јавното здравство и за кои пациентите се упатуваа во странство, како што е очната хирургија, односно зголемен е бројот на услуги што можат да се извршат во Македонија.

Табела бр. 14 Барања за лекување во странство

	2007	2008	2009	2010	2011
вкупно барања	292	343	419	449	400
извршени лекувања	227	244	334	300	274
одобрени барања за продолжување на лекувањето или признавање на дополнителни трошоци за одобреното лекување		49	37	42	48
одбиени барања поради тоа што не биле исцрпени можностите за лекување во постојните здравствени установи во Републиката, односно не постоеле можности за успешно лекување на заболувањето во странство	56	28	27	68	82

Извор: ФЗОМ

Осигурениците чии барања за лекување во странство се одбиени од комисијата за лекување во странство, поради тоа што не биле исцрпени можностите за лекување во постојните здравствени установи во Републиката, или поради тоа што не постоеле можности за успешно лекување на заболувањето во странство, имаат право да поднесат жалба до второстепениот орган, односно до Министерството за здравство.



Табела бр. 15 Број на предмети по жалби кои се однесуваат на лекување во странство

	2007	2008	2009	2010	2011*
Број на предмети по жалби кои се однесуваат на лекување во странство	50	27	67	73	33
Број на предмети решени како основани	27	9	45	43	26
Број на предмети решени како несоновани	23	18	22	30	7
Процент на предмети решени како основани во однос на вкупниот број предмети	54%	33%	67%	59%	79%

*44 од предметите поднесени во 2011 година се уште се во постапка

Извор: ФЗОМ

Веќе повеќе години наназад најчести заболувања кои се лекуваат во странство се очните и детските кардиохируршки. Очните заболувања во 2011 година се намалени за скоро 50 случаи во споредба со претходната година, ова е резултат на склучувањето договори на ФЗОМ со приватните здравствени установи и на новата опрема во оваа дејност во јавното здравство. Вторите по фреквенција, кардиолошките детски услуги и во 2011 година се движат на истото ниво од околу 70 услуги.

Табела бр. 16 Најчести видови заболувања кои се лекувани во странство

	2007	2008	2009	2010	2011
Очни	61	83	151	157	109
Детски кардиохируршки	59	58	71	75	71
Неврохируршки	30	21	42	15	27
ОРЛ	19	19	9	10	5
Гастроентерохепатологија	6	4	13	9	10
Детска хирургија	4	13	4	3	6
Ортопедски	5	8	4	3	6
Уролошки	11	2	1	3	7
Онколошки	2	5	8	1	3
Останати	30	31	31	24	30
Вкупно	227	244	334	300	274

Извор: ФЗОМ

Осигурениците за лекување во странство најмногу се упатуваат во соседните земји, меѓу кои, најчесто во Бугарија каде што се извршуваат детските кардиохируршки и дел од очните интервенции.

Осигурениците кои имаат покомплексни заболувања се испраќаат најчесто во западноевропските земји кои имаат пософистицирана технологија и високо ниво на стручност неопходно за лекување на овие осигуреници.



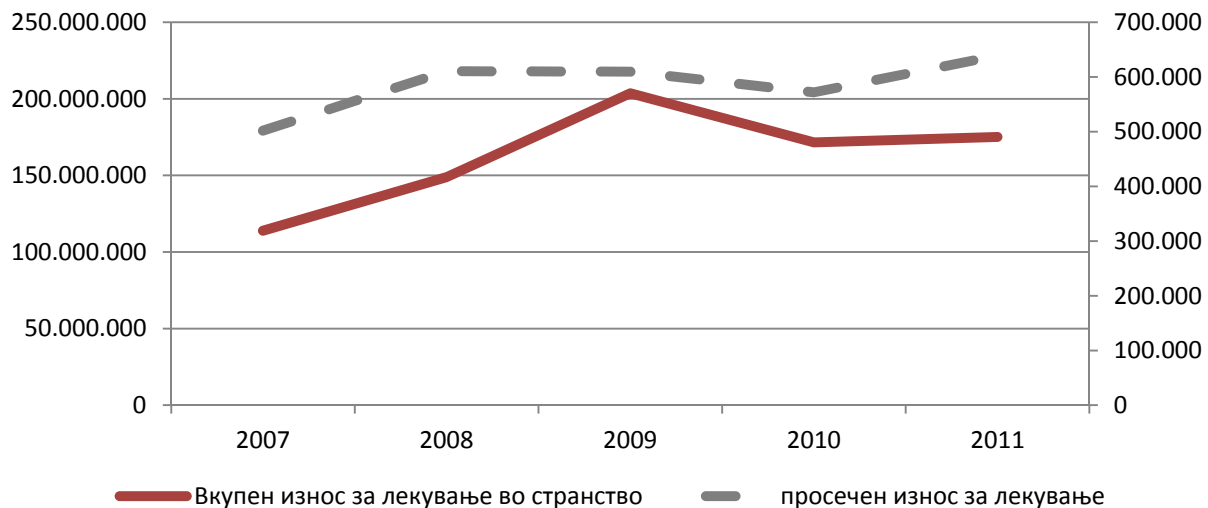
Табела бр. 17 Земји во кои најчесто се испраќаат осигурениците на лекување во странство

	2007	2008	2009	2010	2011
Бугарија	61	92	129	143	106
Србија	50	40	52	50	36
Русија	35	23	38	26	27
Хрватска	23	14	16	9	11
Турција	8	9	21	23	23
Германија	12	12	21	13	17
Белгија	3	10	15	9	29
Словенија	8	8	5	9	7
Австрија	7	12	10	1	5
Грција	4	7	8	2	6
Останати	16	17	19	15	7
Вкупно	227	244	334	300	274

Извор: ФЗОМ

Вкупните средства за лекување во странство во 2011 година изнесуваат 175 милиони денари, што е повисока вредност во однос на 2010 година за 3 милиони денари. Притоа, просечниот износ за едно лекување е зголемен за 12% односно истиот во 2011 година изнесува 640 илјади денари по пациент. Овој факт укажува дека е намален бројот на упатувања за здравствените услуги кои се со пониска цена во споредба со поскапите интервенции.

Графикон бр. 13 Вкупно исплатен износ и просечен износ за лекување во странство



Извор: ФЗОМ

Во 2011 година ФЗОМ продолжи со напорите да ги поттикнува јавните здравствени установи да обезбедуваат потребни услови за овие интервенции, а исто така, е отворен за соработка со приватните здравствени установи кои би можеле да ги понудат овие услуги.

Како дел од оваа заложба и имајќи го предвид постојаниот напредок на приватниот сектор, се создаде концептот на рамковни договори што почнаа да се применуваат кон крајот на 2011 година со измени во Правилникот за лекување во странство. Според измените, пред одобрување на едно лекување во странство доколку истата здравствена услуга може да се обезбеди во



приватните здравствени установи и доколку тие имаат потпишано рамковни договори за лекување на пациенти кои инаку би се лекувале во странство, здравствена услуга може да им се понуди прво ним пред пациентот да се упати надвор од земјата.

Обезбедувањето на овие здравствени услуги во земјата значи дополнителни средства за домашните здравствени установи, намалување на девизниот одлив на земјата по овој основ и, што е најважно, обезбедување услуги за осигурениците во рамките на државата без да мораат да патуваат во странство.

1.5.2 Лекување во странство во итни случаи

Осигурените лица кои биле лекувани во странски здравствени установи како итни случаи, за време на привремен престој, имаат право на надомест на трошоците на здравствените услуги до отстранување на итноста, намалени за износот на партиципацијата.

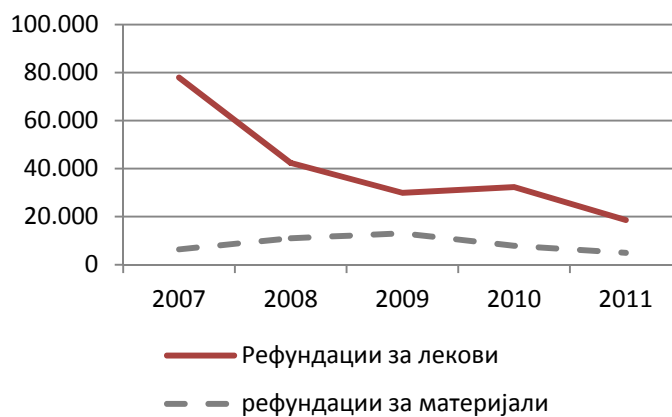
Во 2011 година во редовна постапка, се донесени вкупно 71 решенија во прв степен за користење здравствени услуги во странство како итни случаи, што е помалку за 67% во однос на 2010 година, кога се донесени 213 решенија.

1.6 Право на рефундација на средства

Осигуреното лице има право на рефундација на средства согласно законската и подзаконската регулатива, доколку од здравствената установа не добие комплетна здравствена услуга и поради тоа обезбедило лекови и материјали на сопствен товар надвор од установата.

Од графиконот подолу, јасно се забележува дека бројот на барања за рефундации континуирано опаѓа, а барањата за рефундации за материјали од 2009 година почнуваат, исто така, да се намалуваат.

Графикон бр. 14 Број на барања за рефундации



Извор: ФЗОМ

Во текот на 2011 година вршени се рефундации за набавени лекови. Притоа, бројот на поднесени барања е значително намален за околу 40% во однос на 2010 година. Намалувањето е резултат на мерките што започнаа да се преземаат од 2010 година со кои износот што е рефундиран на осигуреникот им се намалува на установите, но и поради фактот што во 2010 година заради одлука на Уставниот суд имаше двомесечен период кога масивно се зголемија рефундациите.

На овој начин, во корист на осигурениците, постојано се минимизираат случаите кога пациентите се праќаат сами да си ги набавуваат материјалите или лековите што здравствената установа треба постојано да ги има за да може да пружа комплетна здравствена услуга



ФЗОМ верува дека рефундациите и барањата од здравствените установи, осигурениците сами да ги набавуваат материјалите и лековите, во иднина целосно ќе се искоренат, односно во соработка со Министерството за здравство ќе бидат преземени дополнителни мерки за да се зголеми одговорноста кај здравствените установи за обезбедување на сите потребни материјали и лекови.

1.7 Право на ослободување од плаќање партиципација

Осигурените лица имаат обврска да плаќаат партиципација при користењето на здравствените услуги и лекови. Исто така, имаат право на ослободување од наплата на партиципација доколку исполнуваат еден од критериумите за утврдување на максимален износ. Во согласност со подзаконските акти, максималниот износ за наплата од еден осигуреник на годишно ниво изнесува 70% од просечната нето плата од претходната година. Покрај овој лимит во подзаконската регулатива утврдени се и пониски лимити од 40% и 20% за лицата со пониски примања, деца и лица над 65 годишна возраст. Доколку осигурениците имаат платено партиципација во вредноста на максималниот износ имаат право да побараат ослободување врз основа на решение од Фондот.

Во 2011 донесени се вкупно 4.551 решенија за ослободување од партиципација што во однос на 2010 година е пад за минимални 0,8% или за 38 решенија.

Бројот на барања за поврат на повеќе платена партиципација во 2011 година е 2.841 решенија, а во 2010 година 3.290 решенија, односно во 2011 донесени се 449 решенија помалку во однос на 2010 година.

Табела бр. 18 Број на решенија за ослободување од партиципација

	2007	2008	2009	2010	2011
Решенија за ослободување од партиципација	7.750	11.675	8.427	4.589	4.551
Барања за поврат на повеќе платена партиципација	3.478	3.756	2.801	3.290	2.841

Извор: ФЗОМ

Покрај ослободувањата по достигнувањето на годишниот лимит во законската регулатива се предвидени ослободувања од партиципација за одредени услуги и лица, и тоа на:

- Осигурените лица за лекарски преглед кај избраниот лекар и итната медицинска помош на повик;
- Корисниците на постојана парична помош, лицата сместени во установи за социјална заштита и во друго семејство, според прописите за социјална заштита, освен за лековите од листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство;
- Душевно болни лица сместени во психијатриски болници и ментално ретардирани лица без родителска грижа;
- Деца со посебни потреби според прописите за социјална заштита,
- По програмите на Министерството за здравство (крводарители и деца до 1 годишна возраст);
- Борците на НОБ;
- Воени инвалиди и нивните семејства.



1.8 Право на управна постапка за остварување на правата и обврските на осигурените лица

Постапката за остварување на правата и обврските од здравственото осигурување се пропишани со Законот за општата управна постапка. Постапката се поведува по барање на осигуреникот, а ФЗОМ е должен за поднесеното барање да донесе решение, додека против решението, подносителот има право на жалба до министерот за здравство, како второстепен орган.

За остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување, во текот на 2011 година се донесени вкупно 67.055 решенија, од кои 63.608 решенија за права од здравствено осигурување

Табела бр. 19 Број на решенија управна постапка

	2007	2008	2009	2010	2011
вкупно решенија	112.550	78.849	49.939	63.181	67.055
решенија за права од здравствено осигурување	84.250	62.770	36.494	60.903	63.608
решенија за облог со придонес во приватен сектор	28.121	16.079	7.445	2.278	/

Извор: ФЗОМ

1.9 Право на упатување на инвалидска комисија во случај на подолго траење на привремена спреченост за работа

Во случај на подолго траење на привремена спреченост за работа, првостепената лекарска комисија на Фондот го упатува осигуреникот до инвалидската комисија при Фондот за пензиското и инвалидското осигурување (ИПК) за оценување на работната способност.

Во текот на 2011 година лекарските комисии на Фондот, упатиле 1959 осигуреници за оценување на нивната работна способност кај комисиите на ИПК, од кои право на инвалидска пензија оствариле 96 осигуреници.

Подолу во текстот, во табелата , прикажан е бројот на осигуреници кои од страна на лекарските комисии на ФЗОМ се упатени за оценување на работната способност, како и бројот на осигуреници кои го оствариле правото на инвалидска пензија. Бројот на упатени осигуреници во 2011 година е повеќе од двојно зголемен, од 894 на 1.959, додека бројот на осигуреници кои оствариле право е преполовен од 180 на 96 лица.

Учеството на лицата кои оствариле право на инвалидска пензија во однос на вкупно упатените лица во 2011 година бележи драстичен пад во споредба со 2010 година, од 20,1% на 4,9% што претставува намалување за 15,2 процентни поени.

Табела бр. 20 Број на осигуреници упатени за оценување на нивната работоспособност

	2007	2008	2009	2010	2011
Вкупно осигуреници за оценување на нивната работна способност кај комисиите на ИПК	2.695	1.849	1.642	894	1.959
Број на осигуреници кои оствариле право на инвалидска пензија	549	138	111	180	96
% на лица кои оствариле право на инвалидска пензија	20,4%	7,5%	6,8%	20,1%	4,9%

Извор: ФЗОМ



2 Права на парични надоместоци

Во рамките на задолжителното здравствено осигурување, осигурениците имаат право на парични надоместоци, и тоа на надоместок за плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда (боледување), надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство (породилно) и надоместок на патни трошоци при користење на здравствени услуги.

Табела бр. 21 Број на надоместоци за боледување и породилно

Вид на надоместок	2007	2008	2009	2010	2011
Боледувања	17.530	19.300	20.128	22.297	22.168
Породилни	5.036	6.018	6.805	7.070	7.460
Вкупно	22.566	25.318	26.933	29.367	29.628

Извор: ФЗОМ

Поради континуираниот тренд на раст на доделените права на товар на ФЗОМ, како во апсолутни така и во релативни вредности, ФЗОМ и во текот на 2011 година со темелни анализи ја известуваше Владата за состојбите, правата, системските слабости, за компаративната анализа со другите земји и презентираше предлог мерки за промена и подобрување на системот.

Овие напори на ФЗОМ резултираа со мерки кои во 2012 година ги презедоа институциите и за кои во 2012 се очекуваат резултати што ќе бидат во корист на осигурениците.

2.1 Право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест

Во рамките на задолжителното здравствено осигурување, на осигурениците им се обезбедува право на паричен надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда. Согласно законот, ова право го имаат категориите осигуреници кои се во работен однос.

Во 2011 година дадени се вкупно 22.168 права за боледувања кои, според законските одредби, се на товар на ФЗОМ. Загрижувачкиот тренд на континуиран пораст на боледувања од претходните години е прекинат. Така, бројот на остварени права во 2011 година е на приближно исто ниво како и во 2010 година.

Во структурата, најголемо е учеството на боледувања (поради заболувања) кои учествуваат со 77%, додека неѓа на член учествува со 18% и повредата на работа и професионалните заболувања со 5%.

Табела бр. 22 Број на надоместоци за боледување

Вид на боледување	2007	2008	2009	2010	2011
Поведа на работа и професионални заболувања	1.116	1.261	1.254	1.216	1.128
Заболувања	13.497	14.949	15.495	17.024	16.967
Неѓа на член	2.917	3.090	3.379	4.057	4.073
Вкупно боледувања	17.530	19.300	20.128	22.297	22.168

Извор: ФЗОМ



Најголем дел од надоместоците се за осигуреници од Скопскиот регион, што е во корелација со најголемиот број на активно вработени осигуреници. Интересен е податокот дека иако овој регион има најголем број вработени, доколску бројот на доделени права се гледа на 1000 вработени осигуреници, истиот е еден од најниските во однос на останатите региони. Најмал број на доделени права има во североисточниот регион кој претставува и регион со најмал број вработени осигуреници.

Како во 2010 година, така и во 2011, најголема вредност индикаторот на боледувања, по 1.000 вработени осигуреници, има во источниот регион со вредност од 60,64, а потоа следуваат Вардарскиот и Пелагонискиот регион со 55,75 и 50,89. Најниска е вредноста во североисточниот регион со 34,88.

Табела бр. 23 Боледувања по региони

Регион	Повреда на работа и професионални заболувања	Боледувања	Нега на член	Вкупно	број на осигуреници	Број на боледувања на 1000 вработени осигуреници
Вардарски	143	1.550	212	1.905	34.173	55,75
Источен	190	2.439	309	2.938	48.451	60,64
Југозападен	85	1.102	358	1.545	39.554	39,06
Југоисточен	73	1.524	159	1.756	36.961	47,51
Пелагониски	231	2.128	472	2.831	55.626	50,89
Полошки	52	957	218	1.227	34.804	35,25
Североисточен	60	772	109	941	26.977	34,88
Скопски	294	6.495	2.236	9.025	212.323	42,51
Вкупно	1.128	16.967	4.073	22.168	488.869	45,35

Извор: ФЗОМ

На ниво на држава, на секои 1000 вработени осигуреници 45,35 осигуреници користеле право на боледување на товар на ФЗОМ, што во споредба со претходната 2010 кога коефициентот изнесувал 46,27 претставува намалување за скоро 1 поен .

Бидејќи претходните податоци се однесуваат само на боледувањата што се на товар на ФЗОМ (кај заболувањата над 21 ден), ако се разгледува вкупниот број на издадени боледувања од матичните лекари, излегува дека на секои 1000 вработени осигуреници 214 користеле боледување.

Табела бр. 24 Исплатени средства за боледувања

Година	Исплатени средства за боледувања
2007	537.848.123
2008	712.832.630
2009	804.426.171
2010	844.589.187
2011	851.395.998

Извор: ФЗОМ

Во текот на 2011 година, и покрај тоа што бројот на боледувања е на скоро истото ниво, износот исплатен за боледувања е зголемен за околу 7 милиони денари. Ова зголемување на средствата, кое не соодветствува со бројот на правата се должи на подобрената исплата од страна на ФЗОМ, односно поголемата ангажираноста на вработените во подрачните служби на Фондот, воведувањето на софтвер во обработувањето на барањата и подобреното менаџирање со ликвидноста во Фондот.



Дали македонските осигуреници сè повеќе се разболуваат?

Од податоците во извештајот кои прикажуваат дека бројот на боледувања и средствата за боледувања константно растат, се доаѓа до загрижувачка констатација дека Македонците се народ со сериозна здравствена состојба.

Но, ФЗОМ во текот на 2011 година работеше на темелна анализа од која произлезе дека таа констатација би била погрешна, а причината за растот се следните фактори:

- Растот на вработеноста, со што пораснал и бројот на лица кои имаат право на боледувања;
- Растот на просечната плата, што влијае да се зголемува и надоместокот за боледување;
- Незаинтересираноста на работодавачите за контрола на боледувањата, а истата е на најниско ниво кај државните и јавните институции;
- Недостатокот на стручен надзор врз издавањето на боледувања;
- Голем број злоупотреби
 - o Во РМ за разлика од резултатите од светските истражувања, најголем број од боледувањата користи младата популација од 25-35 годишна возраст што укажува на злоупотреба,
 - o Користените боледувања се повисоки во земјоделските региони во земјата и каде што сезонски се забележува зголемување на користењето,
 - o Висок процент од осигуреничките по завршувањето на боледувањето користат надоместок за нега на дете.

Поради овие показатели, во 2011 и 2012 година донесени се измени на законските и подзаконските акти што ја опфаќаат оваа област и со кои се очекува да се минимизираат последните три фактори.

Со овие измени, ФЗОМ смета дека поважно е осигурениците во Македонија да добиваат најквалитетни здравствени услуги во регионот, отколку да добиваат највисок надоместок за боледување, како што е случај во моментот.

Согласно Законот за здравствено осигурување, осигуреничките во работен однос имаат право на надоместок за отсуство од работа поради бременост, породување и мајчинство.

За разлика од доделените права за боледување, бројот на породилни надоместоци го запазува трендот на стабилен раст во последните години. Имено, во анализираниот период константно расте бројот на породилни надоместоци и тоа најмногу во 2008 и 2009 година, што се совпаѓа со почетокот на кампањата на Владата за зголемување на наталитетот.

Во споредба со претходната 2010 година се забележува одредено зголемување од 116 на 389 осигуренички кои се вратиле на работното место порано од предвидените 9 месеци породилното боледување, односно кои го искористиле правото покрај платата да добиваат половина од утврдениот надоместок за породилно отсуство.



Табела бр. 25. Број на надоместоци за породилно

	2007	2008	2009	2010	2011
Бременост и породување	4883	5786	6532	6797	7071
Вработени породилки	153	232	273	273	389
Вкупно породилни	5036	6018	6805	7070	7460

Извор: ФЗОМ

Според распространетоста на доделените права, најголем дел од правата во апсолутен износ се доделени во Скопскиот регион и тие претставуваат 44,5% од вкупниот број на породилните отсуствува во државата.

Според бројот на доделени права на 1.000 осигуренички, на ниво на држава доделени се 36,67 права, што во споредба со 2010 година претставува раст за скоро 2 поени. Највисока вредност на овој индикатор е во Полошкиот регион и изнесува 40,67, додека најниска е во Пелагонискиот регион каде на секои 1.000 осигуренички доделени се 31,61 права.

Табела бр. 26. Породилни надоместоци по региони

Регион	Бременост и породување	Вработени породилки	Вкупно породилни	Број на жени вработени	Број на породилни на 1000 вработени осигуреници жени
Вардарски	482	54	536	14.580	36,76
Источен	766	29	795	24.545	32,39
Југозападен	580	29	609	15.350	39,67
Југоисточен	512	44	556	15.941	34,88
Пелагониски	735	37	772	24.426	31,61
Полошки	417	44	461	11.334	40,67
Североисточен	403	8	411	11.534	35,63
Скопски	3.176	144	3.320	89.525	37,08
Вкупно	7.071	389	7.460	203.426	36,67

Извор: ФЗОМ

Износот за надоместокот за породилно го следи порастот на доделените права односно од година во година постојано се зголемува. Имено, во анализираните последни 5 години зголемувањето на средствата се движи од 160 до 290 милиони денари или просечно по околу 25% на годишно ниво. Во 2011 година, исплатените средства достигнаа 1.433 милиони денари, што во споредба со претходната година претставува пораст за 183 милиони денари или околу 15%.

Табела бр. 27. Исплатени средства за породилни

Година	Исплатени средства за породилно
2007	591.869.015
2008	755.000.821
2009	960.505.145
2010	1.250.565.039
2011	1.433.382.640

Извор: ФЗОМ



ДОГОВОРИ СО ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ



III ДОГОВОРИ СО ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ

Фондот за здравствено осигурување секоја година склучува договори со здравствени установи за обезбедување здравствени услуги на осигурените лица, согласно основниот пакет на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување.

Секоја година се објавува јавен повик за склучување договори со сите заинтересирани даватели на здравствени услуги кои ги задоволуваат критериумите согласно позитивните законски прописи.

Како што подзаконската регулатива, така и останатите одлуки и содржината на договорите за сите здравствени услуги претставуваат предмет на преговори меѓу ФЗОМ и засегнатите страни преку соодветните комори. Со цел детално да биде опфатена содржината на секој договор, процесот на преговори и средби со коморите започнува неколку месеци пред датумот за склучување на договорите.

Со договорите се регулирани односите меѓу Фондот и здравствената установа за обезбедување и извршување на здравствените услуги на осигурените лица, начинот на плаќање на услугите, правата и обврските на договорните страни, договорните казни, како и други прашања што се однесуваат на уредување на меѓусебните односи помеѓу договорните страни.

Договорите со здравствени установи во 2011 година се склучени врз основа на претходно спроведени анализи на доставените деловни планови, плановите за видот и обемот на здравствените услуги, плановите за остварување на целите низ резултатите од извршената работа и на другата задолжителна документација потребна за склучување договори.

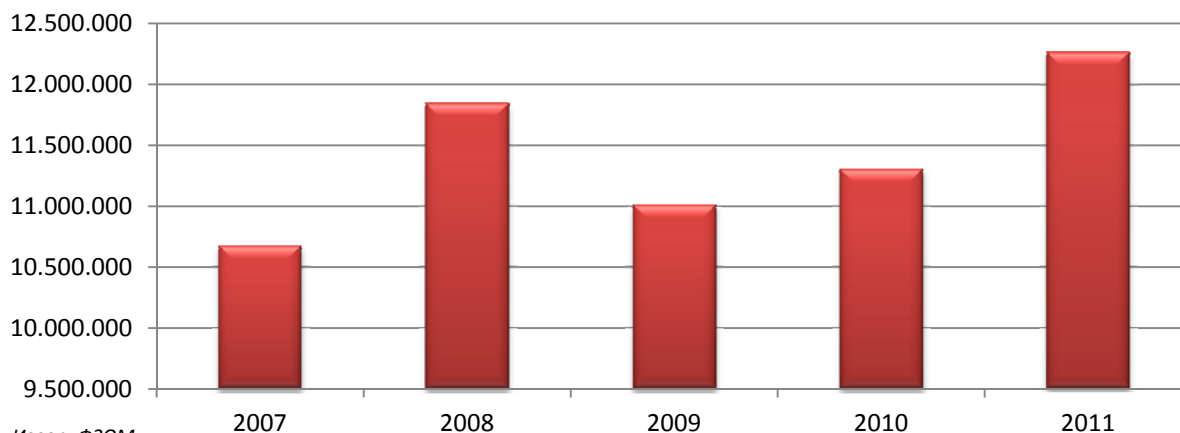
1 Договори со јавни здравствени установи

За 2011 година, Фондот за здравствено осигурување на Македонија, врз основа на објавениот јавен повик склучи договори со вкупно 111 јавни здравствени установи (ЈЗУ).

Во 2011 година значајно се зголемени договорните надоместоци со јавните здравствени установи, односно вкупната вредност на договорите на јавните здравствени установи е зголемена за околу 1 милијарда денари во однос на 2010 година што е пораст за 8,5%. Просечната вредност на договорите во 2011 година изнесува 655 милиони денари по договор или тоа е раст за 12% во однос на 2010 година.



Графикон бр. 15 Вкупна вредност на договорите (во 000 денари)



Извор: ФЗОМ

По здравствени установи, највисоко е зголемувањето на финансиските средства кај институтите со пораст од 41%⁷, општите и клиничките болници со 10,4% специјалните болници и центрите за јавно здравје со по 9% и клиниките во износ од околу 8,2%.

Табела бр. 28. Договорени надоместоци со ЈЗУ (во 000 денари)

ЈЗУ	2007	2008	2009	2010	2011
Здравствени домови и здрав. станици	2.436.618	2.446.448	2.181.022	2.115.751	2.082.247
Општи и клинички болници	3.066.576	3.683.945	3.282.344	3.474.338	3.836.761
Специјални болници	1.348.307	1.466.152	1.328.186	1.370.877	1.494.319
Центри за јавно здравје	166.074	151.445	144.041	129.759	207.092
Универзитетски клиници	3.444.650	3.828.763	3.868.341	3.938.880	4.262.044
Институти	208.940	268.629	206.445	271.993	383.081
Вкупно	10.671.165	11.845.382	11.010.379	11.301.598	12.265.543

Извор: ФЗОМ

Во рамките на зголемените средства вклучени, се условните буџети образложени во наредниот текст на извештајот. Исто така, во зголемувањата се вклучени и корекциите на цените на сите здравствени услуги.

2 Договори со приватни здравствени установи

Во 2011 година Фондот за здравствено осигурување на Македонија склучено вкупно 3.533 договори со приватни здравствени установи има.

⁷ Порастот кај институтите во најголем дел се должи на трансформацијата на Институтот за трансфузиона медицина



2.1 Договори во примарна здравствена заштита

2.1.1 Договори со матични лекари

Во 2011 година склучени се вкупно 2.308 договори во примарната здравствена заштита. Од нив 1140 се за општа медицина, 128 се за гинекологија и 1040 се во областа стоматологија.

Износот за капитација за ова ниво на здравствена заштита се движи од 1.840 милиони денари во 2007 година до 2.537,6 милиони денари во 2011 година што е раст за 38% за 4-годишен период. Најголем дел од износот се однесува на општите лекари, односно 1,812 милиони денари во 2010 година, што е 71% од вкупната капитација.

По основ на неостварување на целите, во 2011 година намалени се 97 милиони денари, односно испатени се 3,7% помалку средства во однос на вкупниот износ на средствата кој би биле исплатени доколку целите би биле реализирани во целост.

Табела бр. 29. Износ за капитација

	2007	2008	2009	2010	2011
Општи лекари	n/a	n/a	1.775.007.509	1.731.305.524	1.812.195.587
Гинеколози	n/a	n/a	126.580.377	176.433.152	210.886.535
Стоматолози	n/a	n/a	455.253.081	490.495.503	514.572.356
Вкупно	1.840.720.675	2.371.473.037	2.356.840.967	2.398.234.179	2.537.654.478

Извор: ФЗОМ

Во однос на склучените договори со избрани лекари по региони во Република Македонија, најголем број на договори се склучени во скопскиот регион, 423 договори, што претставува 19% од вкупно склучените договори во примарната здравствена заштита.

Споредуваќи ги со бројот на осигуреници, на секои 10 илјади осигуреници склучени се 12,6 договори во примарната здравствена заштита. Најголем број договори се склучени во вардарскиот регион 14,5 на секои 10 илјади осигуреници, додека најмалку се склучени во Скопскиот регион или 10,8 на секои 10 илјади осигуреници.

Табела бр. 30. Распространетост на склучените договори по региони во 2011 година

Регион	Општа медицина		Стоматологија		Гинекологија		Вкупно	
	Број на дог.	дог. на 10.000 осигуреници	Број на дог.	дог. на 10.000 осигуреници	Број на дог. на дог.	дог. на 10000 осигуреници	Број на дог. на дог.	дог. на 10000 осигуреници
Вардарски	94	7,07	91	6,84	8	0,60	193	14,52
Источен	117	7,38	87	5,49	14	0,88	218	13,76
Југозападен	102	5,87	120	6,91	14	0,81	236	13,58
Југоисточен	99	6,58	92	6,12	11	0,73	202	13,44
Пелагониски	129	6,04	162	7,59	13	0,61	304	14,23
Полошки	159	6,75	116	4,93	12	0,51	287	12,19
Североисточен	98	6,97	80	5,69	10	0,71	188	13,37
Скопски	342	5,43	292	4,63	46	0,73	680	10,79
Вкупно	1140	6,21	1040	5,67	128	0,70	2308	12,57

Извор: ФЗОМ



Со овие 2.308 склучени договори од примарна здравствена заштита, ФЗОМ обезбедува услуги од вкупно 2.452 лекари на ова ниво. Од нив, најголем дел, односно 1.603, се лекари по општа медицина.

Табела бр. 31. Вкупен број матични лекари и број на лекари на 1000 осигуреници

Тип на лекари	Број на лекари	Број на лекари на 1000 осигуреници
Општи	1603	0,87
Гинеколози*	136	0,15
Стоматолози	1013	0,55
Вкупно	2752	1,50

*податокот се однесува на број на гинеколози на 1000 осигуреници жени
Извор: ФЗОМ

Во табелата подолу прикажан е податокот за бројот на општи матични лекари на 1000 осигуреници во споредба со некои од земјите во Европа.

Табела бр. 32. Број на општи матични лекари во Македонија и во земјите од Европа

Земја	Број на општи матични лекари на 1000 жители
Португалија	1,8
Австрија	1,5
Белгија	1,2
Финска	1
Естонија	0,9
Македонија	0,9
Унгарија	0,7
Германија	0,7
Словенија	0,5
Норвешка	0,5
Грција	0,3
Полска	0,2

Извор: OECD Health Data 2010

2.1.2 Договори со аптеки

За издавање лекови од примарната листа на лекови, ФЗОМ склучува договори со аптеки. Во 2011 година, ФЗОМ склучи договори со вкупно 499 аптеки, односно 740 работни единици.

Во однос на претходните години, бројот на овие договори е значајно зголемен, односно од 517 аптеки во 2007 година има зголемување за 223 аптеки, или 43% за период од само 5 години. Најголем број договори со аптеки се склучени во Скопскиот регион, и тоа 233 аптеки, додека најмалку во североисточниот регион 54.



Споредувајќи со бројот на осигуреници во Македонија на секои 10.000 осигуреници има по 4 аптеки, а најголем број на аптеки има во Пелагонискиот регион 5,1 на 10.000 осигуреници, а најмалку во Полошкиот регион 3,23 договори на 10.000 осигуреници.

Табела бр. 33 Број на договори со аптеки

Регион	Број на аптеки	број на аптеки на 10.000 осигуреници
Вардарски	57	4,29
Источен	69	4,35
Југозападен	71	4,09
Југоисточен	71	4,72
Пелагониски	109	5,10
Полошки	76	3,23
Североисточен	54	3,84
Скопски	233	3,70
Вкупно	740	4,03

Извор: ФЗОМ

Споредувајќи го бројот на регитрирани аптеки во однос на бројот на жители со земјите од регионот се доаѓа до заклучок дека бројот на аптеки во Македонија е значително висок. Имено, во Хрватска бројот на аптеки е двојно помал, додека во Србија бројот на аптеки е за 5 пати помал во споредба со Македонија.

ФЗОМ врши финансирање на овие здравствени установи преку утврдување на месечен износ на средства (квоти). Од вкупно предвидените средства за лекови на рецепт во 2011 година искористени се околу 86%.

2.1.3 Договори за специјалистичко консултативна здравствена заштита

Покрај јавните здравствени установи, со упатите од матичните лекари за повисоко ниво на здравствена заштита, осигурениците можат да добијат здравствена услуга и од приватни специјалистичко – консултативни здравствени установи со кои ФЗОМ има склучено договор.

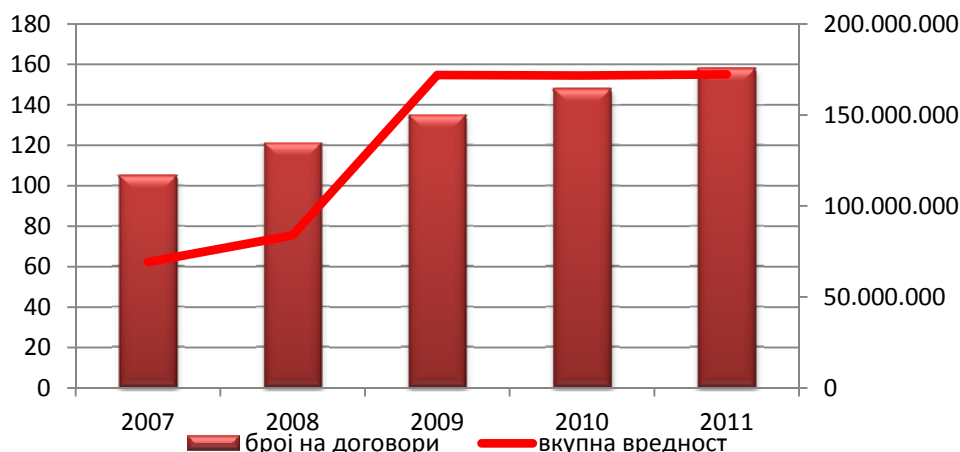
Во 2011 година вкупниот број договори кои ФЗОМ ги склучи со ПЗУ за овој вид на здравствена заштита изнесува 457 и во споредба со претходната 2010 година бројот е зголемен за 27 договори или за 6,8%.

Во 2011 година ФЗОМ склучи договор со 158 ПЗУ кои вршат специјалистичко консултативна здравствена заштита во медицинските дејности (освен за стоматолошка и ЛУ1). Споредбено со бројот на ПЗУ од 2010 година, се забележува пораст за само 10 ПЗУ, но кога ќе се направи паралела на бројот на тимовите во рамките на ПЗУ во 2010 година и оние во 2011 година, има значителен пораст од 155 на 188 тимови во 2011 година што е за 18% повеќе. Во структурата на порастот најзастапени се установите од областа на интерната медицина.

Иако бројот на договори секоја година се зголемува, вкупната вредност на договорите во последните 3 години е на приближно истото ниво од околу 172 милиони денари. Причина за константноста на средствата од ФЗОМ е од една страна неможноста да се следи неконтролираниот раст на бројот на приватни установи и од друга страна тоа што ФЗОМ ги планира средствата согласно потребите на осигурениците, а не според бројот на новоотворените ПЗУ.



Графикон бр. 16 Број на договори во специјалистичко консултативна здравствена заштита⁸



Извор: ФЗОМ

Во 2011 година се склучени договори со вкупно 188 приватни здравствени установи кои вршат специјалистичка стоматолошка здравствена заштита за вкупно 242 тима од дејностите; ортодонција, протетика и орална хирургија. Во однос на 2010 година, бројот на здравствените установи со кои Фондот склучил договор во 2011 пораснал за 25, односно за 30 тимови.

Вкупните средства за специјалистичко-консултативна стоматолошка здравствена заштита за ПЗУ со кои Фондот склучи договори во 2011 година, во однос на 2010 се зголемени за околу 21 милион денари, односно за 8,3%.

Графикон бр. 17 Број на договори и вкупни договорни надоместоци во стоматолошка специјалистичка здравствена заштита



Извор: ФЗОМ

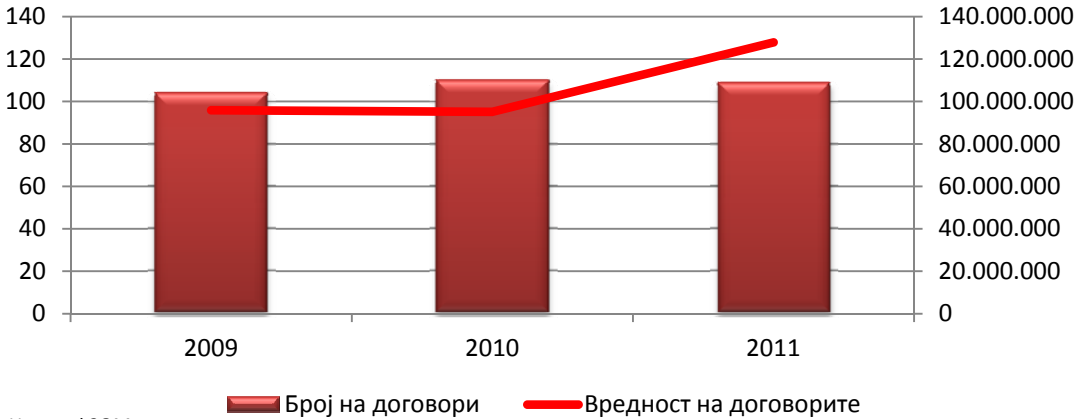
Во 2011 година склучени се договори со вкупно 111 лаборатории кои прават анализи по упат од матичен лекар (ЛУ1). Иако бројот на лаборатории е на истото ниво како и во претходната година, средствата наменети за лаборатории се значително зголемени. Во 2011 Фондот направи ревизија на надоместоците така што пристапот за утврдување на договорените надоместоци го изедначи со пристапот кај сите специјалистичко-консултативни ПЗУ-ата кои вршат специјалистичко консултативна здравствена заштита (вредност по тим). Имено, од 95 милиони во 2010 година, во

⁸ Без специјалистичка стоматологија и лаборатории (ЛУ1)



2011 година за лаборатории се наменети 128 милиони денари, односно се бележи раст за 33 милиони денари или за 35%.

Графикон бр. 18 Број на договори и договорни надоместоци со лаборатории што работат по упат од матичен лекар(ЛУ1)



Извор: ФЗОМ

Табела бр. 34. Распространетост на ПЗУ до специјалистичко консултативна ЗЗ

Регион	Дерматологија	Интерна медицина	Максилофацијална хирургија	Невропсихијатрија	Нефрологија	Општа хирургија	Ортопедија	Орл	Офталмологија	Физикална медицина	Пневмофизиологија	Биохемиска лабораторија	Лаборатории (ЛУ1)	Орална Хирургија	Ортодонција	Протетика	Вкупно
Вардарски		7			1			1	1				11	2	7	6	36
Источен	2	6		1	2		3	3		1	1	10	3	10	8		50
Југозападен		9		1				1	4	3		1	8	5	5	6	43
Југоисточен	1	2		4		1			1	1		1	12	4	7	5	39
Пелагониски	2	1	1	2									13	2	10	9	40
Полошки		5	1	1		1	2	2				1	20	9	12	5	59
Североисточен	2	5		2	1	1	5	1	1	1		2	11	2	4	1	38
Скопски	5	14		8	1	1	1	2	13	15			26	12	18	36	152
Вкупно	12	49	2	19	1	5	4	14	25	20	1	6	111	39	73	76	457

Извор: ФЗОМ

Од вкупно 457 склучени договори, најголем дел се со лаборатории кои работат по упат на матични лекари, па потоа се договорите за протетика и ортодонција што се од стоматолошката специјалистичка дејност.

Во однос на територијалната структура на склучените договори, најголем број договори се склучени во Скопскиот регион па потоа се Полошкиот и источниот регион.



Табела бр. 35 Специјалисти на 10.000 осигуреници

Регион	Вкупно ПЗУ специјалисти	број на договори на 10.000 осигуреници
Вардарски	36	2,71
Источен	50	3,16
Југозападен	43	2,48
Југоисточен	39	2,59
Пелагониски	40	1,87
Полошки	59	2,51
Североисточен	38	2,70
Скопски	152	2,41
Вкупно	457	2,49

Извор: ФЗОМ

Во сооднос со бројот на осигуреници најголем број на специјалистички договори се склучени во источниот регион 3,16 на секои 10.000 осигуреници, а најмалку во Пелагонискиот по 1,87 на секои 10.000 осигуреници.

2.1.4 Договори за болничка здравствена заштита

Во делот на болничката здравствена заштита, покрај досегашните договори за кардиоваскуларите хируршки интервенции, во 2011 година се склучија договори со две здравствени установи од областа на офталмологијата. Имено, почнувајќи од месец април, договор со ФЗОМ склучија „Систина офталмологија“ и „Европска очна болница“ и двете приватни здравствени установи од областа на очната хирургија.

Овие две здравствени установи обезбедуваат здравствени услуги за кои осигурениците претходно беа упатувани во странство и услуги за кои во рамките на јавното здравство немаше доволен капацитет за потребите на осигурениците. Како што се гледа во текстот, во делот за лекување во странство, со склучувањето на овие договори се намали бројот на осигуреници упатени на лекување во странство за очни болести од 157 (во 2010 година) на 109 осигуреници (во 2011 година).

Во делот за кардиоваскуларната хирургија, Фондот ги продолжи договорите со двете приватни болници „Филип 2“ и „Аџибадем Систина“ со што дополнително е зајакната конкуренција во овој сегмент на здравствените услуги. На осигурениците им се овозможи сами да изберат во која установа сакаат да ја добијат потребната здравствена услуга.

Со овие чекори, Македонија го зголеми бројот на кардиохируршките интервенции и во споредба со другите земји од регионот значително ја намали листата на чекање.



Медицински кадар во Македонија

Во табелата подолу прикажан е високо образованиот медицински кадар во споредба со бројот на жители. Според податоците на Институтот за јавно здравје, бројот на доктори во сите здравствени установи во Македонија изнесува 5364, а бројот на доктори по стоматологија 1425. Споредено со бројот на жители, на секои 1000 жители има 2,7 доктори и 0,78 стоматолози. Во табелата подолу овој податок е спореден со земјите од Европа.

Табела бр. 36 Медицински кадар

Земја	Број на доктори на 1000 жители	Број на стоматолози на 1000 жители
Албанија	1,15	
Австрија	4,75	0,56
Белгија	2,99	0,73
Босна и Херцеговина	1,42	0,16
Бугарија	3,64	0,83
Хрватска	2,59	0,72
Чешка	3,63	0,69
Данска	3,42	0,84
Естонија	3,41	0,94
Франција		0,68
Германија	3,53	0,77
Грција	6,04	1,32
Унгарија	3,10	0,51
Исрка		0,62
Израел	3,63	1,12
Латвија	2,99	0,67
Литванија	3,66	0,65
Луксембург	2,86	0,80
Македонија	2,70	0,78
Норвешка	4,08	0,89
Полска	2,14	0,34
Романија	1,92	0,20
Србија	2,04	0,25
Словенија	2,47	0,62
Шпанија	3,71	
Шведска	3,58	0,83
Турција	1,45	0,24
Украина	3,13	0,42
Велика Британија	2,74	

Извор: Институт за јавно здравје на Македонија и Светска здравствена организација



2.1.5 Договори за издавање помагала

Осигурените лица кои, согласно медицинските индикации, имаат право на помагала што се товар на ФЗОМ, ги набавуваат истите од ортопедските куќи со кои ФЗОМ има склучено договор. Во 2011 година осигурениците, помагалата ги набавуваа од вкупно 44 ортопедски куќи кои имаа склучено договор со ФЗОМ.

Табела бр. 37. Склучени договори за ортопедски помагала по региони

Регион	договори со ортопедски куќи
Вардарски	6
Источен	2
Југозападен	3
Југоисточен	2
Пелагониски	6
Полошки	5
Североисточен	3
Скопски	17
Вкупно	44

Извор: ФЗОМ

3 Утврдување референтни цени

Во текот на 2011 година ФЗОМ активно ги следеше и анализираше цените на сите здравствени услуги, лекови и помагала. Во процесот на анализирањето беа вклучени и самите здравствени установи и стручните здруженија. Со цел дополнително да се стимулира нивното вклучување во процесот на утврдување на цените, од сите здравствени установи беше побарано да ги достават нивните предлози за измена на цените.

Врз основа на доставените барања, како и врз основа на согледувањата на стручната служба на Фондот, во текот на годината усвоени се вкупно 292 нови цени, а ревидирани се вкупно 597 постојни цени.

Табела бр. 38 Донесени цени во 2011 година

Вид на цена	нови цени	ревидирани цени	Вкупно
Примарна здравствена заштита		7	7
Специјалистичко-консултативна здравствена заштита	276	119	395
Болничка здравствена заштита	14	27	41
Лекови		344	344
Ортопедски помагала	2	100	102
Вкупно	292	597	889

Извор: ФЗОМ



3.1 Утврдување референтни цени на здравствени услуги во превентивна и примарна здравствена заштита

Со цел да го подобри начинот на фактурирање, во 2010 година ФЗОМ направи анализа за примарната дејност во здравствените домови. Имено, претходно овие установи фактурирале свои здравствени услуги од примарна здравствена заштита по стариот ценовник. Различното искажување на здравствените услуги ги оневозможувало споредувањата помеѓу здравствените домови и определувањето колку средства се неопходни за финансирање на здравствени услуги.

Согледувајќи ги овие проблеми, ФЗОМ во 2011 година вовеле нов модел на финансирање на примарната дејност во здравствените домови. Новиот модел значи воведување пакети за примарна дејност со посебни референтни цени за тимови на месечно ниво: итна помош, домашно лекување, дежурна служба, превентивна стоматологија, поливалентна патронажа, итна стоматологија и систематски прегледи, вакцинација и советувањето.

Новиот начин ги исклучи нееднаквостите меѓу домовите и го реши проблемот на домовите каде обемот на работа има сезонски карактер. Истовремено, значително се намали административната работа на домовите при подготвувањето на фактурите.

Во текот на годината, ФЗОМ го следеше работењето на здравствените домови и применувањето на цените, така што по примена на новиот начин на фактурирање кон крајот на 2011 година направена е корекција на цените со која се овозможи дополнително и пореално вреднување на нивното работење.

3.2 Утврдување и ревидирање на референтни цени на здравствени услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита

Почетоците на системот за утврдување на референтни цени на поединечни амбулантски здравствени услуги датира уште од 2007 година кога биле усвоени цени само за одредени дејности. Овој процес зема поголем замав во текот на наредните години, особено во 2010 и 2011 година, кога активно се направи ревизија на веќе донесените цени и се започна со процес на утврдување цени за сите дејности што дотогаш беа евидентирани според ценовникот на здравствени услуги на РМ од 1992 година.

Започнувајќи од 1 мај 2010 година, ФЗОМ, прв во регионот вовеле нов начин на фактурирање на ова ниво на здравствена заштита, односно вовеле 159 пакети на завршени епизоди на лекување за специјалистичко-консултативната здравствена заштита. Пакетите се утврдени како најчести групи на здравствени услуги кои осигурените лица ги обезбедуваат во специјалистичко - консултативната здравствена заштита по упат на матичен лекар. Заклучно со декември 2011 година, во употреба се вкупно 277 пакети за специјалистичко консултативна здравствена заштита.



3.3 Утврдување и ревидирање на референтни цени на здравствени услуги во болничка здравствена заштита

Комисијата за утврдување референтни цени за услуги во болничката здравствена заштита за акутни случаи, продолжи со следење на трошоците на здравствените установи за извршените здравствени услуги и преку целата година интензивно работеше на разгледување на барањата за промена на висината на референтната цена на ДСГ услугите.

Согласно тоа, во текот на 2011 година во соработка со здравствените установи, ФЗОМ направи корекција на цената на вкупно 27 ДСГ услуги.

Новите цени се базирани на нова методологија на одредување на цените и истите се базираат на искажаните трошоци од здравствените установи во Македонија, а врз база на компарација со цените од Хрватска, Словенија, Романија и Австралија.

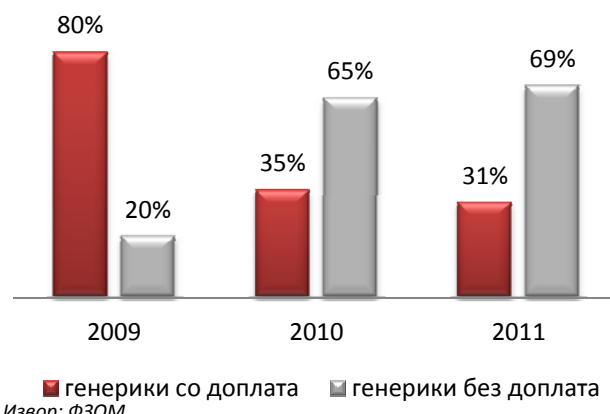
3.4 Утврдување референтни цени на лекови

Во 2010 година, беше воведена нова транспарентна компаративна методологија за утврдување на референтните цени на лековите со користење податоци за цените на лековите од референтните земји за Р.Македонија (Словенија, Хрватска, Бугарија и Србија). Како дел од воведувањето на новата методологија, воведени се фармако-терапевтски групи на лекови кои имаат еднаков ефект и безбедност при користењето во одредена терапија. Со новата методологија, ФЗОМ обезбеди транспарентна постапка со јасно утврдени критериуми, реални референтни цени што се усогласени со цените на лековите во регионот и поголема конкурентност помеѓу производителите/добавувачите на лекови.

Овој процес продолжи да се извршува согласно законските прописи и во текот на 2011 година беше направена и годишна ревизија на референтните цени на лекови во примарна здравствена заштита. Референтните цени на лековите се динамична материја и од таа причина истите Фондот редовно ги следи, анализира и ревидира, согласно актуелните состојби и законските прописи.

Резултатите од новата методологија веќе две години се очигледни, односно, како што е наведено во вториот дел од извештајот, од 2010 година значајно е спречен трендот на зголемување на трошоците на ФЗОМ и што е поважно обезбедени се сè поголем број на генерики со лекови без доплата.

Графикон бр. 19 Споредба на лекови во ПЗЗ по генерика со и без доплата



ФЗОМ во текот на 2011 година, утврди референтни цени за 344 лекови по генерика со одредена фармацевтска форма и јачина, односно до 1110 лекови по заштитено име за примарна здравствена заштита. За лековите од позитивната листа за болничка здравствена заштита, Фондот



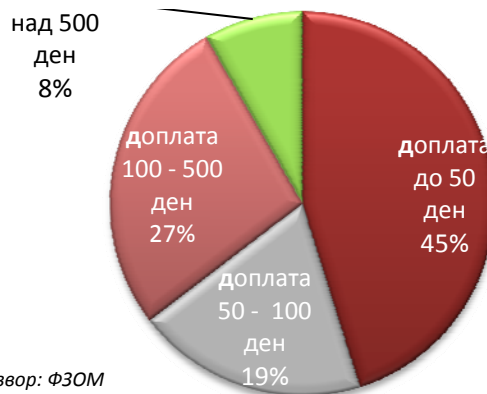
има утврдени до 328 референтни цени на лекови по генерика за 2011 година, односно до 525 лекови по заштитено име.

Од утврдените референтни цени на лекови во ПЗЗ, Фондот обезбеди дури 69% од лековите по генерика да бидат без доплата, што во однос на 2010 година е раст за 4 процентни поени.

Од вкупно 782 лекови со доплата по заштитено име, како што е прикажано во Графикон 20 со новите референтни цени најголем удел имаат лековите со доплата до 50 денари (околу 45%), со доплата од 50 до 100 денари се околу 19% , со доплата од 100 до 500 денари се околу 27% од лековите, а со доплата над тој износ се многу мал дел од лековите, односно околу 8%.

Референтните цени на лековите се динамична материја и од таа причина истите Фондот редовно ги следи, анализира и ревидира, согласно актуелните состојби и законските прописи.

Графикон бр. 20 Лекови по заштитени имиња со доплата (октомври 2011 година)



Извор: ФЗОМ

3.5 Утврдување референтни цени за ортопедски помагала

Цените за ортопедски помагала, исто така, беа предмет на постојано следење и анализирање и во 2011 година.

Следејќи го технолошкиот напредок, на осигурениците им се овозможија два нови усофитцирани видови задушни слушни помагала и за кои се утврдени нови референтни цени. Покрај тоа, на крајот на годината по направена анализа на цените на ортопедските помагала во неколку земји од регионот во споредба со Македонија, за 100 помагала донесени се измени на референтните цени. Резултатите од овие изменети цени, во вид на заштеди ќе се почувствуваат во 2012 година, а истите ќе значат обезбедување на повеќе здравствени услуги и лекови за осигурениците.



**РАБОТЕЊЕ НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ**



V РАБОТЕЊЕ НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

1 АНАЛИЗА ЗА ЕКОНОМСКО-ФИНАНСИСКОТО РАБОТЕЊЕ НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА ЗА 2011 ГОДИНА

1.1 Буџетот на ФЗОМ во споредба со изминатите години и во однос на останатите земји

Буџетот на ФЗОМ за 2011 година, планиран со утврдувањето на Буџетот на РМ на почетокот на годината изнесува 21,7 милијарди денари. Во текот на месец септември извршен е ребаланс на Буџетот на РМ со што е зголемен планираниот буџет на ФЗОМ на 22 милијарди денари.

Реализацијата на крајот на годината изнесува 20,9 милијарди, што во споредба со планираниот буџет, согласно извршениот ребаланс, изнесува 95,3%.

Табела бр. 39 Буџет на ФЗОМ во 2011 година

	ИЗНОС
Планиран буџет на почетокот на 2011 година	21.745.000
Планиран буџет со ребаланс септември 2011	22.000.350
Реализиран буџет на крај на година	20.967.118

Извор: ФЗОМ

Анализирајќи го буџетот на ФЗОМ во последните 5 години, истиот се движи од 16,4 милијарди денари во 2007 година до 20,9 милијарди денари во 2010 година. Имено, со исклучок на 2009 година постои константно зголемување на средствата (во апсолутен износ) со кои располага ФЗОМ. Годишно средствата за наведените 5 години, бележат пораст од 908 милиони денари секоја година, или просечен раст од 5,5% годишно.

Притоа, најинтензивно е зголемувањето во 2008 година од 19,5%, а следната година која што беше кризна година забележан е пад од 2,4%.

Табела бр. 40. Буџет на ФЗОМ во однос на претходната година, Буџет на РМ и БДП

година	вкупни расходи на ФЗОМ	% промена на Буџетот во однос на претходната година	Буџет на ФЗОМ како % од Буџетот на РМ	Буџет на ФЗОМ како % од БДП
2007	16.425.000.516	0,89%	13,98%	4,64%
2008	19.630.339.319	19,51%	14,00%	4,93%
2009	19.165.097.000	-2,37%	13,75%	4,71%
2010	19.803.244.000	3,33%	13,88%	4,64%
2011	20.967.117.807	5,88%	13,11%	4,60%

Извор: ФЗОМ и Министерство за финансии



Систематизирајќи го буџетот на ФЗОМ, како процент од Буџетот на РМ, движењето во последните години е од 13,11% во 2011 година до 14% во 2008 година. Во 2011 година, овој показател има најниска вредност, односно во сите претходни години се движел над 13,5% и тежи кон нивото од 14%, а последната година има значителен пад на 13,11%, односно се доближува до 13%.

Истовремено, споредувајќи го буџетот на ФЗОМ во однос на БДП, што претставува релевантен индикатор, повторно се констатира дека реално опаѓа соодносот, односно, буџетот на ФЗОМ во 2011 година бил на најниско ниво од само 4,60%. Во споредба со претходната 2010 година бележи пад од 0,4 процентни поени.

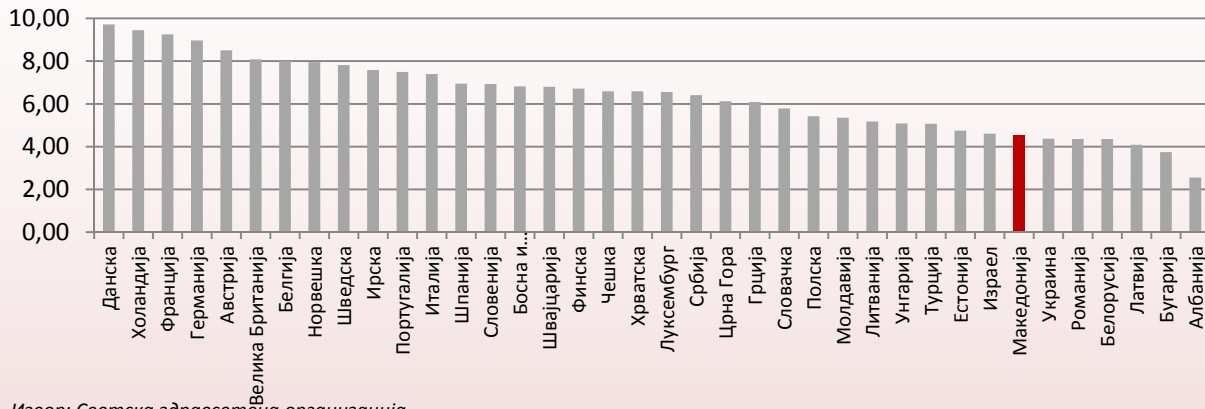
Највисока е вредноста во 2008 година од 4,93% кога и во апсолутен износ има значаен раст на средствата на ФЗОМ, но и во споредба со зголемениот БДП (поради растот на економијата), буџетот на ФЗОМ сепак бележи поголем пораст на средствата.



Споредба на јавните трошоци за здравство во Европа

Еден од најрелевантните податоци за финансирањето на здравството се вкупните јавни расходи за здравство во споредба со БДП. Овој индикатор ги вклучува само средствата наменети за здравство што преку фондовите и министерствата се користат за здравствени услуги (без социјалните надоместоци, расходите за администрација и сл.)

Графикон бр. 21 Јавни трошоци за здравство во Европа



Извор: Светска здравствена организација

Според вредноста на овој индикатор, за 2010 година Македонија се наоѓа во групата на земји што издвојуваат релативно помал износ на средства за здравство, односно 4,52% во однос на БДП. Најмногу средства издвојуваат Данска, Холандија и Франција со над 9%, а на дното се наоѓа Албанија со 2,56 и Бугарија со 3,74.

Од поранешните југословенски републики, чии системи поради потеклото имаат голем број сличности, освен Македонија сите издвојуваат над 6% од БДП за здравство, односно највисок износ издвојува Словенија од 6,93%, Босна и Херцеговина 6,82%, Хрватска 6,59%, Србија 6,41% и Црна Гора 6,12.

Според проекциите на Светската банка, во земјите од Европска унија во 2011 година овој индикатор достигнал вредност од 8%. Според истите проекции, овој процент и во иднина ќе бележи континуиран тренд на пораст, со што земјите што успешно ќе се справуваат со потребите во 2030 година ќе мора да издвојуваат 14% од БДП. Главни носители на зголемувањето на трошоците за здравство на светско ниво се:

- Старењето на популацијата и ширењето на хроничните болести;
- Технолошките достигнувања во медицината;
- Побарувачката од пациентите водена од нивното подобро знаење за опциите кои ги имаат и вложувањето на начинот на живот;
- Постапеноста на системите кон куративата и акцентот кон болничката здравствена заштита.

1.2 Приходи

Во текот на 2011 година остварени се приходи во вкупен износ од 21.104 милиони денари, односно просечен месечен приход од 1,759 милиони денари. Вкупно остварените приходи во 2011 година, во однос на 2010 година кога истите изнесувале 19.925 милиони денари, се зголемени за 1.179 милиони денари или за 5,92%.



Планираните приходи, согласно ребалансот на Буџетот на РМ, во јуни 2011 година изнесуваат 22.000 милиони денари. Реализацијата на приходите во однос на планираните изнесува 95,93%

Најголемо учество во структурата на приходите на ФЗОМ имаа приходите од придонеси од плати со 52,93%, трансферите од другите нивоа на власт со 44,18% и другите неданочни приходи со 2,89%. Во споредба со структурата во 2010 година, се утврдува раст на учеството на трансферите за 1,22 процентни поени.

Графикон бр. 22 Структура на приходите



Поинаков приказ на приходите на ФЗОМ

Значајно е да се има предвид дека покрај придонесот од плати, за дел од категориите на осигуреници придонесот го уплатуваат дел од институциите на државата, односно именувањето на овие приходи како „трансфер“ се однесува на изворот на средствата, а не на нивната намена.

- за невработените кои примаат паричен надоместок – Агенцијата за вработување;
- за осигурениците со социјални права – Министерството за труд и социјална политика;
- за пензионерите – Фондот за пензиско и инвалидско осигурување;
- за „неосигурените“ – Министерството за финансии, а од септември 2011 година Министерството за здравство.

Доколку се земе предвид погоре кажаното, на тој начин во структурата на приходите на ФЗОМ придонесите би учествувале со 88%, трансферот од Буџетот на РМ околу 9% и другите приходи со 3%.

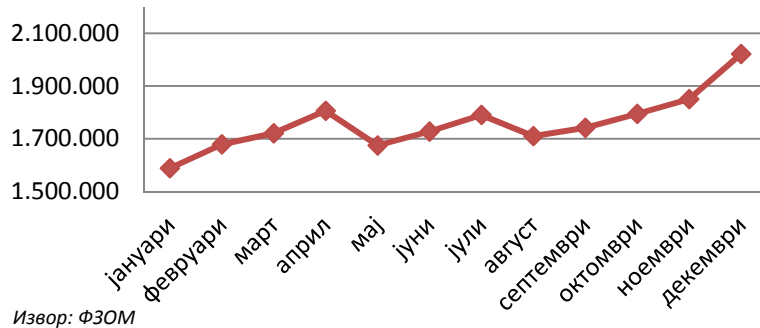
Графикон бр. 23 Структура на приходите на ФЗОМ





На графиконот е прикажано остварувањето на приходите по месеци, во 2011 година, заедно со пренесениот вишок од 2010 година. Според табелата, како и во минатите години, најголемо остварување на приходите има во месец декември од 2.021 милиони денари, а најниски се приходите во месец јануари од 1.588 милиони денари (вклучувајќи го пренесениот вишок на приходи од 2010 година во износ од 122 милиони денари).

Графикон бр. 24 Приходи по месеци (во 000 денари)

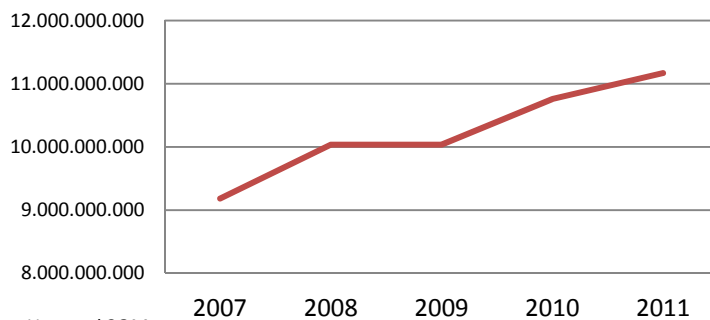


Извор: ФЗОМ

1.2.1 Приходи од придонеси од плати

Придонесите во 2011 година бележат благ пораст во споредба со 2010 година, односно истите од 10.758 милиони денари се зголемени на 11.170 милиони денари или за 3,8%, што соодветствува со растот на БДП во 2011 година од околу 3%⁹

Графикон бр. 25 Приходи од придонеси од плати

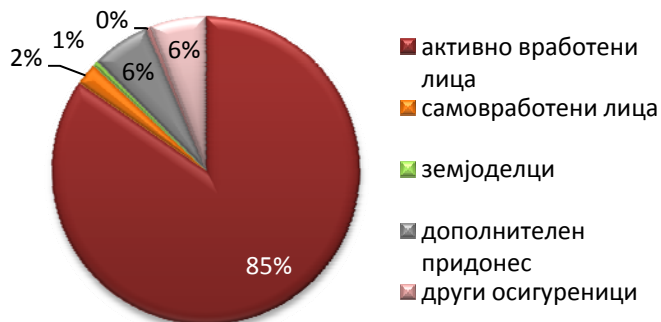


Извор: ФЗОМ

Во структурата на придонесите, најголемо учество со 9.453 милиони денари, или околу 84%, учествува

Графикон бр. 26 Структура на придонесите од плати

придонесот од активно вработените лица. По нив, со по 6% или 682 милиони и 649 милиони, учествуваат придонесите од дополнителниот придонес и придонесите од изминати години.



Извор: ФЗОМ

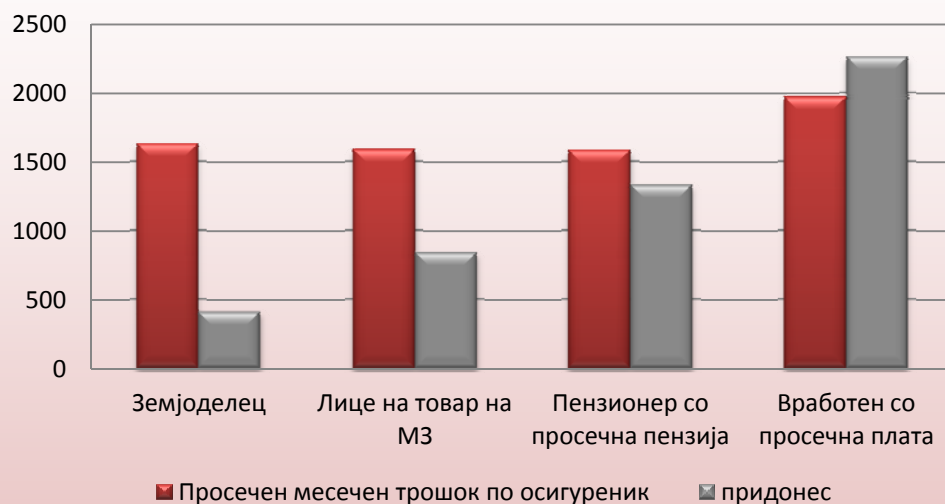
⁹ Според Државниот завод за статистика



Значење на начелото на солидарност во Законот за здравствено осигурување

Во графичкиот приказ подолу направена е симулација за просечните трошоци што еден носител на здравствено осигурување го чини ФЗОМ. Овој трошок е спореден со приходите од придонес што ФЗОМ ги добива за просечен осигуреник од секоја категорија.

Графикон бр. 27 Просечен месечен придонес и просечен трошок по категорија на осигуреници



Извор: ФЗОМ и Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување

Од прикажаното е јасно дека првите три групи осигуреници (кои изнесуваат околу 50% од вкупниот број осигуреници носители) предизвикуваат поголеми трошоци за ФЗОМ во споредба со приходите што ФЗОМ ги остварува од придонесот за овие лица. За сметка на тоа придонесот што го плаќаат вработените лица е за 15% повисок од трошокот што истите го прават на системот.

Табелата јасно ги презентира причините за постојан кусок на средства во ФЗОМ, наспроти потребите на осигурениците.

Просечниот месечен приход од придонес од сите категории на осигуреници во 2011 година изнесува 1.387 денари по осигуреник (носител) што доколку се спореди со просечната исплатена бруто плата во Републиката се добива дека ефективната стапка на придонес во 2011 година изнесувала 4,5%. Добиената ефективна стапка на придонес за здравствено осигурување е за цели 2,8 процентни поени пониска од генерално дефинираната стапка во 2011 година од 7,3 % од бруто платата.

Посочената разлика се должи пред сè на шареноликоста на основиците и стапките за пресметка на придонесот што се дефинирани во Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување.



Табела бр. 41 Стапки на придонес на различни категории

Осигуреници	Стапка на придонес	Основица за пресметка	Апсолутен месечен износ (денари)
Активни работници	7,30%	брuto плата	2.260
Активни земјоделци	7,30%	20% од просечна брутo плата	410
Пензионери	13%	пензија	1.330
Невработени (неосигурени) лица	5,40%	50% од просечна плата	840

Извор: ФЗОМ

Според претходната табела и прилогот на претходната станица, јасно е дека од една страна земјоделците плаќаат најнизок придонес за здравствено осигурување, како и дека институциите плаќаат значително понизок придонес за категориите на осигуреници што се од интерес на социјалната политика на државата. А, генерално правило во здравствениот систем е дека токму најсиромашните, кои поради стресот и борбата за егзистенција имаат најголема потреба од здравствени услуги односно креираат најголем трошок.

Разгледувајќи ја географската структура на приходите, околу половината или 9 милијарди денари се придонес за осигуреници од Скопскиот регион. Средствата за останатите региони се движат од околу 1милијарда денари од североисточниот регион, до 1,8 милијарди денари од Пелагонискиот регион.

Графикон бр. 28 Географска структура на придонесите



Извор: ФЗОМ

Доколку уплатените средства се споредат со вкупниот број осигуреници, се доаѓа до резултатите презентирани во графиконот погоре. Имено, придонесот по осигуреник е највисок во Скопскиот регион во висина од околу 14,5 илјади денари што е за 43% повисок од просечниот на ниво на цела држава, додека најнизок придонес ФЗОМ добива од осигурениците од Полошкиот регион во висина од само 6,3 илјади денари годишно или 38% помалку од просечниот во Македонија.



1.2.2 Трансфери од други нивоа на власт

Во оваа категорија на приходи се вклучени придонесите за одредени категории осигуреници кои утврдените институции според Законот за задолжителни социјални придонеси ги уплатуваат на сметката на ФЗОМ. Односно, Министерството за финансии уплатува придонес за невработените лица, Фондот за пензиско и инвалидско осигурување за пензионерите, Министерството за здравство за категоријата неосигурени лица и Министерството за труд за категоријата корисници на социјални права. Придонесите за овие осигуреници беа анализирани во претходната точка.

Останатите ставки од оваа категорија се пренесениот вишок од претходната година и трансферот од Буџетот на РМ. Овој вишок не претставува добивка на Фондот на крајот на годината, туку тоа се нереализирани налози (расходи) во трезорот во Министерството за финансии на крајот на месец декември од претходната година.

Пренесениот вишок од претходната година во 2011 година изнесува 122 милиони денари и истиот е понизок од 2010 година кога изнесувал 554 милиони денари.

Трансферот од Буџетот на РМ во 2011 година изнесува 1.968 милиони денари и истиот, во споредба со 2010 година, кога изнесувал 1.244 милиони денари, е зголемен за 58%.

1.2.3 Други неданочни приходи

Во други неданочни приходи влегуваат приходите од партиципација, приходите од конвенции и останати приходи. Приходите од партиципација ја вклучуваат партиципацијата што аптеките и ортопедските куќи ја уплатуваат на сметката на ФЗОМ, како и партиципацијата што ја уплатуваат осигурениците за лекувањата во странство. Партиципацијата во 2011 година изнесува 329 милиони денари и е поголема во споредба со 2010 година за 4,35%.

Приходите од конвенции во 2011 година изнесуваат 47 милиони денари и бележат намалување за 25,7 милиони денари или 35% во однос на претходната година.

Останатите приходи ги опфаќаат приходите од надомест на штета, приходи од изминати години по други основи, камати за ненавремено плаќање на придонес и други приходи. Овие приходи во 2011 година се поголеми за 15,5 милиони денари или за 7,14% во однос на 2010 година и изнесуваат 233 милиони денари.

1.3 Расходи

Вкупните расходи на ФЗОМ за 2011 година изнесуваат вкупно 20.967 милиони денари што во споредба со претходната година претставува пораст за 1.164 милиони денари. Просечните месечни расходи во 2011 година изнесуваат 1.747 милиони денари.

Планираните расходи, согласно ребалансот на Буџетот на РМ, во септември 2011 година изнесуваат 22.000 милиони денари. Реализацијата на расходите што е во тесна врска со остварените приходи, во однос на планираните расходи изнесува 95,3%.



Табела бр. 42. Расходи на ФЗОМ

Вид на расход	2010	2011	Индекс 2011/2010
Здравствени услуги	17.200.067.114	18.198.641.033	105,81%
Надоместоци од ФЗОМ	2.111.069.542	2.299.732.281	108,94%
Вкупно за здравствена дејност и осигурување	19.311.136.656	20.498.373.314	106,15%
Функционални расходи на ФЗОМ	492.107.027	468.744.493	95,25%
Вкупни расходи на ФЗОМ	19.803.243.683	20.967.117.807	105,88%

Извор: ФЗОМ

Од генералната поделба на расходите на ФЗОМ на расходи од здравствена дејност и осигурување и функционални расходи на ФЗОМ, 97,76% опфаќаат расходите за здравствена дејност и осигурување, а функционалните расходи 2,24%. Расходите за здравствена дејност и осигурување во 2011 година изнесуваат вкупно 20,498 милиони денари што во однос на 2010 година е пораст за 1.187 милиони денари или за 6,15%. Најголемо учество во зголемувањето на оваа ставка имаат расходите за надоместоци од ФЗОМ (по основ на породилно отсуство).

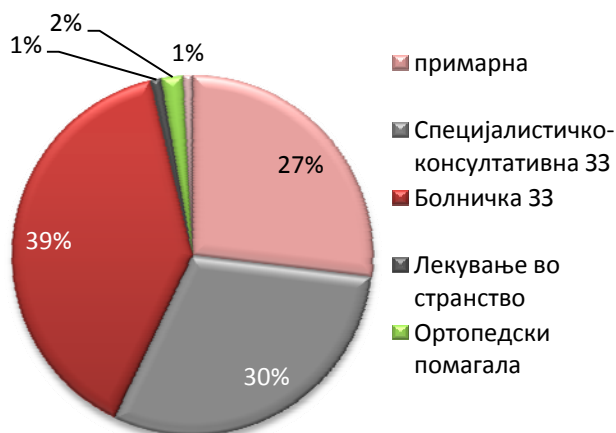
Графикон бр. 29 Структура на расходите



Извор: ФЗОМ

Категоријата расходи за здравствена дејност и осигурување се состои од расходи за здравствени услуги и надоместоци. Здравствените услуги во структурата на вкупните расходи на ФЗОМ учествуваат со 86,80% или 18.199 милиони денари, што во однос на 2010 година е раст за 5.81%. Расходите за надоместоци од ФЗОМ во структурата на расходи за 2011 година претставуваат 10,97% од вкупните расходи или околу 2.300 милиони денари, што е зголемување во споредба со 2010 за 8,94%.

Графикон бр. 30 Структура на средствата за здравствени услуги во 2011 година



Извор: ФЗОМ

Најголемо учество во структура на средства за здравствени услуги имаат услугите од болничката здравствена заштита со 39%, додека специјалистичко-консултативната здравствена заштита учествува со 30% и примарната здравствена заштита со 27%.

Значајно учество имаат и ортопедските помагала што учествуваат со 2% од средствата за здравствени услуги и лекувањето во странство и рефундациите што учествуваат со по 1%.



Во структурата на надоместоци за 2011 година, најголемо учество имаат надоместоците за породилно отсуство со 62,33%, а од друга страна, надоместоците за боледување се во вредност од 37,02%. Минимално учество имаат надоместоците за патни трошоци со помалку од 1%.

Графикон бр. 31 Структура на надоместоците од ФЗОМ



Извор: ФЗОМ

1.4 Функционални расходи на ФЗОМ

Средствата за функционирање на службата на ФЗОМ се во висина од 469 милиони денари и истите претставуваат 2,2% од вкупните расходи во 2011 година.

Графикон бр. 32 Структура на функционалните расходи на ФЗОМ



Извор: ФЗОМ

Во структурата, најголем дел, од 66%, се за плата на вработените лица во ФЗОМ, 28% за стоки и услуги неопходни за нормално функционирање на службата и околу 4% за капитални расходи.

Спореден со износот на средства на фондовите за здравство од регионот и износот со кој располага Фондот за пензиско и инвалидско осигурување (институција која од повеќе аспекти е најсоодветна институција за споредба), буџетот со кој располага ФЗОМ е релативно низок.

2 ТРЕЗОРСКО РАБОТЕЊЕ

Почнувајќи од 01.01.2011 година, Фондот за здравствено осигурување на Македонија го воведо Трезорот, односно стана посебен носител на платниот промет (банка) за сите јавни здравствени установи (ЈЗУ). Воведувањето унифициран, поврзан, стабилен и транспарентен систем за следење и контрола на плаќањата во јавните здравствени установи, се наметна како неопходна потреба заради ефикасно, економично и наменско користење на финансиските средства остварени по основ на задолжително здравствено осигурување.



Ова претставува голем проект на Фондот за здравствено осигурување на Македонија поради добивање нова функција, каде што покрај купувач на здравствени услуги стана и банка – носител на платен промет за јавните здравствени установи. Исклучително е важно да се напомене дека оваа реформа се спроведе без ниту едно ново вработување во ФЗОМ, односно оваа нова функција ја извршува на веќе постојниот кадар вработен во подрачните служби на Фондот, кои добија статус на локални трезорски канцеларии, како и централата на Фондот. Имено, со прераспределба на човечките ресурси со кој располагаше Фондот, се формираа одделенија/оддели за трезорско работење во 30 подрачни служби на Фондот, како и одделение за трезорско работење во рамки на Секторот за сметководство и трезор во Централата на Фондот.

Со воведувањето на Трезорот за јавните здравствени установи, Фондот за здравствено осигурување во секој момент располага со навремени и точни податоци за паричниот тек на секоја јавна здравствена установа одделно. Односно има увид во остварените приходи и извршените расходи на дневна основа, преку кои се обезбедува наменско користење на средствата во здравствениот сектор, како и транспарентност на сите негови финансиски активности. Дополнително на ова, со централизацијата на средствата наменети за финансирање на јавното здравство Фондот ја унапреди сопствената ликвидност и ликвидноста на јавните здравствени установи преку подобро управување со истата, односно со обезбедување средства онаму и каде истите се најпотребни. Имено, со следење на динамиката на трошење на средствата на јавните здравствени установи и воведување на концептот „единствена трезорска сметка“ средствата подобро и навремено се канализираат низ здравствениот систем.

Концептот „единствена трезорска сметка“ подразбира една банкарска сметка со повеќе потсметки во нејзини рамки и дека средствата (како пари) од страна на ЈЗУ се користат (се влечат од единствената сметка) во моментот кога настанува вистинскиот трошок, односно кога ЈЗУ има поднесено налог за плаќање во Трезорот на Фондот. Значи, средствата во секој момент се на располагање на ЈЗУ, но истите не стојат како неискористени салда на поединечните сметки на ЈЗУ, што овозможува концентрирање на средствата на една сметка и нивно подобро искористување, односно ставање во функција онаму и тогаш каде се најпотребни, со други зборови финансирање на приоритети. Од друга страна, пак, за Фондот овој концепт значи можност да управува со средствата наменети за финансирање на потребите на ЈЗУ-ата, односно во зависност од движењата на салдата на другите сметки на ЈЗУ (сметки за сопствени приходи и сметки за донации) во рамки на здравствената трезорска сметка (ЗТС) да префрла средства на буџетската сметка во ЗТС во транши. Ова во ниеден случај не значи дека ЈЗУ-ата добиваат помалку пари во текот на месецот. Напротив, нивните одобрени средства за целиот месечен буџет (во форма на месечни планови) се одобруваат најдоцна до 10-ти во месецот и тие се во можност веднаш да ги искористат средствата за исплата на плати, со што се избегнува доцнењето во исплатата на платите, и плаќањето на камати како резултат на тоа. Имено, од месец април 2011 година јавните здравствени установи почнаа да добиваат плата од 10-ти до 15-ти во тековниот за претходниот месец, односно во согласност со законски утврдениот рок, што претходно не беше случај кај установите кои во најголем дел зависеа и се финансираа од средствата на Фондот.

Во графиконот подолу сликовито е претставен концептот на единствена трезорска сметка, односно прикажан е начинот на транзитирање на средствата на ФЗОМ низ здравствената трезорска сметка.

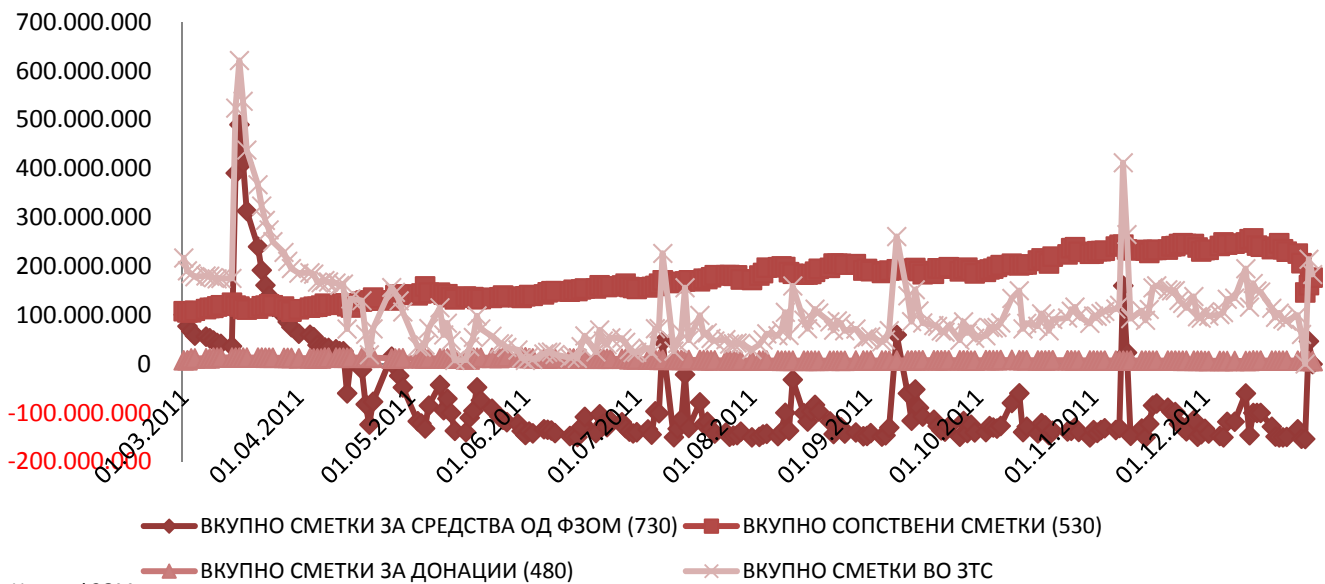


Графикон бр. 33 Приказ на текот на движење на паричните средства на ФЗОМ низ ЗТС



Во графиконот е прикажано движењето на салдата на сите типови на сметки на јавните здравствени установи во периодот март – декември 2011 година. Во рамките на здравствената трезорска сметка, секоја јавна здравствена установа има три типа сметки кои се отворени во рамките на здравствената трезорска сметка и тоа: сметка тип – 730 за средства од Фондот, сметка тип – 530 за сопствени приходи на ЈЗУ и сметка тип – 480 за средства од донации.

Графикон бр. 34 Преглед на салда на сметки на ЈЗУ во рамки на ЗТС, 2011 година



Извор: ФЗОМ

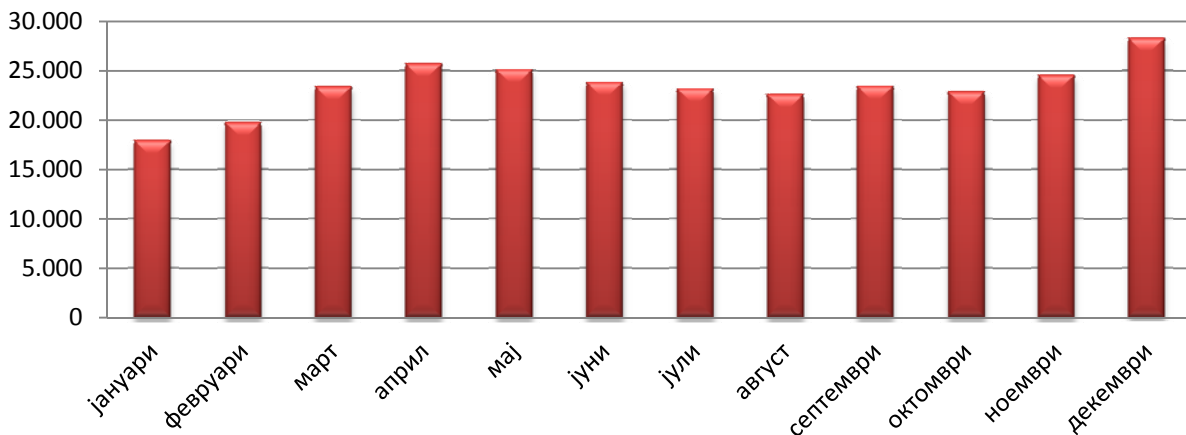


Како што може да се забележи од графиконот, најголемите осцилации во салдата се забележуваат кај сметките на ЈЗУ за средства од Фондот што упатува на заклучокот дека работењето на ЈЗУ во најголем дел е финансирано од средствата на Фондот, додека во делот на сопствените приходи се бележи тренд на постојано зголемување на салдото на овие сметки, што пак, упатува на заклучокот дека овие средства помалку се користат од страна на ЈЗУ. Но, за сметка на тоа ликвидноста на здравствената трезорска сметка постојано се подобрува.

Во текот на првата година од работењето Трезорот континуирано функционираше без ниту еден ден/час блокада и сите поднесени налози за плаќање од страна на јавните здравствени установи беа навремено реализирани. Во текот на 2011 година, преку Трезорот на Фондот се реализирани вкупно 280.158 трансакции. Битен факт е тоа што со воведувањето на Трезорот јавните здравствени установи остварија и дополнителна придобивка, а тоа се заштедите по основ на банкарски провизии, кои во 2011 година беа пресметани во вредност од приближно 200.000 ЕУР. Имено, целокупните трошоци за платниот промет што се спроведува преку Трезорот се на товар на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Со тоа, заштедените средства во буџетите на ЈЗУ можат да бидат искористени за финансирање на други приоритети и цели, со крајна цел подобро задоволување на потребите на пациентите и унапредување на нивото на квалитет на здравствени услуги во јавното здравство.

Подолу е даден графички приказ за бројот на реализираните трансакции преку Трезорот на Фондот за 2011 година по месеци.

Графикон бр. 35 Број на реализирани трансакции преку Трезорот во 2011 година



Извор: ФЗОМ

Со преземање на улогата на банка за ЈЗУ, Трезорот ја презема и надлежноста за извршување на налозите за присилна наплата по основ на извршни исправи кои ги задолжуваат сметките на ЈЗУ. Имено, во текот на 2011 година имаше вкупно 123 реализирани извршни налози за присилна наплата од сметките на јавните здравствени установи. Најголем дел од нив беа спроведени во прилично куси рокови, односно немаше случај некоја јавна здравствена установа да биде блокирана во подолг временски период. Ова е резултат на тоа што, во посебни случаи, јавната здравствена установа има право во определен месец да побара месечен буџет поголем од редовно утврдената 1/12. На тој начин, јавните здравствени установи ги сервисираа своите обврски по основ на решенијата за присилна наплата и не го доведуваа во прашање нивното нормално функционирање. Многу значајно е тоа што при трезорското работење, платите на вработените во јавните здравствени установи остануваат заштитени, односно вработените можат



да примат плата и покрај тоа што конкретната јавна здравствена установа е во моментот блокирана по основ на извршно решение, а согласно Упатството за начинот на извршување на налозите за извршување кои ја задолжуваат трезорската сметка или здравствената трезорска сметка, односно сметката на должникот што се наоѓа во рамките на трезорската сметка или здравствената трезорска сметка (Службен весник на Република Македонија бр.171/10) . Од стартот на Трезорот во текот на 2011 година постојано се унапредуваше трезорското работење и се воведуваа новини кои значае олеснување во работењето на ЈЗУ-ата.

Имено, почнувајќи од месец јуни 2011 јавните здравствени установи почнаа да добиваат електронски изводи за прометот и состојбата на нивните сметки на е-маил адресите што ги доставиле до Трезорот на Фондот, без надомест. Веќе од месец ноември 2011 година, изводите се достапни и на веб порталот на Фондот за здравствено осигурување со најавување на корисничкото име и лозинка на лицата кои се овластени за пристап кон истите.

Графикон бр. 36 Буџет и реализација во 2011 година по типови на сметки на ЈЗУ



Извор: ФЗОМ

Од графиконот може да се види дека вкупниот буџет за средства од Фондот за сите 110 јавни здравствени установи е во висина од 12.117.227.219 денари, додека реализацијата изнесува 12.031.709.546 денари или процентот на искористеност на овие средства е 99,29%. Буџетот на средствата од сопствени приходи беше утврден на ниво од 2.290.737.194 денари, додека реализацијата изнесуваше 2.000.563.611 денари. Процентот на искористеност на средствата од сопствени приходи изнесува 88,33%. И на крај, третата категорија на средства – средства од донации за 2011 година имаше планиран буџет во висина од 70.400.291 денари, додека реализацијата по основ на овие средства изнесуваше 24.163.897 денари (34,32% на реализација).

На крајот на годината на сметките на ЈЗУ најголемо неискористено салдо остана на сметките за сопствени приходи или 177.097.066 денари, додека на сметките за средства од Фондот неискористени средства останаа во износ од 87.613.414 денари што се пренесени за користење во наредната 2012 година, како и незначително салдо на сметките за донации во износ од 6.146.693 денари.



Графикон бр. 37 Преглед на салдо на сметки на ЈЗУ на крај на 2011 година



Извор: ФЗОМ

Како краткорочни и среднорочни ефекти што се остварија со воведувањето на трезорското работење на јавните здравствени установи се следните:

- точна евиденција на јавните здравствени приходи и расходи;
- дневни информации за сите приходи и расходи во сите јавни здравствени установи;
- навремено извршување на сите плаќања според средствата на сметките на поединечните јавни здравствени установи;
- намалување на трошоците на јавните здравствени установи за банкарски услуги/провизии;
- правилно планирање на сите приходи на јавните здравствени установи;
- наменско користење на расположливите средства во сите јавни здравствени установи;
- подигнување на менаџерската улога на директорите на јавните здравствени установи, односно подобро планирање и користење на финансиските ресурси што доведува до зголемена ликвидност и поефикасно работење, а соодветно на тоа и до намалување на долговите во јавното здравство.

Со воведувањето на трезорскиот систем, Фондот е во можност да ја унапреди сопствената ликвидност и ликвидноста на јавните здравствени установи преку подобро управување со истата, односно обезбедување на средства онаму и кога истите се најпотребни. Имено, со следење на динамиката на трошење на средствата од страна на јавните здравствени установи и воведување на концептот „единствена трезорска сметка“ средствата подобро и навремено се канализираат низ здравствениот систем, се обезбедуваат заштеди и можност за финансирање на приоритети.

3 ПРАВНИ ПОСТАПКИ

ФЗОМ пред надлежните судови води неколку видови постапки и тоа:

- стечајни и ликвидациони постапки за побарувања за ненаплатени придонеси од должникот за кој е покрената стечајна или ликвидациона постапка;
- тужби против обврзници за неплатен придонес;
- надомест на штета за трошоците направени за здравствена заштита и надоместокот на плата во случај на спреченост за работа кога:



- ако осигуреник неосновано остварил право на здравствена заштита или на здравствено осигурување;
- ако работна организација или работодавец, предизвикал штета поради поднесени невестинити податоци за осигуреникот, ако болеста, повредата или смртта на осигуреното лице настанала поради непреземени мерки за заштита на работа или ако штетата ја предизвикал работник на работодавецот во врска со работа на трети лица;
- во случај кога лице кое предизвикало повреда, болест или смрт на корисник на права од здравственото осигурување кај осигурителни друштва, доколку истото е осигурено од одговорност на штета од трети лица согласно прописите за осигурување на имот и лица.

Во 2011 година од страна на ФЗОМ за сите погоре наведени основи водени се вкупно 2.642 постапки. Вкупните побарувања на ФЗОМ од сите постапки изнесувале 287 милиони денари, а од нив во 2011 година се наплатени околу 14 милион денари.

Табела бр. 43. Стечајни и ликвидациони постапки

Постапки	Број на постапки	Побарување на ФЗОМ	Наплатено
Стечајни	157	78.011.540	/
Ликвидациони	318	11.223.746	1.144.422
Тужени обврзници за неплатен придонес	2159	194.993.318	11.561.768
Надомест на штета од осигурителни друштва	8	2.796.125	1.175.924
Вкупно	2.642	287.024.729	13.882.114

Извор: ФЗОМ

Како една од антикризните мерки на Владата на РМ, на крајот од 2008 година донесен е Законот за мирување и отпишување на обврски по основ на придонеси за задолжително здравствено осигурување. Согласно овој закон, на фирмите што имале долг за придонес за здравствено осигурување (заклучно со 31 октомври 2008 година) од 2009 година до крајот на 2012 година, истиот со решение од ФЗОМ им бил ставен во мирување. Имено, доколку обврзниците (работодавачите) редовно го уплатуваат придонесот за здравствено осигурување од почетокот на 2009 година до крајот на 2012 година, долгот што е во мирување, заедно со каматата, целосно се отпишува. Но, кон обврзниците што нема редовно да ја подмируваат обврската за придонес за здравствено осигурување (во рок од 2 месеци), ФЗОМ поведува постапка за целосна наплата на долгот и каматата што, согласно овој закон, се во мирување.

За потребите на овој закон ФЗОМ во 2009 година донел 3.092 решенија за мирување на долг во вкупна вредност од 920 милиони денари (вклучувајќи и камата). На крајот од 2011 година 2.573 се сè уште валидни решенија (неактивирани).

Во текот на 2011 година од страна на ФЗОМ се поведени 199 постапки кон обврзници што не ги почитувале одредбите на овој закон, односно кои редовно не ја подмирувале обврската за придонес за здравствено осигурување. Вкупното побарување од поведените постапки во 2011 година изнесува 43,7 милиони денари, а во текот на годината наплатени се 5 милиони денари



Уплата од осигурителните компании

Со измена на Законот за здравствено осигурување, од средината на 2011 година осигурителните компании беа обврзани да уплатуваат 1% од брутополисираната премија за задолжително осигурување на сопствениците, односно корисниците на моторни возила од одговорност за штети предизвикани на трети лица.

Пред оваа измена, ФЗОМ ги наплатуваше своите побарувања за направени трошоци за лекување и надоместоци настанати како последица на сообраќајни несреќи, само по судски пат. Анализите на ФЗОМ покажаа дека за целосно да се покрие просечниот трошок на ФЗОМ од корисниците на моторните возила, а за тоа да не се водат судски постапки, процентот што се издвојува од премијата треба да изнесува 6 - 7%.

4 МЕЃУНАРОДНИ ДОГОВОРИ НА ФОНДОТ

Фондот за здравствено осигурување, како институција чиј предмет на работа е социјалното осигурување, ги применува одредбите од билатералните и мултилатералните договорите за социјално осигурување што ги има потпишано Македонија. Притоа ФЗОМ активно учествува во разговорите што на билатерално и мултилатерално ниво е вклучена Македонија.

Во текот на 2011 година потпишани се:

- Договор за користење на европската картичка за здравствено осигурување (ЕНІС) на територија на Република Македонија, за осигурените лица на Кралството Белгија, Спогодбата за паушално надоместување на трошоците за здравствена заштита со Србија,
- Спогодбата за паушално надоместување на трошоците за здравствена заштита со Црна Гора.

Табела бр. 44 Побарувања и обврски по меѓународни договори (стварни трошоци)

	2007	2008	2009	2010	2011
Побарувања	51.284.235	40.374.221	35.425.018	25.316.868	31.020.747
Обврски	9.291.311	9.538.417	17.038.051	18.732.235	17.965.648
Разлика	41.992.925	30.835.804	18.386.967	6.584.633	13.055.099

Извор: ФЗОМ

Од наведената табела се забележува дека од 2007 до 2010 година има намалување на разликата меѓу побарувањата и обврските, и тоа од разлика за скоро 42 милиони денари во 2007 година на разлика за околу 13 милиони денари во 2011.



Табела бр. 45 Побарувања и обврски по меѓународни договори (стварни трошоци) по земји

Земја	Побарувања	Обврски	Разлика
Австрија	844.937	3.065.022	-2.220.085
Белгија	32.474	19.442	13.032
Босна и Херцеговина	5.908	503	5.405
Бугарија	179.100	0	179.100
Германија	11.088.764	4.195.497	6.893.267
Италија	12.536.899	593.333	11.943.566
Холандија	16.872	0	16.872
Хрватска	156.397	843.442	-687.045
Словенија	1.595.598	439.365	1.156.233
Србија	4.090.908	8.739.749	-4.648.841
Црна Гора	131.949	0	131.949
Луксембург	1.528	0	1.528
Чешка	338.226	50.147	288.079
Полска	407	19.148	-18.741
Турција	780	0	780
Вкупно:	31.020.747	17.965.648	13.055.099

Извор: ФЗОМ

Од табелата за побарувањата и обврските по основ на стварни трошоци по земји, се бележи дека најголема позитивна разлика меѓу побарувањата и обврските се појавува со Италија во износ од приближно 12 милиони денари, потоа со Германија 6,9 милиони денари. Најголема негативна разлика има со Србија во износ од 4,6 милиони денари и Австрија во износ од 2,2 милиони денари.

Добиените средства, како позитивна разлика по основ на стварни и пашални трошоци во 2011 година, изнесуваат 47.033.924 денари, што е помал износ од 2010 година за 35% кога разликата изнесуваше 72.820.299 денари.

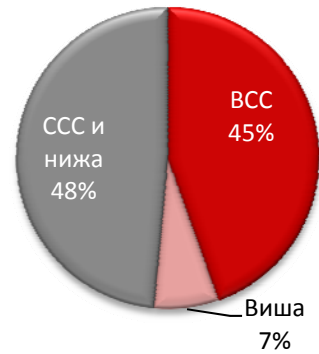
5 ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ НА ФОНДОТ

Стручната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ) има 30 подрачни служби и една централна служба. Бројот на вработени во ФЗОМ во 2011 изнесуваше 862 лица (во 2010 изнесувал 857 лица) преку кои се опслужуваа над 1.800.000 осигуреници, 111 Јавни здравствени установи, и 3.468 приватни здравствени установи низ целата територија на Република Македонија.

Старосната, половата и образовната структура на вработените во ФЗОМ е разнолика. Од една страна, доминира женската популација со 67% во вкупниот број на вработени. Од друга страна пак, образовната структура покажува дека доминираат вработени со ниска или стручна подготовка со околу 48%. Во однос на старосната структура ФЗОМ претставува институција во која преовладуваат вработени над 50 годишна возраст.



Графикон бр. 38 Полова структура и образовна структура

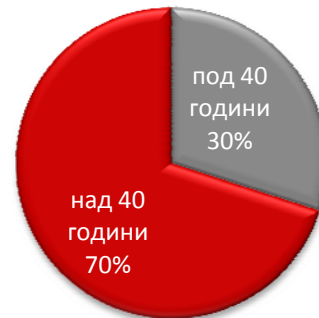


Извор: ФЗОМ

Графикон бр. 39 Старосна структура
женска старосна структура



машка старосна структура



Извор: ФЗОМ

Кадровската политика на ФЗОМ е насочена кон континуирано подобрување на нивото на продуктивност на вработените и зголемување на нивното знаење со цел постојано да се подобруваат услугите кои Фондот ги дава на осигурениците, и другите категории на корисници.

За таа цел, ФЗОМ посвети внимание кон унапредување пред сè на комуникацијата со клиентите, како и унапредување на компјутерските вештини на вработените. Исто така, во 2011 година вработените учествуваа на повеќе интернационални обуки и конференции на теми што се тесно поврзани со работењето на ФЗОМ.

Главен фокус во делот на организациската поставеност на ФЗОМ во 2011 година беа подрачните служби и управувањето со нив. Затоа во текот на годината се реализираа две значајни активности што резултираа со квалитативно подобрување на работата на истите.





За прв пат организиран е “team building” за лидерските и менаџерските способности на раководителите на подрачните служби на ФЗОМ. Сметајќи дека човечките ресурси на ФЗОМ се од клучно значењето за идниот развој на институцијата, на овој настан се даде особено значење на подобрување на управувачките способности на раководителите и унапредување на добрата внатрешна комуникација и соработка меѓу нив.

Исто така, започнат е процес на континуирано проверување на знаењето на вработените во ФЗОМ. За почеток, во 2011 година се одржа тестирање на знаењето на раководителите на подрачните служби. На овој начин, кај вработените се поттикна потребата за повторување и унапредување на знаењата во областа во која работат, а од менаџментот на ФЗОМ се осознаваат потенцијалните слабости и областите кон кои во иднина треба да се насочи едукацијата на вработените или промени во системот.

6 ИНФОРМАТИЧКИ СИСТЕМ НА ФОНДОТ

Во 2011 година Фондот започна со реализација на досега најбитниот проект за централизација на информациониот систем што ќе се одвива во повеќе фази. Во првата фаза е опфатено изработка на софтверско решение за нови регистри на осигурени лица, обврзници, лекари и здравствени установи, пријавување во здравствено осигурување, аплицирање за издавање на електронска здравствена картичка, избор на избран лекар и менаџирање на процесот на договарање со здравствени установи. Преку овој проект се очекува да се зголеми квалитетот и времето на обработката на податоците во подрачните служби на Фондот. Истовремено, се очекува да се автоматизираат во најголем дел деловните процеси на Фондот.

Електронска здравствена картичка

Фондот во 2011 година ја инсталира потребната опрема, како што се читачи на картички, баркод секнери, печатачи во подрачните служби. Започната е обработката на барањата за издавање на електронските здравствени картички со цел до средина на 2012 да бидат произведени околу 500.000 картички. Паралелно со имплементација на проектот за електронска здравствена картичка, се работеше на изработка на веб сервис за проверка на статусот на осигурување на осигурениците. Овој веб сервис заедно со електронски здравствени картички ќе обезбеди замена за сините картони кои ќе станат историја.

Трезорски систем за јавните здравствени установи

На 01.01.2011 година Фондот започна со трезорско работење со 113 јавни здравствени установи. Отворени се 30 трезорски канцеларии и обучени се над 50 вработени за користење на софтверот за трезорско работење. Во текот на целата година, Фондот успешно работи во системот на платен промет на Република Македонија и успешно се реализираат сите трансакции во истиот, започнат е и проектот за воведување на е-трезор.



Системи на евиденција и бази на податоци

Фондот во 2011 година започна со ажурирање на евиденцијата на осигуреници, обврзници и избрани лекари во базите на податоци во сите подрачни служби на Фондот, со цел да се добие точна и конзистентна база на податоци која треба да биде основа за започнување со работа на новиот централизиран информатички систем, синхронизиран со останатите државни институции.

Исто така, направени се и голем број подобрувања на модулите што се дел од системот на ФЗОМ со што голем дел од процесите се информатизирани, пред сè воведувањето на електронска фактура за дел од давателите на здравствени услуги, а зајакнати се постојните и воведени се контролните механизми.

7 КОНТРОЛНА ФУНКЦИЈА НА ФОНДОТ

Една од функциите на ФЗОМ, согласно склучените договори со давателите на здравствените услуги, е овозможувањето здравствените работници и установи да ги спроведуваат договорните обврски кон ФЗОМ, како и почитување на здравствените закони кои, исто така, произлегуваат од договорот со ФЗОМ. Притоа, при извршувањето на контролите, цел на контролорите не претставува установата да биде казнета. Напротив целта е да се обезбеди имплементација на законските, подзаконските и договорните одредби од страна на установата. Потврда за истото е малиот процент казнети здравствени установи прикажан во табелата подолу.

Во текот на 2011 година од страна на републичките контролори и контролорите од подрачните служби на ФЗОМ направени се вкупно 8251 контроли на здравствените установи.

Табела бр. 46. Направени контроли во 2011 година

Вид на контрола	број на извршени контроли
Контроли во примарна здравствена заштита	5.724
Контроли во специјалистичко-консултативна здравствена заштита	577
Контроли во болничка здравствена заштита	70
Контроли од одд. За мобилна контрола	349
Контроли на боледувања	160
Контрола на аптеки	841
Финансиски контроли	530
Вкупно	8.251

Извор: ФЗОМ

По утврдените неправилности и прекршоци на одредбите од договорите од страна на контролорите, постапува Комисија за оценување на услови за изрекување на договорна казна која е составена од членови вработени во ФЗОМ и надворешни членови, односно претставници номинирани од Лекарската, Стоматолошката и Фармацевтската комора, а со цел утврдување на степенот на непочитување на одредбите од договорите склучени во дадениот периодот.



Табела бр. 47 Разгледани предмети од комисијата за оценување на услови за изрекување на договорна казна

ПЕРИОД НА ВАЖЕЊЕ НА ДОГОВОРОТ	од 01.04.2010 до 31.03.2011	од 01.04.2011 до 31.03.2012
број на разгледани записници/ извештаи од контроли	402	597
број на казнети здравствени установи	178	250
број на раскинати договори со здравствени установи	38	38
Број на неказнети здравствени установи	170	260
Процент на казнети установи од вкупно контролирани	6%	5%

Извор: ФЗОМ

За време на важноста на договорите, разгледани се вкупно 597 записници/извештаи за извршени контроли во здравствените установи кои склучиле договор со Фондот. Од нив, на 250 здравствени установи им е изречена договорна казна поради утврдени неправилности и направени повреди на договорните одредби, а на 38 здравствени установи еднострано им е раскинат договорот од страна на Фондот, поради утврдени неправилности и сторени повреди на договорните одредби, додека, на 260 здравствени установи не им е изречена договорна казна, бидејќи не се најдени неправилности во нивното работење.

Од вкупно направените контроли на здравствени установи во 2011 година, казнети се само 5% од установите. Во споредба со претходната година, процентот на казни е намален за 1 процентен поен, што го потврдува забележаното подобрување на здравствените установи. Притоа, најголем дел од неправилностите се споредни и истите најчесто се корегираат со изрекување опомени од контролорите на ФЗОМ, а не парични казни.

Табела бр. 48 Изречени казни

Дејност	од 01.04.2010 до 31.03.2011	од 01.04.2011 до 31.03.2012
Општа медицина и гинекологија	88	114
Општа стоматологија	11	42
Специјалистичка стоматологија	2	2
Специјалистичко-консултативна	1	2
Аптеки	50	37
Јавни здравствени установи	25	75
Лаборатории	1	1

Извор: ФЗОМ

Со стапување во сила на Правилникот за овластувањата и начинот на работа на контролата на Фондот за здравствено осигурување, дадена е можност на здравствената установа по добивање на известувањето на Комисијата со кое и е изречена договорна казна или еднострано раскинување на договорот, да поднесе приговор во рок од 15 дена до директорот на Фондот.

Врз основа на претходно наведеното, податоците на Комисијата за оценување на услови за изрекување на договорни казни не се конечни.

Во текот на 2011 година, примени се 150 приговори од здравствени установи за кои се доставени извештаи до директорот на Фондот со предлог за одлучување и тоа:



Табела бр. 49 Постапување по приговори за изречени казни

	Разгледани приговори	Потврдени казни	укинати казни	Преиначени казни
Парични кани	128	118	8	2
Раскинување на договри	22	16	4	2
Вкупно	150	134	12	4

Извор: ФЗОМ

Од разгледаните 150 приговори 30 се од јавни здравствени установи а 120 од приватни.

8 РАБОТА НА УПРАВНИОТ ОДБОР НА ФОНДОТ

Највисок и единствен орган кој управува со ФЗОМ е Управниот одбор. Управниот одбор го сочинуваат од седум членови кои ги именува и разрешува Владата на Република Македонија за време од четири години, и тоа по еден претставник од:

- Министерството за финансии
- Министерството за здравство
- синдикатите на Македонија
- коморите на стопанственици
- Лекарска, Стоматолошка и Фармацевтска комора
- Здружение на пензионери
- Здружение на потрошувачите

Управниот одбор во 2011 година одржа 14 седници на кои донесе 31 правилници и измени на правилници, 135 одлуки и измени на одлуки, 3 програми, 3 планови, ја утврди завршната сметка на Фондот за 2010 година, усвои годишен извештај за работењето на Фондот за 2010 година, разгледуваше прашања, извештаи, прегледи, информации од областа на задолжителното здравствено осигурување, одлучуваше по барања на здравствени установи и осигуреници, одлучуваше за правата од работен однос на вработените во ФЗОМ во втор степен и донесуваше акти што се однесуваат на работењето на ФЗОМ

ФЗОМ е една од најтранспарентните институции во државата и на интернет страницата редовно ги објавува записниците од одржаните седници на Управниот одбор.

9 Останати активности на ФЗОМ

9.1 Трибина за дијализа

На 12.05.2011 година во организација на Фондот за здравствено осигурување се одржа трибината на тема „Како до подобро дијализно лекување во Р. Македонија – состојба и предизвици“. На трибината присуствуваа претставници од центрите за дијализа и пациенти на дијализа. Од страна на учесниците беа презентирани стандардите и протоколите за дијализа, менаџментот на пред - дијализниот стадиум,



регистарот и компаративниот преглед на центрите за дијализа, искуство во дијализирањето во еден јавен и еден приватен центар, како и заложбите на пациентите кои се на дијализа.

Како резултат на одржаниот настан, произлегоа повеќе заклучоци и препораки за идните чекори што се во интерес на осигурениците што добиваат вакви третмани.

9.2 ДСГ форум

Во 2011 година по втор пат ФЗОМ, во месец јуни во Скопје организираше Форум за ДСГ методологијата. На овој форум присуствуваа претставници на сите јавни здравствени установи, кои се вклучени во системот, но и од приватните здравствени установи кои веќе во 2011 година се вклучија во системот.

На форумот пред сите здравствени установи, ФЗОМ го презентираше годишниот извештај за 2010 година. Исто



така, дел од менаџерите на јавните здравствени установи ја презентираа нивната вклученост и употребата на системот од нивна страна. Учесниците констатираа дека Р.Македонија до пред неколку години беше само следбеник во системите на здравството и здравственото осигурување, но денес може да се пофали дека на полето на ДСГ методологијата е многу понапред од многу земјите од регионот.

9.3 Организираны работилници и обуки

Со цел континуирана едукација на здравствените установи, ФЗОМ во текот на 2011 година организираше разни работилници и обуки наменети за здравствените установи.

Во соработка со Клиниката за гинекологија и акушерство, Министерството за здравство и Здружението на перинатолози и УНИЦЕФ, во октомври и ноември беа организирани обуки на кои учествуваа сите гинеколози што имаат склучено договор со ФЗОМ. Едукацијата се состоеше од низа предавања од областа на антенаталната заштита, согласно новите клинички упатства по гинекологија и акушерство, усвоени од Министерството за здравство.

Покрај тоа, Фондот организираше работилници за измената на Правилникот за остварување на правото на БПО на товар на Фондот, во кој посебен акцент е ставен на улогата на избраниот гинеколог.



Во соработка со Фармацевтската и Лекарската комора, во повеќе градови беа организирани обуки за лекарите и фармацевтите во областа на обезбедувањето со лекови на осигурениците од Листата на лекови на товар на ФЗОМ.

Со поддршка од Министерството за здравство, во ноември и декември ФЗОМ организираше обуки низ целата држава за новиот систем на упатување на пациентите.

9.4 Соработка со фондовите за здравство од регионот

Значаен придонес во сите досегашни воведени реформи и останатите реформи што следуваат во иднина има постојаната комуникација што ФЗОМ ја одржува со фондовите од останатите земји.

Во 2011 година беше остварена посета на Словенија и Хрватска, а ФЗОМ зеде и активно учество на петтиот регионален форум на фондовите за здравствено осигурување што се одржа во Хрватска.

Исто така, во неколку наврати Фондот беше домаќин на претставници од земјите од регионот. Така со цел користење на македонското искуство во повеќе области, претставници од Црна Гора, Косово и Хрватска го посетија ФЗОМ.

9.5 Соработка со здруженија на пациенти, комори и односи со јавноста

И во 2011 година ФЗОМ ја продолжи интензивната соработка со граѓанскиот сектор во Македонија што има за цел унапредување на правата од здравствено осигурување на своите членови, воведување нови здравствени услуги, намалување на цените на лековите, воведување лекови на позитивната листа, ревидирање на листата за ортопедски помагала и сл.

Притоа, одржани се бројни средби со здруженијата на граѓани, коалицијата со пациенти, Сојузот на пензионери, Сојузот на телесно инвалидизирани лица, глуви и наглуви и слепи лица, Здружението на бубрежно болни. Како резултат од овие средби и соработка, воведени се голем број новини, направени се измени во законските акти и др. што се потенцирани погоре во извештајот.

Коморите како стратешки партнери на ФЗОМ, секоја година и повеќе пати годишно се вклучени во сите големи проекти на ФЗОМ. Коморите директно се вклучени во сите измени на правилници и акти каде стручноста и директната инволвираност на фелата се од круцијално значење. 2011 година беше особено плодна во поглед на соработката и усогласувањето на ставовите за договорите кои ги склучува ФЗОМ со здравствените установи, дефинирањето на условите по кои се врши плаќањето на здравствените установи, критериумите за остварувањето на правата, дефинирањето и измената на референтните цени и слично. Оваа соработка, со задоволство, ФЗОМ ќе ја продолжи и во иднина.

Во делот на односите со јавноста, ФЗОМ е една од најтранспарентните институции, за што потврда е содржината на веб страницата на ФЗОМ каде што редовно се објавуваат сите информации и акти значајни за јавноста и давателите на услуги. Покрај тоа, на граѓаните достапна им е бесплатната инфо линија и инфо мејлот, од каде што осигурениците можат да добијат навремен одговор за било која информација поврзана со правата од здравствено осигурување.

За поголема информираност на осигурениците и здравствените работници, а со цел одблиску да се презентираат сите чекори што ФЗОМ ги презема за осигурениците и здравствениот систем во целост, и во 2011 година ФЗОМ редовно на месечна основа објавува електронски инфо-билтен од каде јавноста може да добие информации за сите покрупни активности и новини во здравственото осигурување. Во



инфо билтенот се презентираат законските измени, одлуки, правилници и воопшто работењето на сите сектори во Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

9.6 Анкета на најголемите плаќачи на здравствено осигурување

Во текот на 2011 година ФЗОМ спроведе анкета со 160 најголемите плаќачи на здравствено осигурување. Анкетата опфати правни лица кои се занимаваат со најразлична дејност почнувајќи од приватни фирми чија дејност примарно се однесува на трговија и услуги, па сè до општини и јавни установи. При слободно толкување на податоците, овие 160 правни лица вработуваат околу 80.000 вработени.

Резултатите од анкетата се дека 70-80% од одговорите се со позитивни ставови кон работата на ФЗОМ што е охрабрувачки, мотивирачки и стимулирачки. Но, покрај тоа во одговорите се укажува е на одредени слабости на кои ФЗОМ во иднина ќе работи со цел за нивно отстранување (пред сè информатизација на процесите и намалување на потребата од посета на подрачните служби).

9.7 Вклучување во акцијата „Ден на дрвото – засади ја својата иднина“

Фондот на здравствено осигурување е прва државна институција која самоиницијативно се приклучи на акцијата за зазеленување.

Менаџментот на ФЗОМ и сите подрачни служби зедао активно учество во проектот за унапредување на нашата животна средина, што беше реализирано со помош од Владата на Република Македонија, односно Министерството за земјоделство, шумарство и водостопанство и Јавното претпријатие „Македонски шуми“.



Листа на табели

Табела бр. 1 Осигурени лица.....	8
Табела бр. 2 Осигурени лица по региони.....	11
Табела бр. 3 Број на боледувања и упати издадени од матичните лекари.....	15
Табела бр. 4 Реализирани цели на матичните општи лекари.....	16
Табела бр. 5 Реализирани цели на гинекологите во 2010 година.....	17
Табела бр. 6 Реализирани цели на стоматолози во 2010 година.....	17
Табела бр. 7 Вкупно остварени услуги по ДСГ во 2011 година.....	20
Табела бр. 8 Најчести случаи по групи на дијагнози по МКБ-10 класификацијата.....	21
Табела бр. 9 Број на осигуреници кои оствариле право на медицинска рехабилитација.....	25
Табела бр. 10 Потрошувачка на скапи лекови во ПЗЗ во 2010 и во 2011 година.....	29
Табела бр. 11 Број на рецепти и износ на лекови што ги користат осигуреници со трансплантирани органи за 2010 и 2011 година.....	30
Табела бр. 12 Број на издадени помагала.....	31
Табела бр. 13 Издвоени средства за помагала.....	31
Табела бр. 14 Барања за лекување во странство.....	32
Табела бр. 15 Број на предмети по жалби кои се однесуваат на лекување во странство.....	33
Табела бр. 16 Најчести видови заболувања кои се лекувани во странство.....	33
Табела бр. 17 Земји во кои најчесто се испраќаат осигурениците на лекување во странство.....	34
Табела бр. 18 Број на решенија за ослободување од партиципација.....	36
Табела бр. 19 Број на решенија управна постапка.....	37
Табела бр. 20 Број на осигуреници упатени за оценување на нивната работоспособност.....	37
Табела бр. 21 Број на надоместоци за боледување и породилно.....	38
Табела бр. 22 Број на надоместоци за боледување.....	38
Табела бр. 23 Боледувања по региони.....	39
Табела бр. 24 Исплатени средства за боледувања.....	39
Табела бр. 25. Број на надоместоци за породилно.....	41
Табела бр. 26. Породилни надоместоци по региони.....	41
Табела бр. 27. Исплатени средства за породилни.....	41
Табела бр. 28. Договорени надоместоци со ЈЗУ (во 000 денари).....	44
Табела бр. 29. Износ за капитација.....	45
Табела бр. 30. Распространетост на склучените договори по региони во 2011 година.....	45
Табела бр. 31. Вкупен број матични лекари и број на лекари на 1000 осигуреници.....	46
Табела бр. 32. Број на општи матични лекари во Македонија и во земјите од Европа.....	46
Табела бр. 33 Број на договори со аптеки.....	47
Табела бр. 34. Распространетост на ПЗУ до специјалистичко консултативна ЗЗ.....	49
Табела бр. 35 Специјалисти на 10.000 осигуреници.....	50
Табела бр. 36 Медицински кадар.....	51
Табела бр. 37. Склучени договори за ортопедски помагала по региони.....	52
Табела бр. 38 Донесени цени во 2011 година.....	52
Табела бр. 39 Буџет на ФЗОМ во 2011 година.....	57
Табела бр. 40. Буџет на ФЗОМ во однос на претходната година, Буџет на РМ и БДП.....	57

Табела бр. 41 Стапки на придонес на различни категории	63
Табела бр. 42. Расходи на ФЗОМ.....	65
Табела бр. 43. Стечајни и ликвидациони постапки	72
Табела бр. 44 Побарувања и обврски по меѓународни договори (стварни трошоци).....	73
Табела бр. 45 Побарувања и обврски по меѓународни договори (стварни трошоци) по земји	74
Табела бр. 46. Направени контроли во 2011 година.....	77
Табела бр. 47 Разгледани предмети од комисијата за оценување на услови за изрекување на договорна казна	78
Табела бр. 48 Изречени казни	78
Табела бр. 49 Постапување по приговори за изречени казни	79

Листа на графикони

Графикон бр. 1 Движење на бројот на невработени и „неосигурени“ лица	10
Графикон бр. 2 Движење на бројот на осигуреници земјоделци.....	12
Графикон бр. 3 Структура на износот за специјалистичко-консултативна здравствена заштита за 2011 година	18
Графикон бр. 4 Средства за специјалистички услуги по вид на ЗУ	18
Графикон бр. 5 Структура на болничките здравствени услуги	20
Графикон бр. 6. Case mix индекс по здравствени установи	23
Графикон бр. 7 Споредба на процентот на успешноста на БПО постапките.....	24
Графикон бр. 8 Број на издадени рецепти и вкупно исплатен износ за лекови во ПЗЗ.....	26
Графикон бр. 9 Вкупно издвоен износ за лекови во ПЗЗ	27
Графикон бр. 10 Број на реализирани рецепти во ПЗЗ по АТЦ групи	27
Графикон бр. 11 Десет најкористени лекови во ПЗЗ за 2011 година	28
Графикон бр. 12 Десет лекови за кои е издвоен најголем износ на средства во ПЗЗ за 2011 година	28
Графикон бр. 13 Вкупно исплатен износ и просечен износ за лекување во странство	34
Графикон бр. 14 Број на барања за рефундации.....	35
Графикон бр. 15 Вкупна вредност на договорите (во 000 денари).....	44
Графикон бр. 16 Број на договори во специјалистичко консултативна здравствена заштита	48
Графикон бр. 17 Број на договори и вкупни договорни надоместоци во стоматолошка специјалистичка здравствена заштита	48
Графикон бр. 18 Број на договори и договорни надоместоци со лаборатории што работат по упат од матичен лекар(ЛУ1).....	49
Графикон бр. 19 Споредба на лекови во ПЗЗ по генерика со и без доплата	54
Графикон бр. 20 Лекови по заштитени имиња со доплата (октомври 2011 година)	55
Графикон бр. 21 Јавни трошоци за здравство во Европа.....	59
Графикон бр. 22 Структура на приходите.....	60
Графикон бр. 23 Структура на приходите на ФЗОМ	60
Графикон бр. 24 Приходи по месеци (во 000 денари)	61

Графикон бр. 25 Приходи од придонеси од плати.....	61
Графикон бр. 26 Структура на придонесите од плати.....	61
Графикон бр. 27 Просечен месечен придонес и просечен трошок по категорија на осигуреници.....	62
Графикон бр. 28 Географска структура на придонесите	63
Графикон бр. 30 Структура на средствата за здравствени услуги во 2011 година	65
Графикон бр. 29 Структура на расходите	65
Графикон бр. 31 Структура на надоместоците од ФЗОМ.....	66
Графикон бр. 32 Структура на функционалните расходи на ФЗОМ.....	66
Графикон бр. 33 Приказ на текот на движење на паричните средства на ФЗОМ низ ЗТС	68
Графикон бр. 34 Преглед на салда на сметки на ЈЗУ во рамки на ЗТС, 2011 година.....	68
Графикон бр. 35 Број на реализирани трансакции преку Трезорот во 2011 година.....	69
Графикон бр. 36 Буџет и реализација во 2011 година по типови на сметки на ЈЗУ	70
Графикон бр. 37 Преглед на салдо на сметки на ЈЗУ на крај на 2011 година	71
Графикон бр. 38 Полова структура и образовна структура.....	75
Графикон бр. 39 Старосна структура.....	75

Статистички региони и општини во Република Македонија
 Statistical regions and municipalities in the Republic of Macedonia

- Вардарски / Vardar**
1. Велес / Veles
 2. Градско / Gredsko
 3. Демир Капија / Demir Kapija
 4. Кавадарци / Kavadarci
 5. Лозово / Lozovo
 6. Неготино / Negotino
 7. Росоман / Rosoman
 8. Свети Никола / Sveti Nikola
 9. Чашка / Chashka

- Источен / East**
10. Берово / Berovo
 11. Виница / Vinitse
 12. Делчево / Delchevo
 13. Зрновци / Zrnovci
 14. Карбинци / Karbinci
 15. Кочани / Kochani
 16. Македонска Каменица / Makedonska Kaminitse
 17. Пачево / Pachevo
 18. Пробиштип / Probishtip
 19. Чешиново - Облешево / Cheshinovo - Obleshevo
 20. Штип / Ship

- Југозападен / Southwest**
21. Вевчани / Vevchani
 22. Вранештица / Vraneshitsa
 23. Дебар / Debar
 24. Дебарца / Debarca
 25. Другово / Drugovo
 26. Зејо / Zejce
 27. Кичево / Kichevo
 28. Македонски Брод / Makedonski Brod
 29. Осломеј / Oslomej
 30. Охрид / Ohrid
 31. Пласница / Plasnitse
 32. Струга / Struga
 33. Центар Жупа / Centar Zupa

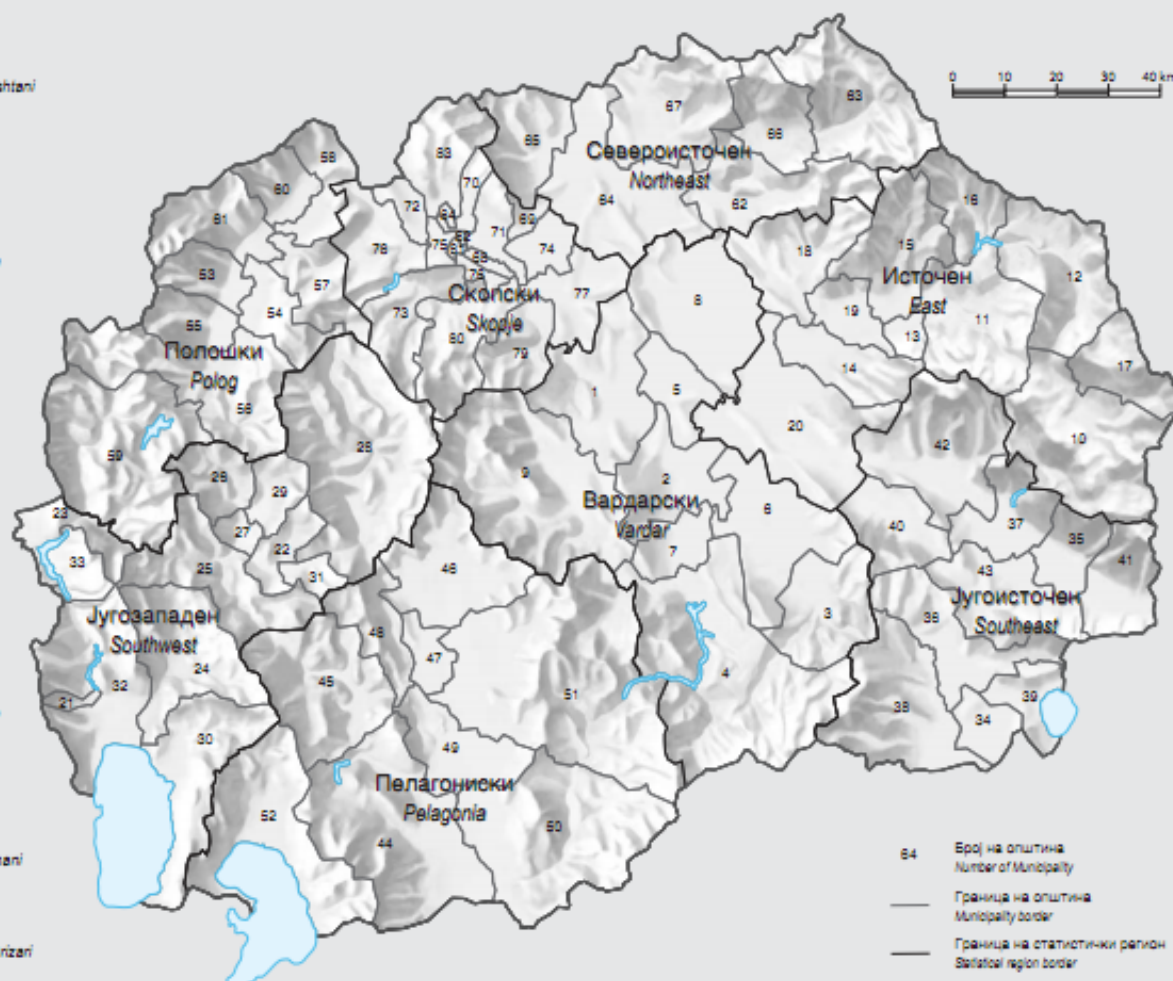
- Југоисточен / Southeast**
34. Богданци / Bogdanci
 35. Босилово / Bosilovo
 36. Валандово / Valandovo
 37. Василево / Vasilevo
 38. Гевгелија / Gevgelija
 39. Дојран / Dojran
 40. Конче / Konche
 41. Ново Село / Novo Selo
 42. Радовиш / Radovish
 43. Струмица / Strumitse

- Пелагониски / Pelagonia**
44. Битола / Bitola
 45. Демир Хисар / Demir Hisar
 46. Долнени / Dolneni
 47. Кривопаштани / Krivopashtani
 48. Крушево / Krushevo
 49. Могиле / Mogile
 50. Новоци / Novacsi
 51. Прилеп / Prilep
 52. Ресен / Resen

- Полошки / Polog**
53. Боговиња / Bogovinje
 54. Брвеница / Brvenitse
 55. Вранчиште / Vranchitshe
 56. Гостивар / Gostivar
 57. Желино / Zhelino
 58. Јегуновце / Jegunovtse
 59. Маково и Ростуше / Makovo and Rostushe
 60. Тетарце / Tetartse
 61. Тетово / Tetovo

- Североисточен / Northeast**
62. Кратово / Kratovo
 63. Крива Паланка / Kriva Palanka
 64. Куманово / Kumanovo
 65. Липково / Lipkovo
 66. Ранковце / Rankovtse
 67. Старо Нагоричане / Staro Nagorichane

- Скопски / Skopje**
68. Аеродром / Aerodrom
 69. Арачиново / Arachinovo
 70. Бутел / Butel
 71. Гази Баба / Gazi Baba
 72. Гарче Петров / Garche Petrov
 73. Зелениково / Zelenikovo
 74. Илинден / Ilinden
 75. Карпош / Karposh
 76. Киселе Воде / Kisele Vode
 77. Петровец / Petrovets
 78. Сарај / Saraj
 79. Сопиште / Sopiште
 80. Студеничани / Studenichani
 81. Центар / Centar
 82. Чаир / Chair
 83. Чучер - Сандevo / Chucher - Sandevo
 84. Шута Оризари / Shuta Orizari



84 Број на општина
 Number of Municipality

— Граница на општина
 Municipality border

— Граница на статистички регион
 Statistical region border

Извор: Државен завод за статистика / Source: State statistical office



Слика 1 Прв организиран „team building“ на раководителите на ФЗОМ

