



Одговор на забелешки на содржината на новите договори дадени од Лекарска комора на Македонија

Во врска со допис бр.10-15935/1 од 06.11.2018 година со кој се доставени забелешки на содржината на договорите за примарна здравствена заштита за дејноста општа медицина и гинекологија, договорите за специјалистичко-консултативна здравствена заштита и лаборатории, известуваме за следното:

Договор за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита-дејност општа медицина

1. Барање за дефинирање на пакет на здравствени услуги во примарна здравствена заштита.
Одговор:

Барањето не може да се регулира со договор, бидејќи истото е уредено со Законот за здравствено осигурување и е во надлежност на Министерството за здравство.

Со Законот за здравствено осигурување е утврдено дека со задолжителното здравствено осигурување се обезбедуваат основни здравствени услуги на товар на средствата на Фондот. Тоа значи дека на секое осигурено лице му е дадена можност да користи здравствени услуги на примарно ниво. Законот за здравствено осигурување според основните начела не дозволува ограничување на бројот на пружени здравствени услуги за осигурените лица на сите нивоа на здравствена заштита.

Во член 9 од Законот се определени основните здравствени услуги кои осигуреното лице може да ги оствари на товар на средствата на Фондот во случај на болест и повреда. Исто така, со Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување е утврдена **содржина на основните здравствени услуги кај избраниот лекар и тоа:**

- превентивни мерки и активности со цел за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болести и други нарушувања на здравјето;
- лекарски прегледи, советувања и други видови на медицинска помош со цел за утврдување, проверување и следење на здравствената состојба, и
- лекување на болните и повредените.

Лекарските прегледи заради утврдување, проверување и следење на здравствената состојба на осигурените лица опфаќаат:

- превентивни прегледи, прегледи по барање на осигуреното лице и прегледи по предлог на избраниот лекар.

Лекарскиот преглед кај избраниот лекар опфаќа примена на медицински знаења, вештини, методи, постапки и средства, со цел за лекување на осигуреното лице согласно медицина заснована на докази. Имено, принципите на кои се темели Законот го даваат правото на осигуреното лице под еднакви услови во секое време да може да користи здравствена заштита кај избраниот лекар, независно дали е по барање на самото осигурено лице или по предлог на избраниот лекар.

2. Барање за воведување на партиципација кај избраниот лекар.

Одговор:

Барањето не може да се регулира со договор, бидејќи истото е уредено со Законот за здравствено осигурување и тоа:

Согласно член 34 од Законот за здравствено осигурување, од учеството се ослободуваат осигурените лица за лекарски преглед кај избраниот лекар и итна медицинска помош на повик. Со оваа одредба



Законот предвидел сите осигурени лица да бидат ослободени од учество при користење на првото ниво на здравствени услуги кај избраниот лекар. Според оваа одредба пристапот на пациентот до својот избран лекар е без учество со лични средства, со цел да не се воздржува од користење на здравствена заштита на примарно ниво, за да се излекува и непотребно да не се упатува на повисоко ниво на здравствена заштита.

3. Барање во договорите како услов задолжително да стои „докторот на медицина да има валидна лиценца за работа“.

Одговор:

Барањето се прифаќа и ќе се направат измени во одредбата која го регулира издавањето на факсимилот.

4. Барање за промена во член 2 став 2 точка 2 и став 4, односно да се брише „35 дена“.

„При промена на медицинска сестра, здравствената установа со еден тим во мрежата во која по настанатата промена останал само еден лекар, може да пружа здравствени услуги на товар на средствата на Фондот 35 дена од денот кога медицинска сестра е одјавена.“

Одговор:

Барањето е уредено со Законот за здравствена заштита и подзаконските акти на Министерството за здравство.

Условите за дејност се дефинирани во *Правилникот за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи* и кој што е во ингеренција на Министерството за здравство. Доколку истиот претрпи промена во однос на барањето, Фондот ќе биде должен да го примени во договорите.

Фондот со важечкиот договор дозволува здравствената установа да работи без комплетен лекарски тим 35 дена и за тој период врши исплата на капитација, односно прави отстапка во однос на подзаконските акти на Министерството за здравство, во чија исклучива надлежност е давањето дозвола за работа на здравствената уставова, според точно пропишани услови во делот на просторот, опремата и кадарот.

Согледувајќи ја состојбата на терен каде има реални проблеми со вработување на медицинска сестра, а сакајќи да се излезе во пресрет на барањата на здравствените установи, Фондот во новите договори овој рок ќе го дефинира на 50 дена.

5. Барање за промени во член 4 став 19 кој гласи:

„Избраниот лекар по завршување на специјализацијата е должен во рок од 5 дена да го врати факсимилот со ознака „С“ во Фондот.“

Одговор:

Фондот го прифаќа барањето, факсимилот физички да не се враќа во Фондот, но укажуваме:

Издадениот факсимил со назнака „С“ лекарот може да го користи само за време на траење на неговата специјализацијата, односно додека е во важност анексот на лекарот вработен како замена за лекарот кој е на специјализација (со датум утврден од Решението за одобрена специјализација издадено од Медицински факултет). Автоматско активирање на факсимилот на лекарот по завршувањето на специјализацијата не се врши од причини што истиот не мора да продолжи да работи како избран лекар.

6. Барање за промени во член 6:

Број на остварени поени	Од утврдена вредност на поените
до 2500 поени	100%



да се замени со 3.500	
од 2501 до 3500 поени да се замени со 3.501-4.500	70% да се замени со 90%
од 3501 до 4500 поени да се замени со од 4.501	45% да се замени со 80%
од 4501 поени да се избрише	30% да се избрише

Одговор:

Фондот во овие услови не го прифаќа барањето. Во периодот на важењето на новиот договор, Фондот ќе изврши детални анализи и врз основа на истите ќе се одлучи дали може да биде прифатено барањето.

7. Барање за промени во член 6 став 6 кој гласи:

„За избраниот лекар кој прв пат склучува договор со Фондот и за прв пат му е издадено одобрение за број на факсимил или има издаден број на факсимил од страна на Фондот кој не е активен повеќе од пет години предвидена е стимулација во начинот на пресметување на капитацијата согласно Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарна здравствена заштита.“

Одговор:

Барањето не се прифаќа, поради следното:

Целта на оваа одредба исклучиво е наменета да ги стимулира младите лекари да започнат со работа во РМ, односно да отвараат нови здравствени установи или да се вработуваат. Имено, стимулацијата од 800 поени (44.000,00 денари) е наменета за младите лекари додека не соберат доволен број на пациенти, имајќи во предвид дека за прв пат почнуваат да работат во примарна здравствена заштита. Стимулацијата Фондот ја обезбедува за лекарот, за да не биде на товар на здравствената установа додека не собере доволен број на пациенти.

Барањето да се воведо стимулација за секое преминување на лекарот од една во друга здравствена установа, би значело стимулирање на здравствените установи наместо да го задржат лекарот во ординацијата, да вршат чести промени на лекарите, односно да ги задржат на работа додека трае стимулацијата, а по истекот на 18 месеци, да вработуваат нови лекари. Исто така, ова барање ќе предизвика дополнителни финансиски импликации за Фондот, но пред се без да има резултати во политиката на стимулација за вработувањето на младите лекари.

8. Барање за промени во член 7 став 7 и бришење на став 8 кои гласат:

„Капитацијата се исплатува само за периодот за кој има комплетен лекарски тим. Капитација се исплатува и во услови кога лекарот пружа здравствени услуги без медицинска сестра, но најмногу до 35 дена.

По исклучок кога во текот на годината се прават повеќе пати промена на медицинска сестра, капитацијата за некомплетен тим се исплатува најмногу до 70 дена.“

Одговор:

Барањето е уредено со Законот за здравствена заштита и подзаконските акти на Министерството за здравство.

Во однос на став 7 веќе е даден одговор во точката 4.

Во однос на барањето за бришење на став 8 се укажува дека целта на оваа одредба е да се испочитува Правилникот за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи, односно здравствената установа може да работи само со комплетен лекарски тим. Отстапката во ограничувањето во новиот договор дека капитација ќе се исплатува најмногу до 70 дена, ќе се измени со рок од 100 дена при некомплетен тим во текот на годината, а со цел да не се вршат чести промени на средно медицинскиот кадар.



9. Барање за промени во член 8 став 1 и став 3, за бришење на член 10 и член 11, кои се однесуваат за бришење на целите за превентивна здравствена заштита.

Одговор:

Барањето не може да се регулира со договор, бидејќи истото е уредено со Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување.

Стратешка определба на здравствениот систем во Република Македонија и Светската здравствена организација е зајакнување на примарната и превентивната здравствена заштита, како чувар на здравјето. Со зајакнувањето на примарната и превентивната здравствена заштита кај избраните лекари се постигнува навремено откривање и лекување на болестите, а со тоа намалување на лекувањето на повисоко ниво на здравствена заштита (секундарно и терцијарно ниво), каде што трошоците за лекување се повисоки.

Превентивните прегледи се вршат во динамика која обезбедува следење на растот и развојот, рано откривање на болестите и пореметувањата, откривање на причините и последиците од патолошки состојби и создавање на основа за санирање и подобрување на утврдените состојби.

Превентивните мерки и активности опфаќаат:

- заштита од штетни влијанија врз здравјето на населението;
- откривање, сузбивање и спречување на заразни болести;
- откривање и спречување на незаразни заболувања и малигни заболувања;
- заштита на жената во врска со бременоста, породувањето, леунството и контрацепцијата;
- заштита на доенчињата и малите деца и
- други превентивни мерки и активности.

10. Барање за промени во член 13:

- Барање за промени во точка 7 во член 13, која гласи:

„Избраниот лекар може да се согласи да биде лекар редовна замена најмногу на двајца лекари;“

Одговор:

Барањето не може да се регулира со договор, бидејќи истото е уредено со Законот за здравствено осигурување и подзаконските акти на Фондот.

Со Законот за здравствено осигурување и Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување е регулирана обврската секој лекар да обезбеди лекар кој ќе го заменува за време на неговото отсуство. Со договорот е предвидено дека заради обезбедување на ефикасна и квалитетна здравствена заштита на осигурените лица, секој избран лекар може да биде замена само на двајца лекари во случај на нивно привремено отсуство.

Доколку се прифати барањето еден лекар да може да заменува повеќе од двајца лекари, а знаејќи дека секој има одреден број на пациенти, се доведува во прашање навременото, ефикасно и квалитетно пружање на здравствените услуги, кога лекарот покрај своите пациенти ќе треба да пружа здравствени услуги и на сите осигурените лица на повеќе од два лекари.

- Барање за промени во точка 10 во член 13, која гласи:

„Лекарот кој исполнува услови за пензионирање е должен три месеци пред пензионирањето да ги извести осигурените лица дека треба да си го подигнат здравствениот картон;“

Одговор:

Барањето за промена на периодот од три месеци на еден месец се прифаќа.

- Барање за бришење на точка 11 во член 13, која гласи:

„Да го уплатува редовно придонесот за задолжително здравствено осигурување согласно одредбите на Законот за здравствено осигурување;“

Одговор:

Барањето се прифаќа.



Наведената одредба ќе биде избришана од новиот договор.

- Барање за промени во точка 12 во член 13, која гласи:

„На видно место да истакне ознака дека има склучено договор со Фондот, да го истакне работното време на сите организациони единици, контакт телефон за избраниот лекар и неговата замена;“

Одговор:

Барањето не е во надлежност на Фондот поради следното:

Со договорот е предвидено обезбедување на континуирана здравствена заштита од страна на избраниот лекар и неговата замена, додека начинот на организирањето на комуникацијата со осигурените лица, односно консултации преку телефон, е во надлежност на здравствената установа.

- Барање за бришење на точка 14 во член 13, која гласи:

„Лекарот е обврзан да пружа здравствени услуги со приоритет на осигурените лица на Фондот;“

Одговор:

Во однос на наведеното барање Фондот за наведената точка предлага да се измени и истата да гласи:

„Здравствената установа, со цел пружање на здравствени услуги на пациентите по редоследот на доаѓање, треба да воспостави систем на земање на броеви од страна на пациентите, со исклучок доколку лекарот оцени дека се работи за итен случај;“

- Барање за бришење на точка 22 во член 13, која гласи:

„Избраниот лекар при издавање на ЛУ-1 образец на биохемиски лабораториски испитувања пред печатење на образецот, треба да ја наведе дијагнозата по МКБ 10 и електронски да ги обележи лабораториските анализи кои треба да се извршат;“

Одговор:

Во однос на наведеното барање Фондот наведената точка ќе ја измени и истата ќе гласи:

„Избраниот лекар при издавање на ЛУ-1 образец за биохемиски лабораториски испитувања дополнително не треба да допишува биохемиско лабораториски анализи, кои електронски не се обележени во ЛУ-1 образецот;“

- Барање за промени во точка 29 во член 13, која гласи:

„Да учествува во обезбедувањето на домашното лекување, итната медицинска помош, дежурството, односно приправноста во подрачјата каде што нема организирана итна медицинска помош;“

Одговор:

Во договорот кој Фондот го склучува со јавните здравствени установи-здравствените домови е наведена следната одредба која гласи:

„Здравствениот дом склучува посебен договор со избраните лекари заради обезбедување на услови за извршување на континуирана здравствена заштита. Плаќањето на надоместокот за дежурство на избраните лекари го врши здравствениот дом согласно Одлуката за утврдување на цени за дежурство, остварување на приправност и породување во здравствените домови.“

Фондот ќе изврши зголемување на висината на надоместокот за оваа услуга во Одлуката за утврдување на цени за дежурство, остварување на приправност и породување во здравствените домови.

- Барање за бришење на точка 32 во член 13, која гласи:

„Лекарот е должен да пружа бесплатни здравствени услуги на новороденче најмногу до два месеци од раѓањето, односно до утврдување на статусот на осигурување на новороденчето;“

Одговор:

Барањето не се прифаќа, но одредбата како исклучок ќе се предефинира поради следното:

Наведената одредба е исклучок и се однесува само за оние новороденчиња кои од разни причини сеуште немаат извод на родени, пред се со цел на новороденчињата да им се пружаат здравствени услуги и да не бидат вратени од преглед. Сите останати новороденчиња кои имаат извод на родени подлежат на избор на лекар.



Наведената одредба во новите договори ќе гласи:

„Доколку новороденчето нема утврдено статус на осигурување, лекарот е должен да пружа бесплатни здравствени услуги на новороденчето, но најмногу до два месеци од раѓањето;“

- Барање за бришење на точка 40 во член 13, која гласи:

„При добиена нотификација за одјава на осигуреник, избраниот лекар е должен во рок од 48 часа, по електронски пат, да му достави на новоизбраниот лекар историја на пациентот;“

Одговор:

Барањето се прифаќа.

- Барање за бришење на точка 41 во член 13, која гласи:

„Во случај на одјава на осигуреното лице да го врати здравствениот картон на истото;“

Одговор:

Барањето не може да се регулира со договор, бидејќи истото е уредено со Законот за здравствена заштита и подзаконските акти на Министерството за здравство, поради следното:

Здравствениот картон е документ кој е од трајна вредност и кој ја отсликува состојбата на секое осигурено лице. Здравствениот картон го прати осигуреното лице и информацијата за неговата здравствена состојбата треба да ја има новоизбраниот лекар.

11. Барање за бришење на став 5 во член 14, кој гласи:

„Доколку се констатира дека лекарот пропишува потврда за ортопедско и друго помагало врз основа на кое е испорачано спротивно на Правилникот, Фондот за истиот поведува постапка за надомест на штета.“

Одговор:

Барањето не се прифаќа поради следното:

Во сите одредби од договорот е наведено дека лекарите и здравствените установи се должни да ги почитуваат законските и подзаконските акти. *Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала* е подзаконски акт на Фондот.

12. Барање за бришење на член 15, кој гласи:

„Здравствената установа се обврзува најдоцна до 5-ти во месецот, за претходниот месец на посебен преглед да дава известување до Подрачната служба на Фондот за сите случаи кои се предизвикани од: сообраќајна несреќа, повреди предизвикани од страна на друго лице, повреда на работа и професионално заболување. Образецот „С“ е составен дел на овој договор и е истакнат на веб-страницата на Фондот.“

Одговор:

Барањето не се прифаќа поради следното:

Пополнувањето на Образецот „С“ од страна на избраниот лекар и негово доставување до Фондот му овозможува на Фондот да ги побарува трошоците направени за лекување на повреденото лице во сообраќајни незгоди на сите нивоа на здравствена заштита од осигурителните компании.

13. Барање за бришење на член 16.

Одговор:

Барањето не се прифаќа поради следното:

Фондот има обврска да го следи рационалното пропишување на лековите од страна на избраните лекари, бидејќи од издадените рецепти зависи колку лекови се подигаат од ПЗУ-аптеките на товар на средствата на Фондот.

14. Барање за бришење на последната реченица од став 12 во член 16, која гласи:

„Списокот на лекови без доплата избраниот лекар е должен да го испечати минимум на А3 формат, преземен од веб-страницата на Фондот и да го истакне на видно место.“

Одговор:



Барањето се прифаќа.

15. Барање за промени во член 18 да биде регулирана само задолжителната ампуларна терапија.

Одговор:

Барањето не се прифаќа поради следното:

Наведената одредба е во согласност со законските прописи и мора да биде дефинирана во договорот, односно избраниот лекар мора во секое време да располага со ампули за ургентни состојби и ампули за задолжителна ампуларна терапија.

16. Барање за промени во член 22, кој гласи:

„Здравствената установа, односно избраниот лекар, во итни случаи, доколку на подрачјето не постои организирана итна медицинска помош е должен да спроведува итна медицинска помош преку дежурства или приправност, се додека на тоа подрачје не се организира итна медицинска помош. Избраниот лекар ако оцени за потребно и ако за тоа постојат услови, должен е да обезбеди преглед или други здравствени услуги во домот на осигуреното лице (*домашна посета*).“

Одговор:

Барањето не се прифаќа поради следното:

Во *Правилникот за содржината и начинот на оставрувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување* е наведено дека примарната здравствена заштита по правило се остварува во ординацијата на избраниот лекар.

По исклучок, во итни случаи доколку на подрачјето не постои организирана итна медицинска помош или ако избраниот лекар оцени за потребно и ако за тоа постојат услови, може да изврши преглед или други здравствени услуги во домот на осигуреното лице. Ова значи дека во рамките на надоместокот за обезбедени здравствени услуги (капитација) се и здравствените услуги пружени во домот на осигуреното лице.

17. Барање за промени во член 23, кој гласи:

„По препорака на лекар специјалист избраниот лекар го спроведува домашното лекување на осигуреното лице, со цел да се обезбеди рационално, ефикасно и неопходно подобрување на здравствената состојба на осигуреното лице.“

Одговор:

Фондот во новиот договор ќе го регулира наведениот член согласно *Правилникот за содржината и начинот на оставрувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување* и истиот ќе гласи:

„Потребата од домашно лекување ја утврдува лекар специјалист или субспецијалист од соодветната специјалност. Домашното лекување го спроведува избраниот лекар и/или медицинска сестра од тимот на избраниот лекар, односно специјализирана организациона единица за домашно лекување. Домашното лекување се спроведува со цел да се обезбеди рационално, ефикасно и неопходно подобрување на здравствената состојба на осигуреното лице.“

18. Барање за промени во став 1 во член 24, кој гласи:

„Секој избран лекар е должен да определи друг лекар од својата или од друга најблиска здравствена установа во градот или општината (освен за град Скопје) која врши иста дејност, а кој ќе го заменува во случај на негово привремено отсуство (годишен одмор и краткотрајно боледување до 30 дена или краткотрајно службено отсуство) за што го известува Фондот. Доколку избраниот лекар не е во можност обезбеди друг лекар како замена, Фондот по службена должност ќе му определи замена за избран лекар.“

Одговор:

Барањето се прифаќа.

19. Барање за промени во член 25 кога избраниот лекар е на подолготрајно оправдано отсуство.

Одговор:



Барањето не се прифаќа поради тоа што е во спротивност со Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување и подзаконските акти.

Фондот исплаќа капитација за обезбедени здравствени услуги на избраниот лекар. Во услови кога избраниот лекар е на подолготрајно боледување, поради што истиот не е во можност да ги пружа здравствените услуги на осигурените лица, капитацијата не може да се исплатува на избраниот лекар. По барање на *Лекарската комора на Македонија* е воведена одредба со која е овозможено осигурените лица кои се прикрупени кон лекарот кој што е на подолготрајно боледување, здравствените услуги да ги добиваат кај замената на избраниот лекар, за што треба да му биде исплатен надоместок. При тоа капитација за овие осигурени лица се исплатува 70% т.е. фиксен дел, бидејќи лекарот редовна замена нема обврска да врши превентивни прегледи и да ги исполнува целите за осигурените лица на лекарот кој е на подолготрајно отсуство.

За лекарот кој што е на подолготрајно боледување, Фондот исплатува надоместок за боледување со кој што ги плаќа сите придонеси кон државата, а обврските за медицинската сестра ги превзема замената на избраниот лекар и поради тоа истиот треба да го добие надоместокот.

20. Барање за промени во последниот став во член 26, кој гласи:

„За пружените здравствени услуги на осигуреното лице, Фондот ќе и исплати на здравствената установа на лекарот кој ги извршил услугите 70% од месечниот износ на капитацијата за осигуреното лице, по добиената потврда од страна на избраниот лекар за извршените здравствени услуги. Во таквите случаи капитацијата на избраниот лекар за тоа осигурено лице не се исплатува.“

Одговор:

Фондот врши усогласување на наведената одредба, согласно *Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарната здравствена заштита* и истата ќе гласи:

„За пружените здравствени услуги на осигуреното лице, Фондот ќе и исплати на здравствената установа на лекарот кој ги извршил услугите месечен износ на капитацијата за соодветното осигурено лице, по добиената потврда од страна на избраниот лекар за извршените здравствени услуги. Во таквите случаи капитацијата на избраниот лекар за тоа осигурено лице не се исплатува.“

21. Барање за промени во член 32 кој се однесува на вршењето на контрола од страна на Фондот во здравствените установи.

Одговор:

Барањето во однос на најавување на контролите не се прифаќа поради следното:

Контролите се планираат на месечно ниво, а се реализираат во денот од месецот кога ќе бидат обезбедени услови за вршење на контролата. Останатите контроли, како што се мобилна и дежурна контрола, контрола по пријава/претставка од осигурено лице, не се најавуваат.

Воедно, Фондот дава без резервна подршка за реализација на барањето за организирање на месечни средби во подрачните служби на Фондот со претставници на ЛКМ и ЗПЛРМ.

22. Барање за бришење на член 33 поради дуплирање на договорните казни од член 40.

Одговор:

Во член 33 се наведени одредби за опомени по извршена контрола по записник и истите не се изрекуваат од страна на *Комисија за оценување на услови за изрекување на договорна казна*.

Во член 40 се наведени одредби за опомени кои се изрекуваат од страна на *Комисија за оценување на услови за изрекување на договорна казна*.

Одредбите од наведените два члена не се повторуваат.

Фондот во новиот договор, ќе изврши промена во насловот на член 33 и истиот ќе гласи:

„Укажување пред изрекување на договорна казна со записник се утврдува за настаната повреда.“

23. Барање да се направат промени во делот на договорните казни, со цел да се следи тенденцијата на намалување на казните согласно политиките на Владата. Предлог за казните за докторот, односно



за тимот да бидат: највисоката казна да биде 1/2 од просечната плата во Република Македонија, 1/3 од просечната плата во Република Македонија и 1/4 од просечната плата во Република Македонија.

Одговор:

Барањето во однос на изрекување на договорните казни во висина на просечната плата во Република Македонија не се прифаќа.

Фондот во новиот договор ќе изврши намалување во делот на договорната казна во износ од две месечни капитации, во договорна казна во износ од една месечна капитација.

Во однос на договорните казни во износ од една третина и една петтина месечна капитација, Фондот ќе изврши промена во договорна казна во износ од 30% и 20% од месечна капитација.

Договор за извршување и плаќање здравствени услуги во примарната здравствена заштита-гинекологија

1. Барање за дефинирање на пакет на услуги во примарна гинекологија.

Одговор:

Барањето не може да се регулира со договор, бидејќи истото е уредено со Законот за здравствено осигурување и е во надлежност на Министерството за здравство.

Со членот 9 од *Законот за здравствено осигурување* се определени основните здравствени услуги кои осигуреното лице може да ги оствари на товар на средствата на здравственото осигурување во случај на болест и повреда, на примарно ниво. Овие основни здравствени услуги определени во овој член се дадени пошироко. Тоа значи дека на секое осигурено лице му е дадена можност да користи право на лекарски прегледи, испитување заради дијагностицирање и лекување со сите познати медицински методи и постапки и соодветни лекови според *Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ*.

Врз основа на тоа, со *Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување* во примарна здравствена заштита, е определено дека осигуреникот има право на здравствени услуги, со цел за утврдување, следење и проверување на здравствената состојба, вклучувајќи:

- право на лекување со примена на медицински знаења, вештини, методи и постапки, и лекови и други средства, во ординацијата на избраниот лекар-гинеколог
- право на здравствена заштита во врска со бременост и породување
- превентивни прегледи заради следење и рано откривање на заболувањата, откривање на причините и последиците од патолошките состојби и нивно санирање (со ова се определуваат стручно-медицински мерки и постапки за унапредување на општата здравствена состојба, спречување и сузбивање и рано откривање на болестите и други нарушувања на здравјето кај жените).

Доколку избраните лекари-гинеколози сметаат дека наведените здравствени услуги во *Законот за здравствено осигурување* и подзаконските акти треба да се додефинираат и прецизираат треба да се обратат до Министерството за здравство.

Воедно укажуваме дека Фондот како купувач на здравствени услуги во примарна здравствена заштита на осигурените лица обезбедува здравствена заштита. Согласно *Законот за здравствено осигурување*, плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита се врши според бројот на осигурените лица кои избрале свој лекар во примарна здравствена заштита (капитација), а не според бројот на пружените здравствени услуги за секоја посета на осигуреното лице.

2. Барање за групирање по возрастни групи како што е кај избраните лекари.

Одговор:

Барањето за сега не може да се регулира со договор.

Основната капитација за дејноста гинекологија за осигуреното лице од женски пол, Фондот ја определува за бројот на осигурени лица над 12 години помножен со 1 поен. Во периодот кога е утврден поенот, основа за утврдување биле извршени здравствени услуги во дејноста гинекологија. За



бремените жени кај кои согласно медицината заснована на докази и протоколите, задолжително се зголемува бројот на посетите, Фондот определи зголемен надоместок за капитација, односно поенот е 2.

За да може да се разгледа барањето за утврдување на различни поени по возрастни групи, потребно е претходно преку Мој термин, да се анализираат податоците за видот на извршени здравствени услуги според возраста и врз основа на тоа да се утврди дали има основ за ваков вид на плаќање на капитација. Со креирање на новите обрасци за упатување и извештаи преку Мој термин, податоците за посетата на секое осигурено лице ќе бидат достапни и ќе бидат основа за анализи.

3. Барање да се направат промени во делот на договорните казни, со цел да се следи тенденцијата на намалување на казните согласно политиките на Владата. Предлог за казните за докторот, односно за тимот да бидат: највисоката казна да биде 1/2 од просечната плата во Република Македонија, 1/3 од просечната плата во Република Македонија и 1/4 од просечната плата во Република Македонија.

Одговор:

Барањето во однос на изрекување на договорните казни во висина на просечната плата во Република Македонија не се прифаќа.

Фондот во новиот договор ќе изврши намалување во делот на договорната казна во износ од **две месечни капитации**, во договорна казна во износ од **една месечна капитација**.

Во однос на договорните казни во износ од **една третина и една петтина месечна капитација**, Фондот ќе изврши промена во договорна казна во износ од **30% и 20% од месечна капитација**.

Договор за извршување и плаќање на лабораториски испитувања во специјалистичко-консултативна здравствена заштита по упат од избран лекар

1. Барање за дефинирање која специјалност кој вид анализи треба да ги има и барање за колку пати може да се пропишат.

Одговор:

Барањето не може да се регулира со договор, бидејќи истото е уредено со Законот за здравствено осигурување и е во надлежност на Министерството за здравство.

Министерството за здравство, како институција надлежна за работата на лекарите и носител на актите за медицината заснована на докази и протоколите, треба да дефинира кои лабораториски анализи треба да ги пропишат лекарите од одредени специјалности.

Законот здравствено осигурување според основните начела не дозволува ограничување на бројот на здравствени услуги за осигурените лица. Потребата за здравствената услуга ја дефинира лекарот согласно медицината заснована на докази и протоколите, а Фондот е должен истите да ги почитува и применува.

2. Барање за донесување на одлука од страна на ФЗОМ како ќе се плаќаат лабораториите, дали по учинок според референтни цени или под буџет.

Одговор:

Барањето не може да се регулира со договор, бидејќи истото е уредено со Законот за здравствено осигурување и подзаконските акти на Фондот

Појдовни критериуми за определување на надоместокот за плаќање на лабораториските испитувања по упат на избран лекар се:

-планираните средства за специјалистичко-консултативна здравствена заштита за делот на лабораториските испитувања што се остваруваат од придонесот за задолжително здравствено осигурување

-бројот на населението

-структура на населението по возрастни групи



-број и структура на потреби од лабораториските испитувања утврдени во претходните години.
Врз основа на *Правилникот за начинот на плаќањето на лабораториските испитувања во специјалистичко-консултативна здравствена заштита по упат на избран лекар*, Фондот плаќањето со овој договор го врши со вкупен годишен договорен надоместок (буџет).

3. Барање за бришење на став 6 во член 2, кој се однесува на раскинување на договор доколку установата по истек на 35 дена не достави соодветен документ од Министерството за здравство за настаната промена.

Одговор:

Барањето е уредено со Законот за здравствена заштита и подзаконските акти на Министерството за здравство.

Условите за дејност се дефинирани во *Правилникот за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи* и кој што е во ингеренција на Министерството за здравство. Доколку истиот претрпи промена во однос на барањето, Фондот ќе биде должен да го примени во договорот.

Фондот со важечкиот договор дозволува здравствената установа да работи без комплетен лабораториски тим 35 дена и за тој период врши исплата на надоместок, односно прави отстапка во однос на подзаконските акти на Министерството за здравство, во чија исклучива надлежност е давањето дозвола за работа на здравствената уставова, според точно пропишани услови во делот на просторот, опремата и кадарот.

Согледувајќи ја состојбата на терен каде има реални проблеми со вработување на средно медицински кадар, а сакајќи да се излезе во пресрет на барањата на здравствените установи, Фондот во новите договори овој рок ќе го дефинира на 50 дена.

4. Барање во член 10 да се воведат плаќањето по пресметка, односно по реализација.

Одговор:

Врз основа на *Правилникот за начинот на плаќањето на лабораториските испитувања во специјалистичко-консултативна здравствена заштита по упат на избран лекар*, Фондот плаќањето со овој договор ќе го врши со буџет. Во понатамошен период врз основа на изготвени анализи за бројот и цената на услугите, користејќи ги податоците добиени од Мој термин, Фондот ќе одлучи дали ќе биде сменет начинот на плаќање.

5. Барање во член 17, кој гласи:

„Здравствената установа се обврзува да ги доставува на увид сите потребни медицински податоци поврзани со осигуреното лице со цел да се избегне повторување на испитувањата.

Здравствената установа е должна да ги врши бараните испитувања според упатот на избраниот лекар Образец ЛУ-1 и да ги зема во обзир извршените испитувања од другите здравствени установи заради обезбедување на економичност и следење на резултатите за здравствената состојба на осигуреникот.“ да се прецизира дали ќе треба увид на упатот кој го издал, дали е преку Мој термин и дали ќе се ограничи обемот на упатување на пациентот.

Одговор:

Барањето се прифаќа.

Фондот во новиот договор ќе го избрише членот 17.

6. Барање во член 19 точка 30, која гласи:

„ 30. Пружената здравствена услуга да се прикажува по соодветна референтна цена;“ на крајот да се додаде зборот „на пресметка“.

Одговор:

Барањето се прифаќа.



7. Барање во член 23 кој се однесува на вршење на контрола на здравствените установи од страна на Фондот, да се корегира во однос на ортопедските помагала.

Одговор:

Имено наведениот член е содржан во сите видови на договори и е дефиниран врз основа на *Законот за здравствено осигурување* и подзаконските акти на Фондот, а во секоја здравствена установа ќе се врши контрола во зависност од дејноста кој што ја врши.

8. Барање да се направат промени во делот на договорните казни, со цел да се следи тенденцијата на намалување на казните согласно политиките на Владата. Предлог за казните за докторот, односно за тимот да бидат: највисоката казна да биде 1/2 од просечната плата во Република Македонија, 1/3 од просечната плата во Република Македонија и 1/4 од просечната плата во Република Македонија.

Одговор:

Барањето во однос на изрекување на договорните казни во висина на просечната плата во Република Македонија не се прифаќа.

Фондот во новиот договор ќе изврши намалување во делот на договорната казна во износ од **три основици**, во договорна казна во износ од **една основица**.

Во однос на договорните казни во износ од **една половина и една четвртина од основица**, Фондот ќе изврши промена во договорна казна во износ од **50% и 25% од основицата**.

Договор за пружање и плаќање здравствени услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита

1. Барање за покачување на буџетот на ПЗУ од минимум 180.000 денари месечно, кој е минимален буџет за една ПЗУ да може да исплати плати и придонеси за тимот лекар/медицинска сестра, да се покријат сите дополнителни трошоци и средства наменети за обнова на материјалните ресурси (ултразвучни апарати, ЕКГ, холтери, гастроскопи итн).

Одговор:

Согласно предвидениот буџет за 2019 година Фондот ќе ја разгледа можноста за зголемување на надоместокот за специјалистичко-консултативна здравствена заштита.

2. Барање за потреба од субвенционирање при купување на потребна опрема за установата.

3. Барање за покачување на референтната цена на основниот специјалистички интернистички преглед од моменталните 380,00 на 800,00 денари.

Одговор за точка 2 и 3: Во понатамошен период врз основа на изготвени анализи за бројот и цената на услугите, користејќи ги податоците добиени од Мој термин, Фондот ќе одлучува дали ќе бидат зголемени референтните цени на пакетите за СКЗЗ и дали постои основа за зголемување на годишниот договорен надоместок по лекарски тим по дејност.

Согласно *Законот за здравствено осигурување*, Фондот е купувач на здравствени услуги од јавните и приватните здравствените установи, така да не постојат законски услови да инвестира во опремата на јавните и приватните здравствени установи.

4. Барање за овозможување на замена на специјалистот интернист во приватната здравствена установа во случај на комисиоко (продолжено боледување). До овој момент постои дискриминација на основните права на приватните интернисти кои во услови на продолжена потреба од боледување немаат прилив на средства поради неможност за реализација на предвидениот план, со што сестрата и лекарот немаат можност за нормална егзистенција.

Одговор:



Здравствената установа во услови кога лекарот специјалист е на подолготрајно боледување може да вработи нов лекар, кој ќе ги пружа здравствените услуги на осигурените лица.

Според договорот за специјалистичко-консултативна здравствена заштита **Фондот врши плаќање за извршени здравствени услуги**, за разлика од примарна здравствена заштита каде **Фондот за осигурените лица обезбедува здравствени услуги исклучиво кај избраниот лекар**. Од тие причини избраниот лекар мора да има редовна замена.

5. Барање за услови за субспецијализација во исто време со вршење на дејноста (слично со условите за субспецијализација во ЈЗУ).

Одговор:

Фондот во делот на својата надлежност може само да ја разгледа можноста за регулирање на одредба во договорот за вработување на лекар замена додека лекарот е на субспецијализација. Со тоа ќе се овозможи да продолжи да работи здравствената установа, односно да пружа здравствени услуги на осигурените лица новиот вработен лекар специјалист кој ќе биде замена за лекарот заминат на субспецијализација.

6. Барање за вршење на промена во член 32 од Законот за здравствена заштита и израмнување на правата на сопственост на новите концесионери (сопственици) на установи, при што концесијата да биде доделена на приватната здравствена установа (слично како и претходната регулатива), а не на лекарот-специјалист интернист. Причина за ваквото барање е фактот дека се задоволува потребата на здравствената мрежа, каде на одредена популациона бројка (во случајот 8.000 жители) се пополнува место со еден интернист. Инвестициите во установите се преголеми и заминувањето на лекар од приватната здравствена установа, кој ја напушта државата, може да нанесе материјални штети на инвеститорот, кој не мора да биде специјалист интернист. Дополнително ваквата регулатива секогаш овозможува надградување на квалитетот што е фундамент во приватниот инвестициски сектор.

7. Барање за поголемо залагање на ЛКМ и Министерството за здравство за превенција на Синдромот на преработеност (Overburn Sy) на здравствените работници, особено интернистите, кои секојдневно се изложени на преголем обем на работа во специјалистичко-консултативните амбуланти на ПЗУ и ЈЗУ.

Одговор за точка 6 и 7:

Барањата не се регулират со договор, истите треба да се предвидат во *Законот за здравствена заштита* и се во надлежност на Министерство за здравство.