

СОДРЖИНА

ВОВЕД.....	3
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА	5
ОСИГУРЕНИ ЛИЦА.....	6
ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ	7
1. Право на здравствени услуги	7
2. Право на парични надоместоци.....	9
2.1. Право на надомест на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда	10
2.2. Право на надомест на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство	10
2.3. Право на надоместок на патни трошоци	11
3. Рефундација на средства за лекови и медицински потрошен материјал	11
4. Партиципација	12
5. Протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и заботехнички средства.....	15
6. Лекување во странство.....	17
7. Меѓународни договори за социјално осигурување.....	20
8. Постапка за остварување на право од здравственото осигурување	23
НАПЛАТА НА ПРИХОДИТЕ НА ФОНДОТ	28
Договори за одложени плаќање на придонесите.....	29
Стечајни постапки.....	30
НАДОМЕСТ НА ШТЕТА	31
ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ	33
ФИНАНСИРАЊЕ НА ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	34
ФИНАНСИРАЊЕ НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНАТА И БОЛНИЧКАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	35
ДОГОВОРИ СО ПРИВАТНИ ЗДРАВСТВЕНИ ОРГАНИЗАЦИИ	37
СНАБДУВАЊЕ СО ЛЕКОВИ ОД ПОЗИТИВНАТА ЛИСТА ВО ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	39
ИЗВЕШТАЈ ЗА ФИНАНСИСКОТО РАБОТЕЊЕ НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ЗА 2003 ГОДИНА	41
ПРИХОДИ	41
РАСХОДИ.....	43
ФИНАНСИСКИ РЕЗУЛТАТ	47

КОНТРОЛА	50
РАЗВОЈ НА ИНФОРМАЦИОНИОТ СИСТЕМ.....	53
КАДРОВСКАТА СТРУКТУРА НА ФОНДОТ	56
РАБОТА НА УПРАВНИОТ ОДБОР НА ФОНДОТ	58

ВОВЕД

Фондот за здравствено осигурување на Македонија е самостојна финансиска институција со права и обврски за спроведување на задолжителното здравствено осигурување на територијата на Република Македонија. Фондот врши дејност од јавен интерес и врши јавни овластувања утврдени со Законот за здравственото осигурување.

Со Законот на Фондот му се дадени права, обврски и одговорности да ги планира и прибира средствата од придонесот за задолжително здравствено осигурување, со општи акти поблиску да го утврдува начинот на остварување на правата и обврските на осигурените лица, да обезбедува остварување на права од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица, да ги плаќа здравствените услуги и парични надоместоци, да презема мерки за ефикасно, ефективно и економично користење на средствата, како и други права и обврски од задолжителното здравствено осигурување.

Средствата за работа на Фондот се обезбедуваат од: придонесите од бруто платите и надоместоците на платите на вработените кај работодавачите; придонесите од пензиите и надоместоците од пензиското и инвалидското осигурување; придонесите од платите, односно од приходите на лицата кои самостојно вршат дејност; придонесите од лицата кои се пријавуваат како невработените лица и придонесите на другите обврзници на придонес. Вработените и лицата кои самостојно вршат дејност плаќаат дополнителен придонес, за покривање на ризиците од повреда на работа и професионално заболување.

Покрај придонесите од задолжителното здравствено осигурување, во Буџетот на Републиката се обезбедуваат дел од средствата за спроведување на посебните програми за превентивна здравствена заштита, програми за заштитата од посебни заболувања кои во исто време претставуваат социјален проблем, лекувањето на неосигурените лица и здравствената заштита на посебните групи на население.

Во финансирањето на здравствената заштита, болните учествуваат со лични средства во трошоците на здравствените услуги и лековите (партиципација). Партиципацијата е приход на Фондот, а се плаќа во здравствената установа при користењето на здравствените услуги и лековите.

Остварените средства во Фондот се користат за покривање на трошоците за: здравствени услуги на осигурените лица; лекови, медицински и санитарски материјал за лекување; протези, ортопедски и други помагала; парични надоместоци, инвестициони вложувања; вршење функција на Фондот; дел од превентивните и другите програми и за други потреби за спроведување на задолжителното здравствено осигурување.

Фондот, како носител на јавни функции има обврска најмалку еднаш годишно да доставува извештај за својата работа на Министерството за здравство, Владата и Собранието на Република Македонија. Годишниот извештај се доставува во рок од 60 дена од истекот на рокот за доставување на годишна сметка на Фондот .

ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Во Република Македонија е воспоставено задолжително здравствено осигурување за сите граѓани врз начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефикасно користење на средствата. Задолжителното здравствено осигурување го спроведува Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд), како самостојна и единствена финансиска институција на која и се дадени права и обврски за спроведување на задолжителното здравствено осигурување на територијата на Република Македонија. Согласно член 53 од Законот за здравственото осигурување¹ (во натамошниот текст: Закон) Фондот има својство на правно лице, врши дејност од јавен интерес, врши јавни овластувања и е самостоен во својата работа.

Со работата на Фондот управува Управен одбор, како највисок и единствен орган на управување со работата на Фондот. Управниот одбор се состои од 13 членови кои ги именува Собранието на Република Македонија за време од две години и тоа: шест претставници од осигурениците, двајца претставници од работодавците, тројца претставници од здравствените установи и по еден претставник од Министерството за здравство и Министерството за финансии. Мандатот на членовите на Управниот одбор е две години.

Со работата на Фондот раководи директорот на Фондот. Директорот на Фондот се назначува од страна на Управниот одбор, а согласност на одлуката за именување дава Владата на Република Македонија. Мандатот на директорот е четири години, со можност за уште еден мандат.

Стручните, административните и другите работи на Фондот се извршуваат во единствена стручна служба за територијата на целата Република. Стручната служба е организирана во:

- централна служба со седиште во Скопје, во која се вршат најстручните работи како што се: раководењето, нормативно-правните работи, економско-аналитичките работи, финансиските и сметководствени работи, контролните функции, информатичките и другите работи кои обезбедуваат единство во вршењето на работата на Фондот и

- триесет подрачни служби кои се организирани за подрачјето на една или повеќе општини, во кои на осигурените лица им се обезбедуваат услови за остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување.

Системот на задолжително здравствено осигурување, чии средства од придонеси се главен извор за финансирање и покривање на трошоците на здравствената заштита во Република Македонија, обезбедува повеќе од 90% од вкупните средства за здравствената заштита и останатите права од здравственото осигурување. Покрај средствата од придонесите, за

¹ "Службен весник на РМ", број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002 и 31/2003

финансирање на здравствената заштита се остваруваат приходи од: партиципација на осигурените лица, Буџетот на Републиката, претпријатијата и организациите, граѓаните како корисници на здравствени услуги, донации и други извори.

Во рамките на спроведувањето на задолжителното здравствено осигурување, Фондот склучува договори со здравствените установи кои обезбедуваат здравствени услуги на осигурените лица и притоа определува одредени цели кои треба да се постигнат при укажувањето на здравствените услуги. Почнувајќи од 2002 година Фондот отпочна да склучува договори со приватните здравствени организации од примарната здравствена заштита, а од 2004 година отпочна со склучување на договори со здравствените установи кои враќаат специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

ОСИГУРЕНИ ЛИЦА

Со задолжителното здравствено осигурување е опфатено скоро целото население во Република Македонија, било како осигуреници или како членови на нивните семејства. Тоа ги опфаќа лицата во работен однос, лицата кои вршат самостојна дејност, лицата кои се занимаваат со земјоделство и слични занимања, корисниците на пензии и други права од пензиското и инвалидското осигурување, борците, привремено невработените лица, воените и цивилните инвалиди, корисниците на социјални права и др. Тие според основот на осигурување се распоредени во 14 категории на осигуреници, кои според висината на стапките и основите за пресметување и плаќање на придонесот можат да се групираат во следните седум групи:

1) лицата во работен однос и лицата кои вршат самостојна дејност плаќаат придонес во висина од 9,2% од бруто платата и надоместокот на плата (платата во која се содржани и даноците и придонесите од плата);

2) лицата кои се занимаваат со земјоделство и слични занимања, како единствено и главно занимање плаќаат придонес во висина од 9,2% на нето платата за вршење на соодветната дејност;

3) корисниците на пензии и други права од пензиското и инвалидското осигурување плаќаат придонес во висина од 14,694% на нето износот на пензијата;

4) привремено невработените лица, борците, воените и цивилните инвалиди и корисниците на социјални права според прописите за социјална заштита плаќаат придонес во висина од 8.6% на износот од 65% од просечната исплатена нето плата по работник;

5) државјаните на Републиката кои се во работен однос во странство (доколку не се осигурени кај странскиот работодавец) и странските државјани вработени во странски фирми кои вршат работи во Републиката плаќаат придонес од денарска противвредност на 100 ДЕМ месечно;

6) членовите на семејствата на војниците (кои немаат друг основ на осигурување), лицата што се наоѓаат на издржување казна затвор, во притвор и лицата на воспитни мерки во воспитно поправните установи плаќаат придонес со стапка од 7,5% на износот од 65% од просечно исплатената нето плата по работник и

7) лицата во верските заедници и во монашките редови плаќаат придонес во висина од 12,465% на износот од 65% од просечно исплатената плата по работник.

Во задолжителното здравствено осигурување доброволно можат да се вклучат и граѓаните кои не се здравствено осигурени, и на тој начин, за себе и за членовите на своето семејство, да си обезбедат право на користење здравствени услуги. За здравствено осигурување, овие осигуреници плаќаат придонес во висина од 12,465% од просечно исплатената нето плата по работник.

Осигурениците од првата група плаќаат дополнителен придонес за задолжително здравствено осигурување за случај на повреда на работа и професионално заболување, во висина од 0,5% од бруто платата и надоместокот на платата. Дополнителниот придонес се плаќа поради зголемените ризици кои настануваат поради повреда на работа и професионално заболување при работа со средства на зголемена опасност или во услови штетни по здравјето на работниците. Од истите причини, за овие осигуреници е обезбедена поповолна материјална заштита, кои во случаите кога се спречени за работа поради повреда на работа и професионално заболување примаат надоместокот на плата во висина од 100% од основицата за надоместок на плата.

Правата од задолжителното здравствено осигурување, освен правото на надоместок на плата, со Законот им се обезбедуваат и на членовите на семејството на сите осигуреници. Како членови на семејството се сметаат: брачниот другар и децата родени во брак и вон брак, посиноците, посвоените деца и децата земени на издржување.

ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ

Со задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедуваат здравствени услуги во случај на болест и повреда и парични надоместоци врз начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење на средствата.

1. Право на здравствени услуги

Со задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедуваат здравствени услуги, во случај на болест и повреда надвор од работа и повреда на работа и професионално заболување. Тоа се здравствени услуги од основниот пакет на услуги, со кои на секое осигурено лице му е дадена можност да користи право на лекарски прегледи, испитување заради дијагностицирање и лекување со сите

медицински методи и постапки и соодветни лекови според листата на лекови, на сите нивоа на здравствена заштита, кога тие се потребни заради заштита на здравјето. Со основниот пакет на здравствени услуги се опфатени:

а) во примарната здравствена заштита:

- здравствени услуги заради утврдување, следење и проверување на здравствената состојба;

- преземање на стручно медицински мерки и постапки за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болестите и други нарушувања на здравјето;

- укажување на итна медицинска помош, вклучувајќи и превоз со санитарско возило кога е тоа неопходно;

- лекување во ординација, односно во домот на корисникот;

- здравствена заштита во врска со бременост и породување;

- спроведување на превентивни, терапевтски и рехабилитациони мерки;

- превенција, лекување и санирање на болестите на устата и забите и

- лекови според листата на лекови;

б) во специјалистичко-консултативната здравствена заштита:

- испитување и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба;

- спроведување на специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки и

- протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и забнотехнички средства според индикации;

в) во болничката здравствена заштита:

- испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување, рехабилитација, нега, сместување и исхрана во болнички услови;

- лекови според листата на лекови, како и помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитарските и друг материјал потребен за лекување и

- сместување и исхрана на придружник при неопходно придружување на дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена

Основниот пакет на здравствени услуги подетално е разработен со Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување².

Со средствата од задолжително здравствено осигурување се покриваат превентивните мерки и активности кои се важен дел од основниот пакет на здравствени услуги. Тие опфаќаат: заштита од штетни

² "Службен весник на РМ" број 111/2000, 71/2001 и 23/2002

влијанија врз здравјето на населението; откривање, сузбивање и спречување на заразни болести; систематски прегледи на децата, учениците и студентите; заштита на жената во врска со бременоста, породувањето, леунството и планирање на семејството; заштита на доенчиња и мали деца; заштита од болести на зависности и други превентивни мерки и активности.

Во основниот пакет не влегуваат здравствените услуги кои не претставуваат основна здравствена заштита за здравјето на осигуреното лице, туку претставуваат посебни барања и желби на осигурените лица. Тоа се разни видови на прегледи на лично барање на осигурените лица, естетски операции, бањско климатско лекување, лекување на акутни пијанства, прекинување на бременост од немедицински причини, надстандардни услуги, лекови кои не се опфатени со листите на лекови, издавање на сите видови лекарски уверенија и оценка на работната способност, незадолжително вакцинирање и други. Овој вид на здравствени услуги можат да бидат опфатени во доброволното здравствено осигурување.

Со задолжителното здравствено осигурување не се опфатени здравствените услуги кои се вршат по барање на одредени работодавци кои се должни да обезбедат здравствена заштита за своите работници според прописите за заштита при работа. Тоа се прегледи заради утврдување на здравствената состојба и работната способност на работниците, систематски, контролни и периодични и други прегледи на работниците, оценување на влијанието на условите за работа и други превентивни мерки за заштита на работниците.

Од средствата за задолжително здравствено осигурување не се покриваат превентивните здравствени услуги на професионалните спортисти, како и други здравствени услуги што се утврдени со посебни закони од други области, како на пример: систематските прегледи на просветните работници, прегледите на регрутите, на возачите на моторни возила, на персоналот на воздухоплови, оценката на работната способност според прописите на пензиското и инвалидското осигурување, оценката на способноста за самостоен живот и работа според прописите за социјална заштита и др.

2. Право на ѓарични надоместоци

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

- надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда;
- надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство
- надоместок на патни трошоци при користење на здравствени услуги.

2.1. Право на надоместї на ıлаїа за време на ıривремена сїреченосї за работїа ıоради болесї и ıовреда

Надоместок на плата (боледување) можат да остварат осигурениците во работен однос и самостојните вршители на дејност кои со својата работа остваруваат плата, а кои не можеле да ја остварат поради тоа што биле спречени за работа поради болеста, односно повредата.

Членовите на семејството не можат да остваруваат надоместок на плата заради тоа што тие се осигурени преку носителот на осигурување, не се во работен однос и не остваруваат плата. Тие можат да остваруваат само право на здравствена заштита поради болест.

Во текот на 2003 година осигурениците на Фондот оствариле право на надоместок на плата за време на боледување, а најмалата висина на надоместокот е 85% од основицата на надоместокот, која ја прави просечниот износ на плата која на осигуреникот му е исплатена во последните шест месеци пред месецот во кој настанал случајот на основа на кој се стекнува право на надоместок.

Во 2003 година исплатени се средства за надоместок за плата (боледување) во износ од 350,610,563 денари што претставува 2.39% од вкупните расходи на Фондот. Надоместокот за боледување во 2003 година бележи пад за 10,3% во однос на 2002 година, кога е исплатен надоместок во износ од 393,623,746 денари.

2.2. Право на надоместї на ıлаїа за време на оїсусїїво од работїа ıоради бременосї, раѓање и мајчинсїїво

Правото на надоместок на плата за време на спреченост за работа поради бременост, раѓање и мајчинство им припаѓа на осигурениците кои се во работен однос и лицата кои вршат самостојна дејност, и кои со својата работа би оствариле плата, а кои се спречени да ја остварат поради тоа што очекуваат раѓање на дете и отсуство поради одгледување на детето.

Со Законот за работните односи се дава право на осигурениците - вработени жени за време на бременост, раѓање и мајчинство да отсуствуваат од работа во траење од девет месеци непрекинато, а доколку роди повеќе деца (близнаци, тројка и повеќе) една година. Право на породилно отсуство, во пропишани случаи може да користи таткото на детето наместо мајката.

Надоместокот на плата за време на спреченост за работа поради бременост, раѓање и мајчинство се пресметува во висина од 100% од износот на пресметаниот надоместок на плата.

Во 2003 година се исплатени 620,671,249 денари за надомест на породилно боледување што претставува 4.22% од вкупните расходи на Фондот. Надоместокот за породилно боледување во 2002 година е исплатен во износ од 500,741,585 денари, што претставува 3.58% од вкупните расходи на Фондот во таа година.

Овој надоместок бележи постојан раст во последните години поради укинувањето на одредбите од Законот за претходно осигурување од најмалку 6 месеци пред остварување на правото. Така има случаи да се остварува надомест за породилно боледување и и со еден ден осигурување пред породување, односно пред остварување на правото на боледување.

2.3. Право на надоместок на патни трошоци

Осигурениците и членовите на нивните семејства можат да остварат надоместок на патни и дневни (само за стручен придружник) трошоци само ако се упатени да користат здравствени услуги во здравствени установи надвор од Републиката и право на патни трошоци ако се упатени да користат здравствени услуги во врска со дијализа и вежби за рехабилитација на видот, слухот и говорот надвор од местото на живеење, а кои се спроведуваат амбулантски. Висината на надоместокот на патните трошоци се утврдува во износ на настанатите трошоци на превозните средства.

Во 2003 година се исплатени 10,773,034 денари за надомест на патни трошоци, што претставува намалување за 25% во однос на 2002 година, во која се исплатени средства во износ од 14,199,070 денари.

3. Рефундација на средствва за лекови и медицински потрошен материјал

Согласно член 9 точка а/8 и точка б/2 од Законот, при користење на здравствените услуги осигурените лица имаат право на лекови според Листата на лекови. Право на лекови според Листата на лекови осигурените лица остваруваат врз основа на рецепт во примарната здравствена заштита. Лековите на рецепт се издаваат во аптеките со кои Фондот има склучено договор за снабдување на лекови.

Доколку осигуреното лице не може да го најде лекот во аптеките, лекот може да го набави со сопствени средства во други аптеки, со тоа што до подрачната служба на Фондот може да поднесе барање за рефундација за набавениот лек.

Во 2003 година од осигурените лица поднесени се вкупно 110.100 барања до подрачните служби на Фондот за рефундација на лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, во вкупен износ од 118.320.345 денари, а во 2002 година се поднесени 160.082 барања за рефундација на лекови од Листата на лекови, во вкупен износ од 109.703.588 денари.

Исто така, во 2003 година до подрачните служби на Фондот поднесени се вкупно 4.170 барања за рефундација на средства за медицински потрошен материјал, кој осигурените лица го набавиле со сопствени средства, во вкупен износ од 40.383.139 денари, а во 2002 година до подрачните служби на Фондот доставиле 2.505 барања за рефундација на медицински потрошен материјал, во вкупен износ од 29.526.628 денари.

	2002 година		2003 година	
	Барања	Износ	Барања	Износ
Лекови	160.082	109.703.588	110.100	118.320.345
Медицински потрошен материјал	2.505	29.526.628	4.170	40,383.139

Анализата покажува дека во 2003 година намален е бројот на осигуреници кои доставиле барање за рефундација на лекови кои ги набавиле со сопствени средства за 49.982 барања во однос на 2002 година. Пресметаниот износ за рефундација во 2003 година е за 8.617.757 денари поголем во однос на 2002 година. Ова е резултат на измените и дополнувањето на позитивната листа на лекови при крајот на 2003 година, во која се вклучени лекови со поголема цена. Покрај тоа, со усвојувањето на новата позитивна листа на лекови не беа утврдени тендерски цени и беа склучени договори со добавувачите на лекови, а осигурениците тие лекови ги набавуваа со свои средства. За набавените лекови осигурените лица остваруваа рефундација од Фондот.

Исто така, бројот на поднесените барања за рефундација на медицинскиот потрошен материјал во 2003 година е зголемен за 1.665 барања во однос на 2002 година, а пресметаниот износ за рефундација е за 10.856.511 денари повеќе во 2003 година, во однос на 2002 година.

Врз основа на член 49 од Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување за осигурените лица кои со сопствени средства набавиле лек од странско производство како единствен и неопходен лек за тоа заболување, во текот на 2003 година донесени се решенија за 442 барања од осигуреници за кои треба да се рефундираат средства во износ од 2.612,040 денари. Во 2002 година донесени се решенија за 520 барања и за овие барања е пресметан вкупен износ од 2.991.859 денари.

Во 2003 година намален е бројот на поднесените барања за рефундација во однос на претходниот период за 78 барања. Аналогно на тоа во 2002 година исплатени се 379.819,00 денари повеќе отколку во 2003 година.

4. Партиципација

Осигурените лица имаат обврска да плаќаат партиципација при користењето на здравствените услуги и лековите. Партиципацијата беше воведена со цел да го намалува непотребното користењето на здравствените услуги, односно да ја намалува преголемата и непотребна потрошувачка на лекови и истовремено да обезбеди дополнителни средства за финансирање на здравствената заштита.

Досегашните искуства покажаа дека партиципацијата има ограничен успех во намалување на преголемото користење на повторени и непотребни здравствените услуги во болничката здравствена заштита и во потрошувачката на лековите на рецепт во примарната здравствена

заштита, но нејзиниот ефект е уште помал во обезбедувањето на дополнителни средства за финансирање на здравствената заштита затоа што таа изнесува од 3% до 4% од вкупните средства на здравственото осигурување. На ова влијае и големиот број на ослободувања од партиципација што се дополнително утврдени со Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите³.

Од плаќањето на партиципација при користењето на здравствените услуги и лековите, освен за лековите од листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство, се ослободени:

- осигурените лица за лекарски преглед кај избраниот лекар и итна медицинска помош на повик;
- децата со посебни потреби, според прописите за социјална заштита;
- корисници 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 и
- децата до 18-годишна возраст и осигурените лица кои имаат потреба од протези за долни и горни екстремитети, слушни протези, ортооптички помагала и инвалидска количка и од медицински помагала за функција на физиолошките празнења.

Преку посебните програми за превентивна здравствена заштита и за лекување на одделни потешки заболувања се обезбедуваат средства за партиципација од Буџетот на Републиката. Според тие програми партиципација не се плаќа за :

- мајките - за здравствени услуги, лекови и други трошоци при породувањето и за лекување на децата до една година возраст;
- систематски прегледи на ученици и студенти;
- задолжителна имунизација;
- крводарители кои дарувале крв над 10 пати;
- лекување од определени незаразни и заразни заболувања;
- прегледи и лекување на заболени од туберкулоза, лекување на заболени од бруцелоза, лекување на болните од СИДА;
- лекување на зависници во акутна состојба сместени во болница (до 30 дена) и зависници од алкохол и дроги кои се лекуваат во дневни болници (до 30 дена);
- лекување на болни кои се третираат со дијализата, лековите за лекување по трансплатација на органи, лекување од малигни заболувања

³ "Службен весник на РМ" број 48/2001 и 52/2001

(хемиотерапија, радиотерапија и хирушко лекување), лекување од шеќерна болест (за инсулин со шприц и игла или пенкало), хормон за растење кај децата и лекување од хемофилија.

Со Законот и подзаконските акти за партиципација е утврден максималниот износ на учеството до 20% од вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите, 20% од вкупните трошоци при одобреното лекување во странство и до 50% од протезите и ортопедските помагала. Партиципацијата е утврдена во фиксни износи, обратно пропорционални од висината на цените на здравствените услуги. Тоа значи дека, за поскапите здравствени услуги е утврдено пропорционално во процент помала партиципација и обратно, за поефтините здравствени услуги е утврдена во процент поголема партиципација, но во никој случај партиципацијата не е повисока од 20 отсто од просечниот износ на вкупните трошоци на здравствените услуги, односно лековите.

При утврдување на висината на партиципација што треба да ја плати осигуреното лице се водело сметка и за социјалниот статус на осигурените лица, така што за осигурените лица со помали приходи во семејството е предвидено да плаќаат помал вкупен износ на партиципација. Годишниот лимит на партиципација е утврден на 40 отсто од просечната месечна плата за осигурените лица чии месечни приходи во семејството се помали од просечната нето плата остварена во Републиката во минатата година, на 20 отсто за осигурените лица чии месечни приходи во семејството се помали од 60 отсто од минатогодишната просечна нето плата и на 70 отсто од просечната остварена месечна нето плата за останатите осигурени лица.

Годишен лимит на партиципација е утврден и за одредени возрасти на осигурени лица. Така, за децата од 1 до 5 години возраст годишниот лимит е 20 отсто од просечната нето плата остварена во Републиката во претходната година, по што ќе бидат ослободени од партиципација, за децата од 5 до 18 години возраст годишниот лимит е утврден на 40 отсто, а тој лимит важи и за лицата постари од 65 години.

Ослободувањето од партиципација по овие основи се врши врз основа на решение на подрачните служби на Фондот, со кое се утврдува висината на платеното учество и основот за ослободување од натамошно плаќање на партиципација.

Во 2003 година во подрачните служби на Фондот се донесени 8,933 решенија за ослободување од партиципација при користењето на здравствените услуги на осигурените лица, а во 2002 година се донесени 7,111 решенија за ослободување од партиципација, односно за 1,822 решенија повеќе во 2003 година во однос на 2002 година.

Исто така, за осигурените лица кои при користењето на здравствените услуги платиле поголем износ на партиципација од износот кои биле должни да го платат согласно прописите, во 2003 година по барање на осигурените лица се донесени 1,318 решенија за враќање на повеќе платена партиципација, а во 2002 година се донесени 705 решенија, односно за 613 решенија повеќе во 2003 година во однос на 2002 година. По овој основ, во 2003 година на осигурени лица се исплатени средства во износ од 2,356,706 денари како враќање на повеќе наплатена

партиципација, а во 2002 година се исплатени средства во износ од 1,401,662 денари, односно за 955,044 денари повеќе во 2003 година во однос на 2002 година.

	2002 година		2003 година	
	Број	Износ	Број	Износ
Решенија за ослободување од партиципација	7,111		8,933	
Решенија за враќање на повеќе платена партиципација	705	1,401,662	1,318	2,356,706

Согласно член 36 од Законот, партиципацијата е приход на Фондот, а се наплатува во здравствените установи при користењето на здравствените услуги и на лековите. Уплатувањето на партиципацијата од здравствените установи на сметка на Фондот започна да се врши од март 2003 година. Вкупните средства од уплатата на партиципацијата за период март - декември 2003 година се во износ од 485,006,222 денари, од кои 452,230,792 денари за лекување во здравствените установи во Републиката и 32,775,430 денари партиципација од осигурените лица за лекување во странство.

5. Протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и заботехнички средства

Осигуреното лице остварува право на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и заботехнички средства на начин утврден со Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала⁴.

Потребата за протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и заботехнички средства ја утврдува лекар специјалист од соодветната специјалност. Потврдата за потребата од ортопедско или друго помагало се заверува во подрачната служба на Фондот.

Во 2003 година во Фондот се поднесени 82.835 барања за остварување на правото на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и заботехнички средства, со вкупна вредност од 182.914.911 денари, а во 2002 година 74,093 барања со вкупна вредност од 170,235,331 денари. Вредноста на издадените потврди за ортопедски помагала е за 12,679,580 денари е поголема во 2003 година во однос на 2002 година.

Податоците за одделни видови на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и заботехнички средства се дадени во табелата:

⁴ "Службен весник на РМ" број 111/2000, 56/2001, 4/2001 и 71/2001

Вид на ортопедско помагало	2002 година	2003 година
Протези и ортози	5,614	7,207
Инвалидски колички	309	345
Ортопедски чевли	5,320	6,405
Останати помагала и санитарски справи	39,391	39,488
Очни помагала	9,731	9,629
Слушни помагала	594	778
Помагала за гласен говор	2	1
Заботехнички и заботетички средства	13,132	17,322

Од табелата се гледа дека во 2003 година зголемен е бројот на поднесени барања за остварување на право на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и заботехнички средства за 8.742 барања во однос на 2002 година. Зголемениот број на барања по вид на ортопедски помагала во 2003 година во однос на 2002 година се: протези 1,593 потврди, инвалидски колички 36, ортопедски чевли 1.085, останати помагала и санитарски справи 97, очни помагала 102, слушни помагала 184, помагала за гласен говор 1, заботехнички и заботетички помагала 4,190.

Во 2003 година е донесен Правилник за изменување и доплнување на Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала. Со измените и дополнувањата на Правилникот се овозможува задоволување на повеќе потреби и поголема достапност за корисниците на ортопедските и други помагала и тоа:

- намалување на партиципацијата од 40% на 10%,
- проширување на права (на пример, право до 6 навлаки за чунки годишно, употреба на нелатон катетар и др.),
- скратување на роковите на траење, односно за повторно остварување на право за ортози и инвалидски колички кај децата и други помагала,
- поголема достапност на одредени помагала (ортопедски чевли до 18 годишна возраст, наместо 15),
- дефинирање на материјал за изработка на ортопедски помагала, со цел за обезбедување подобар квалитет,
- овозможување поправка на помагалата и замена на делово во утврдениот рок на употреба.

6. Лекување во странство

Осигуреното лице може да користи болничко лекување во странство со одобрение на Фондот, ако е во прашање заболување кое не може да се лекува во здравствените установи во Републиката, а во земјата во која осигуреникот се упатува постои можност за успешно лекување на тоа заболување.

Постапката за упатување на лекување во странство се поведува по барање на осигуреното лице. Кон барањето се приложува конзилијарно мислење од соодветната клиника во Клиничкиот центар - Скопје дека се исцрпени можностите за лекување на нашите клиници и во која здравствена установа и земја постои можност и веројатност за успешно лекување на тоа заболување.

Во 2003 година се поднесени вкупно 319 барања за остварување право на болничко лекување во странство, од кои за:

- 275 барања, лекувањата се извршени
- 37 барања лекувањата не се реализирани и се оставени за реализирање во 2004 година, бидејќи осигурениците не ги извршиле,
- 7 барања од осигурениците се одбиени поради тоа што не биле исцрпени можностите за лекување во постојните здравствени установи на Република Македонија.

Податоците за пооделни видови на заболувања од вкупно 275 извршени лекувања во странство се дадени во следната табела:

- онколошки	80
- детски кардиохируршки	69
- кардиолошки возрасни	25
- очни	25
- неурохируршки	17
- гинеколошки	9
- ортопедски	8
- уролошки	4
- нефролошки	3
- други интервенции контролни прегледи, вградување на имплантанти)	35

Вкупните средства за извршените лекувања во странство, за донесени решенија за лекување во 2003 година, изнесуваат 1.631.955,70 EUR, 609.404,00 USD, 92.159,01 GBP, 105.266,60 CHF или во денарска противвредност во вкупен износ од 143.731.393 денари.

Во 2002 година се поднесени вкупно 330 барања на осигурени лица за остварување право за лекување во странство и се потрошени 1.356.223 ЕУР, односно 83.407.715 денари. Од вкупно поднесените 330 барања:

- 203 барања за лекувања се реализирани,
- 92 барања беа оставени за реализирање во текот на 2003 година

- 35 барања осигурениците се одбиени поради тоа што не биле исцрпени можностите за лекување во постојните здравствени установи на Република Македонија

Анализата покажува дека во 2003 година се зголемени средствата за лекување во странство за 60.323.678 денари во однос на 2002 година. Во 2003 година зголемен е бројот на упатените лица за вршење на здравствени услуги од областа на радиологија и онкологија поради неисправност на акцелераторот во Институтот за радиологија и онкологија при Клинички центар - Скопје.

Бројот на лицата по видови заболувања и потрошените средства за донесени решенија по држави во кои е извршено лекувањето во 2003 година се дадени во следните табели:

БУГАРИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
очни	12	11.560,00 УСД 6.400,00 ЕУР
детски кардиохируршки	69	496.580,00 УСД
возрасни кардиохируршки	7	44.700,00 ЕУР
други лекувања	6	17.265,00 ЕУР
Вкупно	94	68.365,00 ЕУР 508.140,00 УСД

СРБИЈА И ЦРНА ГОРА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
очни	6	9.709,42 ЕУР
онколошки	4	6.374,24 ЕУР
кардиолошки	12	80.013,00 ЕУР
други лекувања	6	19.487,00 ЕУР
Вкупно	28	115.583,66 ЕУР

ГРЦИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
неурохируршки	2	22.959,12 ЕУР
онколошки	69	182.220,56 ЕУР
гинеколошки	4	7.000,00 ЕУР
други лекувања	2	43.837,00 ЕУР
Вкупно	77	256.016,68 ЕУР

СЛОВЕНИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
онколошки	2	7.825,00 ЕУР
гинеколошки	5	6.294,00 ЕУР
хируршки-уролошки	4	24.019,00 ЕУР
други	1	1.138,00 ЕУР
Вкупно	12	39.276,09 ЕУР

АВСТРИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
неурохируршки	7	82.634,30 ЕУР
ортопедски	4	195.688,15 ЕУР
други лекувања	2	21.207,52 ЕУР
Вкупно	13	299.529,97 ЕУР

ГЕРМАНИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
кардиолошки	3	7.665,00 ЕУР
неурохируршки	3	124.150,00 ЕУР
онколошки	1	2.640,00 ЕУР
очни	2	3.476,00 ЕУР
ортопедски	2	86.173,21 ЕУР
други лекувања	4	300.092,58 ЕУР
Вкупно	15	524.196,79 ЕУР

ФРАНЦИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
ортопедски	2	23.252,84 ЕУР
неурохируршки	2	32.782,19 ЕУР
ушни	2	36.288,35 ЕУР
онколошки	1	11.614,11 ЕУР
други лекувања	3	65.034,65 ЕУР
Вкупно	10	168.972,14 ЕУР

РУСИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
нефролошки	2	90.000,00 УСД
очни	4	11.264,00 УСД
Вкупно	6	101.264,00 УСД

ХРВАТСКА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
хематолошки	1	50.000,00 ЕУР
други лекувања	4	13.198,04 ЕУР
Вкупно	5	63.198,04 ЕУР

АНГЛИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
кардиолошки	2	31.000,00 ГБП
хируршки-имплантации	2	61.159,01 ГБП
Вкупно	4	92.159,01 ГБП

ШВАЈЦАРИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
онколошки	1	2.600,00 ЕУР
кардиолошки	1	26.243,90 ЦХФ
неурохируршки	1	24.122,70 ЦХФ
хируршки-имплантации	1	55.000,00 ЦХФ
Вкупно	4	2.600,00 ЕУР 105.266,60 ЦХФ

ИТАЛИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
нефролошки	1	42.006,62 ЕУР
неурохируршки	2	22.000,00 ЕУР
Вкупно	3	64.006,62 ЕУР

ХОЛАНДИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
онколошки	2	6.433,74 ЕУР
хируршки-пластика	1	20.476,91 ЕУР
Вкупно	3	26.910,65 ЕУР

БЕЛГИЈА

Вид на интервенција	Број на лица кои го извршиле лекувањето	Износ
офталмолошка	1	3.300,00 ЕУР

7. Меѓународни доѓовори за социјално осигурување

Фондот, како овластен орган за врска и носител на здравственото осигурување ги спроведува билатералните Договори за социјално осигурување во остварувањето на правата од здравственото осигурување на нашите граѓани на работа во странските земји или кога таму престојуваат по други основи, како и на членовите на нивните семејства кои останале да живеат во Република Македонија. Со договорите се утврдени и правата на нашите пензионери кои живеат во странство, како и на корисниците на странски пензии кои живеат во нашата земја и членовите на нивните семејства.

Правата и обврските од билатералните Договори за социјално осигурување, во Фондот, се спроведуваат во одделението за меѓународни конвенции. Непосредното спроведување на одредбите од меѓународните договори, бара од органите за врска и носителите на осигурување непосредни разговори на кои се разгледува и усогласува примената на поедини одредби на договорите, исплатата на давањата остварени според одредбите на договорите, се договараат двојазични обрасци со кои се остварува комуникацијата во остварување на правата како и се решаваат проблемите кои се јавуваат со примената на Договорите.

Во таа насока во 2003 година на 07.02.2003 година во Софија е потпишан Договор за социјално осигурување помеѓу Република Македонија и Република Бугарија, со тоа што одредбите на овој Договор кои се однесуваат за здравствена заштита ќе се применуваат по истекот на 4 години од денот на влегувањето во сила на Договорот, односно од 1 август 2003 година, кога е влезен во сила Договорот. На 08.07.2003 година во Скопје потпишан е Договорот за социјално осигурување помеѓу Република Македонија и Сојузна Република Германија и Спогодбата за спроведување на истиот, кој е ратификуван на 20 октомври 2003 година и објавен во Службен весник на РМ број 70 од 3 ноември 2003 година.

Од 1.10 до 3.10.2003 година во Загреб се одржаа разговори со хрватскиот орган за врска на кои разговори се разгледуваа прашања и проблеми од досегашната примена на Договорот за социјално осигурување и Административната Спогодба за спроведување на истиот.

Од 24.11 до 28.11.2003 година во Скопје се одржаа разговори со германскиот орган за здравствено осигурување на кои е разгледан и утврден текстот на нацрт - Спогодбата меѓу органите за врска од областа на здравственото осигурување и се утрдени двојазичните образци.

Финасиските податоци за побарувања по основ на стварни трошоци по меѓународни договори (Конвенции) за социјално осигурување во 2002 и 2003 година се прикажани во следната табела:

Земја	2002 денари	2003 денари	Индекс
Австрија	241.259,50	1.529.994,50	634,17
Белгија	53.481,00	87.086,00	162,84
Германија	5.977.777,50	11.331.350,50	189,56
Италија	6.747.227,00	10.424.766,50	154,50
Франција	0,00	31.352,00	0
Холандија	970,00	243.749,00	25.128,76
Хрватска	2.184.929,00	2.716.926,00	124,35
Словенија	310.023,00	785.345,00	253,32
Југославија	0,00	734.037,00	0
ВКУПНО:	15.515.667,00	27.884.606,50	179,72

Од прегледот на побарувањата по основ на стварни трошоци, можеме да констатираме дека во 2003 година повеќе странски осигуреници престојувале во Република Македонија и истите имаат користено здравствени услуги за време на привремениот престој, отколку што странски осигуреници користеле здравствени услуги за време на привремениот престој во нашата држава во 2002 година. Побарувањата по овој основ во 2003 година бележат зголемување од 79,72% или за 12.368.939,50 денари, во однос на 2002 година.

Финасиските податоци за обврските по основ на стварни трошоци по меѓународни договори (Конвенции) за социјално осигурување во 2002 и 2003 година се прикажани во следната табела:

Земја	2002 денари	2003 денари	Индекс
Австрија	491.132,00	716.199,00	145,83
Германија	877.939,00	1.069.939,00	121,87
Холандија	0,00	1.168,00	0
Хрватска	6.820.943,00	12.966.933,00	190,10
Словенија	155.176,00	0,00	0
Југославија	0,00	283.554,00	0
ВКУПНО:	8.345.190,00	15.037.793,00	180,20

Од прегледот на обврските по основ на стварни трошоци можеме да констатираме дека во 2003 година повеќе македонски осигуреници престојувале во странските земји и истите имаат користено здравствени услуги за време на привремениот престој, отколку што македонски осигуреници користеле здравствени услуги за време на привремениот престој во странските земји во 2002 година. Обврските по овој основ во 2003 година бележат зголемување од 80,20% или за 6.692.603,00 денари, во однос на 2002 година.

Наплатените средства по основ на стварни и паушални трошоци во 2003 година се во износ од 39.316.818 денари, а во 2002 година во износ од 159.562.210 денари. Намалениот прилив на средства во 2003 година во однос на 2002 година е поради фактот што во 2002 година се добиени средства и за претходни години, односно се добиени средства за заостанати побарувања, кои не биле благовремено наплатени поради застојот во примената на меѓународните договори (конвенции) за социјално осигурување по нивното превземавање од страна на Република Македонија, по распаѓањето на СФР Југославија.

Побарувања и обврски по основ на несреќи на работа

	2002 (денари)	2003 (денари)	Индекс
Побарувања	3.221	16.434	510,21
Обврски	2.921.858	1.894.257	64,83

Пресметување на трошоци по основ на несреќи на работа со меѓународни Договори (Конвенции) е договорено само со СР Германија. Побарувањата по овој основ во 2003 година бележат зголемување за 13.213,00 денари, во однос на 2002 година како резултат на повеќе користени здравствени услуги од страна на деташираните работници испратени на привремена работа во нашата земја, отколку за време на нивниот деташмант во 2002 година.

Обврските по овој основ во 2003 година бележат намалување за 1.027.601,00 денари, во однос на 2002 година што може да биде како резултат на намалениот број на испратени деташирани работници на привремена работа од Република Македонија во СР Германија во 2003 година во однос на 2002 година, или испратените деташирани работници имаат користено помалку здравствени услуги за време на нивниот

привремен престој во СР Германија во 2003 година, отколку за време на нивниот детапмант во 2002 година.

Примената на договорите за социјално осигурување заслужуваат особено внимание, поради можноста за значителен прилив на девизни средства по основ на стварни и паушални трошоци, за што е неопходно соодветна екипираност на стручниот кадар.

8. Посџайка за осџварување на џправо од здравсџвеноџо осџгурување

Утврдување својство на осигуреник

Право од задолжително здравствено осигурување може да оствари лице на кое му е утврдено својство на осигуреник, односно осигурено лице. Својството на осигуреник се утврдува врз основа на пријава за здравствено осигурување што ја поднесува обврзникот за уплата на придонесот. Доколку од било кои причини не е поднесена пријава за утврдување својство на осигуреник, односно осигурено лице, својството се утврдува со решение на подрачната служба.

Во 2003 година поднесени се вкупно 22.175 пријави за стапување во задолжително здравствено осигурување, додека пак во 2002 година поднесени се вкупно 22.783 пријави за задолжително здравствено осигурување.

Во случаи кога обврзникот за поднесување на пријава за здравствено осигурување не поднесол пријава, лицето за кое не е поднесена пријава може согласно член 26 од Законот да бара Фондот со решение да го утврди својството на осигуреник. Фондот со решение, по службена должност може да утврди својство на осигуреник и во други случаи кога обврзникот не поднесе пријава за задолжително здравствено осигурување.

Во подрачните служби на Фондот во текот на 2003 година донесени се вкупно 580 решенија за утврдување на својство на осигуреник, согласно член 26 од Законот.

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. Подрачните служби на Фондот, односно Фондот е должен за поднесеното барање да донесе решение. Против решението на Фондот, 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 2003 година во Фондот се донесени вкупно 132.019 решенија за права и обврски од здравственото осигурување од кои: 91.195 решенија за права од здравствено осигурување и 40.824 решенија за облог со придонес во приватен сектор.

Во 2002 година за правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување по сите основи во подрачните служби на Фондот се донесени 176,663 решенија за остварување на права и обврски од задолжително здравствено осигурување, од кои : 146,326 решенија за права од здравствено осигурување и 30,337 решенија за облог со придонес во приватен сектор.

Жалбена постапка за права од здравствено осигурување

Во 2003 година примени се вкупно 1,366 предмети, од кои: 1008 жалби во второстепена постапка за остварување на права од здравственото осигурување, 119 пресуди на Врховниот суд на Република Македонија, 169 предмети по кои е покренат управен спор и 2 предмета по обнова на постапка. За работа во 2003 година беа пренесени 68 предмети од 2002 година, кои се наоѓаа во фаза на решавање.

Во 2002 година, во жалбена постапка по решенија донесени во прв степен во подрачните служби на Фондот, во врска со остварување на правата од задолжително здравствено осигурување беа примени вкупно 1.120 жалби, од кои беа решени 1.052, а 68 останаа во постапка на решавање за 2003 година.

Управни спорови за право од здравствено осигурување

Во текот на 2003 година примени се вкупно 85 пресуди и решенија по завршен управен спор од Врховниот суд на Република Македонија по следните основи и тоа: 34 пресуди за рефундација на лекови, 21 за надомест на плата, 16 за лекување во странство без решение на Фондот, 8 за вградени медицински материјали, една за лично учество во трошоците на здравствените услуги, 3 за ортопедски помагала, 2 за други здравствени услуги.

Управна постапка за облог со придонес во приватен сектор

Во текот на 2003 година во Фондот донесени се вкупно 40.824 решенија за задолжување со придонес за здравствено осигурување во приватниот сектор и тоа: за земјоделци, за самостојни вршители на дејност и работници вработени кај самостојните вршители на дејност.

Во 2002 година беа донесени вкупно 30.337 решенија за задолжување со придонес за задолжително здравствено осигурување во приватниот сектор.

Жалбена постапка за придонес

Во 2003 година примени се вкупно 103 жалби по предмети за придонес од кои: за 95 се донесени второстепени решенија (79 за задолжување со придонес, и 16 за утврдување на својство на осигуреник или промена на основот на осигурување), 4 се вратени на повторно одлучување во прв степен, а 4 се вратени во подрачните служби за докомплетирање.

Во 2002 година во жалбена постапка по решенијата донесени од подрачните служби во врска со задолжувањето со придонес за здравствено

осигурување во приватниот сектор се донесени вкупно 128 решенија, од кои: 103 решенија по жалби за придонес, 16 одговори на тужби пред Врховниот суд и 9 решенија по пресуди на Врховниот суд.

Управни спорови за облог со придонес за здравствено осигурување

Во 2003 година доставени се 17 одговори на тужби за заведување на управни спорови пред Врховниот суд на Република Македонија, примени се 12 пресуди по завршен управен спор и кај сите тужбеното барање е одбиено како неосновано.

Упатување на инавалидска 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 инавалидската комисија во Фондот за пензиското и инавалидското осигурување за оценување на работната способност. Осигуреникот кај кој настанала инавалидноста, има право на надоместок на плата до 60 дена од денот на упатување на инавалидската комисија.

Во текот на 2003 година, согласно член 22 од Законот за здравствено осигурување, осигурените лица кои користеле надоместок на плата поради болест во подолг период до 12 месеци, лекарските комисии во подрачните служби на Фондот, упатиле 1.335 осигуреници за оценување на нивната работна способност кај комисиите на ИПК во Фондот за пензиско и инавалидско осигурување. Од упатените 109 осигуреници, оствариле право на инавалидска пензија.

Во 2002 година од Фондот се упатени 1.137 осигуреници на комисијата на ИПК во Фондот за пензиско и инавалидско осигурување за оценување на преостанатата работна способност. Од упатените 83 осигуреници оствариле право на инавалидка пензија.

Анализата покажува дека во 2003 година е зголемен бројот за 198 осигуреници кои биле упатени за оценување на работната способност, во споредба со 2002 година. Исто така, во 2003 година е зголемен и бројот за 26 осигурениците кои оствариле право на инавалидска пензија во споредба со 2002 година.

Специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување

Осигуреното лице може да оствари право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување со решение на Фондот. Според член 9 б/1 од Законот, во болничката здравствена заштита покрај останатите права од здравственото осигурување, осигурениците имаат право и на медицинска рехабилитација. Медицинската рехабилитација осигурените лица ја остваруваат во амбулантски услови, во болнички установи кои вршат медицинска рехабилитација, рехабилитација како продолжено болничко лекување. Начинот на остварувањето и условите под кои може да се оствари

специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување се регулира со одредбите на Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување.

Во 2003 година, право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување со решение на Фондот оствариле 4,305 осигурени лица за што е фактурирано на Фондот вкупен износ од 50.894.899 денари, а во 2002 година оствариле право 3.961 осигурено лице за што е фактурирано на Фондот вкупен износ од 49.891.385 денари. Анализата покажува дека специјализирана медицинска рехабилитација во текот на 2003 година користеле повеќе 344 во однос на 2002 година и се потрошени 1,003,514 денари повеќе во однос на 2002 година.

Користење на здравствени услуги во странство без решение на Фондот

На осигурените лица кои биле лекувани во странска болничка здравствена установа без одобрение на Фондот му се признава дел од трошоците до висината на утврдената цена за соодветната здравствена услуга од цените на здравствените услуги во земјата, а разликата на цената на здравствените услуги и патните трошоци ги поднесува осигуреното лице (член 10 точка 8 од Законот).

Врз основа на член 20 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурени лица во странство⁵, осигурените лица кои без решение на Фондот користеле здравствена заштита во странство имаат право на надомест на трошоците за пружените здравствени услуги во странство согласно Ценовникот за здравствените услуги во Републиката.

Во 2003 година во подрачните служби на Фондот се донесени вкупно 471 решенија во прв степен за користење на здравствени услуги во странство без решение на Фондот. По овој основ се исплатени 15.632.736,00 денари на осигурените лица кои користеле здравствени услуги во странство без решение на Фондот.

Во 2002 година во подрачните служби на Фондот во прв степен донесени се вкупно 624 решенија по овој основ и исплатени се 8,240,581 денари на осигуреници кои користеле здравствени услуги во странство.

Во жалбена постапка за остварување на ова право, во текот на 2003 година решаваани се вкупно 102 предмети и вкупно исплатен износ по овој основ изнесува 900.997 денари. Во 2002 година по овој основ беа донесени решенија за 111 предмети за кој е исплатен износ од 2.712.911 денари.

⁵ "Службен весник на РМ" број 111/200

П Р Е Г Л Е Д
на извршени здравствени услуги во странство без решение на Фондот

2003 година

Ред бр.	Медицинска гранка	Број на предмети	Исплатен износ во денари.	Согласност со I степено решение		Доплата на средства по I степено решение		Враќање на средства по I степено решение	
			со I степено решение	Број на предмети	Вкупна исплата во ден.	Број на предмети	Вкупен износ за доплата во ден.	Број на предмети	Вкупен износ за враќање во ден.
1	ОЧНА МЕДИЦИНА	36	610,302.00	12	129,127.00	20	420,021.00	4	79,381.00
2	ГИНЕКОЛОГИЈА	17	303,376.00	5	78,373.00	11	328,700.00	1	15,517.00
3	ХИРУРГИЈА И ОРТОПЕДИЈА	18	512,732.00	6	114,582.00	12	259,092.00	0	0.00
4	КАРДИОХИРУРГИЈА	23	3,152,699.00	1	486,000.00	22	5,330,585.00	0	0.00
5	НЕВРОЛОГИЈА	2	4,690.00	2	4,690.00	0	0.00	0	0.00
6	КАРДИОЛОГИЈА	3	92,027.00	1	60,722.00	2	20,122.00	0	0.00
7	ЕНДОКРИНОЛОГИЈА	1	36,052.00	0	0.00	1	30,472.00	0	0.00
8	ОНКОЛОГИЈА	2	55,103.00	1	27,503.00	1	55,368.00	0	0.00
	ВКУПНО:	102	4,766,981.00	28	900,997.00	69	6,444,360.00	5	94,898.00

2002 година

1.	ОЧНА МЕДИЦИНА	50	612.982,00	22	245.482,00	23	326.641,00	5	54.271,00
2.	ГИНЕКОЛОГИЈА	13	249.621,00	4	93.847,00	6	81.025,00	3	37.039,00
3.	ХИРУРГИЈА ОРТОПЕДИЈА	13	318.462,00	6	125.111,00	4	117.033,00	3	30.620,00
4.	КАРДИОХИРУРГИЈА	12	1.435.650,00	5	675.387,00	5	395.357,00	2	54.016,00
5.	НЕУРОХИРУРГИЈА	7	437.005,00	1	50.396,00	6	447.012,00	0	0,00
6.	НЕВРОЛОГИЈА ПСИХИЈАТРИЈА	5	20.276,00	2	0,00	3	18.270,00	0	0,00
7.	ОНКОЛОГИЈА	3	518.855,00	1	462.661,00	2	53.105,00	0	0,00
8.	ХЕМАТОЛОГИЈА	3	1.320.251,00	1	339.856,00	2	1.249.004,00	0	0,00
9.	ПУЛМОЛОГИЈА	2	3.597,00	0	0,00	2	6.529,00	0	0,00
10.	ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЈА	1	7.705,00	1	7.705,00	0	0,00	0	0,00
11.	ГАСТРОЕНТЕРОХЕПАТОЛОГИЈА	1	112.030,00	0	0,00	1	18.935,00	0	0,00
12.	НЕФРОЛОГИЈА	1	58.679,00	1	58.679,00	0	0,00	0	0,00
	ВКУПНО	111	5.072.434,00	44	2.059.124,00	54	2.712.911,00	13	175.946,00

НАПЛАТА НА ПРИХОДИТЕ НА ФОНДОТ

Заради остварување на правата и обврските во спроведувањето на здравственото осигурување, односно за покривање и надоместување на трошоците за здравствената заштита на осигурените лица и другите трошоци на здравственото осигурување, во Фондот се обезбедуваат средства од придонесите, партиципацијата на осигурените лица и од други приходи.

Тргувајќи од задолжителноста на здравственото осигурување, осигурениците имаат обврска да плаќаат придонеси според висината на својата плата, односно според основицата и според утврдената стапка на придонес. Придонесот за задолжителното здравствено осигурување го пресметуваат, задржуваат и го уплатуваат работодавците за работниците вработени кај нив, Фондот за пензиското и инвалидското осигурување за корисниците на пензиите, Заводот за вработување за невработените лица, Министерството за труд и социјална политика и други органи на управата за поедини категории на осигурени лица и осигуреници, и осигурениците кои пристапиле во задолжителното здравствено осигурување, сами за себе.

Најголемо учеството во приходите на Фондот имаат придонесите од плати со 57.27% од вкупните приходи, потоа следуваат приходите од придонесите на корисниците на пензии и парични надоместоци според прописите на пензиското и инвалидското осигурување со 21.66% и придонесите на невработените лица со учество од 12,58%. Карактеристично е дека во последните десетина години опаѓа учеството на придонесот од плати и надоместоци на плати, а расте придонесот за привремено невработените лица. Ваквата промена во структурата на придонесите е резултат на намалувањето на бројот на лицата во работен однос, а со тоа и намалувањето на средствата од придонес од плати и надоместоци на плати од една страна, и зголемувањето на бројот на привремено невработените лица но непропорционално зголемување на придонесите за оваа категорија на осигуреници, од друга страна.

Покрај тоа, во последните неколку години поради тешката состојба во стопанството, наплатата на придонесите за задолжително здравствено осигурување е отежната. На наплатата на придонесите имаше влијание:

- Приватизацијата на претпријатијата, што придонесе да се намали бројот на вработените и намалување на основицата за пресметување на придонесите кај дел од тие претпријатија,
- Спорост на судовите во стечајните постапки и постапките за наплата на придонесите,
- Проблемите со неликвидноста на претпријатијата,
- Свесно избегнување од плаќање на придонесите кај некои обврзници на придонес,
- Голем број на отворени стечајни постапки над претпријатијата,

- Недоволна ефикасност во контролата на пресметувањето и уплатувањето на придонесот.

Со цел за поголема наплата на придонесите, во 2003 година се извршени повеќе контроли кај обврзниците на придонес. Покрај тоа, Фондот оствари соработка со УЈП, Фондот за пензиското и инвалидското осигурување и Заводот за вработување за меѓусебна размена на информации и вршење на заеднички контроли за наплатата на придонесите. Во 2003 година се вршеа заеднички контроли за наплата на придонесите составени од тимови на Фондот за здравствено осигурување, УЈП и Фондот за пензиското и инвалидското осигурување.

Покрај придонесите за задолжително здравствено осигурување, во Буџетот на Републиката се обезбедуваат дел од средствата за спроведување на посебните програми за превентивна здравствена заштита, програми за заштитата од посебни заболувања кои во исто време претставуваат социјален проблем, лекувањето на неосигурените лица и здравствената заштита на посебните групи на население. Вкупниот износ на потребните средства за спроведување на програмите за 2003 година е во висина од 1,106,891,851 денари, меѓутоа во Буџетот на Републиката се предвидени средства во износ од 276,000,000 денари. Исто така, во посебните програми се предвидени средства во износ од 293,583,422 денари, за учество на осигурените лица (партиципација) во врска со определени заболувања, но такви средства не се уплатуваат од Буџетот на Републиката. Во периодот 1 јануари до 31 декември, по овој основ, во Фондот се уплатени средства во износ од 26,513,658 денари, односно за 267,069,764 помалку од предвидените средства.

Согласно член 36 од Законот, партиципацијата е приход на Фондот. Вкупните средства од уплатата на партиципацијата во 2003 година се во износ од 485,006,222 денари, од кои 452,230,792 денари за лекување во здравствените установи во Републиката и 32,775,430 денари партиципација од осигурените лица за лекување во странство. Во здравствените установи во 2003 година е наплатена партиципација за 123,007,463 денари повеќе од уплатената партиципација.

Договори за одложени плаќање на придонесите

Поради тешката состојба во која се наоѓаат претпријатијата и неможност за редовна уплата на придонесите за здравствено осигурување, со Одлука на Управниот одбор на Фондот на осигурените лица од овие претпријатија им се овозможи да користат права од здравственото осигурување, со тоа што со претпријатијата кои имаат заостанат придонес се склучуваше договор за одложено плаќање на придонесите. Со договорите на овие претпријатија им беше овозможено заостанатите придонеси да ги уплатуваат на онолку месечни рати колку што имаат месеци на заостанување во плаќањето на придонесот, така што со плаќањето на тековната рата да плаќаат и заостаната рата.

Покрај тоа, со Одлуката на Владата на Република Македонија број 23-2261/4, од 11.08.2003 година за начинот на плаќање на заостанати

неплатени обврски по основ на придонеси од плата ("Службен весник на РМ" број 54/2003), дадена е можност правните лица заостанатите неплатени придонеси за здравствено осигурување да го платат одложено најмногу до 36 рати во зависност од периодот на неплатени придонеси, зголемена за камата на заостанатата обврска. Начинот на плаќање на заостанатите придонеси се уредува со договор склучен помеѓу Фондот и обврзникот на придонес.

Како резултат на Одлуката на Управниот одбор и Одлуката на Владата на Република Македонија се склучени 1348 договори за одложено плаќање на заостанатите придонеси во вкупен износ од 408,348,663 денари. Приливот на средствата од уплатата на придонесите по овие договори се очекува во 2004 година и 2005 година.

Стечајни њосѝајки

Во случаите кога на правното лице ќе се отвори стечајна постапка или постапка на ликвидација, Фондот има право и должност да го пријави своето побарување спрема стечајниот должник и истото да го наплати од стечајната маса на должникот заедно со побарувањата на останатите доверители.

Побарувањата на Фондот од стечајниот должник со однесуваат на ненаплатени придонеси за задолжително здравствено осигурување.

Доколку, стечајниот Совет на стечајниот суд не го утврди побарувањето на Фондот, тој се упатува на парница за утврдување на побарувањето пред Основниот суд. Во случај доколку со стечајниот план на стечајниот должник се запре стечајната постапка или стечајниот должник се реструктурира, тогаш со стечајниот план побарувањето на Фондот по однос на придонесот се трансформира во долг за одложено плаќање.

Податоци за пријавени побарувања во стечајани постапки кои се во тек се дадени во следната табела.

Износ на побарувањето	2,414,970,718
Износ на утврдено побарување	2,032,333,032
Упатено на парница	142,481,857
Одложено плаќање поради реструктурирање	38.869.191

Вкупниот износ на побарувања на Фондот од организацијата за кои е е поведена стечајна стечајна постапка е во износ од 2,414,970,718 денари, од кои за 2,032,333,032 денари е утврдено побарување, за 142,481,857 денари се упатени на парница и за 38.869.191 денари е одложено плаќањето поради реструктурирање.

НАДОМЕСТ НА ШТЕТА

Фондот за здравствено осигурување има право да бара надоместок на штета ако истата му е причинета од:

- Осигуреник - ако неосновано остварил права од здравствена заштита или од здравствено осигурување;

- Работна организација или работодавец, ако штетата настанала поради поднесени невистинити податоци за осигуреникот, ако болеста, повредата или смртта на осигуреното лице настанала поради непревземени мерки за заштита на работа или ако штетата ја предизвикал работник на работодавецот во врска со работа на трети лице;

- Осигуретелно друштво во случај кога лице кое предизвикало повреда, болест или смрт на корисник на права од здравственото осигурување, доколку истото е осигурено од одговорност на штета од трети лица согласно прописите за осигурување на имот и лица;

Во сите овие случаи, надоместокот на штета ги опфаќа трошоците направени за здравствена заштита и надоместокот на плата во случај на спреченост за работа.

Правото на надоместок на штета Фондот го остварува според прописите на парничната, извршната или кривичната постапка.

Во 2003 година, со посебни упатства до подрачните служби на Фондот се доставени инструкции за водење постапка за надомест на штета причинета на Фондот, во смисол на Законот за здравственото осигурување и Законот за облигационите односи.

За остварување на надомест на штета по сите основи во 2003 година се поднесени 849 барања од кои 544 се решени во вонсудска и судска постапка и е наплатен износ од 5.083.231 денари, а во постапка на решавање се 305 предмети од кои треба да се наплати износ од 7.412.967 денари.

Подрачните служби на Фондот во 2003 година имаат поднесено 659 барања за надомест на штета од сообраќајни незгоди вкупно се поднесени 659 барања, од кои 495 се решени во вонсудска и судска постапка и за нив е наплатен износ од 4.918.211 денари, а во постапка на решавање се наоѓаат 164 предмети, од кои треба да се наплати износ од 13.300.162 денари. Во врска со неоснована исплата на средствата од Фондот во вонсудска и судска постапка поднесени се вкупно 90 барања од кои се решени 38 барања и наплатен е износ 604.011 денари, а во постапка на решавање се вкупно 52 предмети од кои треба да се наплати 758.069 денари. Во текот на 2003 година во кривични и постапки по други основи на причинета штета на Фондот има вкупно 100 предмети, од кои 11 се решени и надоместени се вкупно 61.069 денари, а во постапка на решавање се уште 89 предмети од кои се очекува да се наплатат 915.604 денари.

Во табелата се дадени податоци за поднесени барања по сите основи за надомест на штета во 2003 година.

	Вкупен број на предмети	Број на решени предмети	Износ на утврдена штета	Предмети во постапка	Износ на пријавена штета
ПРЕДМЕТИ ВО ВОНСУДСКА ПОСТАПКА - СООБРАКАЈКИ	610	486	4,214,274	124	7,560,868
ПРЕДМЕТИ ВО СУДСКА ПОСТАПКА - СООБРАКАЈКИ	49	9	703,937	40	5,739,294
ПРЕДМЕТИ ЗА НЕОСНОВАНА ИСПЛАТА - ВО ВОНСУДСКА ПОСТАПКА	85	35	373,211	50	610,200
ПРЕДМЕТИ ЗА НЕОСНОВАНА ИСПЛАТА - ВО СУДСКА ПОСТАПКА	5	3	230,800	2	147,869
БАРАЊА ПОДНЕСЕНИ ВО КРИВИЧНА ПОСТАПКА	17	0	0	17	534,054
ОСТАНАТИ ПРЕДМЕТИ ЗА НАДОМЕСТ НА ШТЕТА	83	11	61,009	72	381,550
ВКУПНО	849	544	5,583,231	305	14,973,835

Во текот на 2002 година за надомест на штета од сообраќајни незгоди вкупно се поднесени 504 барања, од кои 335 се решени во вонсудска и судска постапка и за нив е наплатен износ од 4.393.540,50 денари, а во постапка на решавање биле 155 предмети, од кои требало да се наплати износ од 11.333.183,00 денари. Во врска со неоснована исплата во вонсудска и судска постапка поднесени биле вкупно 126 барања од кои решени се 33 барања и наплатен е износ 6.341.133,50 денари, а во постапка на решавање биле 10 предмети од кои требало да се наплатат 557.659 денари. Во текот на 2002 година во кривична постапка имаше поднесено 46 барања, од кои 1 бил решен на износ од 146.503,00 денари а 45 предмети останале во постапка на решавање од кои требало да се наплатат 241.338 денари.

Во табелата се дадени податоци за поднесени барања по сите основи за надомест на штета во 2002 година.

Ред. бр.	Основ за надомест на штета	Вкупен број на предмети	Број на решени предмети	Износ на надоместена штета	Предмети во постапка	Износ што треба да се надомести
1	Сообраќајки во вонсудска постапка	461	333	4.003.385,50	114	6.521.229,00
2	Сообраќајки во судска постапка	43	2	390.155,00	41	4.811.954,00
3	Предмети за неоснована исплата во вонсудска постапка	112	27	210.841,50	2	237.917,00
4	Предмети за неоснована исплата во судска постапка	14	6	130.292,00	8	319.742,00
5	Предмети поднесени во кривична постапка	46	1	146.503,00	46	241.338,27
	ВКУПНО:	676	369	4.881.177,00	211	17.132.180,00

ФИНАНСИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ

По донесување на Законот за здравствената заштита од 1991 година утврден е Ценовник на здравствените услуги, со кој се утврдени цените на поединечни здравствени услуги. Овој систем обезбедил надоместокот за работа на здравствените установи да се остварува со воспоставување на фактури за извршените здравствени услуги на осигурените лица. Во фактурите посебно се искажува секоја поединечна услуга, посебно се искажуваат лековите и медицинските и санитетски материјали потребни за лекување. Надоместокот за работа на аптеките се заснива на набавната цена на лекот од листата на лекови, со додаток на средства за покривање на трошоците за работа (маржа од 18%, а во 2003 година 13%). Иако со закон е утврдена обврска за договарање на здравствените услуги, тоа не се применувало со јавните здравствени установи, што го отежнува планирањето на здравствените услуги, планирањето на финансиските средства и набавката на лекови и медицински материјали. Во услови на ограничени средства, ваквиот начин на плаќање го стимулира прикажувањето на повеќе услуги од извршените и не обезбедува можност за финасиска контрола на здравствените установи, посебно во услови на неразвиен информативен систем.

Заради тоа, во последните неколку години, таквиот начин на плаќање на фактурираните здравствени услуги е заменет со трансфер на средства за плати и надоместоци на вработените, средства за лекови и други медицински материјали и дел за материјални трошоци, со што се обезбедуваат средства за покривање на минималните потреби на здравствените установи. Сепак, здравствените установи и понатаму продолжуваат да доставуваат фактури со големи износи, иако во поголем број на случаи висината на трнсферираните средства не зависи од видот и обемот на пружените здравствени услуги, ниту пак од износот на прикажаните здравствени услуги. При тоа е присутно непланирано проширување на одделни здравствени дејности, вработување на нови кадри, финансирање на недоволно искористени служби, дејности, болнички одделенија па и недоволно искористени капацитети во одделни здравствени установи. Од друга страна пак, здравствените установи, поради недостаток на средства имаат се полоши услови за работа, не набавуваат нова опрема, немаат доволно лекови и медицински материјали за лекување на болните.

Договарање на здравствени услуги со здравствените установи започна во јуни 2001 година во примарната здравствена заштита со приватните здравствени установи, а од октомври 2003 година со јавните здравствени установи кои вршат специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита.

ФИНАНСИРАЊЕ НА ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Во 2001 година, во рамките на Проектот за транзиција во здравствениот сектор во Република Македонија, е подготвен и донесен на Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита⁶, со кој е утврдено плаќањето на здравствените услуги да се врши по методот на капитација. Неговата примена започна во јули 2001 година, со склучување на договори со приватните здравствени установи од примарната здравствена заштита (општа медицина, медицина на трудот, педијатрија, училишна медицина и гинекологија). Пресметката на капитација се врши врз основа на бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот за свој матичен лекар, утврдениот број на поени по категории на осигурени лица и утврдената вредност за еден поен. За лекарските ординации во селски населби со многу тежок пристап, односно во селски населби со тежок пристап, како и за ординации во рурални оддалечени области се утврдени дополнителни стимули. Фактурирањето на обезбедените здравствени услуги се врши еднаш месечно до подрачните служби на Фондот, во тековниот месец за претходниот месец, во висина од 70% од пресметаниот износ на капитација. Останатиот износ до 30% од пресметаните месечни износи на капитација се фактурира по истекот на секој квартал, според резултатите од кварталните извештаи за извршените активности за постигнување на определените цели што се утврдени со договорот. Овој период не обезбедува соодветна основа за оценка дали плаќањата биле праведни, или дали здравствената заштита била ефикасна или со поголем квалитет. Меѓутоа, првите согледувања укажуваат дека се води поголема грижа за пациентите, се стимулира ефикасност во работата и се води поголема контрола на трошоците во здравствените установи.

Плаќање на здравствените услуги по методот на капитација во јавните здравствени установи од примарната здравствена заштита се очекува да започне во 2004 година.

Овој метод на плаќање на здравствените услуги се однесува само на еден дел од примарната здравствена заштита, а тоа е системот на избран лекар од областа на медицината. Начинот на пресметување и плаќање на здравствените услуги во примарната здравствена заштита за стоматолошката здравствена заштита кај избраниот стоматолог, патронажната посета, домашното лекување, итната медицинска помош и превозот со санитарско возило ќе се регулира со посебни правилници. Исто така, пресметувањето и плаќањето на услугите во аптекарската дејност ќе се регулира со нов правилник. Изготвувањето и донесувањето на правилник за плаќање на здравствените услуги во стоматолошката здравствена заштита и правилник за плаќање во аптекарската дејност ќе биде завршено до крајот на 2004 година.

⁶ "Службен весник на РМ" број 48/2001 и 31/2003

ФИНАНСИРАЊЕ НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНАТА И БОЛНИЧКАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Во 2003 година е подготвен и донесен Правилникот за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита⁷. Со правилникот се предвидува воведување на дијагностички сродни групи - систем кој ќе биде искористен за дефинирање на здравствените услуги и за утврдување на референтен ценовен систем. Со договорот кој би бил базиран на реален ценовник би бил утврден износот на средствата за спроведување на договорените здравствени услуги и износот на средствата за договорените цели (продуктивност, ефикасност, квалитет, достапност и финансиско управување) што треба да се постигнат низ резултатите од извршената работа. Во структурата на надоместокот со 80% учествуваат договорените здравствените услуги, а со 20% договорените цели. Намалувањето, односно зголемувањето на обемот на договорените здравствени услуги или на договорените цели ќе предизвика и соодветно намалување, односно зголемување на надоместокот на здравствената установа. Оценување на извршениот обем на здравствени услуги и исполнување на целите за секоја здравствена установа би се вршело по истекот на секое тримесечје, кумулативно за изминатиот квартал, по доставувањето на квартални извештаи. Плаќањето на надоместокот на сметка на здравствената установа би се вршел еднаш месечно во висина на договорениот месечн надоместок, корегирани за отстапувањата на договорениот обем на здравствени услуги и договорените цели што се остварени во претходното тримесечје, по доставување на фактура до Фондот. Овој метод на плаќање на надоместок на здравствените установи ќе започне да се применува по утврдување на дијагностички сродни групи, но најдоцна до 2008 година. Доколку за некои дејности од болничката здравствена заштита бидат утврдени дијагностички сродни групи и пред 2008 година, Фондот ќе склучи договор со здравствените установи за плаќање на надоместокот според овој метод, за дејностите за кои се утврдени дијагностички сродни групи.

Со новиот начин на плаќање на надоместокот значајно би се подигнала мотивираноста на здравствените работници, ефикасноста и квалитетот на услугите. До полн израз би дошле креативноста и ефикасноста на способните менаџери. Истовремено знатно поголема одговорност за резултатите од својата работа би била префрлена на вработените во здравствената установа.

Во транзициониот период (до 2008 година), согласно правилникот, ќе се применува комбиниран начин на плаќање на надоместокот на здравствените установи. Основ за плаќање ќе биде договорот помеѓу Фондот и здравствената установа. Висината на надоместокот на здравствената установа ќе се утврдува врз основа на трошоците и здравствените услуги на осигурените лица остварени во последните три

⁷ "Службен весник на РМ", број 54/2003

години, договорениот вид и обем на здравствени услуги и целите што треба да се постигнат низ резултатите од извршената работа. Структурата на надоместоците ќе се утврдува за секоја година посебно при што во првата година најголемо учество во вкупниот надоместокот ќе биде основниот надоместок (фиксен дел, кој не зависи од извршената работа), потоа надоместокот според договорениот обем на здравствени услуги и надоместокот според исполнувањето на целите. Во секоја наредна година се намалува учеството на основниот надоместок (од 90% во 2004 на 0% во 2008 година), а се зголемува учеството на надоместокот според договорените здравствени услуги (од 5% во 2004 на 80% во 2008 година) и учеството на надоместокот за договорените цели (од 5% во 2004 на 20% во 2008 година). Оценување на извршениот обем на здравствени услуги и исполнување на целите за секоја здравствена установа ќе се врши по истекот на секое тримесечје, кумулативно за изминатиот квартал, по доставувањето на квартални извештаи. Плаќањето на надоместокот ќе се врши месечно, во висина на утврдениот месечен надоместок (1/12 од годишниот надоместок), со корекција на надоместокот за договорениот обем на здравствени услуги и надоместокот за исполнувањата на договорените цели, на основа остварувањата од претходното тримесечје.

Во последниот квартал од 2003 година се склучени договори со 17 јавни здравствени установи кои вршат специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита, и тоа:

- Завод за рехабилитација на слух, говор и глас - Битола
- Болница за душевни болести - Демир Хисар
- Завод за превенција, лекување и рехабилитација на кардиоваскуларни заболувања - Охрид
- Специјална детска болница - Охрид
- Специјална болница за ортопедија и труматологија "Свети Еразмо" - Охрид
- Завод за превентивција, лекување и рехабилитација на хронични неспецифични респираторни заболувања - Отешево
- Градска општа болница - Клиника за хирушки болести - Скопје
- Специјална болница за гинекологија и акушерство "Чаир" - Скопје
- Градска општа болница - Институт за белодробни заболувања кај децата - Скопје
- Специјална болница за физикална медицина и специјализирана медицинска рехабилитација "Катлановска Бања" - Скопје
- Психијатриска болница "Скопје" - Скопје
- Завод за физикална медицина и рехабилитација - Скопје
- Институт за белодробни заболувања и туберкулоза - Скопје
- Завод за нефрологија - Струга
- Природно лекувалиште "Бања Банско" - Банско Струмица

- Специјална болница за белодробни заболувања и туберкулоза
"Јасеново" - Велес

- Природно лекувалиште "Негорски Бањи" - Гевгелија

Со воспоставувањето на сите потребни параметри за пресметка на надоместокот за секоја здравствена установа е утврден вкупниот надоместок, основниот надоместок, надоместокот според договорениот обем на здравствени услуги и надоместокот според исполнувањето на целите. Резултатите за извршување на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица и исполнувањето на утврдените цели кои треба да се исполнат низ извршување на здравствените услуги ќе се анализираат во 2004 година. По извршената анализа се очекува да се потврдат предностите и очекуваните резултати од одредбите на Правилникот за склучување на договори и за начинот на плаќањето на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита.

Склучувањето на договори со останатите јавни здравствени установи од специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита ќе заврши во текот на 2004 година, по имплементација на Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствената заштита, со кој се очекува трансформација на медицинските центри во здравствени установи од примарна здравствена заштита и здравствени установи од специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

ДОГОВОРИ СО ПРИВАТНИ ЗДРАВСТВЕНИ ОРГАНИЗАЦИИ

Согласно започнатите реформи во начинот на финансирање на примарната здравствена заштита, Фондот во 2003 година склучени се вкупно 431 договори со приватни здравствени ординации и лекари кои работат со личен труд од следните дејности: во областа општа медицина вкупно 355 договори; гинекологија 44 договори; педијатрија 29 договори; медицина на труд 2 договори, и училишна медицина 1 договор.

Склучувањето на договори со приватните здравствени установи од примарната здравствена заштита се врши во почетокот на секоја година.

Во 2002 година беа склучени вкупно 429 договори со приватни здравствени установи и лекари кои работата со личен труд од следните дејности: општа медицина 353, гинекологија 44, педијартија 29, медицина на труд 2 и училишна медицина 1.

Фондот во 2003 година има вкупно 486 договори со приватните здравствени установи (примарна и специјалистичко - консултативна здравствена заштита) кои по дејности и градови се прикажани во следниот преглед.

ПОДРАЧНА СЛУЖБА	ОПШТА МЕДИЦИНА	ГИНЕКОЛОГИЈА	ПЕДИЈАТРИЈА	УЧИЛИШНА МЕДИЦИНА	МЕДИЦИНА НА ТРУД	ОЧНИ БОЛЕСТИ	КОЖНО ВЕНЕРИЧНИ	ФИЗИКАЛНА МЕДИЦИНА	НЕВРОПСИХИАТ РИЈА	ХИРУРГИЈА	ПНЕУМОФИЗИО ЛОГИЈА	СТОМАТОЛОГИЈА	ОТОРИНОЛАРИН ГОЛОГИЈА	ИНТЕРНА МЕДИЦИНА	ВКУПНО
ШТИП	12	1	2										2	1	18
БЕРОВО	2														2
БИТОЛА	13	2							1			2			18
ДЕБАР	4	1													5
ДЕЛЧЕВО	1														1
ГЕВГЕЛИЈА	4	1	1												6
ГОСТИВАР	13	3	1												17
КАВАДАРЦИ	9	1	1											1	12
КИЧЕВО	3														3
КОЧАНИ	8	1	4											1	14
КРАТОВО	1	1	1												3
КРИВА ПАЛАНКА	1		1												2
КУМАНОВО	51	3	3	1		1	1	1	1				1		63
НЕГОТИНО	5														5
ОХРИД	12	2	3			1		1						1	20
ПРИЛЕП	7		2									3		1	13
ПРОБИШТИП	4		2												6
РАДОВИШ	7											2			9
РЕСЕН	1	1													2
СКОПЈЕ	132	15	5			3		3	8	1		3	1	1	172
СТРУГА	13	2	2		1					1				2	21
СТРУМИЦА	11	3	1			1								1	17
ТЕТОВО	22	2						1		1			1		27
ВЕЛЕС	15	2									1	1		5	24
ВИНИЦА	3	1													4
ДЕМИР ХИСАР	1														1
КРУШЕВО												1			1
ВКУПНО	355	42	29	1	2	6	1	6	10	3	1	12	5	14	486

Бројот на склучените договори со приватни лаборатории за потребите на осигурениците при користење на услуги од примарна здравствена заштита во текот на 2003 година е ист како и во 2002 година, односно вкупно 31 договори со приватни лабароатории.

Состојбата на бројот со склучените договори со приватните аптеки во 2003 година е иста како и во 2002 година, односно вкупно 8 договори со приватни аптеки и тоа во: Скопје 3 (со 5 организациони единици), во Гостивар 1 и Кочани 2 аптеки.

СНАБДУВАЊЕ СО ЛЕКОВИ ОД ПОЗИТИВНАТА ЛИСТА ВО ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Со континуирано следење на потребите од лекови во аптеките, требувањето, дистрибуцијата и издавање на лековите од позитивната листа во примарната здравствена заштита, а со цел за задоволување на потребите на осигурените лица од лекови на рецепт, во 2003 година се зголемени средствата за лекови, а со тоа е постигната поголема снабденост со лекови. При тоа, посебно се водеше сметка да бидат застапени лековите за сезонските и хроничните заболувања, во количини и видови кои одговараат на реалните потреби на осигурените лица и на средствата определени за таа намена.

Во 2003 година значително е подобро снабдувањето со лекови од позитивната листа во аптеките што може да се види и од зголемувањето на вредноста на дистрибуцијата на лекови во аптеките од 1,000,092,715 денари во 2002 година на 1,265,966,893 денари во 2003 година, односно зголемување на вредноста на доставените лекови во аптеките за 26.5%.

Во табелата се дадени споредбени податоци за дистрибуцијата на лекови на рецепт по количини и вредности за 2002 и 2003 година. Во периодот јануари - март 2002 година не се водеше евиденција за бројот на доставените лекови во аптеките.

	2002 година		2003 година	
	Број на доставени лекови во аптеките	Износ	Број на доставени лекови во аптеките	Износ
јануари		111,361,108	769,540	111,465,646
февруари		104,678,526	735,695	109,295,304
март		86,127,885	618,055	89,612,109
април	314,749	44,190,586	608,124	89,864,365
мај	337,228	46,002,437	615,343	101,254,739
јуни	589,094	79,762,414	669,237	110,066,860
јули	634,966	83,218,342	704,716	111,078,257
август	655,814	81,534,561	673,644	110,367,700
септември	608,610	80,942,753	676,425	110,395,754
октомври	588,236	81,859,898	661,746	110,024,170
ноември	569,819	80,810,411	640,275	106,547,880
декември	802,199	119,603,794	631,123	105,994,109
		1,000,092,715		1,265,966,893

Почнувајќи од 01.09.2003 година се изврши намалување на маржата во аптеките од 18% на 13%. Целта на намалувањето на маржата е да се намалат трошоците за лековите од позитивната листа кои се издаваат во аптеките од примарната здравствена заштита. Со намалување на маржата во аптеките дојде и до намалување на партиципацијата на осигурените лица

за издадените лекови на рецепт во аптеките од примарната здравствена заштита, што ќе придонесе до поголемо задоволување на потребите на осигурените лица.

Управниот одбор на Фондот на седницата од 23.07.2003 година ја донесе Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот. Листата на лекови е изготвена од стручна комисија врз основа на Стратегијата за лекови на Република Македонија, Есенцијалната листа на лекови од 2003 година на Светската здравствена организација, постоечката листа на лекови и предложената Листа на лекови од Министерството за здравство, како и списокот на лекови кои се рефундирани од страна на Фондот, во изминатиот период.

Листата на лекови е направена по генерички имиња и се базира на светските искуства, што обезбедува конкурентност во понудата на пазарот, широка покриеност на потребите на населението, а со тоа и поголем избор за пациентита и поголема можност за континуирано снабдување со лекови во аптеките од примарната здравствена заштита и болниците.

Во новата Листа на лекови вклучени се лекови од Програмите за задолжителна здравствена заштита на населението на Република Македонија, како што се лековите за СИДА, туберколоза, факторите на коагулација. Со додавање на овие и на други генерики е извршено осовременување на листата согласно современите согледувања од областа на медицината, имајќи ја предвид сигурноста на лекот базирана на соодветен однос меѓу ризикот и корисноста.

Истовремено, во согласност со современите терапевтски доктрини од листата се изоставени одредени генерички лекови, што обезбедува висок квалитет на лековите кои ќе се користат од страна на осигурените лица во Републиката.

ИЗВЕШТАЈ ЗА ФИНАНСИСКОТО РАБОТЕЊЕ НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ЗА 2003 ГОДИНА

ПРИХОДИ

Во деловната 2003 година во Фондот се остварени вкупни приходи во износ од 14.698.642.548 денари, што претставува остварување со 98,15% од планираните приходи за 2003 година. Приходите на Фондот во 2003 година се остварени од:

- придонеси од плати и надоместоци на плати во износ од 8,417,953,886 денари или 57.27% од вкупните приходи,
- трансфери од буџетите и фондовите во износ од 5,716,477,638 или 38.89% од вкупните приходи, и
- други неданочни приходи во износ од 564,211,024 денари или 3.84% од вкупните приходи.

Во табелата се дадени податоци за остварените приходи на Фондот по видови на приходи, и нивното учество во вкупните приходи, остварувањето во однос на планираните приходи во Буџетот, со споредбени податоци за 2002 и 2003 година.

Од табелата за приходите се гледа дека најголеми приходи се остварени од придонеси од плати во износ од 8.417.953.886 денари, што претставува остварување од 97.99 % во однос на планираните, потоа придонесите од корисниците на пензии и парични надоместоци според прописите на пензиското и инвалидското осигурување во износ од 3.183.778.890 денари што претставува остварување од 99.46% во однос на планираните и придонеси на невработени лица во износ од 1.848.850.820 денари што претставува 100% во однос на планираното.

Во структурата на приходите на Фондот, најголемо е учеството на придонесите од плати со 57.27% од вкупните приходи на Фондот, потоа следуваат приходите од придонесите на корисниците на пензии и парични надоместоци според прописите на пензиското и инвалидското осигурување со 21.66% и придонесите на невработените лица со учество од 12,58%.

Во 2003 од Буџетот на Републиката се добиени средства во износ од 500.000.000 денари, за надминување на тешкотиите во работењето предизвикани од работењето во претходните години и намалување на негативните ефекти од зголемувањето на стапката на ДДВ за лековите и медицинските материјали од 5% на 18%.

Приходите на Фондот во 2003 година бележат зголемување од 4.53% во однос на 2002 година. Анализирајќи ги приходите во 2003 и 2002 година, се гледа дека придонесите од бруто плати и надоместоци на платите бележат зголемување од 5.07%, придонесите за изминатите години 5.58%, придонесите од корисниците на пензии со 3.55%, придонесите од невработените лица 4.85%.

ПРИХОДИ НА ФОНДОТ		2002 година		2003 година				
сметка	ОПИС	Остварено	структура	Планирано	Остварено	Индекс	структура	Индекс 2003/2002
	ПРИХОДИ	14,061,877,915	100	14,975,407,000	14,698,642,548	98.15	100	104.53
712	Придонеси од плати	8,011,670,116	56.97	8,590,407,000	8,417,953,886	97.99	57.27	105.07
712213	Придонес за задолжително здравствено осигурување од бруто плати и надоместоци од плати на вработени кај правни лица	6,755,478,739	48.04	7,250,139,000	7,102,584,190	97.96	48.32	105.14
712215	Придонес за задолжително здравствено осигурување на лица кои вршат самостојна дејност	146,100,453	1.04	168,358,000	158,794,581	94.32	1.08	108.69
712216	Придонес за задолжително здравствено осигурување од бруто плати на вработени кај лица кои вршат самостојна дејност	79,539,221	0.57	89,414,000	76,557,437	85.62	0.52	96.25
712221	Придонес за задолжително здравствено осигурување на лица кои се занимаваат со земјоделство, сточарство, живинарство, пчеларство или риболов	60,369,118	0.43	65,500,000	63,253,830	96.57	0.43	104.78
712222	Придонес за задолжително здравствено осигурување на други осигуреници	101,335,012	0.72	109,961,000	108,516,587	98.69	0.74	107.09
712211	Дополнителен придонес за задолжително здравствено осигурување во случај на повреда на работа и професионално заболување	432,890,147	3.08	454,535,000	447,964,166	98.55	3.05	103.48
712223	Придонес за здравствено осигурување за изминати години	435,957,426	3.10	452,500,000	460,283,095	101.72	3.13	105.58
725	Други неданочни приходи	241,495,623	1.72	627,241,000	564,211,024	89.95	3.84	233.63
725939	Останати неданочни приходи	59,028,770	0.42		39,887,984		0.27	
	Приходи од партиципација		0.00		452,230,792		3.08	
	Приходи од партиципација за лекување во странство	22,904,643	0.16		32,775,430		0.22	
	Приходи по конвенции	159,562,210	1.13		39,316,818		0.27	
741	Трансфери од други нивоа на власт	5,808,712,176	41.31	5,757,759,000	5,716,477,638	99.28	38.89	98.41
741113	Трансфери од буџетите на фондовите	4,891,567,121	34.79	5,047,000,000	5,032,629,710	99.72	34.24	102.88
	Придонеси на корисници на пензии и парични надоместоци според прописите на пензиското и инвалидското осигурување,	3,074,631,558	21.87	3,201,000,000	3,183,778,890	99.46	21.66	103.55
	Придонеси на невработените лица,	1,763,353,739	12.54	1,846,000,000	1,848,850,820	100.15	12.58	104.85
	Придонеси на корисници на права од социјална заштита,	53,581,824	0.38	60,000,000	66,575,598	110.96	0.45	124.25
741111	Тековни трансфери од други нивоа на власт		0.00	60,000,000	26,513,658	44.19	0.18	
741112	Трансфери од Буџет на РМ	821,259,411	5.84	500,000,000	500,000,000	100.00	3.40	60.88
741114	Пренесен вишок на приходи од претходната година	95,885,644	0.68	90,759,000	90,758,672	100.00	0.62	94.65

РАСХОДИ

Во 2003 година остварени се вкупни расходи во износ од 14.697.631.367 денари, што претставува остварување со 98.45% од планираните расходи за 2003 година. Sprema сметководствените податоци расходите на Фондот се остварени во:

- договорни услуги (здравствените услуги на осигурените лица и други оперативни расходи) во износ од 13,295,180,094 денари или 90.46% од вкупните расходи;

- тековни трансфери (надоместоци за боледување, патни трошоци и рефундации) во износ од 989,589,135 денари или 6,73% од вкупните расходи и

- други расходи со учество од помалку од 3%.

Во табелата (на следната страна) се дадени податоци за остварените расходи на Фондот по видови на расходи, нивното учество во вкупните расходи, со споредба на остварувањето во однос на планираните расходи во Буџетот, со споредбени податоци за 2002 и 2003 година.

Од податоците во табелата се гледа дека најголем дел од расходите на Фондот за 2003 година претставуваат средствата кои се плаќаат на здравствените установи за покривање на трошоците за здравствена заштита на осигурените лица во износ од 13.276.863.703 денари, што претставува остварување 100% во однос на планираното, потоа следуваат: паричните надоместоци на осигурениците (надоместок на плата за време на спреченост за работа, односно боледување и надоместок на патни трошоци во врска со користење на здравствени услуги) во износ од 989.589.135 денари, што претставува остварување од 101,25% во однос на планираното.

Од структурата на вкупните расходи на Фондот се гледа дека најголемо е учеството на расходите за здравствени услуги на осигурените лица со 90.33 %, потоа следуваат паричните надоместоци со 6.73%, средствата за вршење на функцијата на Фондот со помалку од 2% и средствата за инвестиционото одржување во здравството со 1%.

Најголемо учеството од расходите за здравствени услуги на осигурените лица во вкупните расходи на Фондот има болничка здравствена заштита со 33.62%, потоа следуваат расходите за примарна здравствена заштита со 30.14% и специјалистичко-консултативната здравствена заштита со 22.54%. Расходите за здравствени услуги во странство учествуваат со 1,5%, другите здравствени услуги со 1,36%, а ортопедските справи и помагала со 1,18% во вкупните расходи на Фондот.

Втората група на расходи ја прават надоместоците за боледување, надоместоците за породилно отсуство и надоместоците за патни трошоци. Од структурата на расходите за надоместоци за боледување може да се види дека

најголемо учество има надоместокот за породилно боледување во износ од 620.671.249 денари што претставува 4,22% од вкупните расходи на Фондот. Овој надоместок бележи постојан раст и во 2003 година е зголемен за 11,23% во однос на планираното. Ваквото зголемување е резултат на законските прописи во кои и со еден ден работен однос може да се оствари надоместок за породилно боледување.

Расходите на Фондот во 2003 година, во споредба со 2002 година бележат зголемување од 5.20%. Анализирајќи ги поодделно расходите во 2003 година во однос на 2002 година се гледа дека тековните трошоци бележат зголемување од 12.23%, расходите за здравствени услуги со 12.67%.

Промените на учеството на расходите од болничката и примарната здравствена заштита во вкупните расходи на Фондот може да биде резултат на честите промени во начинот на водењето на сметководството и искажувањето на резултатите, како и на недоследност во евидентирање на трошоците кај здравствените установи кои вршат и примарна здравствена заштита и специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита (медицинските центри).

При анализа на податоците за расходите треба да се има предвид дека податоците за расходите на здравствена заштита претставуваат само податоци за трошоците во државниот (јавниот) сектор на здравството и за дел од приватните ординациите кои имаат склучено договор со Фондот за укажување на здравствени услуги на осигурените лица. Во овие расходи не се вклучени плаќањата од дебот на корисниците, во вид на плаќање било на полна цена на здравствени услуги во приватниот сектор на здравството (главно за стоматолошки услуги и лековите купени во приватните аптеки), било полна цена во државниот сектор на здравството за услугите и лековите кои не можеле да ги добијата на товар на здравственото осигурување. Во трошоците не се вклучени ни дел од расходите на војноздравствените служби (тие се плаќаат од буџетот), хуманитарната помош и донациите на здравствените установи.

Покрај тоа, како трошоци на здравствената заштита треба да се искажат неколку видови трошоци кои не се искажуваат во статистиките, но претставуваат реални трошоци на здравството, како на пример, трошоците за амортизација. Со промените во системот на сметководство од 1994 година амортизацијата не се искажува како трошок во здравствената заштита, така што трошоците на здравството се административно намалени. Тоа за последици го има недоволното инвестиционо одржување, значајно застарување на опремата и пропаѓање на капиталните вредности (згради итн.).

Учеството на расходите за здравствена заштита во националниот доход се движи од 5% до 6% и изгледа релативно стабилен во последните години, но податоците за трошоците и БДП треба да се следат внимателно.

Трошоците за функцијата на Фондот во 2002 се остварени во вкупен износ од 357,130,000 денари, а во 2003 година 332,883,000 денари, што

претставува намалување за 24,247,000 денари. Намалување на трошоците за функција на Фондот во 2003 година се направени во делот за патни и дневни трошоци, комунални услуги, комуникација и транспорт, канцелариски материјали и во делот за договорни услуги. Во функција на намалување на трошоците за функција на Фондот намален е бројот на членовите на одделни комисии формирани во Фондот, како и висината на нивниот месечен надоместок. Намаен е и надоместокот на членовите на Управниот одбор и тоа од 20,000 денари месечен надоместок во 2002 година, на 7,000 денари во 2003 година, а трошоците за користење на мобилни телефони на членовите на Управниот одбор од 6,000 денари во 2002 година, се ограничени на 3,000 денари во 2003 година. Поради големиот пораст на бројот на вработените во Фондот, при што само во 2002 година нивниот број се зголемува за 164 вработени што претставува зголемување за 29.1% во однос на 2001 година, трошоците за плати и надоместоци во 2003 во однос на 2002 година бележи пораст за 18.29%. Со иницираните економски, технолошки и структурни промени кон крајот на 2003 година, намален е бројот на вработените во Фондот за 99 извршители, од што реално е да се очекува ефектот врз намалување на трошоците по овој основ да се манифестира во 2004 година.

РАСХОДИ НА ФОНДОТ		2002 година		2003 година				
сметка	ОПИС	Остварено	структура	Планирано	Остварено	Индекс	структура	Индекс 2003/2002
	РАСХОДИ	13,971,119,244	100	14,928,379,350	14,697,631,367	98.45	100	105.20
1	ТЕКОВНИ ТРОШОЦИ	13,008,045,737	93.11	14,584,776,350	14,599,338,120	100.10	99.33	112.23
40	ПЛАТИ, НАЕМНИНИ И НАДОМЕСТОЦИ	166,025,153	1.19	213,174,933	196,385,314	92.12	1.34	118.29
401	Нето основни плати и наемнини	141,147,526	1.01	145,507,675	129,382,055	88.92	0.88	91.66
402	Придонеси од плати и персонален данок	24,877,627	0.18	67,667,258	67,003,259	99.02	0.46	269.33
42	СТОКИ И УСЛУГИ	11,907,821,674	85.23	13,325,849,417	13,369,911,791	100.33	90.97	112.28
420	Патни и дневни расходи	5,364,729	0.04	1,440,000	1,199,064	83.27	0.01	22.35
421	Комунални услуги	6,601,264	0.05	7,269,673	4,895,412	67.34	0.03	74.16
422	Загоплување	3,013,593	0.02	4,042,200	3,519,758	87.08	0.02	116.80
423	Комуникација и транспорт	19,787,387	0.14	13,783,300	14,283,242	103.63	0.10	72.18
424	Материјали	19,127,523	0.14	11,510,600	12,120,659	105.30	0.08	63.37
425	Тековно одржување	13,687,830	0.10	22,031,600	20,577,525	93.40	0.14	150.33
426	Договорни услуги	11,800,291,790	84.46	13,265,772,044	13,295,180,094	100.22	90.46	112.67
4261	Здравствени услуги	11,742,267,808	84.05	13,265,772,044	13,276,863,703	100.08	90.33	113.07
426111	Примарна здравствена заштита-	3,398,484,771	24.33	4,466,003,000	4,429,572,047	99.18	30.14	130.34
426112	Специјалистичко-консултативна заштита	2,910,964,243	20.84	2,975,111,000	3,312,694,593	111.35	22.54	113.80
426113	Болнички услуги	4,936,711,723	35.34	5,428,000,000	4,940,635,822	91.02	33.62	100.08
426114	Ортопедски справи и помагала	164,332,519	1.18	151,000,000	173,035,849	114.59	1.18	105.30
426115	Здравствени услуги во странство	143,120,266	1.02	213,279,000	220,346,975	103.31	1.50	153.96
426116	Други здравствени услуги	188,654,346	1.35	32,379,044	200,578,417	619.47	1.36	106.32
4262	Други договорни услуги	58,023,982	0.42		18,316,391		0.12	31.57
427	Други оперативни расходи	39,947,558	0.29	21,435,590	18,136,037	84.61	0.12	45.40
44	ТЕКОВНИ ТРАНСФЕРИ И СУБВЕНЦИИ	908,717,001	6.50	999,373,000	989,589,135	99.02	6.73	108.90
441	Трансфери до други нивоа на власт			21,984,000	0	0.00	0.00	
443	Трансфери до домаќинства и физички лица	908,717,001	6.50	977,389,000	989,589,135	101.25	6.73	108.90
4432	Плаќања од Фондот за здравство	908,717,001	6.50	977,389,000	989,589,135	101.25	6.73	108.90
443211	Надомест за боледување	393,623,746	2.82	398,960,000	350,610,563	87.88	2.39	89.07
443213	Надомест за породилно отсуство	500,741,585	3.58	558,018,000	620,671,249	111.23	4.22	123.95
443212	Надомест за патни трошоци	14,199,070	0.10	9,855,655	10,773,034	109.31	0.07	75.87
443214	Други надоместоци за здравство	152,600	0.00	10,425,345	7,534,289	72.27	0.05	4,937.28
443720	Надомест за испратнина при пензионирање			130,000			0.00	
451	Камати по домашен долг	25,481,909	0.18	46,379,000	43,451,880	93.69	0.30	170.52
46	КУПУВАЊЕ НА КАПИТАЛНИ СРЕДСТВА	872,084,192	6.24	135,103,000	52,793,247	39.08	0.36	6.05
47	КАПИТАЛНИ ТРАНСФЕРИ	2,985,675	0.02	163,000,000	0	0.00	0.00	0.00
49	ОТПЛАТА НА ГЛАВНИЦА	88,003,640	0.63	45,500,000	45,500,000	100.00	0.31	51.70

ФИНАНСИСКИ РЕЗУЛТАТ

Неповолните движења во стопанството на Република Македонија, зголемувањето на бројот на невработените лица, зголемените трошоци на здравствената заштита, стечајните постапки и санација на одреден број на претпријатија, се одразија на работењето на Фондот низ неколку години наназад. Бројот на активните осигуреници - обврзници на придонес од година во година се намалува, додека истовремено бројот на осигурениците - невработени лица и пензионерите е во постојан пораст, што го продлабочува неповолниот однос на активните вработени и невработените и пензионерите, а со тоа и до помал прилив на средства од придонесите од плати.

На основа сметководствено обработените и искажани финансиски податоци, Фондот за здравствено осигурување во 2003 година оствари вкупни приходи во износ од 14.698.642.548 денари и вкупни расходи во износ од 14.697.631.367 денари, односно остварена е позитивна разлика во износ од 1,011,181 денари. Остварената позитивна разлика е пренесена во Буџетот за 2004 година и се евидентира во ставката на приходите. Просечните остварени месечни приходи во 2003 година изнесуваат 1,224.9 милиони денари, додека пак просечните месечни расходи се во износ од 1,224.8 милиони денари.

Со постојниот начин на финансирање на здравствените установи се префрлуваат средства за финансирање на здравствените услуги и тоа: дел за плати и надоместоци на вработените, средства за осигурување, средства за затоплување, средства за дел од лековите и други медицински материјали и дел за материјални трошоци, со што се обезбедуваат средства за покривање на минималните потреби на здравствените установи, независно од видот и обемот на здравствените услуги што ги пружаат на осигурените лица. Дозначените средства во вонбилансната евиденција на Фондот се евидентираат по видови на акредитиви според намената за која ги употребуваат здравствените установи.

Средствата што се дозначуваат на здравствените установи како материјални трошоци, Фондот ги дозначува секој месец во зависност од расположивите средства и обврските за здравствени услуги спрема здравствените установи. Во 2002 година се дозначени вкупно 875.998.730 денари за материјални трошоци или просечно месечно за десет месеци по 87 милиони денари. Во 2003 година се дозначени вкупно 1.559.325.847 денари за материјални трошоци или просечно месечно по 130 милиони денари. Во оваа година забележително е тоа што во јануари се дозначени 41 милиони, февруари 32 милиони денари за материјални трошоци. Порастот на дозначените средства за материјални трошоци започнува од март 2003 година со 100 милиони денари и тој пораст се зголемува во наредните месеци.

Во текот на годината од Фондот се дозначуваат средства за финансирање на здравствените услуги по намени, а на крајот на годината се врши

усогласување на фактурираните услуги и примените средства во здравствените установи. Во 2003 година спрема некои здравствени установи се платени повеќе средства во вкупен износ од 1.081.083.965 денари од фактурираните здравствени услуги за осигурените лица на Фондот, а од друга страна на некои здравствени установи се платени помалку средства во вкупен износ од 666.446.012 денари од фактурираните здравствени услуги. Повеќе платените средства се евидентирани како трошоци за здравствени услуги, а помалку платените средства се намалени од трошоците за здравствени услуги. Ова покажува дека и во 2003 година, во некои здравствени установи се финасирани здравствените служби, а не здравствени услуги на осигурените лица.

Според евиденција на Фондот вкупните негови обврски, со состојба на ден 31.12.2003 година изнесуваат 132,913,845 денари, од кои 80,551,185 денари обврски за надоместоци за боледување, породилно отсуство, патни и дневни трошоци и рефундации на осигурените лица; 21,258,436 денари за приватни ординации и ортопедски справи и помагала; 31,104,224 денари за Кардиохирургијата Филип II, МАНУ, МТНЕТ и други трошоци. Покрај тоа, Фондот со договор со добавувачите на лекови има преземено обврски за лекови и медицински потрошен материјал за јавните здравствени установи во износ од 1,976,061,097 денари.

Врз основа на податоците добиени од јавните здравствени установи може да се констатира дека, истите со состојба на 31.12.2003 година имаат неизмирени обврски спрема добавувачите во вкупен износ од 3,663,127,122 денари, од кои: 2,246,545,015 денари обврски за лекови и медицински потрошен материјал; 256,061,757 денари за лекови од комерцијалната продажба во аптеките; 51,622,810 денари за изградба и реновирање на објекти; 510,913,831 денари обврски со здравствените установи; 131,137,414 денари спрема јавните претпријатија; 30,833,728 денари обврски спрема вработените и 436,012,567 денари за други обврски спрема добавувачите. Во обврските за лекови и медицински потрошен материјал се и обврските што Фондот ги преземал за здравствените установи.

Според податоците од Годишната пресметка на здравствените установи за 2003 година, во јавните здравствени установи е остварена загуба во износ од 448,482,063 милиони денари.

Исто така, во здравството постои неискажан долг кој се состои од недостаток на капитални инвестиции, нередовно инвестиционо и тековно одржување на здравствените установи, потоа недостаток на инвестиции во знаење кое тешко може да се искаже во финансиски средства.

Со промената во системот на сметководството од 1994 година амортизацијата не се прикажува како трошок, така што трошоците во здравството се административно намалени. Како последица на тоа е застарување на опремата и пропаѓање на капиталните вредности (згради итн). Тоа еднаш ќе мора да се обнови, како би се вратила вредноста на капиталните објекти и опремата и на основа на вредноста да се овозможи нормално

функционирање. Досега не е направена детална проценка, но се работи за износи кои се мерат со милијарди денари и кои исто така претставуваат реален долг во здравството, бидејќи на тој начин дошло до претварање на капиталните вредности во услуги. Со други зборови, услугите се дофинансирани со употреба на капитални вредности. Овој долг, исто така, не ќе може трајно да се одбегнува.

КОНТРОЛА

Фондот, согласно Законот за здравствено осигурување остварува контролна функција во делот на остварување на приходи по основ на придонеси за задолжително здравствено осигурување, контрола на договорениот обем и вид на обезбедени здравствени услуги на осигурените лица, контрола на средствата на здравствените установи, како и на наменското и економично користење на тие средства и обезбедување на права од здравствено осигурување и здравствена заштита на осигурениците. Контролата ја вршат стручни лица овластени од директорот на Фондот.

Во периодот јануари - декември 2003 година, секторот за контрола во Фондот, исполнувајќи ги своите задачи придонесе за постигнување на позитивните резултати во остварувањето на здравственото осигурување и здравствената заштита.

Контрола на пресметување и уплатување на придонесот за задолжително здравствено осигурување.

Во овој период се посвети особено внимание на контролата на пресметување и уплатување на придонесот за задолжително здравствено осигурување со цел да се обезбедат поголеми приходи во Фондот повеќе средства за подобра здравствена заштита на осигурениците. Во периодот јануари -декември 2003 година извршени се околу 40 илјади претходни контроли на документацијата за пресметување и плаќање на придонесот за задолжително здравствено осигурување при што за утврдените разлики за доплата на придонес се изготвени записници во согласност со членот 40 од Законот за здравствено осигурување.

Во подрачните служби на Фондот, издавањето на потврди за платен придонес се врши единствено по регулирање - плаќање на обврските за придонес за задолжително здравствено осигурување, како и утврдените разлики за доплата по извршена контрола.

Поради тешката состојба во која се наоѓаат голем дел од правните субјекти од стопанството, Фондот за да им овозможи здравствено осигурување на лицата вработени во овие фирми, продолжи со склучување на договори за одложено плаќање, со кои за неплатениот придонес од предходните периоди се дава можност тоа да го направат на рати (со уплатување на еден тековен месечен придонес и еден заостанат). Пред потпишување на секој таков договор од страна на контролата во подрачните служби се врши контрола на пресметан и уплатен придонес за да се утврди вистинската состојба со неизмирени обврски по овој основ, како и правилно да се пресметаат износите за заостанати придонеси што се предмет на овие договори.

Во текот на 2003 година извршени се вкупно 985 контроли на придонесите за здравствено осигурување. Со контролите утврдено е побарување по основ на неплатени придонеси во износ од 713,46 милиони

денари и побарување по основ на камата износ од 81,48 милиони денари. Со 72,48 % од контролираните субјекти, обврзници за придонес склучени се договори за одложено плаќање на обврските. Во текот на 2003 година наплатени се средства по основ на договорите за одложено плаќање во висина од 6,45% од вкупно утврдените побарувања.

Контрола на пресметување и плаќање на партиципација

Во периодот јануари - декември 2003 година се спроведени повеќе контроли на пресметување и наплатување на партиципација на осигурените лица при укажување на здравствени услуги поради сознанија дека има чести појави на неосновано ослободување на осигурени лица од партиципација, неправилно пресметување и наплатување на истата, а се со цел да се спречи оваа појава и да се преземаат соодветни мерки спрема тие што не ги почитуваат прописите. Резултат на овие контроли е надминување на неправилностите при пресметување и наплатување на партиципацијата и поголеми уплати на средства во Фондот.

Со контролите констатирано е дека во јавните здравствени установи, пресметаната и наплатена партиципација не соодветствува со уплатените средства во Фондот по овој основ, односно уплатени се средства за 25% помалку од наплатените. Во 2002 година и првите два месеци од 2003 година средствата од наплатената партиципација за здравствените услуги во земјата не се уплатуваа на сметката на Фондот.

Контрола на здравствени установи

Во овој период се извршени 122 контроли во јавните здравствени установи по разни основи (во повеќе организациони единици при Клинички центар - Скопје, медицински центри, здравствени домови, специјални болници, самостојни аптеки и некои приватни аптеки со кои Фондот има склучено договори). За извршените контроли се изготвени извештаи во кои се констатирани состојбите, утврдени се неправилностите, дадени се предлог мерки, сугестии и препораки.

При контролите се констатирани повеќе недостатоци во работењето како што се: несоодветна медицинска евиденција, неправилности при пресметување на здравствените трошоци, неправилно фактурирање на здравствени услуги - неусогласени со ценовникот, неправилно пресметување и наплата на партиципација, неправилна уплата на средствата по тој основ на сметката на Фондот, исплата на плати кои не се во согласност со Колективниот договор посебно во делот на платите за дежурства и по други основи, голем број на ангажирани лица по договор за дело, вршени набавки спротивно на одредбите на Законот за јавни набавки, необезбедена материјална евиденција на лековите, медицинските потрошни и други материјали.

Контролите во здравствените установи придонесоа да се надминат поголем број на неправилности во работењето, да се изврши усогласување со законските прописи, поправилно фактурирање на здравствените услуги и материјали, поправилно пресметување на партиципацијата, подобрување на евиденција, што директно доведува до намалување на трошоците.

Заради рационално искористување на постојните залихи (некои се и со кратки рокови) Фондот презема одредени активности во насока на редистрибуција на овие материјали помеѓу јавните здравствени установи, врз основа на спецификации за нивните потреби од лекови, медицински потрошен материјал и други материјали. Во овој период е извршена редистрибуција на лекови и медицински потрошен материјал и други материјали во вредност од над 20 милиони денари, набавени во претходните години во огромни количини и по многу високи цени.

Исто така, постигнати се одредени позитивни резултати при набавките кои се вршат во јавните здравствени установи во насока на почитување на Законот за јавни набавки и постигнување на пониски цени и други подобри услови.

Со редовни контроли на дозначените и исплатени плати на вработените во здравствените установи и констатирани неправилности се влијае директно на поправилно утврдување на дозначените средствата за плати (намалување на средства по основ на намалување на бројот на вработени по основ на пензионирање и други основи).

Во здравствените установи од примарна здравствена заштита со кои Фондот има склучено договори се вршат контроли согласно Законот за здравствено осигурување, Правилникот и одредбите од Договорот. Контроли се вршат задолжително секој месец на податоците врз основа на компјутерските евиденции и документацијата што ја доставуваат здравствените установи, односно избраните лекари (планови, извештаи и месечните пресметки) согласно договорот, пред исплата на надоместоците.

Покрај овие контроли кои се вршат при секоја исплата на месечниот надоместок се вршат и контроли во самите здравствени установи од примарна здравствена заштита со кои Фондот има склучено договори. Со овие контролите се опфатени евиденциите на медицинската и друга документација за извршените здравствени услуги во здравствени установи, евиденција на изборот на осигурениците, снабденоста со неопходните лекови и медицински материјали, исполнувањето на плански определените превентивни и други активности за определените цели утврдени во Законот, програмите за здравствена заштита и другите подзаконски акти и други видови контроли. За утврдените неправилности и недостатоци се изготвуваат записници или извештаи со констатации и предлог мерки, а за неисполнетите цели се врши намалување на предвидените поени за исполнување на определените цели. Врз основа на овие записници се врши намалување на средства предвидени само за оние активности кои не се исполнети врз основа на предвидените со планот. Најчесто се констатираат неправилности во повеќе препишани и реализирани

рецепти од предвидените со договорот; повеќе издадени упати, повеќе боледувања до 15 дена; неизвршување на некои превентивни иследувања, не повикувања на пациенти на превентивни иследувања и слично.

Во текот на 2003 година во здравствените установи од примарна здравствена заштита извршени се вкупно 717 контроли.

Најголем број на контроли во здравствените установи, кај избраните лекари се извршени на подрачјето на Охрид, Струмица, Битола, Кочани, во Велес; Гостивар, Струга и Куманово; Во другите подрачја се направени помал број на контроли од овој вид, а во некои подрачја воопшто и не се направени.

Во подрачните служби на Фондот се настојува да се подобрат компјутерските евиденции на осигурените лица по избран лекар и потребните програми за плаќање по капитација, подобрување на податоците и поголема ажурност во внесот на податоците. Во последно време се зајакнуваат и контролните активности особено во делот на исполнувањето на целите и евиденцијата на здравствените услуги кај избраните лекари и обезбедувањето на навремени и квалитетни здравствени услуги.

Правата од здравствено осигурување како на пример рефундации на средства за набавени лекови кои паѓаат на товар на Фондот, надоместоци за лекување во странство без одобрение на Фондот и други се остваруваат со претходна контрола на доставените барања, што допринесува за правилна и доследна примена на одредбите на законските прописи и правилно пресметување на средства за соодветниот надоместок.

РАЗВОЈ НА ИНФОРМАЦИОНИОТ СИСТЕМ

Во 2003 година Фондот продолжи со имплементација на проектот за развој на интегрален Информационен систем на Фондот. Во почетокот на годината Секторот за информатика, план и анализа се соочи со огромно незадоволство на корисниците на тековното информатичко решение и повеќемесечен прекин во имплементацијата на новото решение за интегрален Информационен систем на Фондот. Со цел да се отстранат насобраните проблеми во тековното решение, како и да се надокнади губитокот во време за пуштање во работа на новото решение, во Секторот за информатика се преземени низа од активности, во следните сегменти од оваа проблематика.

Стабилизирање на постојното информатичко решение

Како резултат на добиениот огромен број на писмени поплаки и забелешки од страна на подрачните служби и аптеките, преземени се активности и потполно е стабилизирана работата на постојното решение. Покрај тоа, вклучени се и законски и тековни дополнувања и промени: промена на стапка на ДДВ, промена на начинот на фактурирање и процент на маржа за аптекарско работење, следење на партиципација, програма за

инвалиди и програма за претставништва и амбасади. Програмското решение за капитација кај матичните лекари е прилагодено согласно законски измени (според одлука на Уставен суд на РМ).

Имплементација на новиот интегрален Информационен систем

По повеќемесечен прекин, продолжени се активностите за имплементација на новиот Информационен систем: извршена е редефиниција на сите програмски модули, извршена е презентација на 15 програмски модули од предвидените 31 пред стручни лица од Фондот, инсталирани се сите нови работни станици во подрачните служби во Скопје, Тетово, Прилеп и Охрид, а делумно и во Кавадраци и Велес, извршено е префрлање на серверите и работните станици од БНЦ на УТП мрежно окружување во подрачните служби во Скопје, Охрид и Тетово. За стабилизација на решението и базите на податоци, реализирана е пилот инсталација во подрачната служба во Кавадарци (средна по големина), а потоа и пилот инсталација во подрачната служба во Скопје (најголема по број на осигуреници и трансакции), со што решението е подготвено за полна имплементација односно работа во реално време со реални податоци во наредната 2004 година. За делумно надминување на недостатокот на хардверска опрема, настанат како резултат на погрешни проценки на потребите при дефиницијата на проектот, кон крајот на годината направена е набавка на информатичка опрема од сопствени средства, обезбедени во ребалансот на Буџетот за 2003 година.

Интернет технологија

За овозможување транспарентност во работата и потполн увид на јавноста во резултатите од секојдневното работење на Фондот, инсталирани се и пуштени во работа сопствен е-Mail сервер и WEB сервер на кој се администрира сопствена WEB страница. Покрај останатите информации, преку овој медиум на осигурениците им се нудат лесно достапни и навремени информации за начинот на остварување на нивните права од здравственото осигурување, преку презентирање на процедури и потребните обрасци и документација, за остварување на овие права.

Останати активности

Во рамки на постојаната соработка со меѓународните институции, Секторот за информатика во соработка со Меѓународната проектна единица во Министерството за здравство, преку соодветна процедура изврши избор на консултантската куќа Thim Consulting, за да во текот на 2004 година биде направена студија за: ревизија за проценка на постојната информатичка технологија во Фондот и проценка на потребите за дополнителна опрема, дефиниција на минимален информатички пакет за специјалните болници од

аспект на обезбедување на потребните податоци за следење на договорите помеѓу болниците и Фондот и проценка на постојните регистри во здравствениот сектор, како и овозможување на основање на заеднички електронски регистри. За покривање на трошоците за изработка на студијата, обезбедени се средства од јапонскиот грант.

Во соработка со постојната мисија на Светската банка во Република Македонија, направени се првични проценки за потребите за информатичка опрема (хардвер, софтвер, комуникации, инфраструктура и обука) кои би се набавиле од средствата на Заемот кој се предвидува за наредната година. Оваа опрема би била наменета за одредени сегменти од здравствениот сектор, според сопствените согледувања, но и според препораките од студијата на консултантската куќа Thim Consulting.

Покрај ова, вработените од Секторот за информатика во текот на 2003 година, постојано и активно партиципираа во работата на постојаните и повремение работни тела на Фондот: комисија за јавни набавки, комисија за ревизија и прераспоредување на работниот простор и работни групи за одредена намена.

КАДРОВСКАТА СТРУКТУРА НА ФОНДОТ

Стручните, административните и другите работи на Фондот се извршуваат во единствена стручна служба за територијата на целата Република, организирана во централна служба со седиште во Скопје и триесет подрачни служби организирани за подрачјето на една или повеќе општини. Организационата поставеност, работните задачи и бројот на извршителите се утврдени со Правилникот за организација на работата и систематизација на работата на работните места во Фондот.

Во 2002 година е донесен Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за организација на работата и систематизација на работата на работните места во Фондот, со кој е направена несоодветна организациона поставеност и се утврдени непотребни работни места. По донесување на овој правилник е извршен прием на нови извршители, за работни задачи со недоволен обем на работа меѓу кои поголем дел на извршители со несоодветна стручна спрема. Ваквата организациона поставеност претставуваше дополнително финансиско оптоварување на Фондот.

По извршената анализа на организациона поставеност и кадровската структура на вработените во Фондот, Управниот одбор на седницата од 03.06.2003 година донесе Одлука за утврдување на потребата од воведување на економски, технолошки и структурални промени, со која се утврди потреба од извршување реорганизација на организационата поставеност на Фондот.

Со Одлуката Управниот одбор го задолжи директорот на предложи Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за организација на работата и систематизација на работата на работните места, со кој ќе се реорганизира организационата поставеност на Фондот, за поефикасно функционирање на стручните служби. Со Правилникот се извршени следните промени:

- спојување на два сектори во еден, а со тоа обединување на работните задачи во една целина, поголема кординација во работата и намалување на работните места,

- намалување на бројот на одделенија во секторите во централната служба и подрачните служби, со што се создаде можност за намалување на раководниот кадар како што се шефови на одделенија, началници на одделенија, како и намалување на бројот на извршителите на одредени работни места.

Со новиот правилник определен е оптимален број на работни места, утврдена е потребната стручна спрема и работно искуство за секое работно место, заради квалитетно извршување на работните задачи. Со промените во организационата структура и работите и задачите во Фондот се очекува:

- подобро остварување на функциите на Фондот,

- да се обезбеди отвореност на организациската структура за приспособување на промени,

- да се обезбеди функционална поврзаност,

- да се обезбеди ефикасно искористување на кадровските ресурси

- намалување на трошоците на Фондот.

Со соодветната кадровска екипираност ќе се обезбеди со планирање, прераспореување на соодветни работи и задачи, прием и обука на потребниот кадар.

Бројот на вработените во Фондот за здравствено осигурување на Македонија споредбено за 2002 - 2003 година е прикажан во следната табела.

ПОДРАЧНА СЛУЖБА	Вкупен број		Основно		ВК		IV		VI		VII	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
БЕРОВО	13	10	1	1			9	6			3	3
БИТОЛА	44	38	3	2			18	14	10	12	13	10
БРОД	7	5					4	1		3	3	1
ВАЛАНДОВО	9	8	1	1			7			6	1	1
ВИНИЦА	10	9			1		6	6	1	1	2	2
ГЕВГЕЛИЈА	15	14	1	1			7	4	2	3	5	6
ГОСТИВАР	36	32	1	3	1		20	17	4	4	10	8
ДЕБАР	8	8					5	2	2	4	1	2
ДЕЛЧЕВО	16	11	1	2			7	4	3	1	5	4
ДЕМИР ХИСАР	7	7					4	3	2	3	1	1
КАВАДАРЦИ	13	11		1			7	4	1	2	5	4
КИЧЕВО	20	19	1	1			11	11	1	1	7	6
КОЧАНИ	18	14	1	1			9	5	3	4	5	4
КРАТОВО	8	7					3	3	2	2	3	2
КР.ПАЛАНКА	11	9					6	4	1	2	4	3
КРУШЕВО	8	7				1	2	1	4	4	2	1
КУМАНОВО	29	28		3			19	15	2	2	8	8
НЕГОТИНО	11	9		1			4	5	1		6	3
ОХРИД	33	28	2	1		1	18	13	4	5	9	8
ПРИЛЕП	36	25	2	1			13	4	5	8	16	12
ПРОБИШТИП	9	8	1	1			7	6			1	1
РАДОВИШ	9	8					4	3	2	2	3	3
РЕСЕН	12	11	1	2			6	3	1	1	4	5
СВЕТИ НИКОЛЕ	11	8					6	5	1	1	4	2
СКОПЈЕ	116	95	7	5	3	4	74	53	2	12	30	21
СТРУГА	21	20	1	4		1	10	5	2	3	8	7
СТРУМИЦА	27	24	2	2			14	10	3	5	8	7
ТЕТОВО	38	36	2	2	2	1	24	27	4	2	6	4
ВЕЛЕС	19	17		1			9	8	3	3	7	5
ШТИП	20	17	2	1			6	6	5	5	7	5
ЦЕНТРАЛНА СТРУЧНА СЛУЖБА	87	79	5	4		1	27	22	4	4	51	48
ВКУПНО	721	622	35	41	7	9	366	270	75	105	238	197

РАБОТА НА УПРАВНИОТ ОДБОР НА ФОНДОТ

Во текот на 2003 година Управниот одбор одржа вкупно 21 (дваесетиедна) седница. На седниците на Управниот одбор донесени се нови подзаконски акти на Фондот, одлуки и заклучоци кои се однесуваат на спроведувањето на Законот за здравствено осигурување и работата на стручната служба на Фондот.

Во текот на 2003 година донесени се следните подзаконски акти на Фондот:

- Правилник за дополнување на Правилникот за организација на работата и систематизација на работата на работните места во Фондот;

- Правилник за изменување на Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита;

- Правилник за изменување на Правилникот за начинот на користење на здравствените услуги на осигурените лица во странство;

- Правилник за изменување на Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала;

- Правилник за изменување и дополнување на Правилникот за утврдување на висината на платите на работниците во Фондот;

- Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита;

Воедно на седниците на Управниот одбор беа разгледани и бројни информации меѓу кои и:

- Информација за работа на аптеките во Република Македонија и соработка со Фондот;

- Информација за реализираните лекувања во странство за периодот 2002-30.06.2003 година;

- Информација за актуелните состојби со реализација на проектот Акцелераторот при ЈЗО Клинички центар - Скопје;

- Информација за склучени договори за одложено плаќање, придонеси за здравствено осигурување;

- Информација за соработка на Фондот и Светска банка и Меѓународниот монетарен фонд;

- Информација во врска со проектите финасирани од средствара од продажбата на Телекомот;

- Информација за дистрибуција на лековите, медицински потрошен материјал и други видови материјали.

Управниот одбор на една од своите седници ја донесе и Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот како и Упатството за начинот и постапката за изменување и дополнување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот.

Од страна на Управниот одбор беше утврден Буџетот на Фондот за 2004 година, а беше донесена и Програмата за воведување на економски, технолошки и структурални промени со предлог за решавање на правата на работниците за чија работа престанала потребата во Фондот.

Управниот одбор ги донесе и следните Одлука:

- Одлука за избор и именување на заменик на претседател на Управен одбор;

- Одлука за именување на заменик директор на Фондот;

- Одлука за усвојување на годишниот извештај за работа на Фондот за 2002 година;

- Одлука за формирање комисија за изготвување на текст на Предлог Листа за именување и дополнување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот;

- Одлука за утврдување на потребата од воведување на економски технолошки и структурални промени;

- Одлука за престанок на работниот однос со отказ на работници поради економски и структурални промени во Фондот;

- Одлука за разрешување на директор на Фондот;

- Одлука за именување на директор на Фондот.

Управниот одбор го донесе и конечниот извештај за извршената ревизија на годишната сметка за 2002 година на Фондот.