

**УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ – ШТИП**

**ЕКОНОМСКИ ФАКУЛТЕТ**

**ЗДРАВСТВЕН МЕНАЏМЕНТ**



**ДУШАНКА ГОРГИЕВА**

**МАГИСТЕРСКИ ТРУД**

**Анализа на купувачка функција на Фондот за здравствено осигурување  
со посебен осврт на методи на плаќање**

Ментор: проф. д-р Круме Николоски

**Февруари, 2016 година**

**Штип**

**Комисија за оценка и одбрана:**

**Ментор:** проф. д-р Круме Николоски  
Вонреден професор, Економски факултет

**Член:** доц. д-р Стеван Габер  
Економски факултет

**Член:** проф. д-р Оливера Трајковска-Горгиева  
Вонреден професор, Економски факултет

**Научно поле:** Здравствен менаџмент

**Научна област:** Економија

## АПСТРАКТ

Предметот на истражување во овој магистерски труд е купувачката функција на Фондот за осигурување, односно начинот на извршување на функцијата, нејзините карактеристики, методите на плаќање, како и реформите во јавното здравство кои влијаат на оваа функција и како е поврзана со останатите функции во јавното здравство, додека целта на истражувањето е да се создадат идни препораки и сугестии кон подобрување на купувачката функција и методите на плаќање, односно план на мерки кои треба да се преземат за нејзин развој.

Јавното здравство претставува социјален, економски и политичко-правен концепт којшто има за цел подобрување на здравјето, продолжување на животот и подобрување на квалитетот на животот на целата популација преку унапредување на здравјето, превенција од болести и други форми на јавно-здравствени активности и интервенции.

Фондот за здравствено осигурување (ФЗОМ) е главниот финансиер, покривајќи над 90% од вкупниот буџет за здравството. 35% од приходите на Фондот се добиваат од владата и доаѓаат од пензионерите и од невработените. Остатокот од приходите на Фондот го сочинуваат придонеси од работодавците, кои моментално изнесуваат 9,2% (плус 0,5% за осигурување од повреди на работното место), партиципација и други приходи.

ФЗОМ покрива примарни здравствени услуги на општите лекари кои се финансираат по основа на капитација. Секундарна амбулантска нега се обезбедува од специјалисти кои работат и во јавната и во приватната здравствена заштита. Болниците кои главно се јавни се финансираат на база на историски пресметан буџет. Во магистерскиот труд фокусот на истражување ќе биде ставен кон купувачката функција на ФЗОМ.

**Клучни зборови:** ФЗОМ, Методи на плаќање, Јавно здравство, Здравствен менаџмент, Осигурување, Купувачка функција...

## **ABSTRACT**

The subject of research in this master's thesis is purchasing function of insurance fund, the manner of execution of the function, its characteristics, methods of payment, and the reform of public health affecting its function and how it is connected with other functions in public health while the aim of the research is to create future recommendations and suggestions to improve the purchasing function and methods of payment, or a plan of measures to be taken for its development.

Public health is a social, economic, political and legal concept which aims to improve health, prolong life and improve the quality of life of the population through health promotion, prevention of disease and other forms of public health activities and interventions.

Health Insurance Fund (HIF) is the main finansierpokrivajkji over 90% of the total budget for health 35 % on the Fund of revenues derived from government and come from pensioners and the unemployed.

The rest of the income of the Fund from employer contributions 9.2% (plus 0.5% for accident insurance rabotnotomesto) fee and other revenue.

Fund primary healthcare services to general practitioners sefinansiraat based on kapitacija. The secondary out patient care is secured from specialists working in public and private health protection. The hospitals which are mostly public funded based on historical budget. In the thesis the focus of research will be put towards purchasing function of HIF.

**Keywords:** HIF, methods of payment, Public Health, Health Management, Insurance, purchasing function .....

## СОДРЖИНА:

ВОВЕД.....	8
I ЗДРАВСТВЕНИ ИНСТИТУЦИИ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА .....	15
1. Здравствен систем на Република Македонија .....	15
1.1 Вредности на здравствениот систем .....	17
1.2 Организациска структура на здравствениот систем .....	18
1.3 Видови на здравствени институции .....	21
1.3.1 Министерство за здравство .....	21
1.3.2 Фонд за здравствено осигурување на Македонија .....	22
1.3.3 Министерство за финансии .....	23
1.3.4 Министерство за образование .....	24
1.3.5 Асоцијации, комори и синдикати .....	24
1.3.6 Невладин сектор.....	25
2. Поим и дефиниција на јавно здравство.....	25
2.1 Функции на јавното здравје .....	30
2.2 Начин и организација на функционирање на системот за јавно здравје .....	31
2.2.1 Институт за јавно здравје на Република Македонија.....	33
2.2.2 Центри за јавно здравје .....	34
2.2.3 Принципи за вршење на работите на Институтот и центрите .....	35
3. Систем на здравствена заштита во Република Македонија .....	36
3.1 Примарна здравствена заштита.....	38
3.2 Секундарна и терциерна здравствена заштита .....	44
II АНАЛИЗА НА КУПУВАЧКА ФУНКЦИЈА.....	49
1. Улога на купувачите во купување на здравствена заштита .....	49
1.1 Преговори за склучување на договор за купување на здравствена заштита ...	50

1.2	Процес на склучување договори .....	52
1.3	Склучување на договор за здравствена заштита .....	53
1.4	Спроведување на договорот за купување на здравствена заштита .....	56
2.	Стратегиско купување на здравствена заштита .....	59
3.	Функција на финансирање на здравствената заштита преку купувачките функции.....	61
3.1	Прибирање на приходите .....	65
3.2	Средства за работа и нивни извори.....	70
4.	Распределба на финансиски средства.....	74
5.	Програма на Владата на Република Македонија за системот на здравствена заштита .....	81
6.	Анализа на Законот за здравствено осигурување .....	88
6.1	Осигуреници.....	89
6.2	Право на здравствени услуги .....	91
6.3	Листа на лекови кои се на товар на Фондот .....	92
6.4	Здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување.....	94
6.5	Права на парични надоместоци .....	95
7.	Анализа на ФЗОМ, негова структура и функции .....	97
7.1	Управен одбор .....	101
7.2	Директор.....	102
7.3	Статут .....	103
7.4	Средства за работа на Фондот.....	104
7.5	Контрола на потрошувачката .....	105
III	МЕТОДИ НА ПЛАЌАЊЕ НА КУПУВАЧКА ФУНКЦИЈА .....	106
1.	Поим за методи на плаќање .....	106

1.1 Постапка за плаќање на осигурено лице.....	107
1.2 Докажување на својство на осигурено лице.....	113
2. Видови методи на плаќање .....	115
2.1 Капитација (Capitation) .....	116
2.2 Наплата за услуга (fee for service – FFS).....	118
2.3 Плаќање по пат на личен доход.....	120
3. Инвестиции во информатичкиот систем.....	122
IV АНАЛИЗА НА ПЛАЌАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО ФЗОМ.....	127
1. Склучување договор и плаќање во примарна здравствена заштита .....	127
2. Склучување договор и плаќање во примарна стоматолошка здравствена заштита .....	136
3. Склучување договор и плаќање во специјалистичко–консултативна стоматолошка здравствена заштита.....	139
4. Склучување договор и плаќање во болничка здравствена заштита .....	145
5. Начин и методологија за утврдување на референтни цени на лекови .....	153
V ЗАКЛУЧОК И ИДНИ ПРЕПОРАКИ .....	158
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА.....	163

## ВОВЕД

Во првата глава е анализирано јавното здравство кое претставува еден од најфасцинантните образовни потфати кои поставуваат голем број на тематски, научни и идеолошки прашања. Се осврнавме со критички однос во врска со неговото функционирање, за потоа да преминеме кон нивото на здравствената заштита во Република Македонија, а предизвик ни беа следните анализи:

- Анализа на ниво на примарна здравствена заштита, преку која се преземаат мерки и активности за примарна превенција, коишто имаат за цел да го подобрат квалитетот на животот, да го унапредат здравјето и да ја спречат појавата на болест и оштетување на здравјето; секако ќе бидат анализирани и двете групи, т.е. унапредување и зачувување на здравјето и мерки за спречување на појава на болест;
- Анализа на ниво на секундарна здравствена заштита, преку која се преземаат мерки и активности за секундарна превенција, коишто имаат за цел рано откривање на одредена болест и лекување на болест; анализа на групите: мерки за рано откривање на болестите и мерки за рано лекување;
- Анализа на ниво на терцијарна здравствена заштита, преку која се преземаат мерки и активности за терцијарна превенција, коишто имаат за цел поголема и соодветна грижа за оние состојби коишто не можат да се лекуваат или кои и покрај терапевтскиот третман оставаат трајни последици врз здравјето на луѓето, а ќе бидат анализирани мерките за рехабилитација и мерките за поддршка.

Здравствени услуги во Македонија се пружаат преку системот на здравствени институции. Тој е организиран на три нивоа: примарно, секундарно и терцијарно. Меѓутоа, сè уште останува да биде решена функционалноста помеѓу овие три нивоа.

Во последните години се забележува значителен пораст во приватниот сектор, посебно во примарното ниво. Повеќето стоматолошки ординации се



приватизирани, а тој процес подоцна се пренел и на аптеките. Приоритетите на институциите кои управуваат со здравствениот сектор се: подобрување на здравствените установи, реформи на политиките за човечки ресурси и понатамошна регулација на фармацевтскиот сектор.

Надгледувањето на управувањето со здравствените институции го вршат управни одбори кои се состојат од седум члена, и тоа: тројца вработени во дадената здравствена институција и четворица членови назначени од Владата. Во институциите од примарниот сектор, двајца членови на управниот одбор се претставници на општината. Извршните директори на здравствените институции се предложени од страна на советодавно тело и се назначени од страна на министерот за здравство.

На повеќето од овие места има чести промени затоа што многу назначени лица ги немаат потребните квалификации и способности. Секоја здравствена институција има свој статут кој се усвојува од управниот одбор. Статутот ги дефинира и регулира структурите и функциите и треба да биде одобрен од страна на Владата. Здравствените институции подлежат на лиценцирање, т.е. оценка на нивната усогласеност со дефинираните стандарди за работните простории, опремата и персоналот.

Иако теоретски лиценцата може да биде одземена кога не се задоволени критериумите, во пракса тоа допрва треба да се примени. Не секогаш здравствените институции ги задоволуваат стандардите. Постојат институции, посебно во руралните подрачја, кои имаат опрема што е во многу лоша состојба, а имаат и недостаток од елементарни материјали. Повеќето здравствени организации се соочуваат со проблеми кои се резултат на намалувањето на нивниот основен капитал. Ова е посебно сериозен проблем во примарниот здравствен сектор.

Здравствените услуги во Македонија исто така се пружаат и од приватни здравствени организации кои главно работат во примарниот сектор како примарни здравствени клиники (општа пракса, стоматологија). На докторите кои работат во

јавниот сектор им е дозволено да работат приватно во јавни или во приватни установи. Тука постои можност за конфликт на интереси, со оглед на тоа дека регулаторната рамка која јасно ги одредува условите за работа е сè уште во процесна подготовка.

Во втората глава се осврнавме кон анализа на принципите на јавното здравство во Република Македонија, неговите карактеристики, надлежностите кои ги извршува, како и фактите на теоретски и методски пристап кон истражувањето кон ефектите од магистерската теза, односно купувачката моќ на Фондот за здравствено осигурување.

Купувањето е функција, со која се врши пренамена на финансиските средства коишто се акумулирани од различни извори на собирање со цел да се обезбедат одредени здравствени добра и услуги и поквалитетна здравствена заштита, а со тоа и поголемо задоволство кај пациентите.

Најпрвин започнавме со функциите на финансирање на здравствената заштита, па потоа преминавме кон улогата на купувачите во купувањето на здравствена заштита. Акцентот е ставен исто така на распределбата на финансиските средства кои се акумулирани од различни извори за да може да се обезбедат одредени здравствени добра и услуги.

Важен сегмент од оваа глава е процесот на склучување договор и стратегиското купување, како и рангирањето на приоритетите при стратегиско купување.

Како главни вредности во здравствениот систем, Владата на РМ ги определува основните карактеристики на европските здравствени системи, како што се солидарноста, еднаквоста и вклучувањето на граѓаните во носењето на одлуките.

Содржината на програмата на Владата на РМ укажува дека таа ќе настојува да ги задржи, продлабочи и да ги унапреди тие европски вредности во сите аспекти на организација на здравствениот систем на РМ.

Во досегашното реализирање на тој дел од програмата, Владата на РМ покажува голем интерес да ги заштити сиромашното население и осетливите групи од натамошни финансиски трошоци што се поврзани со нивната здравствена заштита.

Пример за тоа се неодамнешните промени што беа направени во Законот за здравствено осигурување со кои се отвори можност сите невработени и лицата кои по ниту една основа не го остваруваат правото на здравствено осигурување, да бидат вклучени во системот. На тој начин, Владата на РМ се потруди да овозможи поголем пристап до здравственото осигурување за целото население што живее на територијата на РМ. Дополнително, таа презема мерки за намалување на приватната потрошувачка на пациентите за лекување во болничкиот сектор преку обезбедување на сите неопходни лекарства и потрошен медицински материјал.

Секоја земја развива сопствен здравствен систем и го модифицира според своите културолошки потреби и расположливи средства. Но, здравствениот сектор се наоѓа во состојба на постојана еволуција, така што земјите во развој можат да земат голем број на примери од здравствените системи на развиените земји, тие примери да ги спроведуваат во својот здравствен систем и да реализираат еволуција на здравствениот систем во нивната земја.

При обезбедувањето на здравствена заштита постојат и одредени нарушувања на текот на обезбедување на здравствената заштита кои можат да бидат: географски, културолошки, општествени, психолошки и финансиски. Отстранувањето на финансиските бариери во обезбедувањето на здравствена заштита е потребен, но не секогаш доволен услов за оптимално здравје.

***Еднаквиот пристап до квалитетна здравствена заштита со минимални меѓурегионални и социодемографски разлики е од суштинско значење за добри јавно-здравствени стандарди.***

Под потребни услуги не се подразбираат само услугите расположливи на барање на пациентот, туку и услугите наменети за целото население, особено за

ризичните групи кои најчесто имаат најмалку шанси да дојдат до соодветно лекување.

Програмата која обезбедува еднаков пристап на здравствена заштита на сите може да затаи во постигнувањето на својата цел – подобрување на здравјето на населението – ако не е поткрепена со донесување правна регулатива за здрава животна средина и заштита при работа, исхрана и прехранбени производи, стандарди за водата за пиење, подобрување на здравствената заштита во селските заедници, повисокото образование и здравствено информирање на јавноста. За унапредување на здравјето и намалување на специфичните фактори на ризик од мордIBILитет и морталитет потребни се дополнителни национални здравствени програми. Одговорноста за здравјето не ја сноси само лекарот или другиот медицински персонал, туку и општеството и неговите извршни инструменти, владините и невладините организации, како и поединецот и неговото семејство.

Во третата глава од магистерскиот труд е дадена опширна констатација на анализирањето на методите на плаќање, направени се разлики помеѓу нив - главните методи и проценка на нивните карактеристики, бидејќи се надоврзуваме на претходната глава, затоа што методите на плаќања ги опфаќаат правилата за склучување договори кои треба однапред да бидат познати, односно купувачот мора да даде инструкции за видот на договорот (договори за работа или договори за здравствени и други услуги), како и за стимулативните методи интегрирани во секој вид на договор.

#### **Се работи за следните методи:**

- Капитација (главнина);
- Наплата на услуга;
- Плаќање по пат на личен доход;
- Други средства од изворите на финансирање на здравствената заштита.

Како и во сите сектори, инвестициите во информатичките системи растат и во здравствениот и секторот за работа со хендикепирани лица. Информатичките

системи даваат значаен придонес во унапредувањето на здравствените резултати и во одлучувањето на местата на пружање на здравствените услуги, како и во планирањето и финансирањето на здравствената заштита.

Постојат неколку глобални теми кои превладуваат во употребата на здравствените информатички системи:

- ❖ □Развој на електронски здравствени картони: разни форми на електронски здравствени картони се употребуваат за да се пренесат клиничките информации, како и да се координира грижата за поединечни болести или услуги;

- ❖ Употреба на алатки за поддршка на одлучувањето: постои зголемена потреба за поддршка на одлучувањето на лекарите. Поддршката е потребна на ниво на услугите (на пр. планирање на услугите, проверка меѓу колегите, трендови во грешки во администрацијата на лекови) и на ниво на пациентот (на пр. планови за заштита, индивидуални клинички акции, нарачки на услуги);

- ❖ Препознавање на потребата за поврзливост: постои општо движење кон поврзливоста на најголем дел од здравствените системи и растечка потреба од директен пристап кој бара побрз комуникациски пристап. Адекватната сигурност е исто така потребна за да овозможи соодветен пристап до записите за пациентите, пораките до и од давателите на здравствени услуги, достапност до системи за закажување или врски со системите на аптеките;

- ❖ Согласност за заеднички стандарди и минимални сетови од податоци: сите земји собираат минимални сетови од податоци, обично од болниците. Додека постои согласност за тоа кои се неопходните сетови на податоци, главно има недостиг на согласност на ниво на деталите во земјите и помеѓу земјите.

Врската помеѓу локалните, регионалните и националните учесници наоѓа за потребно информациите да се споделуваат заради планирање, финансирање и лекување. Примената на соодветни стандарди е клучна во овозможувањето на ефектна и ефикасна размена на информации.

Стандардите се потребни за ракување со информациите (на пр. збирки на податоци, кодирање), за информатичка инфраструктура (на пр. размена на пораки, сигурносни политики) и деловни процеси (на пр. придржување кон зацртани правила). Стандардите за податоците и за деловните процеси ќе бидат од критична важност во подобрувањето на грижата за пациентите од голем број на примарни и секундарни здравствени организации и услужни организации (аптеки, лаборатории, рендген лаборатории). Стандардите се неопходни за интеграција на здравствената заштита помеѓу примарното и секундарното здравство.

Во четвртата глава се осврнавме кон начините на плаќање во различните сегменти на здравствена заштита преку доказни статистички елементи од ФЗОМ.

Претходно е анализирана структурата и перспективата на купувачката функција и нејзиното движење во долгорочни и краткорочни размени за да можеме да преминеме кон нивната структура. На крај трудот го завршивме со сугестии и препораки за начинот на извршување на купувачката функција на Фондот за здравствено осигурување

# I ЗДРАВСТВЕНИ ИНСТИТУЦИИ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

## 1. Здравствен систем на Република Македонија

Обликувањето на здравствените системи и нивната актуелна преобразба се условени со низа од посреднички фактори, од коишто посебно се истакнуваат следните:

- **Економски фактори** – промените во областа на работењето и вработувањето, финансирањето на здравствените системи, разликата помеѓу богати и сиромашни, контролирање на трошоците и рационализација и слично;
- **Демографски фактори** – стареење на населението, намален наталитет, фертилитет и морталитет и слично;
- **Епидемиолошки трендови** – епидемиолошка транзиција која ги диференцира причинителите на заболувањата и смртноста;
- **Социјални фактори** – социјална разлика помеѓу одредени земји и поединечни социјални друштва, типови на болести врзани со животниот и здравствениот стил, начин на кој поединецот и друштвото одговараат на појавата на болеста;
- **Државна организација** – начин на кој државата интервенира во здравствениот систем, степенот на административната вклученост и административната контрола, интересот и позицијата на владата во здравствениот систем, начинот на одлучување и партиципирање на граѓаните во здравствениот систем.

Секој национален здравствен систем има свои карактеристики и проблеми. Нивното надминување подразбира континуирана евалуација врз основа на добро развиени информациски системи, здравствен менаџмент и вклученост на општеството по пат на креирање на професионални организации и групи за застапување.

Секоја земја развива сопствен здравствен систем и го модифицира според своите културолошки потреби и расположливи средства. Но, здравствениот сектор се наоѓа во состојба на постојана еволуција, така што земјите во развој можат да земат голем број примери од здравствените системи на развиените земји - тие примери да ги спроведуваат во својот здравствен систем и да реализираат еволуција на здравствениот систем во нивната земја.

При обезбедувањето на здравствена заштита постојат и одредени нарушувања на текот на обезбедувањето кои можат да бидат: географски, културолошки, општествени, психолошки и финансиски. Отстранувањето на финансиските бариери во обезбедувањето на здравствена заштита е потребен, но не секогаш доволен услов за оптимално здравје.

Еднаквиот пристап до квалитетна здравствена заштита со минимални меѓурегионални и социодемографски разлики е од суштинско значење за добри јавно-здравствени стандарди.<sup>1</sup>

Под потребни услуги не се подразбираат само услугите расположливи на барање на пациентот, туку и услугите наменети за целото население, особено за ризичните групи кои најчесто имаат најмалку шанси да дојдат до соодветно лекување.

Програмата која обезбедува еднаков пристап на здравствена заштита на сите може да затаи во постигнувањето на својата цел – подобрување на здравјето на населението – ако не е поткрепена со донесување правна регулатива за здрава животна средина и заштита при работа, исхрана и прехранбени производи, стандарди за водата за пиење, подобрување на здравствената заштита во селските заедници, повисокото образование и здравствено информирање на јавноста.

За унапредување на здравјето и намалување на специфичните фактори на ризик од мордибилитет и морталитет потребни се дополнителни национални

---

<sup>1</sup>Круме Николоски, (2013), Современи тенденции на јавното здравство, Штип, стр. 96;



здравствени програми. Одговорноста за здравјето не ја сноси само лекарот или другиот медицински персонал, туку и општеството и неговите извршни инструменти, владините и невладините организации, како и поединецот и неговото семејство.

## **1.1 Вредности на здравствениот систем**

Како главни вредности во здравствениот систем Владата на РМ ги определува основните карактеристики на европските здравствени системи, како што се солидарноста, еднаквоста и вклучувањето на граѓаните во носењето на одлуките.

Содржината на програмата на Владата на РМ укажува дека таа ќе настојува да ги задржи, продлабочи и да ги унапреди тие европски вредности во сите аспекти на организација на здравствениот систем на РМ.

Во досегашното реализирање на тој дел од програмата, Владата на РМ покажува голем интерес да ги заштити сиромашното население и осетливите групи од натамошни финансиски трошоци што се поврзани со нивната здравствена заштита.

Пример за тоа се неодамнешните промени што беа направени во Законот за здравствено осигурување со кои се отвори можност сите невработени и лицата кои по ниту една основа не го остваруваат правото на здравствено осигурување, да бидат вклучени во системот. На тој начин, Владата на РМ се потруди да овозможи поголем пристап до здравственото осигурување за целото население што живее на територијата на РМ. Дополнително, таа презема мерки за намалување на приватната потрошувачка на пациентите за лекување во болничкиот сектор преку обезбедување на сите неопходни лекарства и потрошен медицински материјал.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Владимир Лазаревиќ, Здравство, стр. 1, достапно на: <http://oi.org.mk/upload/Zdravstvo.pdf>

## 1.2 Организациска структура на здравствениот систем

Здравствениот систем во Република Македонија содржи три нивоа, односно може да се подели на: примарен, секундарен и терциерен.

Примарната здравствената заштита претставува база на целосниот здравствен систем и нуди основна здравствена заштита на локално ниво. Пациентите можат да бидат упатени на секундарниот систем за здравствена заштита преку упат на избраниот лекар во примарната здравствена заштита. Пациентите можат да бидат упатени на терциерниот систем за здравствена заштита преку упатување од секундарно ниво.

Во секојдневната пракса пациентите можат да ги користат здравствените услуги по пат на избран лекар.<sup>3</sup>

По осамостојувањето во 1991 година, Македонија создала здравствен систем на база на осигурување. Министерството за здравство и Владата ја утврдиле правната рамка за работење и управување додека Фондот за здравствено осигурување е одговорен за собирање донации, алоцирање на фондови и надгледување на договорите со снабдувачите.

Гледано од сегашен аспект, системот се соочува со бројни предизвици како што се: надминувањето на недостатоците останати од поранешниот социјалистички здравствен систем со поедноставување на структурите, намалување на напливот на персонал во здравството и обезбедување на одржливо финансирање на здравствениот систем кое ќе вклучува адекватна поддршка на програмите за превенција и на капиталните инвестиции.

За таа цел „Министерството за здравство ќе треба да ги зајакне своите капацитети за формулација на политиката, способностите за имплементација и надгледување, а Фондот за здравствено осигурување ќе треба да го подобри

---

<sup>3</sup> Борјан Павловски, Систем на здравствена заштита во Република Македонија, презентација, Здружение на ЕСЕ, стр. 11;

планирањето на буџети, инструментите за надгледување и известување.<sup>4</sup> Досега, новоформираните структури се карактеризираат со голема неефикасност во работењето затоа што се принудени да работат во средина која долг временски период била без соодветни ресурси. Исто така постојат и нееднакости во пружањето на здравствените услуги што е резултат на „наследството“ од системот на локално контролирани структури и недостаток од единствени стандарди за оценување на постигнувањата.

Освен тоа, а и спротивно на правните одредби, во моментот постои слаба и несоодветна финансиска помош од централниот буџет за програмите за превенција. Како што е опишано погоре, Законот за здравство ја воспостави организациската структура на системот – Министерството за здравство и Владата се одговорни за креирањето на политиката и имплементацијата; Фондот за здравствено осигурување е одговорен за собирањето и управувањето со фондовите; здравствените институции се одговорни за пружањето на услугите. Здравствените институции се состојат од амбуланти и центри за прва помош на примарно ниво, специјалистичко-консултативни и болнички одделенија на секундарно ниво и универзитетски клиници и институти на терцијарно ниво, кои исто така прават истражувања и се образовни установи под јурисдикција на Министерството за образование.

Последните неколку години приватниот сектор бележи развој, посебно на примарното ниво на здравствена заштита. Министерството за економија и Министерството за здравство се менуваат на местото претседавач на управувачкиот одбор на Фондот за здравствено осигурување. Министерството за локална самоуправа има одредени одговорности во примарниот сектор, а посебно во секторот за превентивно здравје. Понатаму, професионалните стандарди се надгледувани од страна на професионални комори кои од неодамна имаат развиено нов систем за лиценцирање. Од друга страна, медицинските асоцијации

---

<sup>4</sup> Центар за истражување и креирање политики, (2011), Реформи на здравствениот систем во Македонија, студија бр.4, стр. 14, достапно на [www.cprm.org.mk](http://www.cprm.org.mk)

треба да развијат нови клинички упатства. Министерството за одбрана ги надгледува здравствените услуги на армискиот персонал во воените болници. Министерството за труд и социјална политика, покрај тоа што ги надгледува здравствените права на работниците, го покрива осигурувањето на сиромашните, невработените и пензионерите.

**Табела 8:** Организациска структура на здравствениот систем во Македонија<sup>5</sup>



Како што е опишано погоре, Законот за здравство ја воспостави организациската структура на системот:

- Министерството за здравство и Владата се одговорни за креирањето на политиката и имплементацијата;

<sup>5</sup> Извор: Центар за истражување и креирање политики, (2011), Реформи на здравствениот систем во Македонија, студија бр. 4, стр. 15;

- Фондот за здравствено осигурување е одговорен за собирањето и управувањето со фондовите;
- Здравствените институции се одговорни за пружањето на услугите.

## **1.3 Видови на здравствени институции**

### **1.3.1 Министерство за здравство**

Законот за здравство ги регулира функциите на Министерството за здравство. Оваа институција е одговорна за управување со здравствениот систем и креирањето на политиките во областа на здравството. Министерството за својата работа одговара пред Владата. Министерството ја формулира и надгледува имплементацијата на здравствените политики и легислативата. Тоа треба да ја анализира организациската структура на здравствените институции и да ги идентификува евентуалните потреби за реструктурирање и/или создавање на нови институции или оддели.

Министерството основа посебна единица која е одговорна за надгледување на работата на Фондот за здравствено осигурување. Понатаму, Министерството ги надгледува и оценува влијанијата на активностите помеѓу секторите во состав на здравствениот сектор. Меѓутоа, неодамнешната функционална анализа извршена од страна на Бирото за меѓународен развој по барање на Министерството за здравство покажа дека постои итна потреба од зацврстување на улогите и функциите на Министерството во однос на клучните функции на креирање политики и нивна имплементација, одредување на приоритети и следење на учинокот на здравствениот систем.

Постои и потреба од развој на капацитетите на Министерството за формулирање на буџети и управување со човечките ресурси. Во контекст на

продолжувањето на приватизацијата на здравствените услуги, постои и потреба од зацврстување на регулаторната рамка со цел да се заштитат корисниците.<sup>6</sup>

Дополнителни закони и акти ја регулираат заштитата од заразни болести, основањето на здравствени информациски системи, заштитата од јонска радијација, фармацевтските продукти, лековите, злоупотребата на психотропски супстанции, квалитетот на храната, абортусите, трансплантацијата на органи итн.

### **1.3.2 Фонд за здравствено осигурување на Македонија**

Фондот го надгледува системот на осигурување, ги собира придонесите на осигурениците и склучува договори со институциите. Во 2002 година Фондот започнал да склучува договори со приватни институции од примарниот здравствен сектор за капитација. Фондот исто така собира податоци за полисите на осигурување на населението и обезбедува услуги според претходно дефинираниот пакет на бенефиции.<sup>7</sup>

Во почетокот Фондот работел во состав на Министерството за здравство и директорот бил назначуван од страна на Владата. Со усвојувањето на Законот за здравствено осигурување во 2000 година Фондот се изменил во независна институција.

Денес неговиот управен одбор се состои од претставници на Фондот, Министерството за здравство и Министерството за финансии и 6 претставници на корисниците на услугите. Последните амандмани на Законот предвидуваат ротирачко претседателство на управниот одбор од страна на Министерството за здравство и Министерството за финансии, како и право на вето. Управниот одбор

---

<sup>6</sup> Центар за истражување и креирање политики, (2011), Реформи на здравствениот систем во Македонија, студија бр.4, стр. 14;

<sup>7</sup> Центар за истражување и креирање политики, (2011), Реформи на здравствениот систем во Македонија, студија бр.4, стр. 15;

го назначува директорот на Фондот за здравствено осигурување, под услов Владата да е согласна со таа одлука.

И покрај тоа што е структуриран како посебна институција, Фондот за здравствено осигурување има свои недостатоци. На пример, Фондот има потреба од подобрување на своите капацитети за планирање на буџети, вклучувајќи ги тука и одредувањата на глобални буџети за доставувачите. Понатаму, планирањето на буџети треба да ги опфаќа и капиталните инвестиции како вид на трошок. Меѓутоа, познато е дека „планирањето на буџетот е доведено во опасност ако договорените средства од централниот буџет не се префрлаат на време.“

### **1.3.3 Министерство за финансии**

Министерството за финансии во соработка со останатите министерства го одредува буџетот на земјата. На препорака од Министерството за здравство, тука се вклучени и прифатени програмите за превентивна здравствена заштита, како што се: задолжителните вакцинации, програмите за борба против сидата, туберкулозата, бруцелозата, заразните болести, систематските прегледи на децата и младите, активната заштита на мајките и децата итн.

Министерството за финансии исто така има улога во планирањето и одобрувањето на буџетот на Фондот за здравствено осигурување, со оглед на тоа дека тој е составен дел на државниот буџет. Министерството за финансии е во состав на управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување, каде што се менува на претседателската функција со Министерството за здравство.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Центар за истражување и креирање политики, (2011), Реформи на здравствениот систем во Македонија, студија бр.4, стр. 16;

### **1.3.4 Министерство за образование**

Министерството за образование е одговорно за сите образовни институции и програми преку кои се студира медицина. Катедрите за медицина, стоматологија и фармација работат под покровителство на Министерството и се одговорни за теоретскиот и практичниот дел на наставата и за програмите за специјализација на докторите, заболечарите, фармацевтите и медицинските сестри. Министерството исто така ги надгледува средните медицински училишта, вишите училишта за медицински сестри и техничари по радиологија и е одговорно за практиката на медицинските сестри и останатите здравствени работници.<sup>9</sup>

### **1.3.5 Асоцијации, комори и синдикати**

Коморите на докторите, заболечарите и фармацевтите се одговорни за лиценцирање и надгледување на професионалното однесување на соодветната група здравствени работници. Со цел да се подобри работата на здравствените работници и со самото тоа и квалитетот на здравствените услуги, на коморите им е дадено овластување да ги продолжуваат, обновуваат или одземаат работните дозволи.

Постојат и други организации како што се „Македонско лекарско друштво“ и „Здружение на медицински сестри техничари и акушерки“. Овие организации се основани по завршувањето на Втората светска војна и внатрешно се поделени по специјалности. Тие се одговорни за континуираниот професионален развој, вклучувајќи ја тука и подготовката на клиничките упатства. Синдикатот на здравствените работници ги претставува сите здравствени работници и е одговорен за утврдување на работните услови со работодавците – здравствените институции.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Центар за истражување и креирање политики, (2011), Реформи на здравствениот систем во Македонија, студија бр.4, стр. 16;

<sup>10</sup> Центар за истражување и креирање политики, (2011), Реформи на здравствениот систем во Македонија, студија бр.4, стр. 17;



### **1.3.6 Невладин сектор**

Засега, улогата на граѓанското општество во здравствениот сектор е ограничена. Сепак постојат неколку невладини организации кои се фокусираат на активности во здравствениот сектор. Во овој контекст, Националната програма за здравство на фондацијата Институт отворено општество Македонија играше значајна улога со пружање на техничка и финансиска поддршка при основањето на Факултетот за јавно здравство и организирањето на тренинг програма за локалните здравствени управници. Невладините организации како што се Хера, ЕСЕ и Студиорум, кои се специјализирани во областите на ментално здравје, насилство и превенција на повреди и борба против сидата, продолжуваат со имплементацијата на успешни проекти, главно од областа на образованието на граѓаните и на споменатите здравствени теми.

## **2. Поим и дефиниција на јавно здравство**

Во средината на 19-от век јавно-здравственото размислување било најмногу развиено во Обединетото Кралство. Таму во 1848 година е донесен првиот закон за јавното здравство, па така започнува да се развива и самиот поим на овој назив. Идејата за јавното здравство - за вкупното здравје на популацијата се спроведува преку систем на едукација. Така првите предавања за јавното здравство биле одржани во Англија во 1856 година.

Првата дефиниција на јавното здравство (здравје) ја дал Winslow во 1920 година. Според таа дефиниција јавното здравство е знаење и уметност на спречување на болеста, продолжување на животот и напредување во здравјето низ организирани напори и информиран избор на општеството, јавните и приватните организации, заедниците и поединците. Тоа се занимава со заканата по здравјето на заедницата. Разоткривањето на реалните опасности по здравјето на поединците и целата популација се темели на анализа на здравјето на

дотичната популација. Притоа сеедно е дали се работи за мала популација или за популација на повеќе континенти.<sup>11</sup>

Својата дефиниција на јавно здравство Winslow ја проширил и ја обработил во 1923 година. Според таа дефиниција јавното здравство е знаење и уметност на спречување на болеста, продолжување на животот и унапредување на физичкото здравје и успешност по пат на организирани напори на заедницата во санација на околината, организација на медицински служби за рана дијагноза и превентивно лекување на болестите, развој на општествен механизам кој ќе го осигура поединецот во заедницата на животен стандард кој е достапен за одржување на здравјето.<sup>12</sup>

Потребно е да се воочат две карактеристики на јавното здравство. Првата се занимава со превентивен, а не куративен аспект на здравствена заштита, а втората се занимава со здравствените прашања на целина на заедницата, а не на поединецот. Па така настанува јавно–здравствената превенција, а не лекувањето на болеста, што се остварува преку надзор на заболените и промоција на здраво животно однесување. Многу болести можат да се превенираат преку едноставни, немедицински мерки. Во таа смисла значајни се едноставните јавно-здравствени мерки како миењето раце во дистрибуција на стерилни шприцови и игли и кондомите. Меѓу активностите за спречување на болеста, важно место има специфичната превенција како заштитата од заразните болести.

За поединечна држава да ја оствари својата улога во јавното здравство се остваруваат владини агенции со задача да ги пронајдат примерените одговори на домашните здравствени проблеми. Поради разликата во здравствената проблематика постои голема разлика во пристапот на здравствената заштита и

---

<sup>11</sup> Clinton, Country Health Department, What is public health?, Administration uUnit, 133 Margaret Street, Plattsburg, NY, page 1, достапно на:

[http://www.clintoncountygov.com/departments/health/print\\_page/aboutus.pdf](http://www.clintoncountygov.com/departments/health/print_page/aboutus.pdf),

<sup>12</sup> Wright K, editor. Demonstrating excellence in academic public health practice. Washington DC: Association of Schools of Public Health; 1999, достапно на:

<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/12/07-046110/en/>

јавно–здравствениот пристап помеѓу развиените земји и оние во развој. Во земјите во развој, кои се најчесто и најсиромашни, јавно-здравствената инфраструктура не е развиена. Обично недостасуваат добро образовани здравствени работници или, пак, малите финансиски средства не овозможуваат ни основна медицинска грижа и превенција од болестите. Како резултат на таквата состојба, најголем дел на болести и смртност во тие земји е поврзан со сиромаштвото.

Како илустрација на енормните разлики во издвојувањето за здравството може да ни послужи податокот дека одредени африкански држави издвојуваат годишно едвај 100 долари по жител, додека САД издвојува 4.500 долари (1:45). Поради тоа е уште поголема важноста преку едноставни и евтини превентивни мерки со кои може да се намали значително бројот на заболени и мртви, а со тоа да се намали вкупната здравствена потрошувачка, која е најголема во подрачјето на куративната медицина (особено болничкото лекување).<sup>13</sup>

Денес поимот на јавно здравство означува содржина и задачи преку кои се заштитува здравјето и се осигурува државата. Првобитно е државата да биде одговорна за превенција од болеста, за грижа за сиромашните и немоќните, за одговорност да се однесува и на организација на здравствената служба и вкупната здравствена заштита. Денес одговорните влади развиваат јавно–здравствена политика и програми со цел подобро да се разберат причините за болеста, да се осигура социјалната стабилност и просперитет на одржувањето на редот.

Во согласност со ова треба во Република Македонија да се развие свеста за јавното здравје, притоа државата низ јавно–здравствените програми да го унапреди здравјето на населението, а поединецот со своето секојдневно однесување да го зачува своето здравје и функционалната способност до длабока старост, кои му предвидуваат просечно траење на животот на новите генерации.

---

<sup>13</sup> Дарко Робац, (2012), Лекарски Новини, Хрватска, достапно на: <http://www.hdgo.hr/> - Portal Hrvatskog drustva za ginekologiju i opstetriciju;

Следејќи ги современите тенденции во областа на здравството и здравствената заштита, јавното здравство може да се дефинира како социјален, економски и политичко-правен концепт којшто има за цел финансирање на здравје и здравствена заштита, подобрување на здравјето, продолжување на животот и подобрување на квалитетот на животот на целата популација преку унапредување на здравјето, превенција од болести и други форми на јавно-здравствени активности и интервенции.

Новото јавно здравство во својата основа се разликува со целосното разбирање за начините на кои животните стилови и животните услови влијаат врз здравствениот статус, како и на препознавање на потребите за мобилизирање на ресурси и правилно инвестирање во политиките, програмите и услугите кои го креираат, одржуваат и заштитуваат здравјето со поддршка на здравите животни стилови и креирање на поддржани околинис за здравје. Ваквата разлика меѓу класичното и новото јавно здравство можеби нема да ни биде потребна во иднина при разработка на спектарот на јавното здравство.

Според WHO (1999) и Donald Acheson (1988), „Науката и уметноста на превенцијата на болеста, продолжувањето на животот и унапредувањето на здравјето низ организирани напори на општеството се нарекува јавно здравје“.<sup>14</sup>

Принципи на јавното здравје се:

- Еднаквост и солидарност;
- Одржливост;
- Ефикасност;
- Учество;
- Правда и мир.

Јавното здравство ги вклучува сите можни активности и алтернативи кои би биле корисни и ефикасни за унапредување на здравјето, како и за превенција, лекување и рехабилитација од болести на индивидуата, општеството и целата популација. Во минатото за означување на јавното здравство користени се

---

<sup>14</sup> WHO и Donald Acheson, Public health online resource for careers, skills and training, достапно на: [http://www.phorcast.org.uk/page.php?area\\_id=1](http://www.phorcast.org.uk/page.php?area_id=1)

термините: социјална хигиена, превентивна медицина, медицина на заедницата, социјална медицина и други.

Превентивната медицина е комбинација на елементи на јавното здравство и клиничката медицина. Јавното здравство, исто како и јавно-здравствениот професионалец во клиничката медицина, се занимава со индивидуата, како на пример во програмите за имунизација. И клиничката медицина дејствува во полето на превенција кај пациенти со хипертензија или дијабетес и со тоа спречува сериозни компликации од овие болести. Превентивната медицина се фокусира на медицинска или клиничка дејност, или она што може да се нарече индивидуална превентивна заштита, со акцент на ризичните групи во заедницата и националните напори за унапредување на здравјето.<sup>15</sup>

Современото јавно здравство е водечки концепт којшто со себе носи многу идеи, искуства и сознанија за социјалните нееднакости во здравството во развиените и неразвиените земји со универзална здравствена заштита, во однос на тоа како истите да се справуваат со драматичната структура на болести, во насока на намалување на негативните ефекти од болест и подобрување на здравствената состојба на популацијата. Сериозните прашања и проблеми од областа на јавното здравство со кои се соочува светот се јасна причина која ги обврзува заедниците, владите и донаторите да работат заедно во изнаоѓање на решенија во корист на посебните земји и територии. Тие сè повеќе треба, преку организациите на граѓанското општество, да ги креираат политиките и практиките кои на следните генерации ќе им помогнат да водат подолг и поздрав живот. Современото јавно здравство се занимава и со активности како што се анализа и планирање, подготвеност за делување во вонредни состојби, и целосно е во ситуација да презема одредени функции, особено во креирањето на јавно-здравствената политика и стратегија.<sup>16</sup>

Достигнувањата на јавното здравје во светски рамки се следните:<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 81 во Круме Николоски, (2013), Современи тенденции на јавното здравство, Штип, стр. 7;

<sup>16</sup> Круме Николоски, (2013), Современи тенденции на јавното здравство, Штип, стр. 30;

<sup>17</sup> Ten Great Public Health Achievements in the 20<sup>th</sup> Century, достапно на:

- Вакцинација;
- Безбедност во сообраќајот;
- Сигурни работни места;
- Контрола на инфективни болести;
- Намалување на смртноста при коронарни и цереброваскуларни болести;
- Посигурна и поздрава храна;
- Поздрави мајки и бебиња;
- Планирање на семејство;
- Флуоризација на водата за пиење;
- Препознавање на употребата на тутунот како опасност по здравјето.

## 2.1 Функции на јавното здравје

Јавно–здравствените функции претставуваат збир на активности преку чие спроведување се извршува главната задача на јавното здравје: унапредување на здравјето на популацијата.<sup>18</sup> Главните функции на јавното здравје се:

**Проценка** – проценка и набљудување на здравјето на општеството и загрозената популација поради идентификација на здравствените проблеми и приоритети.

**Развој на политика** – формулирање на јавна политика, во соработка со политички и општествени лидери, поради решавање на идентификациони локални и национални проблеми и приоритети.

**Обезбедување** – осигурување на пристап на одговарачка и економска исплатлива здравствена заштита, вклучувајќи услуги за унапредување на здравјето и превенција од болестите, како и евалуација на квалитетот и ефикасноста на здравствената заштита која се гарантира на поединецот и на заедницата со правичност и солидарност.

---

<http://www.cdc.gov/about/history/tengpha.htm>

<sup>18</sup> IOM. The Future of The Public Health in the 21st Century. Washington: The National Academies Press 2003.

Основни функции на јавното здравје во Република Македонија се:<sup>19</sup>

- Следење и процена на здравјето и добросостојбата на населението;
- Идентификување, предвидување, испитување и ублажување на здравствените проблеми и здравствените опасности во заедницата;
- Заштита на здравјето, процена на потребите и активностите потребни да се обезбеди заштита на здравјето;
- Превенирање на болести преку мерки на примарна и секундарна превенција;
- Унапредување на здравјето и здравствената едукација;
- Предлози за донесување и спроведување на закони и други прописи со кои се обезбедува заштита на здравјето, особено преку безбедноста на храната, водата, воздухот, работното место и земјиштето;
- Обезбедување на компетентен мултидисциплинарен јавно-здравствен кадар;
- Поддршка и спроведување на истражувања за здравјето;
- Развој и планирање на јавно-здравствени политики;
- Подготовка и управување со јавно-здравствени вонредни околности, вклучително и превенција, реакција и ублажување на последиците;
- Обезбедување на меѓусекторско партнерство и учество на заедницата за унапредување на здравјето и намалување на нееднаквостите.

Основните јавно-здравствени функции служат за спроведување на сите јавно-здравствени активности од надлежните органи, институции и други правни и физички лица.

## **2.2 Начин и организација на функционирање на системот за јавно здравје**

Системот на јавното здравје кој обезбедува услови за зачувување и унапредување на здравјето на населението е мрежа составена од граѓаните, семејствата, здруженијата на работодавачите, работодавачите, синдикатите и

---

<sup>19</sup> Министерство за здравство, (2012), Закон за јавно здравје, Пречистен текст, Закон за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр.22/2010, Закон за дополнување на Законот за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр.136/2011 член 6;

вработените, здравствените установи, образовните, социјалните, културните и други установи, средствата за јавно информирање, хуманитарни, верски, спортски и други организации, здруженија, фондови за здравствено осигурување, единиците на локалната самоуправа, како и државни органи и здруженија на граѓани и фондации.

**Табела 2: Систем на јавно здравје<sup>20</sup>**



Министерствата надлежни за работите од областа на здравството, образованието и науката, заштитата на животната средина и просторното планирање, културата, сообраќајот, транспортот и врските, земјоделството, економијата, трудот и социјалната политика и други државни органи и органите на единиците на локалната самоуправа во согласност со овој и друг закон ги обезбедуваат и спроведуваат основните функции на јавното здравје.

<sup>20</sup> Указ за прогласување на Законот за јавно здравје, донесен од претседателот на државата и претседателот на Собранието според член 75, став 1 и 2, донесен на 11 февруари, 2010 година;



Министерството за здравство и министерствата надлежни за работите од областа на образованието и науката, заштитата на животната средина и просторно планирање, културата, сообраќајот, транспорт и врски, земјоделството, економијата, трудот и социјалната политика и други државни органи и институции, во меѓусебна координација и соработка, ги спроведуваат горенаведените задачи.<sup>21</sup>

### **2.2.1 Институт за јавно здравје на Република Македонија**

Институтот за јавно здравје на Република Македонија (во натамошниот текст: Институтот) ги врши следниве работи:<sup>22</sup>

- Дава стручна помош на Министерството за здравство во изготвувањето на среднорочни и долгорочни планови за јавно здравје, вклучително и на програми за јавно здравје во областа на заштитата на здравјето, унапредување на здравјето, скринингот на населението и следењето и контролата на заразните и незаразните болести;
- Изготвува годишни национални извештаи за релевантните аспекти на здравјето на популацијата за потребите на Министерството за здравство и предлага мерки за надминување на јавно-здравствените проблеми;
- Изготвува стандарди за дејноста и ја координира, следи и проценува стручната работа на центрите за јавно здравје;
- Прибира, подготвува и анализира и води збирки на податоци согласно со Законот за евиденции во областа на здравството;
- Подготвува и обезбедува програми за континуирано професионално усовршување во областа на јавното здравје за вработените во Институтот и

---

<sup>21</sup> Министерство за здравство, (2012), Закон за јавно здравје, Пречистен текст, Закон за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр. 22/2010, Закон за дополнување на Законот за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр.136/2011, член 9;

<sup>22</sup> Министерство за здравство, (2012), Закон за јавно здравје, Пречистен текст, Закон за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр. 22/2010, Закон за дополнување на Законот за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр.136/2011, член 10;

во центрите, како и за други целни групи, во соработка со центрите и други образовни институции;

- Го координира и следи спроведувањето на јавно-здравствените активности кои произлегуваат од националната програма за јавно здравје заедно со центрите; Спроведува и координира мерки на јавно здравје во случај на епидемии и други вонредни околности на територијата на Република Македонија, во соработка со други институции;
- Остварува меѓународна соработка со сродни институции во полето на јавното здравје и обезбедува податоци за здравјето до меѓународни организации согласно со закон;
- Врши работи на референтна лабораторија.

## **2.2.2 Центри за јавно здравје**

Центрите за јавно здравје (во натамошниот текст: центар), за потребите на државата и на општините за чие подрачје се основани, ги вршат следниве работи: Утврдување и изготвување на среднорочни и долгорочни работни планови за спроведување на активностите на јавното здравје, вклучително и унапредување на здравјето, скрининг на населението, следење и контрола на заразните и незаразните болести на подрачјето што го покрива центарот. Основата на годишните работни планови за секој центар е.<sup>23</sup>

- Изготвување на годишни извештаи за евалуација на здравјето на населението и предлагање мерки за надминување на јавно-здравствените проблеми на подрачјето што го покрива центарот;
- Прибирање, обработка и анализа на евиденции и збирки на податоци утврдени со закон;

---

<sup>23</sup> Министерство за здравство, (2012), Закон за јавно здравје, Пречистен текст, Закон за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр. 22/2010, Закон за дополнување на Законот за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр.136/2011, член 11;

- Следење, анализа и евалуација на здравствено-еколошките и санитарните услови со процена на ризик, како и предлагање мерки за надминување на јавно-здравствените проблеми;
- Проучување и следење на хигиенските и здравствено-еколошките услови во поглед на заштитата на воздухот, безбедноста на храната и предметите за општа употреба, водата за пиење, површинските води, отпадните води и цврстите отпадни материи и друго;
- Микробиолошки и физичко-хемиски лабораториски услуги, анализа и евалуација на лабораториските податоци и предлагање мерки за надминување на јавно-здравствените проблеми;
- Следење, анализа, спроведување и евалуација на мерките за заштита на населението во услови на појава на заразни и други заболувања, епидемии и други вонредни состојби и вршење на активна и пасивна имунизација;
- Дефинирање и спроведување на здравствена едукација за целни групи на подрачјето што го покрива;
- Изготвување на оперативни планови за своето подрачје во рамките на националната стратегија за заштита на населението во случај на јавно-здравствени вонредни околности;

### **2.2.3 Принципи за вршење на работите на Институтот и центрите**

Институтот и центрите вршењето на работите од членовите 10 и 11 на овој закон го засноваат врз принципите на:<sup>24</sup>

- Јасно дефинирана цел на јавното здравје;
- Постапки базирани на модерни, научно проверени начела и докази;
- Добро насочени интервенции со вклучување на неопходниот број на лица во согласност со јавно-здравствените стандарди;

---

<sup>24</sup> Министерство за здравство, (2012), Закон за јавно здравје, Пречистен текст, Закон за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр. 22/2010, Закон за дополнување на Законот за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр.136/2011, член 19;

- Преземање на интервенции со најмало ограничување на правата и интересите на поединците во процесот на заштита на јавното здравје;
- Преземање на интервенции кои нема да ги дискриминираат поединците по основа на раса, пол или различно национално и социјално потекло или имотна положба, верско уверување, пол, сексуална ориентација или статус на лице со посебни потреби и
- Почитување на личноста на секој поединец при преземање на интервенциите.

### **3. Систем на здравствена заштита во Република Македонија**

Здравствени услуги во Македонија се пружаат преку системот на здравствени институции. Тој е организиран на три нивоа: примарно, секундарно и терцијарно. Меѓутоа, сè уште останува да биде решена функционалноста помеѓу овие три нивоа.

Во последните години се забележува значителен пораст во приватниот сектор, посебно во примарното ниво. Повеќето стоматолошки ординации се приватизирани, а тој процес подоцна се пренел и на аптеките. Приоритетите на институциите кои управуваат со здравствениот сектор се: подобрување на здравствените установи, реформи на политиките за човечки ресурси и понатамошна регулација на фармацевтскиот сектор.

Надгледувањето на управувањето со здравствените институции го вршат управни одбори кои се состојат од седум члена, и тоа: тројца вработени во дадената здравствена институција и четворица членови назначени од владата. Во институциите од примарниот сектор двајца членови на управниот одбор се претставници на општината. Извршните директори на здравствените институции се предложени од страна на советодавно тело и се назначени од страна на министерот за здравство.

На повеќето од овие места има чести промени затоа што многу назначени лица ги немаат потребните квалификации и способности. Секоја здравствена институција има свој статут кој се усвојува од управниот одбор. Статутот ги дефинира и регулира структурите и функциите и треба да биде одобрен од страна на владата. Здравствените институции подлежат на лиценцирање, т.е. оценка на нивната усогласеност со дефинираните стандарди за работните простории, опремата и персоналот.

Иако теоретски лиценцата може да биде одземена кога не се задоволени критериумите, во пракса тоа допрва треба да се примени. Не секогаш здравствените институции ги задоволуваат стандардите. Постојат институции, посебно во руралните подрачја, кои имаат опрема што е во многу лоша состојба, а имаат и недостаток од елементарни материјали. Повеќето здравствени организации се соочуваат со проблеми кои се резултат на намалувањето на нивниот основен капитал. Ова е посебно сериозен проблем во примарниот здравствен сектор.

Здравствените услуги во Македонија исто така се пружаат и од приватни здравствени организации кои главно работат во примарниот сектор како примарни здравствени клиници (општа пракса, стоматологија). На докторите кои работат во јавниот сектор им е дозволено да работат приватно во јавни или во приватни установи. Тука постои можност за конфликт на интереси, со оглед на тоа дека регулаторната рамка која јасно ги одредува условите за работа е сè уште во процес на подготовка.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Центар за истражување и креирање политики, (2011), Реформи на здравствениот систем во Македонија, студија бр.4, стр. 16;

### 3.1 Примарна здравствена заштита

Примарната здравствена заштита (заедно со примарната дентална заштита) се состои од пет специјалности:<sup>26</sup>

- Општа медицина
- Трудова медицина
- Педијатрија (0-6 години)
- Училишна медицина (7-19 години)
- Здравствена заштита за жените (акушерство и гинекологија)

Општо земено, руралните населби имаат малку лекови и ретко имаат посериозни прегледи од општите. Примарната здравствена заштита на општинско ниво вклучува и домашна посета, аптеки, лаборатории, рендген и ехо кабинети, услуги за превенција од туберкулозата, вклучувајќи ги тука и услугите на патронажните сестри и дентална заштита.

Општата пракса се спроведува од страна на лекари со и без специјализација, педијатри (за деца од 0 до 6 години), гинеколози и стоматолози. Според законот, докторите се одговорни за следните услуги:

- Општи прегледи;
- Издавање рецепти;
- Издавање упати за специјалистички прегледи;
- Издавање упати за болнички престој;
- Издавање болничко отсуство за привремена неспособност за работа за период до 15 дена.

Права на осигуреното лице се следните:<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Центар за истражување и креирање политики, (2011), Реформи на здравствениот систем во Македонија, студија бр.4, стр. 19;

<sup>27</sup> Права од примарна здравствена заштита, достапно на: <http://www.akademik.mk/document/prava-od-primarna-zdravstvena-zashtita>

**Избор на лекар.** Осигуреното лице поради користење на здравствена заштита во примарната здравствена заштита врши избор на лекар во дејност на: општа медицина, медицина на трудот, педијатрија, училишна медицина, гинекологија и општа стоматологија, без оглед на местото на живеење односно на работа. Како избран лекар се смета лекар вработен во здравствена установа која врши примарна здравствена заштита и кој осигуреното лице го избрало за свој лекар. Изборот на лекар се врши:

- Во дејноста општа медицина избор на лекар можат да вршат сите осигурени лица;
- Во дејноста медицина на трудот избор на лекар вршат работниците и другите осигурени лица, доколку лекарот од медицина на трудот врши дејност од општа медицина;
- Во дејноста педијатрија, избор на лекар вршат децата до 6 односно до 14-годишна возраст;
- Во дејноста училишна медицина избор на лекар вршат децата од училишна возраст;
- Децата кои се на школување надвор од местото на живеење избираат лекар и во местото на школувањето;
- Во дејноста гинекологија избор на лекар вршат жените над 14-годишна возраст и
- Во дејноста на стоматологијата избор на лекар вршат сите осигурени лица.

Осигуреното лице може да избере лекар и од дејноста на педијатрија и училишна медицина, ако на тоа подрачје нема лекар од соодветната специјалност или ако осигуреното лице така определи.

Изборот на лекар стоматолог се врши од сите лекари стоматолози кои вршат општа стоматолошка пракса, освен лекарите по орална хирургија, протетика и ортодонција и други специјалисти кои вршат специјалистичка дејност. За децата осигурени лица до 14-годишна возраст, изборот на лекар може да го врши родителот односно старателот. **Изборот на лекар се врши со**

**пополнување на: Изјава за избор на лекар на образец ИЛ-1 (Пријава за избор – Промена на лекар).**

Изјавата се пополнува во два примероци од кои едниот останува во здравствениот картон на осигуреното лице кај избраниот лекар, а другиот избраниот лекар го доставува до подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување, заради евиденција. **Промената на избраниот лекар се врши со: Пополнување на нов образец ИЛ-1, како одјава за избор на лекар и нов образец ИЛ-1 како изјава за избор на лекар.**

Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување по службена должност може да ја изврши промената со верификација на изјавата на осигуреното лице и доказ од личната исправа, во рок од 8 дена од поднесувањето.

Во рок од 8 дена од извршената промена на избраниот лекар, подрачната служба на Фондот ги известува избраниот и новоизбраниот лекар. Промена на избраниот лекар осигуреното лице може да врши најмногу до два пати во текот на една календарска година.

**Домашно лекување.** Домашно лекување осигуреното лице остварува кога не е неопходно болничко лекување, во случај на:

- неподвижни или слабо подвижни болни;
- хронична болест во фаза на влошување или компликации – после сложени оперативни зафати кои бараат превивање и нега на раната;
- продолжување на болничко лекување по предлог на болничката здравствена установа и кај болни во терминална фаза на болеста.

Потребата од домашно лекување ја утврдува лекар специјалист од соодветната специјалност. Домашното лекување го спроведува избраниот лекар или медицинската сестра од тимот на избраниот лекар, односно специјализирана организациска единица за домашно лекување. Доколку избраниот лекар врши домашно лекување, здравствените услуги се сметаат како посебни услуги.



**Итна медицинска помош.** Како итна медицинска помош се смета пружање на дијагностички и терапевтски постапки кои се неопходни за отстранување на непосредна опасност по животот и здравјето на осигуреното лице. Осигуреното лице остварува итна медицинска помош без упат од избраниот лекар, кај најблиската здравствена установа која врши примарна здравствена заштита, односно во здравствена установа која има организирано служба за итна помош, според местото на живеење односно според местото каде осигуреното лице се затекнало во времето на потребата од итна медицинска помош. Итна медицинска помош се обезбедува и кога осигуреното лице не е во можност да го докаже својството на осигурено лице. Својството на осигурено лице се докажува по престанувањето на итноста.

**Патронажна посета.** Патронажната посета е пружање на стручна помош и следење на состојбата по породување на осигурено лице – породилка и на новородено дете, со цел зачувување и унапредување на здравјето на родилката односно детето, кај кои постои зголемен ризик од појава на болести. Патронажната посета ја спроведуваат медицински сестри од тимот на избраниот лекар – гинеколог.

**Превоз со санитарско возило.** Санитарско возило може да се користи и кога не се работи за итен случај, а болниот односно повредениот поради неподвижност или ограничена подвижност не може да користи превоз од јавниот сообраќај. Потребата за превоз со санитарско возило ја утврдува избраниот лекар односно надлежниот лекар од соодветната болничка здравствена установа. Превоз со санитарско возило може да се користи и во случаи кои се однесуваат за лекување во странство, по предлог на лекарската комисија за упатување на лекување во странство, односно надлежниот лекар во болничката здравствена установа во странство.

**Користење на лекови.** Право на лекови осигуреното лице остварува врз основа на рецепт за препишување на лек. Лекови на рецепт пропишува лекар – доктор на медицина, односно стоматологија, кој има статус на избран лекар во примарната здравствена заштита. Осигуреното лице може да оствари право на

лекови на товар на средствата на Фондот според Листата на лекови врз основа на рецепт и потврда за платен придонес за здравствено осигурување.

Мрежата на примарно ниво на здравствена заштита (во натамошниот текст: примарно ниво) е поделена на одделни географски подрачја, кои можат да опфатат една или повеќе општини, а согласно со критериумите.<sup>28</sup>

За секое подрачје се обезбедува вршење на сите видови здравствени дејности на примарно ниво, односно специјалност која согласно со разграничувањето на вршењето на здравствената дејност се вршат на примарно ниво во здравствен дом и во приватни здравствени установи кои вршат здравствена дејност врз основа на лиценца на примарно ниво во мрежата.

Здравствената дејност во мрежата на примарно ниво се врши во ординации и поликлиники, заботехнички лаборатории, здравствени домови и аптеки.<sup>29</sup>

Во мрежата на примарно ниво пациентот избира лекар (во натамошниот текст: избран лекар). Избран лекар е доктор на медицина, специјалист по општа медицина, специјалист по семејна медицина, специјалист по училишна медицина, специјалист по медицина на трудот кога врши работи на семеен план, односно општ лекар, специјалист по педијатрија, специјалист по гинекологија и акушерство и доктор на стоматологија. Избраниот лекар ги врши особено следниве работи:<sup>30</sup>

- Ги третира пациентите во согласност со нивната здравствена состојба и со стручните упатства, што го обезбедува со амбулантски здравствен третман и третман во домот

---

<sup>28</sup> Закон за здравствена заштита, пречистен текст, Службен весник на Република Македонија, бр.10/2013, член 19;

<sup>29</sup> Закон за здравствена заштита, пречистен текст, Службен весник на Република Македонија, бр.10/2013, член 31;

<sup>30</sup> Закон за здравствена заштита, пречистен текст, Службен весник на Република Македонија, бр.10/2013, член 32;

- Врши превентивни услуги и спроведува мерки и активности утврдени со програми за унапредување и зачувување на здравјето на пациентите
- Пропишува лекови согласно со прописите од областа на задолжителното здравствено осигурување
- Заштита во обезбедувањето итна медицинска помош и во заменувањето во случај на болест и одмори
- Лекарски прегледи, советувања и други видови на здравствени услуги со цел утврдување, проверување и следење на здравствената состојба, што, по правило, се остварува во ординацијата на избраниот лекар, а по потреба и во домот на пациентот
- Придружба или изолација и отсуството од работа поради бременост, раѓање и мајчинство (родителство)
- Утврдува потреба за превоз со санитетско возило во итни случаи, организира превоз со санитетско возило (самостојно, во соработка со други лекари или со најблиската организирана служба за итна помош) и ја оценува оправданоста за придружување на пациентот
- Ги упатува пациентите во Фондот согласно со прописите од областа на задолжителното здравственото осигурување
- Ги упатува пациентите во Фондот за пензиско и инвалидско осигурување на Македонија согласно со прописите од областа на пензиското и инвалидското осигурување
- Го следи спроведувањето на здравствениот третман на пациентот што го вршат специјалисти

Постапката за изборот и начинот на работа на избраниот лекар и на лекарот кој го заменува избраниот лекар и неговите задачи се вршат согласно со закон и со прописите од областа на задолжителното здравствено осигурување.

### 3.2 Секундарна и терциерна здравствена заштита

Секундарната здравствена заштита се пружа од страна на болниците. Постојат два вида секундарна здравствена заштита: специјалистичко-консултативна, која опфаќа специјалистички прегледи и третмани и болнички престој. Овој систем предвидува пристап до болничка заштита преку упати од страна на докторите кои работат на примарното здравствено ниво. Итните случаи се примаат без претходни упати, кои потоа се издаваат ретроспективно затоа што итната медицинска интервенција се пружа во рамките на примарната здравствена заштита.

Мрежата на секундарно ниво на здравствена заштита е поделена на одделни географски подрачја утврдени во согласност со прописите од областа на водење на статистиката и се состои од мрежа на специјалистичко-консултативна дејност и мрежа на болничка здравствена дејност. Содржината и обемот на специјалистичко-консултативната дејност се утврдуваат на ниво на државата, при што се поаѓа од потребата од соодветна достапност на дејноста, која истовремено мора да биде и стручно и финансиски одржлива.

Специјалистичко-консултативната здравствена дејност која се врши во здравствен дом од примарно ниво е дел од мрежата на секундарно ниво.<sup>31</sup>

При утврдување на содржината и обемот на мрежата на болничката здравствена дејност се зема предвид дека дејноста мора да се врши 24 часа на ден, сите денови во годината и мора да биде стручно и финансиски одржлива. Со мрежата на болничката здравствена дејност на секундарно ниво посебно се определуваат дејностите кои, поради сложеноста на вршењето, потребната опрема и потребата од продолжен медицински надзор, можат ефикасно да се вршат само во одделни болници, согласно со критериумите.

---

<sup>31</sup> Закон за здравствена заштита, пречистен текст, Службен весник на Република Македонија, бр.10/2013, член 20;

Здравствена дејност на секундарно ниво опфаќа здравствени услуги и мерки кои, поради тежината на болеста, потребата за стручна специјализирана дијагностика и третман, стручната и технолошката сложеност и мултидисциплинарниот пристап, односно потребата од болнички здравствен третман, не е можно да се вршат на примарно ниво. Здравствената дејност на секундарно ниво опфаќа специјалистичко-консултативна и болничка здравствена дејност. Содржината на специјалистичко-консултативната здравствена дејност на секундарно ниво<sup>32</sup> и специјалистичко-консултативната здравствена дејност на секундарно ниво опфаќаат:<sup>33</sup>

- амбулантски прегледи со упат од избраниот лекар или друг лекар специјалист,
- здравствени третмани кои се вршат на секундарно ниво и
- дејност на дневна болница.

Болничката здравствена дејност опфаќа дијагностика, лекување, здравствена нега и акушерска нега, медицинска рехабилитација и палијативна нега, која поради здравствената состојба на пациентот или видот на интервенцијата не е можно да се врши како специјалистичко-консултативна здравствена дејност на секундарно ниво или со третман во домот.

Болничката здравствена дејност кај одделен пациент се спроведува сè додека здравствениот третман не може да се продолжи во специјалистичко-консултативна здравствена дејност на секундарно ниво, односно на примарно ниво или дома или во друга установа. Болничката здравствена дејност, согласно со мрежата и стручните стандарди, се врши континуирано и со обезбедување на целосен здравствен третман на пациентите. Субјекти кои вршат здравствена

---

<sup>32</sup> Закон за здравствена заштита, пречистен текст, Службен весник на Република Македонија, бр.10/2013, член 33;

<sup>33</sup> Закон за здравствена заштита, пречистен текст, Службен весник на Република Македонија, бр.10/2013, член 34;

дејност во мрежата на секундарно ниво<sup>34</sup> ја вршат ординациите и поликлиниките од специјалистичко-консултативната здравствена дејност, дијагностичката лабораторија, центрите, болниците, институтите и болниците за нега. Специјалистичко-консултативна здравствена дејност за подрачје на две или повеќе општини, односно градот Скопје, може да врши и здравствен дом, ако ги исполнува условите за тие дејности.<sup>35</sup>

Секторот за секундарна и терциерна здравствена заштита го следи системот, организацијата и развојот на секундарната здравствена заштита, ги следи и проучува позитивните искуства во развојот на секундарната здравствена заштита во развиените земји, за развојот и планирањето на болничката здравствена заштита и воведување на современа здравствена технологија; се предлагаат стручни и научни проекти на Републиката и на меѓународен план сврзани со проблематиката од секундарната здравствена заштита, се организира надзорот над стручната работа во секундарната здравствена заштита; се подготвуваат планови за потребата од специјалистички и супспецијалистички кадри на здравствени работници и здравствени соработници во Република Македонија.

Се водат постапки за признавање на приправнички стаж и стручен испит поминати и положени во странство за здравствените работници со средно и вишо образование, издавање на одобренја за специјализација на здравствени работници кои не се државјани на Република Македонија; издавање на потврди за положени стручни испити и специјализации, ги следи активностите утврдени со програмите кои ги донесува Владата на Република Македонија, како и распоредување на средствата од тие програми по здравствените установи кои ги вршат овие активности. Секторот е организиран со следните одделенија:

---

<sup>34</sup> Закон за здравствена заштита, пречистен текст, Службен весник на Република Македонија, бр.10/2013, член 35;

<sup>35</sup> Закон за здравствена заштита, пречистен текст, Службен весник на Република Македонија, бр.10/2013, член 36;

*Одделение за болничка дејност* – надлежно за организацијата, функционирањето и контролата на болничката здравствена заштита, изготвува планови и спроведува мерки за унапредување, рационализирање за следење на системот, организацијата и развојот на болничката дејност; ги анализира здравствените ефекти од функционирањето на болничката дејност; предлага мерки за воведување на ефективна здравствена технологија во болничката дејност, ги анализира и проучува односите на болничката дејност; го следи материјалното и техничко опремување и дава предлози за целесообразно и наменско опремување на установите кои ја спроведуваат болничката дејност.

*Одделение за специјалистичко-консултативна дејност* – надлежно за организацијата, функционирањето и контролата на секундарна здравствена заштита, изготвува планови и спроведува мерки за унапредување, рационализирање за следење на системот, организацијата и развојот на специјалистичко-консултативната здравствена заштита; ги анализира здравствените ефекти од функционирањето на специјалистичко-консултативната здравствена заштита; предлага мерки за воведување на ефективна здравствена технологија во специјалистичко-консултативната здравствена заштита, ги анализира и проучува односите на специјалистичко-консултативната здравствена заштита; го следи материјалното и техничко опремување и дава предлози за целесообразно и наменско опремување на установите кои ја спроведуваат специјалистичко-консултативната здравствена заштита.

*Одделение за менаџмент во здравствениот сектор* – воспоставување на национален систем за здравствено истражување; евалуација на здравствената политика во Република Македонија, дефинирање на фактори кои треба да се земат предвид при поставување на националните приоритети во врска со јавно-здравствените проблеми, спроведување, развивање и застапување на здравствени политики од областа на јавното здравје, како и обезбедување на препораки за подобрување на услугите/процедурите; ги идентификува пречките и трошоците, дефинирање на систем на показатели/индикатори за следење на работењето на здравствените установи со цел подобрување и развој на јавното

здравје; следење на дефинираниот систем на показатели/индикатори; континуирана обука на здравствениот персонал за потребата и приспособувањето кон новите потреби.<sup>36</sup>

Здравствената дејност на терцијарно ниво опфаќа:<sup>37</sup> вршење здравствени услуги кои бараат стручен, организациски и технолошки сложен и мултидисциплинарен здравствен третман, целосно и споредбено следење на развојот на одделни специјалности во државата и во други држави и изготвување на национални предлози за развој на одделни специјалности, подготовка врз основа за обликување на стручни упатства и национални предлози за развој на одделен вид здравствена дејност, односно здравствена специјалност и соработка при нивното спроведување, пренос на знаења и вештини од другите држави, пренос на знаења и вештини на здравствените установи на секундарно и примарно ниво, истражување и проверување на нови методи за спречување, откривање, лекување, здравствена нега и акушерска нега и медицинска рехабилитација на здравствените состојби и советување и помош за стручни медицински прашања кај здравствени установи на секундарно и примарно ниво, Министерството за здравство, коморите и Фондот.

Здравствената дејност на терцијарно ниво ја вршат универзитетска клиника, универзитетски институт и универзитетски клинички центар. Одделни здравствени дејности, согласно со разграничувањето на вршењето на здравствената дејност, може да се вршат и во установи кои вршат научно-истражувачка и образовна дејност. По исклучок, високообразовна дејност од областа на медицината и стоматологијата може да се врши и во клинички болници утврдени со акт на министерството надлежно за работите од областа на високото образование по претходна согласност на Министерството за здравство.

---

<sup>36</sup> Сектор за секундарна и терциерна здравствена заштита, достапно на: <http://zdravstvo.gov.mk/sektor-sekundarna-zdravstvena-zastita/>

<sup>37</sup> Закон за здравствена заштита, пречистен текст, Службен весник на Република Македонија, бр.10/2013, член 37;



## II АНАЛИЗА НА КУПУВАЧКА ФУНКЦИЈА

### 1. Улога на купувачите во купување на здравствена заштита

Од есенцијална важност е постоењето на посредничка институција којашто ќе ја финансира здравствената заштита и ќе ги претставува интересите на пациентот како индивидуа и јавноста во целост, во преговорите со обезбедувачите на услуги и склучување договор. Оваа посредничка институција е позната како купувач на здравствени услуги. Оттука, процесот на договор вклучува активни преговори и спогодби помеѓу купувачите и обезбедувачите на здравствени услуги. Тој ретко зазема место во јавно-здравствените системи со макро ниво. Постојењето на мезо или микро ниво на купувачи изгледа дека е потребно.

Но, тоа не е доволен услов за да може договорот да ја одигра својата улога. Во процесот на склучување договори како систем, купувачите можат да поседуваат одредено ниво на автономност кое е потребно за да се вклучат во договорите со обезбедувачите. Од причини што договорите се главно средство на купувачите на здравствени услуги, ќе дадеме дополнително објаснување во натамошната дискусија. Договорот како важен инструмент често се зема како синоним на купувањето. Во многу земји склучувањето договори претставува централен дел од управувањето со функцијата купување.

Купувањето е функција со која се врши пренамена на финансиските средства коишто се акумулирани од различни извори на собирање со цел да се обезбедат одредени здравствени добра и услуги и поквалитетата здравствена заштита, а со тоа и поголемо задоволство кај пациентите. Купувачите имаат посредничка функција помеѓу јавноста и обезбедувачите на услугите. За подобро разбирање на купувачката функција ќе дадеме посебен осврт кон улогата на купувачите на здравствена заштита.

Централната улога на купувачите на здравствени услуги е да го подобрат здравствениот статус на популацијата што е можно повеќе, што, всушност, претставува и нивна главна цел. Ова се прави преку проценка на здравствените

потреби на населението, а врз нивна основа да ги обезбедат и купат услугите имајќи ги предвид приоритетите на националната здравствена политика и доказите од ефикасноста и исплатливоста на интервенциите. Другите цели вклучуваат и критериуми за услуги како што се нивна достапност, квалитет и соодветност.

Купувачите во договорот можат да вклучат и барања за квалитет, како нивна главна цел и обврска. Ќе се постигнат повеќе ефекти доколку се определат барањата за квалитет како составен дел на процесот на преговорите. Барањата за квалитет и целите во договорот се однесуваат на структурата, процесот и резултатите кои ќе бидат применети преку регулативи, стандарди на заштита, санкции и/или стимулации за плаќање. За да ги определат барањата за квалитет во договорот, купувачите најпрво треба да извршат мониторинг на резултатите и ревизија на договорите. Извршувањето на мониторинг е клучен елемент во достигнувањето на подобрен квалитет.

Во идеален случај, договорот може да ги содржи и индикаторите кои се користат за мерење на достигнувањето на целите. Купувачите имаат одговорност за алокација на ресурсите на начин што води до подобрување на здравствениот статус на населението и поголема благосостојба. Купувачите воспоставуваат интеракција со изворите на финансирање, со здравствените работници и со корисниците на здравствените услуги. Така, заедно со обезбедувачите на здравствени услуги ќе ги поделат одговорностите за квалитетот на здравствените услуги. Одовде, одговорностите на купувачите на здравствени услуги вклучуваат:

### **1.1 Преговори за склучување на договор за купување на здравствена заштита**

Преговорите се состојат од: определување на соодветни барања за квалитет, вклучувајќи пристап и достапност, согласност со обезбедувачите во одговорностите за собирање на информации за квалитет, мониторинг на договорот, примање извештаи за квалитет од обезбедувачите и проверка на нивната валидност, преземање акција за несоодветен квалитет, примање жалби

директно од јавноста, добивање повратна врска од јавноста за нивното задоволство од услугите, ревизија на договорот, ревизија на извршувањето на квалитетот, согласност за промени кои се однесуваат за подобрување на квалитет и предлог за промени на договорите доколку извршувањето на квалитетот е неприфатливо и доколку постојат алтернативни услуги.

Во многу јавно-здравствени системи во светот податоците, техниките и барањата за квалитет се на многу низок степен на развој. Секој систем на плаќање носи добри и лоши последици за нивото на квалитетна здравствена заштита. Поради недоволно развиените способности на купувачите за мониторинг, тие во иднина треба да се насочат кон осигурување на безбеден и оптимален квалитет. Затоа, интеграцијата на одредени критериуми за квалитет ќе претставува суштински механизам за менаџментот во обезбедувањето на барањата за соодветен квалитет, а тоа ќе придонесе и за соодветно финансирање на здравствената заштита.

Оттука, за да се остварат целите и одговорностите на купувачите на здравствена заштита, можат да се изведат фазите во купување на здравствена заштита.<sup>38,39</sup>

1. Проценка на потребите на населението;
2. Испитување на исплатливоста на стратегиите за да се излезе во пресрет на потребите, вклучувајќи ги и превентивните стратегии;
3. Поврзаност со постоечките услуги за да се идентификуваат местата за позитивни промени по обем и квалитет;
4. Консултирање на јавноста, односно на пациентите и лекарите за социјалните вредности и приоритети;

---

<sup>38</sup> An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union, Edited by Sophie Witter and Tim Ensor, 1997;

<sup>39</sup> Круме Николоски, (2013), Современи тенденции на јавното здравство, Штип, стр. 237;

5. Поставување на цели и приоритети на здравствена заштита;
6. Врз основа на овие да се направи договор;
7. Потпишување на договор со обезбедувачите, како согласност за количината, квалитетот и трошокот на услугите;
8. Мониторинг на обезбедувачите, директно или преку мислење на јавноста, лекарите;
9. Повратен одговор од овие информации во наредниот круг на проценка на потребите, поставување на приоритети и договарање.

## **1.2 Процес на склучување договори**

Процесот на склучување договори претставува централен елемент на јавно-здравствената политика на една земја. Затоа, договорите се ефикасно средство бидејќи ќе овозможат зголемување на квалитетот на здравствените услуги. Една клучна стратегија во зголемувањето на квалитетот е вклучување на директиви и протоколи во договорите.

Стратегиите за квалитет можат да се испитаат во секоја етапа на процесот на договарање, вклучувајќи преговори (дефинирање на соодветни барања за квалитет на здравствени услуги), мониторинг (барања и проверка на квалитетот на извештаи на обезбедувачот или добивање на повратна врска од јавноста) и ревизија (согласност за промените за подобрување на квалитетот преку договорот).

Оттука, во однос на етапите во процесот на преговори стратегиите за зголемување на квалитетот можат да бидат реализирани со склучување на договори. Разликуваме четири етапи во процесот на склучување договор.<sup>40,41</sup>

---

<sup>40</sup> Who Pays for Health Systems? World Health Organization, (2000) The World Health Report;

<sup>41</sup> Круме Николоски, (2013), Современи тенденции на јавното здравство, Штип, стр. 239;

- 1. Улогата на државата и анализа на здравствени приоритети;**
- 2. Планирање и спроведување на здравствените активности;**
- 3. Склучување договор (контрактирање);**
- 4. Мониторинг и евалуација.**

За реализирањето на јавно-здравствените активности во процесот на склучување договори потребен е системски пристап во остварувањето на поставените цели и спроведувањето на стратегии. Затоа, неопходна е систематска проценка на релевантноста, адекватноста, прогресот, ефикасноста, ефективноста и влијанието на некоја активност. Активноста е релевантна ако одговара на потребите, политиката и приоритетите кои треба да ги задоволи; таа е соодветна ако ги задоволува барањата; прави напредок ако нејзините активности се спроведуваат во согласност со планираниот распоред; таа е ефикасна ако ги користи средствата посветени за неа на најдобар можен начин; ефективна е ако постигнатите резултати се во согласност со поставените намери и цели за намалување на димензиите на проблемот или за подобрување на некоја незадоволувачка ситуација. Влијанието на една програма го претставува, всушност, целосниот ефект што таа го има врз луѓето и околината. Сите овие прашања треба да бидат опфатени со процесот на вреднување.

### **1.3 Склучување на договор за здравствена заштита**

Како што споменавме претходно, договорите најмногу се видливи и тие најмногу се практикуваат во делот на купувањето. Се запознајте и со тоа дека тие се клучна алатка преку која купувачите можат да влијаат на обезбедувачите на здравствени услуги. Тие се употребуваат за да конкретизираат кои услуги ќе се обезбедат и под кои услови истите ќе се набават. Исто така, тие имаат важна улога во определувањето на уделот на ризикот кој може да се јави како резултат на некои непредвидени настани, на страната на купувачите или на страната на

обезбедувачите. Накратко, договорот е средство за управување со трансакциите и за поделба на ризикот.

Со склучување на договор се регулира начинот на купување на здравствените услуги на здравствените установи, се уредуваат меѓусебните односи, видот и обемот на здравствените услуги, како и начинот и висината на средствата кои Фондот е должен да ги купи за извршените здравствени услуги, вклучувајќи ги и материјалните средства. Договорите ќе бидат правно и економски поефикасни доколку се направи разграничување меѓу купувачот и здравствениот работник (индивидуален и институционален) и кога договорите ќе стапат на сила. Купувачот подготвува стандарден формат на договор и прилози за клинички, финансиски и административни извештаи, со чија помош се поедноставува склучувањето на договорите.

Купувачот може да воспостави серија на барања за квалитет и врз нивна основа ќе ги одбере само оние обезбедувачи на здравствени услуги кои можат истите и да ги исполнат. Во овој случај купувачот треба да извршува преговори само со личности и здравствени установи кои се лиценцирани. Како и да е, мора да се постават високи стандарди и да се потпишат договори само со лиценцирани и акредитирани обезбедувачи.

Но, пред да се пристапи кон склучување на договор, треба да бидат исполнети одредени барања од страна на обезбедувачите на здравствени услуги со цел тие да бидат соодветни за стекнување и задржување на договорот. Квалитетот е услов за обезбедувачите да бидат во можност да ги понудат нивните услуги на пазарот.<sup>42</sup>

**Акредитацијата**, лиценцирањето и сертификацијата се независни од купувањето. Тоа значи дека купувачите можат да ги користат нив со цел да го промовираат квалитетот со селекција од оние обезбедувачи на услуги кои ги задоволуваат минимум барањата за квалитет. Акредитацијата е процес со кој една агенција или организација проценува одредена здравствена установа и

---

<sup>42</sup> Круме Николоски, (2013), Современи тенденции на јавното здравство, Штип, стр. 249;

институција или личност и потврдува дека таа ги исполнува стандардите потребни за извршување на определена услуга. Ова претставува давање службено/официјално признавање, одобрение/авторизација на докторите и институциите кои ги задоволуваат потребните професионални стандарди.

**Акредитацијата** овозможува системска, периодична и доброволна евалуација на институциите на здравствена заштита и нивна организација од страна на надворешна агенција, со формална процена на недостатоците според пропишани стандарди и професионална посета на лице место. На тој начин акредитацијата е процес кој придонесува за етична и квалитетна здравствена заштита, со воспоставување систем на вреднување и регулирање на медицинската професија, а со тоа обезбедува континуирана професионална надградба на лекарите.

Целта на акредитацијата е да ги фокусираат организациите на здравствена заштита кон подобрувањето на извршувањето. Суштината е системот на акредитација да го подобри развојот на здравствениот систем и да придонесе во преземање лична одговорност во исполнувањето на професионалните обврски, како и воведување на стандарди на здравствената установа или институција во управување со човечките ресурси кои ќе придонесат за добрата медицинска практика во јавното здравство. Владата има обврска и овластување да обезбеди здравствени стандарди за целото население во системот на јавното здравство. Еден од традиционалните методи за запазување на јавниот интерес и за обезбедување превенција од непрофесионална медицинска практика е лиценцирање на здравствените установи. Акредитацијата претставува натамошен чекор со чија помош, покрај структурните стандарди, се издаваат лиценци за професионална активност на поединци или институции чија крајна цел е задоволување на неопходните професионални стандарди, при што се има предвид извршувањето на здравствените активности. Процедурата на лиценцирање е основа за регулирање на стандардите и содржината на услугите, како и за контролирање на трошоците на здравствена заштита. Во рамките на здравството, процесот на овластување може да вклучи издавање на лиценци

(дозволи) за пракса или за извршување на услуги, наплаќање на одреден надоместок за услугите, употреба на определена опрема, ангажирање на персонал и друго. Овластувањето може да се базира врз законот и соодветните одобрувања коишто можат да се спроведуваат преку судовите. Лиценцирањето е обично законско барање во практиката.

Спроведувањето може да го водат тела или владини организации. Овластувањето е заедничка карактеристика на работата на здравствените служби и на практичното работење од областа на медицината, сметководството, акушерството, фармацијата и друго. Овие достигнувања имаат влијание на управувачките функции на државата и се фокусираат на структурни прашања како што се минимум опрема и соодветни квалификации. Во прилог на ова, поседувањето на лиценца не е индикатор за квалитет. Моделот и методите на овластувања се различни во различни земји.

Сертификацијата е законска категорија за договорот доколку обезбедувачот сака да понуди заштита на специјализирана здравствена заштита (ниво) или да користи специјална техника. Таа се базира на образовни индикатори (структура и процеси). Траењето е лимитирано и затоа е потребна повторна сертификација. Сертификацијата и ресертификацијата обично се фокусира на минималните технички барања и минималниот број на случаи.

#### **1.4 Спроведување на договорот за купување на здравствена заштита**

Со анализата на различните стратегии за спроведување на договорот се откриваат политичките, финансиските, менаџерските и организациските пречки. Купувачот плаќа фиксен износ за обезбедената услуга и проценети нивоа на активности кои се идентификувани, но дополнителни износи се плаќаат доколку тековните активности се повисоки и нема пари за повторно плаќање доколку нивото на активности е пониско.



Трошокот и обемот на договорите бараат да обезбедат стимулации и награди за маркетинг вложувањата кои резултираат со зголемување во побарувачката, што упатува на ограничено поставување на блок договорот. Трошоците за случај се бара да ги покрие плаќањата за да ги покрие сите трошоци за секоја консултација, оперативна процедура, текот на третманот или директното останување. Последниот вид е блиску до оние кои традиционално се употребуваат во земјите со договорен модел. Пример: договор помеѓу купувачите и осигурителните фондови за кои треба да се овозможи детално покрите и спогодби за надоместок.

Главната пречка е сложеноста на најголем дел на механизмите на договарање, вклучувајќи го дизајнирањето на договорот, развој на соодветни системи на плаќање, дефинирање на барања за квалитет и извршување на мониторинг. Сите овие механизми бараат поседување на менаџерски и технички вештини, постоење на широк информациски систем, користење на многу ресурси, а сето тоа може да претставува економска пречка за спроведување на договорот. Воспоставувањето на систем на договарање мора да претходи на проценката на капацитетот на купувачките организации и, кога е потребно, на инвестирање во соодветни програми за обука и информациона системи. За да се тестира влијанието на тешкотиите за спроведување на некои од сложените механизми се наметнува употреба на пилот шеми, како што е, на пример, новиот систем на плаќање.

Во некои земји дизајнот на организацијата и улогата на купувачите и обезбедувачите претставуваат главни пречки за спроведување на договорот. Овие пречки вклучуваат: раздвојување на купувањето, недостаток од комплементарност во дизајнот помеѓу стратегиите, несоодветни организациски дефиниции за улогата на купувачот и обезбедувачот, како и институционални, односно законски и административни нарушувања.<sup>43,44</sup> Несоодветното дефинирање на функциите на купувачите исто така претставува пречка за

---

<sup>43</sup> The Council of European Community 1993, 1999, 2001

<sup>44</sup> Круме Николоски, (2013), Современи тенденции на јавното здравство, Штип, стр. 251;

спроведување. Обично постојат повеќе неизвесности за улогата на купувачите во спроведување на стратегиите, како што се проценката на здравствените потреби, развој на здравствена стратегија, акредитација на обезбедувачите и развој на директиви за квалитетни индикатори во договорите.

Прашањата за организациската поврзаност исто така се применуваат во организациите на обезбедувачите вклучени во договарањето. На пример, малата автономност на болничките обезбедувачи претставува една од главните пречки во спроведувањето на договорот. За да може успешно да се спроведе договорот, обезбедувачите мора да бидат менаџерски и финансиски флексибилни за да одговорат на барањата од договорот и стимулациите. Натомошната организациска реформа на купувачите и обезбедувачите е често пати стопирана од законските или административните нарушувања. Многу нови модели на купувачки организации (и за купувачите и за обезбедувачите) немаат шанси да се зацврстат сè додека не претходат пошироки реформи на цивилни услуги и јавен сектор каде што тие треба да бидат засновани. Постојат многу прашања со политички агенди и културна издржаност од цивилните услуги кои можат да заштитат од промените.

Исто така, и политичките и културните прашања претставуваат пречки во спроведувањето на договорот. На пример, Министерството за здравство има овластени политички интереси, но не во доменот на недеlegerачки одлуки, туку обично во изборот и договарањето со обезбедувачите. Освен тоа, во многу земји големите здравствени обезбедувачи ги заобиколуваат купувачите и се обраќаат директно на Министерството за здравство за специфични услови за договарање, како што се поткопување на улогата и моќта на купувачите и основите на договарањето.

## 2. Стратегиско купување на здравствена заштита

Сите јавно-здравствени системи применуваат некоја форма на купување. Купувањето игра клучна улога во детерминирањето на извршувањето на целокупниот здравствен систем. Не е можна примена на единствен организациски модел на купување во сите здравствени системи, бидејќи купувањето првенствено е детерминирано од главните форми на финансирање и обезбедување на здравствена заштита во секоја земја.

За да можат рационално да се искористат ретките и ограничени ресурси, секоја земја се обидува да воведо и примени стратегии за купување кои треба да опфатат неколку клучни прашања кои се поврзани со собирањето на приходи, менаџмент на финансискиот ризик и трошењето на ресурсите за обезбедувачите на здравствени услуги. Оттука, стратегиското купување има цел да го зголеми функционирањето на здравствениот систем преку ефективна алокација на финансиските ресурси до обезбедувачите.

Во овој процес на договарање, воспоставувањето на стратегиско купување е првиот чекор што треба да се направи. Треба да имаме предвид дека овој процес зависи од степенот на конкуренција и вклучува неколку главни одлуки кои се однесуваат на следново:<sup>45</sup>

*За кого да се купи.* Ваквата одлука се однесува на недостиг од релевантни податоци за корисниците на здравствени услуги, односно го вклучува ограничувањето на способноста за идентификација (сеопфатност) на ранливите групи.

*Што да се купи.* Тука станува збор за недостиг од релевантни податоци за исплатливоста, односно кои интервенции треба да се купат како одговор на потребите и желбите на популацијата, а притоа неминовно треба да се земат предвид националните здравствени приоритети и доказите за исплатливост.

---

<sup>45</sup> Круме Николоски, (2013), Современи тенденции на јавното здравство, Штип, стр. 238;

*Од кого да се купи.* При донесувње на оваа одлука треба да знаеме дека амбулантниот сектор доминира на страната на приватните обезбедувачи, а болничкиот сектор доминира на страната на јавните болници. Секако дека тука треба да ги имаме предвид квалитетот и ефикасноста на услугите. Ваквата одлука го вклучува ограничувањето од аспект на избор на обезбедувачот на здравствените услуги.

*Колку да се плати.* Се однесува на недостиг од релеватни податоци за трошоците. Овде треба да го имаме предвид ограничувањето на транспарентноста на цените од страна на јавните и приватните обезбедувачи на услуги.

*Како да се плати.* За донесување на ваквата одлука, посебно внимание треба да обрнеме на слабиот менаџмент и институционалниот капацитет. Оваа одлука ги вклучува механизмите за договарање и системите за плаќања, со посебен акцент на ограничувањето од гледна точка на софистицирано функционирање на системот на плаќање којшто може да биде употребен.

Од есенцијално значење е да знаеме дека стратегиското купување бара континуирано истражување за да можат да се купат најдобрите интервенции, притоа истите да се купат од најдобрите обезбедувачи и уште подобри механизми на плаќање и уредувања на договорот за да се плати за ваквите интервенции. Идентификувањето на најдобрите обезбедувачи означува добивање на најдобри договори (на пример брз пристап на пациентите до договорените услуги). Буџетирањето и механизмите за плаќање на обезбедувачите се суштински елемент за интеракцијата помеѓу купувачот и обезбедувачот. Заедно со договарањето тие создаваат средина во која постојат стимулации за купувачите со цел тие да дејствуваат во согласност со следниве четири цели:

- Превенција од здравствени проблеми на членовите на Фондот или посредничката институција;
- Обезбедување услуги и решавање на здравствени проблеми на членовите на Фондот или посредничката институција;

- Да одговараат на очекувања на луѓето во согласност со законските прописи,
- Да ги намалат трошоците.

Не постои едно буџетирање или платежен механизам којшто може да ги постигне истовремено сите четири цели. Затоа, стратегиското купување треба да води до максимизирање на целокупната здравствена добивка од расположливите ресурси, односно до зголемена алокативна ефикасност. Тоа доведува до појава на еден главен проблем со кој се соочуваат планерите на здравствена заштита, а тој се однесува на премостување на јазот помеѓу плановите и буџетската алокација на ресурси. На пример, во многу здравствени системи базирани на даноци посебните одделенија ги спроведуваат овие функции со помош на национални и здравствени планови. Вака, теоријата за купување го потенцира потенцијалот на оваа функција кога таа е во многу тесна врска со процесот на планирање и склучување на договор.

### **3. Функција на финансирање на здравствената заштита преку купувачките функции**

Според Круме Николоски,<sup>46</sup> функциите на финансирање вклучуваат собирање и распределба на приходите, како и употреба на овие приходи преку купување или буџетски трансфери до обезбедувачите на услуги.

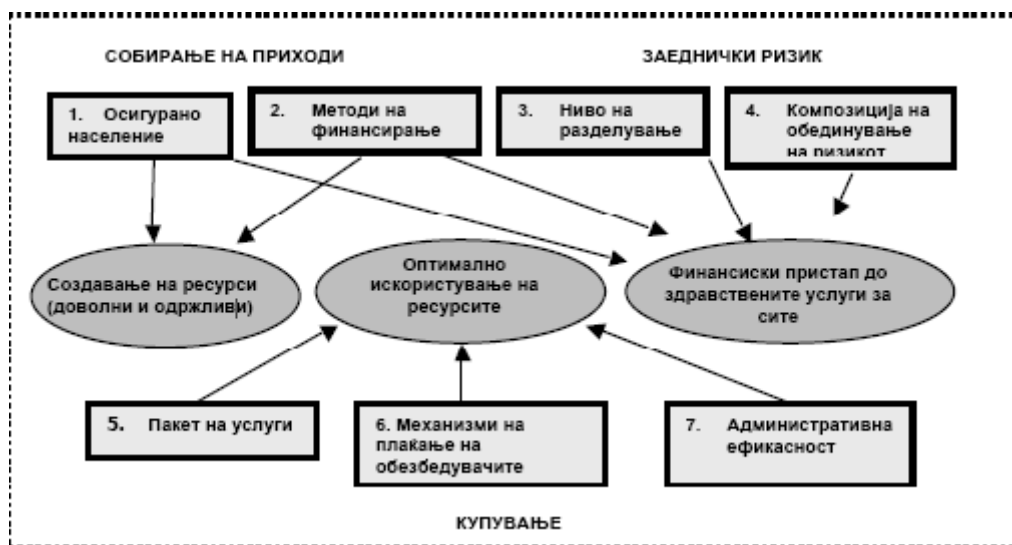
Функцијата создавање на ресурси вклучува производство, увоз, извоз, дистрибуција на човечки ресурси, знаење, лекови, медицинска опрема, капитал. Функцијата обезбедување на услуги вклучува персонални и клинички услуги обезбедени од јавниот или приватниот сектор (профитни и непрофитни).

Овие клучни функции се под влијание на државата преку нејзината управувачка функција и под влијание на популацијата преку побарувачката и пазарите. Комбинираните ефекти од овие функции можат да доведат до добро

---

<sup>46</sup> Доктор на Универзитетот „Гоце Делчев“ - Штип, Здравствен менаџмент,

или послабо извршување во здравствените резултати, финансиската заштита и очекувањата на потрошувачите за квалитетот на услугата.



Извор: Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period, by Guy Carrin and Chris James, World Health Organization, Geneva, 2004<sup>47</sup>

Остварувањето, односно собирањето приход е процес со кој јавно-здравствениот систем прима пари од домаќинствата, претпријатијата, владата и од други организации, вклучувајќи и донатори. Финансиските придонеси на здравствениот систем треба да бидат праведно и ефикасно собрани. Главниот финансиски и правен инструмент за изведување на независни купувачки функции е договорот.

Со договорот се овозможува акумулација и менаџмент на овие приходи со цел да се распредели ризикот на плаќање на здравствена заштита помеѓу сите членови на спогодбата, односно корисниците на здравствените услуги да не го трпат подолго време целосниот финансиски ризик од болеста. Ова бара и одредено ниво на солидарност во општеството. Со договорот се регулираат реципрочните обврски на договорените страни, како што се условите за видот на

<sup>47</sup> Круме Николоски (2013), Современи тенденции на јавното здравство, стр. 236;

услугите кои треба да се дадат, цени, информации и извештаи, одредени барања и решенија. За да се склучи договор, потребно е постоење на правна рамка и ефективни механизми на зајакнување.

Пред да се започне со разгледување на основните начини на финансирање на здравствената заштита, потребно е да се укаже на два основни принципи на секоја здравствена политика и на критериумите врз чија основа може да се вреднува здравствениот систем воопшто, па и на системот на финансирање. Тоа се принципите на успешност/ефикасност (англ. efficiency) и праведност (англ. equity).

За еден здравствен систем може да се каже дека е успешен (ефикасен) кога овозможува здравствена заштита со максимален квалитет (во смисла на здравствениот исход) и со минимални трошоци со оглед на постоечките (издвоените) средства. Макро-ефикасноста се однесува на уделот во бруто општествениот производ кој се издвојува за здравствена заштита. Микро-ефикасноста се однесува на способноста на здравствениот систем за искористување на сите расположливи средства со цел максимизирање на ефектите (здравствените исходи).

Ефикасноста како економски поим може да се дефинира како однос на аутпутите (ефектите, приходите, користа) и инпутите (ресурсите, вложувањата, трошоците), или со други зборови како успешност во искористувањето на ресурсите.

Праведноста при финансирање на здравствената заштита се разгледува од два аспекти: од аспект на финансиските можности на поединците за плаќање на здравствена заштита и од аспект на пружањето на здравствената заштита. Во согласност со ова, се разликуваат: вертикална праведност во здравствената заштита и хоризонтална праведност во здравствената заштита.

Вертикалната праведност во здравствената заштита го означува начелото согласно со кое здравствената заштита треба да биде финансирана во склад со финансиските можности на поединците. Согласно со овој вид на праведност,

пациентите со нееднакви можности на плаќање (нееднакви приходи) би требало и нееднакво да плаќаат за здравствена заштита. Праведен систем на финансирање на здравствената заштита е оној во кој финансирањето е поврзано со можноста за плаќање, односно со висината на приходите. Системот на финансирање на здравствената заштита може да биде:<sup>48</sup>

- **Прогресивен** – кога издвојувањата за здравствена заштита растат со приходите, односно богатите луѓе плаќаат пропорционално повеќе во однос на оние кои се помалку богати;
- **Пропорционален** – кога сите плаќаат пропорционално еднакво во однос на приходите;
- **Регресивен** – кога издвојувањата за здравствена заштита се намалуваат со растењето на приходите, што значи дека богатите луѓе плаќаат пропорционално помалку од сиромашните.

Принципот на праведност во пружањето на здравствената заштита или принципот на хоризонтална праведност подразбира дека секој поединец добива еднаква здравствена услуга за истата здравствена потреба.

Во секој здравствен систем, клучни субјекти се:<sup>49</sup>

- Граѓаните, осигурениците, пациентите;
- Давателите на здравствените услуги;
- Институцијата посредник која се јавува како собирач на приходите и како плаќач на услугите.

Финансирањето и пружањето на здравствена заштита може да се прикаже како размена или трансфер на средства помеѓу клучните субјекти кои се актери во здравствениот систем. Наједноставен облик на трансакција е директното плаќање, со што пациентот непосредно му плаќа на давателот на здравствена заштита во замена за добиената здравствена услуга.

---

<sup>48</sup> Миладинов Горан, Матлиевска Маргарита, (2011), Основи на здравствен менаџмент (интерна скрипта), стр.100;

<sup>49</sup> Миладинов Горан, Матлиевска Маргарита, (2011), Основи на здравствен менаџмент (интерна скрипта), стр.101;



Но, во здравството се развил и индиректен начин на плаќање, преку трет субјект - посредно административно тело кое може да биде државна, јавна или приватна институција.

Во здравството, индиректниот начин на плаќање на здравствена заштита по пат на трета страна се појавил за да се заштитат граѓаните од финансискиот ризик на болеста. Високите трошоци поврзани со здравствена заштита, како и непредвидливоста на болеста, го прават директното плаќање неадекватно, што доведе до развивање на различни методи на прибирање пари однапред, со цел заедничко поднесување на ризикот. Финансирањето на здравствените услуги се обавува на тој начин што посредната институција собира приходи од граѓаните и ги прераспределува на давателите на здравствените услуги. Основните функционални односи помеѓу актерите во здравствениот систем се: **прибирање на приходи, здружување на финансиските средства, купување или плаќање на заштитата и пружање на заштитата.**

### 3.1 Прибирање на приходите

Во процесот на прибирање на приходите потребно е да се разликуваат: извори на приходи, начини на финансирање и видови на посредни институции кои ги собираат приходите.

Приходите за финансирање на здравствената заштита потекнуваат во прв ред од населението – поединци, домаќинства, вработени, претпријатија. Извори на приходи можат да бидат и домашни и странски НВО, добротворни здруженија, како и странски влади и деловни субјекти од други држави.

Основни начини за финансирање на здравствена заштита се даноците, придонесите за социјално и здравствено осигурување, премиите од приватното здравствено осигурување, личните сметки за медицински заштеди, директно плаќање на услугите, заеми, грантови, донации. Начините на финансирање може да се разграничат и како: директни (директно плаќање) и индиректни (даноци, придонеси), како задолжителни (социјално осигурување, даноци) и доброволни

(приватно осигурување, директно плаќање на услугите), или како јавни, приватни и надворешни (заеми).

Посредните институции кои ги прибираат финансиските средства можат да бидат јавни или административни тела, кои може да се профитни или непрофитни (пример фондовите за социјално и здравствено осигурување и фондовите за приватно осигурување).

*Здружување на средствата.* Не е доволно средствата само да се приберат, туку е потребно и нивно здружување за да се овозможи заедничко споделување на здравствените ризици меѓу сите уплатувачи на средствата.

Значењето на здружувањето на финансиските средства е во заедничкото поднесување на финансиските последици од ризиците поврзани со болест на ниво на цела популација или на ниво на одредена група луѓе.

Секој начин на финансирање на здравствена заштита не овозможува заедничко поднесување на ризикот (на пр. директното плаќање). Со приватното осигурување здружувањето на ризикот е лимитирано од индивидуалните премии за секој индивидуален ризик.

Прибирањето на средствата и нивното здружување често пати е интегрирано во едно административно тело, на пример во Фондот за здравствено и социјално осигурување. Но, тие функции можат да бидат и одвоени. Таквото одвојување резултира со потребата од посебни механизми на распределба (алокација) на средствата од административните тела кои ги прибираат средствата кон административното тело кое врши здружување на средствата и купување на здравствените услуги.

*Купување или плаќање на заштитата.* Купувањето, договарањето и плаќањето на здравствената заштита во моделот на посредно финансирање значи трансфер на собраните и здружените финансиски средства до давателите на здравствените услуги, и тоа во име на населението за кое средствата се здружуваат и кое е корисник на услугите.

Постојат различни начини на плаќање на лекарите и здравствените установи. Лекарите и другите стручњаци можат да бидат платени по методот на плата (одреден износ на пари за одредено време), по методот на главнина (одреден износ по поединечен пациент запишан на листата на докторот за одреден период), спрема услугата и сл.

Здравствените установи можат да бидат платени по пат на општа пресметка (проценка на сите трошоци), главнина, спрема ден (одреден износ по пациент за секој ден поминат во болница), спрема услугата (посебни цени за секоја медицинска постапка) и по пат на грантови (поддршка од страна на владата за капитални вложувања – набавка на опрема, изградба и сл.).

Купувањето е процес преку кој придонесите се користат за плаќање на обезбедувачите на услуги за испорака на специфични и неспецифични здравствени интервенции. Целта е да се купат или обезбедат соодветни ефективни здравствени интервенции. Купувањето може да биде пасивно или стратегиско. Со пасивно купување едноставно се следи однапред одредениот буџет или се плаќаат сметки откако истите ќе бидат приложени или сметките едноставно се наплаќаат ретроспективно. Светскиот извештај за здравје во 2000 год. предложил стратегиско купување како главна опција за подобрување на функционалните односи во здравствениот систем. Тоа претставува доказ дека таму каде што постои модел за купување, земјите треба да се движат од пасивно кон стратегиско купување во кои проактивните одлуки се направени врз основа на тоа кои видови услуги на здравствена заштита треба да се купат, како и од кого. Затоа, повеќе се преферира стратегиското купување каде има континуирано барање за купување на најдобрите здравствени услуги за кое ќе стане збор во поглавјето за купување на здравствена заштита.

Табела 3: Приходи во ФЗОМ

Приходи	2015 буџет
<b>Даночни приходи</b>	<b>21,810,000,000</b>
<b>Придонеси од правни и физички лица</b>	<b>13,400,000,000</b>
Бруто плати од вработени	10,970,000,000
Од договори на дело	323,000,000
Самовработени	300,000,000
Земјоделци	90,000,000
Други осигуреници	87,000,000
Од изминати години	680,000,000
Дополнителен придонес	790,000,000
Од породилни боледувања	160,000,000
<b>Придонеси од институции</b>	<b>8,410,000,000</b>
ПИОМ	5,925,000,000
МЗ	2,210,000,000
АВРМ	140,000,000
МТСП	135,000,000
<b>Неданочни приходи</b>	<b>470,000,000</b>
<b>Партиципација</b>	<b>350,000,000</b>
<b>Други приходи</b>	<b>120,000,000</b>
Конвенции	20,000,000
Брутополисирана премија	35,000,000
Надомест на штети	10,000,000
ЕЗК	18,000,000
Останати	37,000,000
<b>Трансфери</b>	<b>1,769,736,000</b>
<b>Трансфер за породилни боледувања</b>	<b>1,665,000,000</b>
<b>Трансфер од Буџет на РМ</b>	<b>104,736,000</b>
<b>Вкупно приходи</b>	<b>24,049,736,000</b>

Извор: ФЗОМ

График 1: Структура на приходи



Извор: ФЗОМ

График 2: Структура на приходите



Извор: ФЗОМ

### 3.2 Средства за работа и нивни извори

Средствата за работа на Фондот се обезбедуваат од придонесот за задолжително здравствено осигурување и други извори на средства. Средствата се уплатуваат на сметката на Фондот. Фондот не може да се задолжува со кредит кај деловните банки, ниту да прифаќа долгови на здравствените установи кај деловните банки.<sup>50</sup>

Средства за задолжителното здравствено осигурување се обезбедуваат од придонеси од:<sup>51</sup>

- Платите и надоместоците на платите на вработените,
- Пензиите и надоместоците од пензиското и инвалидското осигурување,
- Самовработените лица,
- Средства за невработените лица и
- Средствата на другите обврзници на придонес;
- Дополнителен придонес за случај на повреда на работа и професионално заболување;
- Учество на осигурениците;
- 1% од бруто полисираната премија за задолжително осигурување на сопственици, односно корисници на моторни возила од одговорност за штети предизвикани на трети лица (вклучувајќи ја и бруто полисираната премија за осигурување на сопственици, односно корисници на моторни возила од одговорност за штети предизвикани на трети лица, надвор од територијата на Република Македонија – Зелена карта);
- Централниот буџет на Републиката;
- Камати и дивиденди;
- Подароци, легати;

---

<sup>50</sup> Закон за здравствено осигурување, интерен пречистен текст, Службен весник 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 62;

<sup>51</sup> Закон за здравствено осигурување, интерен пречистен текст, Службен весник 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 37;

- Други приходи;
- Пресметување и уплатување на придонесот.

За обврзниците за плаќање на придонес, обврзниците за пресметка и уплата на придонесот, основниците за пресметка на придонесот, пресметката и уплатата на придонесот, постапката за наплата, рокот за уплата на придонесот и стапките на придонесот се применуваат одредбите од прописите за задолжително социјално осигурување. Пресметувањето на придонесот од осигуреници кои сами се обврзници за плаќање на придонес за задолжително здравствено осигурување го врши Фондот.<sup>52</sup>

Годишниот план на приходи и расходи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување е годишен план на приходи и расходи по извори на средства и по јавни здравствени установи.

Јавни здравствени установи остваруваат приходи од буџетот на Фондот за здравствено осигурување, приходи од сопствени извори на финансирање во кои се вклучени и средствата од програмите за здравствена заштита и приходи од донации.

Средствата за финансирање на дејноста на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување ги утврдува Фондот. врз основа на определениот износ во претходната фискална година и планот на здравствени услуги за наредната година.

Утврдениот вкупен износ за финансирање на дејноста на јавните здравствени установи од претходниот член се распоредува во вид на максимални износи на финансирање, односно надоместоци за наредната година по јавни здравствени установи, а во согласност со правилниците за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на

---

<sup>52</sup> Закон за здравствено осигурување, интерен пречистен текст, Службен весник 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 47;

здравствените установи во болничка и специјалистичко-консултативна здравствена заштита.

По добивање на информација за утврдениот максимален надоместок од Фондот за наредната фискална година, јавната здравствена установа посебно ги планира средствата од буџетот на Фондот за здравствено осигурување во согласност со утврдениот надоместок од страна на Фондот и средствата од сопствени извори на приходи во кои влегуваат средства од програмите за здравствена заштита, учество на осигурените лица во цената на здравствената услуга и останати сопствени приходи на јавните здравствени установи и средствата од донации.

Приходите од претходниот член се планираат врз основа на следните податоци:<sup>53</sup> средствата од буџетот на Фондот за здравствено осигурување врз основа на добиената информација за утврдениот годишен надоместок од Фондот зголемен за пренесените непотрошени средства од претходната година; средствата од сопствени приходи врз основа на планираните програми за здравствена заштита од Министерството за здравство, планираното ниво на наплатеното учество во цена на здравствената услуга од осигурениците, планираното ниво на приватни здравствени услуги коишто не се на товар на Фондот и останати планирани сопствени приходи; средствата од донации се планираат во согласност со склучените и планираните договори и податоци за донации. По утврдување на приходите, јавната здравствена установа планира соодветен вид и обем на здравствени услуги на осигурените лица, како и обем на здравствени услуги што не е на товар на Фондот, и во согласност со нив - обем на работите и задачите за извршувањето на здравствените услуги.

---

<sup>53</sup> Правилник за подготвување, донесување и изменување на годишен план на приходи и расходи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување, Службен весник на Република Македонија 138/2012, член 5;



Врз основа на планираниот обем на работа, јавна здравствена установа определува расходи за:<sup>54</sup> плати и надоместоци на медицински и административни работници поделени по дејности и по степен на образование (висока стручна спрема, виша стручна спрема, средна стручна спрема, со друго образование), материјали и лекови неопходни за извршување на планираниот вид и обем на здравствени услуги, останати тековни расходи (надоместоци, патни и дневни расходи, комунални услуги, греење, транспорт, поправки и тековно одржување, договорни услуги, други тековни расходи, разни трансфери, каматни плаќања) и капитални расходи по видови (купување опрема, мебел, возила, градежни објекти и сл.).

Планираните приходи и расходи се пренесуваат во согласност со нивната економска класификација под соодветни ставки во годишниот план на приходи и расходи.

Јавните здравствени установи кои во својот состав имаат посебни организациски единици се должни да се усогласат со своите организациски единици во годишниот финансиски план на приходи и расходи по сметки и ставки.

Годишниот план на приходите и расходите на јавната здравствена установа го усвојува и донесува Управниот одбор на истата. Усвоениот годишен план на приходите и расходите јавната здравствена установа го доставува во пропишана електронска и писмена форма на одобрување до Фондот најдоцна до 15 ноември во тековната за наредната година. Формата и содржината на годишниот план на приходи и расходи го носи директорот на Фондот.

Доставените годишни планови за приходи и расходи од јавните здравствени установи Фондот ги проверува за усогласеност во делот на приходите од средствата на Фондот со претходно доставените утврдени максимални надоместоци, во делот на средствата од сопствени приходи со остварувањето во

---

<sup>54</sup> Правилник за подготвување, донесување и изменување на годишен план на приходи и расходи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување, Службен весник на Република Македонија 138/2012, член 7;

претходната година и плановите за наредната година и во делот на усогласеноста на вкупните приходи со вкупните расходи.<sup>55</sup>

Доколку доставениот годишен план на приходи и расходи не е усогласен или е во несоодветна форма, истиот се враќа на изменување до јавната здравствена установа. Јавната здравствена установа е должна да го коригира вратениот годишен план на приходи и расходи во рок од 7 дена од денот на приемот. Доколку јавната здравствена установа не го достави годишниот план на приходи и расходи во рок пропишан со овој правилник или не изврши корекција на неусогласените или неправилно искажаните ставки, тогаш Фондот го изготвува односно коригира годишниот план на приходи и расходи во име на јавната здравствена установа.<sup>56</sup>

#### **4. Распределба на финансиски средства**

Системот на финансирање на здравствената заштита е од пресудно значење за функционирање на здравствениот систем во целина. Тоа е дотолку поважно што прашањето како да се обезбедат доволно финансиски средства за здравствена заштита стана едно од најсериозните проблеми на здравствената политика готово во сите современи земји.

Проблемот со кој денес се соочуваат современите системи на здравството е сè поголемиот раст на здравствената потрошувачка, додека изворите на средства остануваат ограничени. Причината за пораст на здравствената

---

<sup>55</sup> Правилник за подготвување, донесување и изменување на годишен план на приходи и расходи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување, Службен весник на Република Македонија 138/2012, член 9;

<sup>56</sup> Правилник за подготвување, донесување и изменување на годишен план на приходи и расходи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување, Службен весник на Република Македонија 138/2012, член 10;

потрошувачка се бројни фактори, од кои најзначајни се: сè поголемиот број стари лица и, поврзано со тоа, пораст на хроничните дегенеративни болести и потребата од долготрајно лекување, потоа сè побрзиот развој на сè поскапа медицинска технологија, самиот факт што здравството е трудово-интензивна дејност, зголемените очекувања на пациентите, како и сè поголемите интереси на здравствените работници.

За да се ограничи и за да се контролира порастот на здравствената потрошувачка и здравствените трошоци, во високоразвиените земји уште од 70-тите години на минатиот век се применуваат различни мерки.

Во земјите кои се во транзиција<sup>57</sup> (земјите на Централна и Источна Европа), проблемот е како со оскудните средства да се задоволат сè поголемите здравствени потреби и побарувачката за здравствена заштита. Средствата кои можат да се соберат во услови на слаба социјална и економска развиеност (невработеност, ниски приходи, сиромаштија, миграции) во тие земји се недоволни за да се обезбеди целосна здравствена заштита за сите граѓани. Затоа, и при реформата на здравството во транзиционите земји се воведуваат мерки со цел контрола и ограничување на трошоците, што вклучува и мерки на редуцирање и рационализирање на здравствените услуги заради намалување на здравствената потрошувачка.

Поимите рационализација и рационализирање често се користат кога се говори за подобрување на системот во најширока смисла на зборот, а особено спрема односот помеѓу квалитетот на здравствена заштита и трошоците за заштита. Иако слично звучат, имаат различни корени и различно значење, па всушност претставуваат и два темелно спротивни ставови.

Рационализирањето доаѓа од зборот *ration* (герм., англ. и др.), што значи оброк, доделена количина во снабдување или издржување, административна

---

<sup>57</sup> Транзиција е социјална, политичка и економска трансформација од централно монополистичко одлучување и планирање кон плурализам и пазарни механизми.

распределба поради недостиг на суровини и стоки. Рационализација доаѓа од зборот ratio (лат.), што значи разум, доверба дека научните и стручните оценки на проблемите можат да доведат до нови решенија, обично со поедноставување и со поевтинување на постапката.<sup>58</sup>

Рационализирањето е важно за време на криза и војна, кога поради недостигот се прави обид да се покријат најнужните потреби преку разделување на точно определени количества, на пример на храна и други средства.

Рационализацијата е врзана за рационализам – сфаќање дека знаењето, логиката и разумното однесување доведуваат до подобрување на системот, особено со избегнување на дуплицирање, непотребни активности, подобрување на технологијата на работењето и др., толку често што тоа доведува до зголемување на крајниот ефект проследено со намалување на трошоците.

Големата разлика меѓу двата поими се состои во тоа што рационализирањето е најчесто административна постапка, а рационализацијата – стручна. При рационализирањето обично се одлучува од некој управувачки центар кој не е блиску поврзан со стручната пракса, туку одлуките ги донесува врз основа на својата политичка моќ. Наспроти ова, рационализацијата е последица на истражувања и развој, втемелено врз стручни и научни критериуми и логика, а моќта е од економски и технолошки карактер бидејќи после примената, пазарно ги истиснува старите постапки.

Честопати рационализирањето не само што не е рационализација, туку со подолга примена го попречува напредокот, ја гуши иницијативата и сериозно го оштетува квалитетот во работењето. Затоа е оправдано само за краток критичен период, а најмногу се клучни елементите кои се или најскапи или се во најголем кусок/оскудица. Примена на рационализирање во друго време и на други подрачја обично и го поскапува нормалното одвивање на процесот и го оптоварува системот со спореден административен контролен механизам.

---

<sup>58</sup> Миладинов Горан, Матлиевска Маргарита, (2011), Основи на здравствен менаџмент (интерна скрипта), стр.99;

Затоа, рационализирањето не е препорачлива постапка во примарната заштита, бидејќи во примарната заштита квалитетот на работењето потполно зависи од работата на стручњаците, па треба нивната иницијатива да се стимулира, а не да се ограничува.

Во настојувањата да се усогласи порастот на здравствената потрошувачка со ограничените приходи, вниманието на здравствената политика нужно треба да се насочи кон изворите на приходи за финансирање на здравствената заштита.

Фондот, врз основа на начелата на ефикасно, ефективно и економично користење на средствата, ги покрива трошоците за:<sup>59</sup> здравствените услуги опфатени во основниот пакет на здравствените услуги што здравствените установи ги пружаат на осигурените лица, лекови, помошни медицински материјали кои служат за примена на лековите и санитарски материјал потребен за лекување, утврдени со општ акт, протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и заботехнички средства, утврдени со општ акт, парични надоместоци, инвестициски вложувања за создавање и подобрување на условите за укажување на здравствени услуги на осигурените лица, вршењето на функцијата на Фондот, дел од мерките и активностите за спроведување на превентивните и други програми за лекување одредени болести, како и за хендикепираните лица, согласно со Законот за здравствената заштита и други потреби за спроведување на задолжителното здравствено осигурување.

Фондот врши контрола на пресметувањето и уплатувањето на придонесот за задолжително здравствено осигурување за сите обврзници на придонес. Контролата ја врши лице врз основа на овластување дадено од директорот на Фондот (во натамошниот текст: овластен работник). Ако при контролата од став 1 на овој член се утврди дека придонесот за задолжително здравствено осигурување не е правилно пресметан и уплатен согласно со овој закон или не е уплатен, Фондот ќе покрене постапка за наплатата на основниот долг заедно со

---

<sup>59</sup> Закон за здравствено осигурување, интерен пречистен текст, Службен весник 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 63;

законската камата. Фондот е ослободен од плаќање на судски такси во постапките што се водат пред надлежните судови.<sup>60</sup>

Правните и физичките лица - обврзници за пресметување и уплата на придонес за задолжителното здравствено осигурување се должни да ги достават податоците и да ги стават на располагање сите документи од значење за утврдување на висината на пресметаниот и уплатениот придонес, како и за остварување на правото на надоместок на плата.

За осигурениците за кои Фондот ќе утврди дека придонесот не е редовно уплатуван или уплатата задоцнила повеќе од 60 дена, правата од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица се ускратуваат, освен правото на итна медицинска помош. Ускратените права повторно се воспоставуваат со денот на намирувањето на сите пристигнати, а не уплатени обврски.

Сите доставени годишни планови на приходи и расходи од јавните здравствени установи Фондот ги обединува во вкупниот Годишен план на приходи и расходи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување по извори на средствата и по јавни здравствени установи. По обединувањето на вкупниот Годишен план на приходи и расходи на јавните здравствени установи, Фондот изготвува преглед на приходи и расходи искажани по јавна здравствена установа.

Јавните здравствени установи можат да ги користат средствата само доколку до Фондот за здравствено осигурување достават годишен план на приходи и расходи за користење на средствата по сметки и ставки.

Фондот одобрува измени и дополнувања на Годишниот план на приходи и расходи на јавните здравствени установи за средствата од сопствени приходи и донации по барање на јавните здравствени установи.

---

<sup>60</sup>Закон за здравствено осигурување, интерен пречистен текст, Службен весник 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 49;

Јавните здравствени установи во тековната фискална година можат да вршат прераспределба на средства по ставки во рамки на одобрените годишни финансиски планови на приходи и расходи.

## График 2: Расходи на ФЗОМ

<b>Функционални расходи на ФЗОМ</b>	552,146
<b>Надоместоци од ФЗОМ</b>	<b>2,150,000</b>
<b>Здравствени услуги</b>	<b>21,347,590</b>
<b>Вкупен буџет</b>	<b>24,049,736</b>

<b>Здравствени услуги</b>	
Лекување во странство	180,000
Ортопедски помагала	600,000
Рефундации	60,000
МАНУ	17,000
<b>ЈЗУ</b>	<b>12,820,000</b>
<b>пзу</b>	<b>7,515,500</b>
<b>матични лекари</b>	<b>2,600,000</b>
аптеки	2,465,000
специјалисти, лаборатории	650,000
Дијализа	885,000
Ин витро	80,000
Кардиохирургија	700,000
Очна хирургија	65,500
Бањи	70,000

Извор: ФЗОМ

График 4: Расходи на ФЗОМ



Извор: ФЗОМ

График 5: Расходи на ФЗОМ



Извор: ФЗОМ



## **5. Програма на Владата на Република Македонија за системот на здравствена заштита**

Во своите програми Владата на РМ веќе направи инвестиции во здравството во делот за подобрување на инфраструктурата, набавката на нова и современа опрема, воведување нова информатичка технологија и, се разбира, во постојано инвестирање во човечките ресурси што работат во здравствениот систем.

После успешно реализираната целосна компјутеризација на ФЗО и на сите подрачни единици преку Проектот за управување со здравствениот сектор што бил финансиран со заем од Светска банка во 2007 година, се отворила можност за реализација на планираниот проект за воведување електронска картичка во здравствениот систем.

Министерството за здравство започнало со реализација на проектот што предвидува целосно реновирање и опремување на централна просторија за собирање на податоци, целосно планирање на компјутерска инсталација во сите јавно-здравствени установи, како и нивно снабдување со компјутери. Целосната реализација на проектот за компјутеризација на здравствениот систем заврши во 2010/2011 година.

**Програмата предвидуваше и дополнително инвестирање во натамошниот развој и функционалната интеграција на универзитетските клиници, како и инвестирање во изградба на нов ургентен центар во рамки на постојниот круг на Клиничкиот центар.**

Во текот на 2009 година Министерството за здравство интензивно работеше на реализација на така поставената програмска определба, со тоа што кај одредени проекти се извршија измени и пренамени, како што е случајот со најавената трансформација на Градската болница во Скопје во ургентен центар,

наместо планираното нејзино интегрирање во рамките на универзитетските клиници во Скопје.<sup>61</sup>

Со Банката за развој при Советот на Европа Република Македонија потпишала договор за заем во висина од 45 милиони евра. Тие средства се наменети за реновирање на поголем број јавни здравствени установи, вклучувајќи ги и универзитетските клиници.

При Министерството за здравство е формирана нова Проектна единица која има цел да ги реализира сите активности што се договорени со таа банка. Изработена е физибилити студија и се очекува отпочнување со реновирањето на здравствените објекти во почетокот на 2010 година.

Министерството за здравство во 2009 година исто така отпочнало со трансформација на Воената болница во Скопје во градска болница за потребите на градот Скопје. Тој проект, покрај големи финансиски средства, ќе бара и дополнителни инвестиции во делот на човечките ресурси.

Според програмата **“Здрава нација и развојна економија”** инвестирањето во здравјето на граѓаните на РМ има директен придонес за економскиот развој на земјата. Програмата ја истакнува потребата од зголемена одговорност и улога на државата во обезбедувањето на сите неопходни услови за здрав живот, но и за брзо закрепнување на болните граѓани. Исто така, потенцирана е улогата на поединецот и неговата индивидуална одговорност за личното здравје, но и за здравјето на останатите граѓани.

Како крајни цели на најавените промени што Владата предвидува да ги врши во подолг и одржлив рок се намалување на приватната потрошувачка што граѓаните ја одвојуваат за здравјето, отворање можности за дополнително здравствено осигурување, како и признавање на влијанието и улогата на приватниот здравствен сектор. Владата на РМ предвидува дека преку реализација на својата програма ќе ја издигне улогата на пациентот како центар на

---

<sup>61</sup> Експерт: Владимир Лазаревиќ, Здравство, Програма за здравствена заштита, 2008 – 2012;

случувањата во здравствениот систем и постепено ќе го доближи нашето здравство до модерните здравствени системи во Европа.

Препорачливо е Владата на РМ во претстојниот период да биде многу повнимателна во презентацијата на политиките што планира да ги спроведе, а нивната промоција во јавноста да биде во фазата кога проектите ќе бидат финализирани.

Најпосле, за што поуспешна реализација на почнатите и идни планирани реформи и проекти, препорачливо е Владата на РМ и особено Министерството за здравство да дејствуваат во правец на намалување, а некаде и за целосно отстранување на спомнатите ризици што се појавуваат на тој пат.

Здравствениот систем континуирано се реформира во насока на подобрување, унапредување и одржување на здравјето на населението. Владата ќе продолжи и понатаму да работи на создавање на здравствен систем во кој сите граѓани ќе бидат рамноправни во нивните права и одговорности. Финансирањето на системот за здравствена заштита и натаму ќе се заснова на здравственото осигурување и на начелата на заемност, солидарност и правичност, во насока на зачувување на неговата одржливост.

Во периодот 2014–2018 година ќе бидат реализирани следните проекти, мерки и реформи:<sup>62</sup>

- Изградба на Клиничкиот центар „Мајка Тереза“ во Скопје каде ќе бидат сместени најмалку 25 клиници и неколку институти, и тоа: Клиника за пулмологија споена со Институт за туберкулоза и Клиника за белодробни заболувања, Клиника за нефрологија, Клиника за дерматологија, Клиника за кардиологија, Клиника за неврологија, Клиника за гастроентерохепатологија, Клиника за ревматологија, Клиника за токсикологија, Клиника за хематологија, Клиника за ендокринологија, Очна клиника, Клиника за уво, нос и грло, Клиника за радиологија, Клиничка биохемија,

---

<sup>62</sup> Влада на Република Македонија, Програма за здравствената заштита, достапно на: <http://vlada.mk/programa/zdravstvena-zastita>

Институт за трансфузиологија, Институт за патологија и хистопатологија, Институт за патофизиологија и нуклеарна медицина, Институт за микробиологија и паразитологија, Институт за слух, говор и глас, Итни случаи (терцијарно ниво), Клиничка аптека, Клиника за психијатрија, Клиника за трауматологија, Клиника за ортопедија, Клиника за неврохирургија (2014–2018);

- Изградба на нова Клиничка болница во Штип со капацитет од 354 легла, во која ќе бидат сместени одделенија за: хируршки болести, уролошки болести, ортопедија и трауматологија, акушерство, очни болести, оториноларингологија, внатрешни болести, градни болести и ТБЦ, невролошки болести, психијатриски болести, максилофацијална хирургија, детски болести, неврохирургија, онкологија (со аплицирање на цитостатска и зрачна терапија), кожно-венерични болести (2014–2018);
- Опременување на Клиничката болница во Тетово со медицинска и друга опрема (2014-2015);
- Реконструкција на Клиничката болница во Тетово или други решенија за обезбедување на просторни услови за одделенија за онкологија, дерматовенерологија и инфективно одделение и нивно опремување, вклучително и одделот за храна (2015-2018);
- Изградба на Општата болница во Кичево која ќе ги содржи следните содржини: дијагностички центар со третман, стационар за болните лица, гинекологија и акушерство, хирургија, интерна медицина и амбулантски дел (2014–2016);
- Реконструкција на Здравствениот дом во Крива Паланка во кој ќе се сместат ургентен центар, амбуланти, лабораторија и други помошни простории (2014);
- Оспособување на нов простор за потребите на Универзитетска клиника за државна кардиохирургија (2014);
- Целосна реконструкција на Специјалната болница Св. Еразмо во Охрид која ќе се одвива во две фази: реновирање на централната – стара болничка

- зграда на Специјалната болница за ортопедија и трауматологија (2015–2017) и доградба на централната стара болничка зграда (2017–2019);
- Реконструкција на Градска општа болница „8 Септември“. Во првата фаза е предвидена изградба на бункер за акцелератор, додека во втората фаза се предвидени реконструктивни зафати (2018);
  - Реконструкција на Општата болница во Струмица (втор квартал од 2017–2019 г.);
  - Отворање на регионални центри за мозочен удар во клиничките болници во Битола, Тетово и Штип (четврти квартал на 2017 г.);
  - Формирање на Центар за рани во Геронтолошки завод „13 Ноември“, со што значително ќе се растоварат хируршките и интернистичките оддели (2017–2018);
  - Формирање на Центар за Хронична опструктивна болест во рамки на Заводот за превенција, лекување и рехабилитација на хронични неспецифични, респираторни и алергиски заболувања во Отешево (четврти квартал на 2017 г.);
  - Изградба на Центар за лица заболени од Алцхајмерова болест во Штип за обезбедување медицинска грижа и рехабилитациона поддршка на пациентите (2018);
  - Центар за аутизам во рамки на Заводот за ментално здравје на деца и младинци „Младост“ при Здравствен дом Скопје (2017);
  - Трансформација на Здравствен центар Липково во здравствен дом (2014);
  - Поликлиника Сарај (2017);
  - Вреднување на знаењето на дел од здравствените работници кои биле вработени со средно стручно образование, а во меѓувреме завршиле високо образование, преку систематизација на работните места (јули 2016);
  - Стимулирање на крводарителски акции во јавната администрација (2015);
  - Трансплантација на матични клетки од несроден дарител преку зајакнување на постојниот национален регистар за донори на матични клетки, набавка на нова опрема и едукација на кадар во центарот за харвестрација на матични клетки при Институтот за трансфузиона медицина и центарот за

трансплантација на матични клетки кој се наоѓа во Универзитетската клиника за хематологија (2017–2018);

- Подобар живот за дијабетичарите преку обезбедување на инсулинска пумпа, проширување на програмата за 2015 година, зголемување на бројот на ленти за сите дијабетичари итн. (2017–2018);
- Плаќање по учинок за континуирана надградба и усовршување на системот за пресметка на плата базиран на резултатите од работењето на работникот и ефикасноста на користење на работното време;
- Обуки на доктори и друг здравствен персонал со коишто ќе бидат опфатени 500 лица, кои по спроведената обука ќе треба да воведат нова метода, интервенција или вештина;
- Специјализации во странство од повеќе области за 70 специјализанти во Германија, Хрватска, Словенија, Србија и Бугарија кои се во редовен работен однос во јавните здравствени установи од областа на: кардиохирургија, торакална хирургија, дигестивна хирургија, васкуларна хирургија, неврохирургија, анестезиологија, гинекологија и акушерство, гастроентерохепатологија, офталмологија, оториноларингологија, ортопедија, трауматологија, неврологија, радиологија, урологија, дигестивна хирургија, педијатрија и неонатологија;
- Воведување на е-потврда за ортопедско помагало којашто ќе овозможи заверката на помагалата да ја вршат матичните и лекарите-специјалисти (септември 2014);
- Со цел скратување на потребните документи, полесна и побрза постапка за осигурениците, преку електронско поврзување и размена ќе се овозможи електронски да се поднесуваат следниве барања;
- Замена на хартиените со електронски потврди за крводарители и донори на орган за ослободување од плаќање на здравствена партиципација (2015);
- Воведување на целокупно електронско работење во ФЗОМ преку имплементација на DMS (Data Management System) во Фондот (крај на 2017);

- Електронска достава на потврди за редовни студенти преку воведување на сервис со кој податоците за редовните студенти кои запишале семестар ќе бидат доставени од факултетите по електронски пат до Фондот за сите студенти од тој факултет наместо секој студент посебно да доставува потврда за себе (октомври 2014);
- Окрупнување на здравствените капацитети за поголема ефикасност и подобра услуга преку спојување на болниците, здравствените домови и центрите за јавно здравје во градовите низ државата и оние што се наоѓаат во близина (2016–2018);
- Рационално користење на лекови и намалување на непотребно користење на антибиотици преку зголемување на информираноста на осигурениците за правилното користење на антибиотици и контрола на лекарите при издавање на истите (континуирано);
- Приближување на ФЗОМ до граѓаните преку отворање канцеларии во сите општини на град Скопје, Богданци, Демир Капија, Кривогаштани и во Дојран за време на туристичката сезона (декември 2015);
- Следење на вакцинацијата во реално време преку воведување регистри за задолжителна вакцинација на децата (2015–2016);
- Воведување на поливалентни вакцини препорачани од Светската здравствена организација (2014);
- Телефонска линија за медицински совети која ќе пружа советодавни услуги и упатства за сите граѓани на Македонија (2015);
- Побрза исплата на породилните надоместоци и боледувањата преку фирмите во исто време со исплатата на платите, при што ФЗОМ ќе врши надомест на работодавачите (јуни 2015);
- Поедноставување на постапката за пререгистрација за добивање здравствено осигурување на лицата со ниски примања, кои истата ќе може да ја вршат без да поднесуваат изјава за остварени приходи. Овие податоци ФЗОМ ќе ги обезбедува од УЈП (декември 2014);
- Подобрување на квалитетот на дијализата преку зајакнување на контролите на квалитет и воведување на електронско следење на дијализните центри

за извршување на дијализата за осигурениците и концесионерите кои ќе вршат дијализа (јануари 2015);

- Олеснување на начинот на живот на пациентите на дијализа преку воведување на трета смена во дијализните центри (јануари 2018);
- Зголемување на финансиските средства од ФЗОМ наменети за трансплантации на бубрег од жив донор и примена на кадаверичната трансплантација со цел намалување на бројот на пациенти кои користат дијализа (континуирано);
- Воведување на дополнителна листа за ортопедски помагала која ќе содржи нестандартни и ретки помагала со можност за доплата над основното помагало (2016 до 2018);
- Отворање банка за донирано мајчино млеко при Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство (јануари–март 2015);
- Национална кампања за органодарителство за подигање на јавната свест кај населението (2014 континуирано);
- Отворање на ПЕТ-Центар во Македонија како современ здравствен објект во кој ќе биде вградена најсовремена опрема за радиофармација, радиопротекција и дијагностика, лоциран во кругот на Градската општа Болница „8-ми Септември“, Скопје (август 2015).

## **6. Анализа на Законот за здравствено осигурување**

Здравственото осигурување се установува како задолжително и доброволно. Задолжително здравствено осигурување се определува за сите граѓани на Република Македонија заради обезбедување на здравствени услуги и парични надоместоци врз начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење на средствата. Доброволно здравствено осигурување се



установува за обезбедување на здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување.<sup>63</sup>

Задолжителното здравствено осигурување го спроведува Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Доброволно здравствено осигурување можат да спроведуваат друштва за осигурување основани според прописите за осигурување.

## 6.1 Осигуреници

Со Законот за здравствено осигурување задолжително се осигуруваат:<sup>64</sup>

- Работник во работен однос кај правно лице, самовработено лице, установа, друго правно лице кое врши дејност на јавна служба, државен орган и орган на единиците на локалната самоуправа и градот Скопје;
- Државјанин на Република Македонија кој на територијата на Република Македонија е вработен кај странски и меѓународни органи, организации и установи, кај странски дипломатски и конзуларни претставништва, во лична служба на странски дипломатски и конзуларни претставништва или е во лична служба на странци, доколку со меѓународен договор поинаку не е определен;
- Самовработено лице;
- Носител на семејно земјоделско стопанство од втора и трета категорија, согласно со Законот за земјоделство и рурален развој.
- Верско службено лице;
- Привремено невработено лице додека прима паричен надоместок од осигурување во случај на невработеност;

---

<sup>63</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 2;

<sup>64</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 5;

- Државјанин на Република Македонија вработен во странство, ако за тоа време не е задолжително осигуран кај странски носител на осигурување според законот на земјата во која е вработен, или според меѓународна спогодба, а имал живеалиште на територијата на Република Македонија непосредно пред засновањето на работниот однос во странство – за членовите на семејството кои живеат во Република Македонија;
- Корисник на пензија и надоместок на плата според прописите на пензиското и инвалидското осигурување;
- Државјанин на Република Македонија кој прима пензија или инвалидна од странски носител на осигурување додека престојува на територијата на Републиката;
- Лице корисник на постојана парична помош; лице со статус на признаен бегалец; лице под супсидијарна заштита; лице сместено во згрижувачко семејство; лице сместено во установа за социјална заштита (за институционална и вонинституционална заштита); корисник на паричен надоместок за помош и нега од друго лице; лице кое до 18-годишна возраст имало статус на дете без родители и без родителска грижа, најмногу до 26 години, а користи социјална парична помош; лице-жртва на семејно насилство за кое се презема мерка на заштита согласно со Законот за семејство и лице, опфатено со организирано самостојно живеење со поддршка (ако не може да се осигураат по друга основа);
- Странец кој на територијата на Република Македонија е во работен однос или служба на странски физички и правни лица, меѓународни организации и установи или странски дипломатски и конзуларни претставништва ако со меѓународен договор поинаку не е определено;
- Странец кој се наоѓа на школување или стручно усовршување во Републиката ако со меѓународен договор поинаку не е определено;
- Лице на издржување казна затвор, лице кое се наоѓа во притвор (ако не е осигурено по друга основа) и малолетно лице кое се наоѓа на извршување на воспитна мерка упатување во воспитно-поправен дом, односно установа;

- Учесник во НОВ и учесник во Народноослободителното движење во Егејскиот дел на Македонија, воен инвалид и членовите на семејствата на паднатите борци и починатите учесници во НОВ, како и цивилните инвалиди од Втората светска војна, лицата прогонувани и затворани за идеите на самобитноста на Македонија и нејзината државност, на кои тоа својство им е утврдено со посебни прописи, и членовите на семејствата и родителите на лицата граѓани на Република Македонија загинати во војните при распаѓот на СФРЈ.

## 6.2 Право на здравствени услуги

Со задолжително здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедува право на основни здравствени услуги под услови утврдени со овој закон, во случај на:<sup>65</sup> болест и повреда надвор од работа и повреда на работа и професионално заболување.

**Основните здравствени услуги се:** примарната здравствена заштита, здравствени услуги заради утврдување, следење и проверување на здравствената состојба, преземање на стручни 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 што со општ акт ја утврдува Фондот на кој министерот за здравство дава согласност.

**Во специјалистичко-консултативната здравствена заштита се вклучени:** испитување и утврдување на заболувањата, повредите и

---

<sup>65</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 8;

здравствената состојба, спроведување на специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки и протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и заботехнички средства според индикации утврдени со општ акт на Фондот на кој министерот за здравство дава согласност;

**Во болничката (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита спаѓаат:** испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување, рехабилитација, нега; сместување и исхрана во болнички услови, лекови според листата на лекови што со општ акт ја утврдува Фондот на кој министерот за здравство дава согласност, како и помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитарските средства 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 и обдукција на починати по барање на здравствени установи.

Осигуреното лице може да оствари право на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и заботехнички средства под услов здравственото осигурување да траело непрекинато најмалку шест месеци пред настапување на потребата, освен во случаите на повреда на работа и професионално заболување.

Фондот со општ акт поблиску ги определува начинот на остварувањето на правата на здравствени услуги, како и спроведување на здравствената заштита, на кој министерот за здравство дава согласност.

### **6.3 Листа на лекови кои се на товар на Фондот**

Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот ја утврдуваат 14 стручни комисии, формирани од Владата на Република Македонија, согласно со меѓународната АТС класификација на лекови, и тоа:

- Комисија за лекови со АТС ознака А - лекови за дигестивен систем и метаболизам;  
Комисија за лекови со АТС ознака В – лекови за крв и крвни органи;
- Комисија за лекови со АТС ознака С – лекови за кардиоваскуларен систем;
- Комисија за лекови со АТС ознака D – лекови за дерматологија;
- Комисија за лекови со АТС ознака G – лекови за генитално уролошки систем и полови хормони;
- Комисија за лекови со АТС ознака Н – системски хормони, со исклучок на половите хормони и инсулини;
- Комисија за лекови со АТС ознака J – антиинфективни лекови за систематска употреба;
- Комисија за лекови со АТС ознака L – антинеопластични лекови и имунодулатони лекови;
- Комисија за лекови со АТС ознака М – лекови за мускуло–скелетен систем;
- Комисија за лекови со АТС ознака N – лекови за нервен систем;
- Комисија за лекови со АТС ознака Р – антипаразитни производи, инсектициди и репеленти;
- Комисија за лекови со АТС ознака R – лекови за респираторен систем;
- Комисија за лекови со АТС ознака S – лекови за сетилните органи и
- Комисија за лекови со АТС ознака V – други лекови.

**Комисиите се состојат од 17 члена, и тоа:** четиринаесет доктори-специјалисти во врска со областа за којашто е формирана комисијата, еден претставник предложен од министерот за здравство, еден претставник од Фондот и еден клинички фармаколог или фармацевт, кои имаат минимум три години работно искуство.

При формирање на комисиите да се обезбеди и почитува соодветна и правична застапеност на граѓаните кои припаѓаат на сите заедници. Мандатот на членовите на комисиите трае една година без право на повторен избор во следната година.

Членовите на комисијата одлучуваат со двотретинско мнозинство на гласови, од сите членови, по претходно добиено мислење формирано со мнозинство гласови од стручниот колегиум на соодветната Универзитетска клиника на Медицинскиот факултет во Скопје при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“, во чијашто област спаѓа терапевтската индикација на лекот за што комисијата одлучува.

Стручниот колегиум има обврска да даде мислење во рок од 15 дена. Во спротивно, комисијата одлучува без добиеното мислење. За еден лек комисијата може да добие мислење од повеќе универзитетски клиники.

Средствата за работа на комисиите ги обезбедува Министерството за здравство. Надоместокот за работа на комисијата се исплаќа само за членовите на комисијата кои учествуваат во работата на Комисијата по одржана седница.

#### **6.4 Здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување**

Со задолжителното здравствено осигурување не се опфатени здравствените услуги извршени во здравствени установи кои се надвор од мрежата на здравствени установи, во која се врши здравствената дејност, како и:<sup>66</sup> естетски операции кои не се медицински индицирани, користење на повисок стандард на здравствени услуги над утврдените стандарди, бањско климатско лекување, магнетна и ласерска терапија при користење на физикална терапија, медицинска рехабилитација на дегенеративни заболувања според општ акт утврден од министерот за здравство, освен за деца до 18-годишна возраст, лекови кои не се опфатени со листите на лекови од член 9 на овој закон, протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и заботехнички средства кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување или се изработени од натстандарден материјал, општа нега,

---

<sup>66</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 10;

сместување и исхрана во геронтолошка установа, извршени во примарна здравствена заштита кај лекар кој не му е избран лекар на осигуреното лице, специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги без упат од избраниот лекар и здравствени услуги и права кои произлегуваат од извршени здравствени услуги во здравствени установи каде Фондот не го обезбедил вршењето на такви здравствени услуги, освен правата кои произлегуваат од областа на работните односи, здравствени услуги користени спротивно на утврдениот временски редослед во Листата на чекање утврдена од страна на здравствената установа и здравствени услуги извршени како дополнителна дејност на здравствените работници, прекинување на бременост, ако не е медицински индицирано, лекување како последица на непридржување на упатствата од лекарот, вештачко оплодување по трет неуспешен обид за оплодување, прегледи, испитувања и упатувања до надлежниот орган за оценување на работната способност, според прописите за пензиското и инвалидското осигурување и според прописите за социјалната и детска заштита, кога тие се вршат по барање на осигуреникот, работодавецот или друг орган, незадолжително вакцинирање, лекување од последици на третман од надрилекари или употреба на надрилекарства и други здравствени услуги кои според овој закон не паѓаат на товар на средствата на Фондот.

## **6.5 Права на парични надоместоци**

Во рамките на задолжителното здравствено осигурување се обезбедува право на парични надоместоци, и тоа:<sup>67</sup> право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство и право на надоместок на патни трошоци.

---

<sup>67</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 12;

### **Право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда<sup>68</sup>**

Право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда можат да остварат осигурениците во случај на:

- Болест и повреда надвор од работа;
- Повреда на работа и професионална болест;
- Лекување и медицинско испитување;
- Негување на болно дете до тригодишна возраст;
- Негување на болен член на потесно семејство над тригодишна возраст, но најмногу до 30 дена;
- Неопходно придружување на болно лице упатено на преглед или лекување надвор од местото на живеење;
- Непходно придружување на болно дете до тригодишна возраст додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена;
- Доброволно давање на крв, ткиво или орган и
- Изолираност заради спречување на зараза.

Надоместокот на плата во горенаведените случаи од став 1 на овој член припаѓа од првиот ден на спреченост за работа и трае цело време додека трае спреченоста за работа, а се исплатува за деновите за кои се остварува плата според прописите за работни односи.

### **Право на надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство<sup>69</sup>**

Право на надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство можат да остварат осигурениците.

---

<sup>68</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 13;

<sup>69</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 14;



### **Надоместок на патните трошоци**

Осигурените лица имаат право на надоместок на патните трошоци ако се упатени да користат здравствени услуги надвор од Републиката на начин утврден со општ акт на Фондот. Осигурените лица имаат право на надоместок на патните 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.<sup>70</sup>

### **7. Анализа на ФЗОМ, негова структура и функции**

Фондот за здравствено осигурување на Македонија е основан со Законот за здравствено осигурување („Сл.весник на РМ“ бр.25/2000, 34/2000 и 96/2000) заради спроведување на задолжително здравствено осигурување, како институција која врши дејност од јавен интерес и јавни овластувања утврдени со Законот.<sup>71</sup>

Со Законот за здравствено осигурување се уредува здравственото осигурување на граѓаните, правата и обврските од здравственото осигурување, како и начинот на спроведување на здравственото осигурување.

Врз основа на овластувањата дадени во Законот и делокругот на работа, со Фондот управува Управен одбор, а со работата на Фондот раководи директорот на Фондот.<sup>72</sup>

Работите и работните задачи Фондот ги изврши согласно со Програмата и Планот за работа на Фондот, усвоена на почетокот на годината. Планските активности се спроведуваат согласно со реформските процеси во здравствениот сектор, со поддршка на Светската банка и се одвиваа во следните насоки:

---

<sup>70</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 24;

<sup>71</sup> Официјална страница на ФЗОМ, достапно на: <http://www.fzo.org.mk/>

<sup>72</sup> Официјална страница на ФЗОМ, достапно на: <http://www.fzo.org.mk/>

- Реформи во примарната здравствена заштита;
- Реформи во специјалистичко-консултативната здравствена заштита;
- Реформи во болничката здравствена заштита;
- Воведување на информациона технологија во здравството;
- Континуирани тековни активности според планот и програмата за работа на Фондот за тековната година;
- Фондот врши дејност од јавен интерес и врши јавни овластувања утврдени со закон;
- Фондот има својство на правно лице;
- Фондот е самостоен во својата работа;
- Седиштето на Фондот е во Скопје;
- Фондот има статут;
- Фондот има единствена жиро-сметка.

Фондот е јавна служба и врши дејност од јавен интерес и врши јавни овластувања утврдени со закон.<sup>73</sup> Фондот ги врши следниве работи:<sup>74</sup>

- Ги спроведува прописите и политиката на развојот и унапредувањето на здравствената заштита во врска со задолжителното здравствено осигурување;
- Со општи акти ги уредува прашањата за кои е овластен со овој закон;
- Планира и прибира средства од задолжителното здравствено осигурување;
- Обезбедува остварување на права од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица, се грижи за законито остварување на нивните права и им нуди стручна помош при остварувањата на нивните права и интереси;
- Ги плаќа здравствените услуги за осигурените лица на здравствените установи кои ги обезбедуваат здравствените услуги според бројот на

---

<sup>73</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 53;

<sup>74</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 54;

осигурени лица (капитација) во примарна здравствена заштита, според утврдени цени на здравствените услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита и здравствени услуги во болничка здравствена заштита;

- Групирани по дијагностички сродни групи (ДСГ) - методологија за акутна нега на хоспитализирани болни според утврдени дијагностички сродни групи ДСГ референтни цени;
- Според утврдени цени на здравствени услуги во болничка здравствена заштита за дневна болница, хронично лежечки болни и медицинска рехабилитација и физикална терапија за лежечки болни;
- Ги плаќа надоместоците на плати и други парични надоместоци;
- Ги утврдува референтните цени за здравствените услуги, лековите, ортопедските и други помагала кои ги надоместува Фондот, на кои министерот за здравство дава согласност;
- Договара обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица со здравствените установи, според нормативи и стандарди базирани врз усвоена медицинска доктрина и медицина базирана на докази за ефикасна и рационална здравствена заштита;
- Развива сопствен информативен систем со потребни податоци за задолжителното здравствено осигурување;
- Издава електронска картичка за здравствено осигурување и води евиденција за нејзиното издавање;
- Води и други евиденции од здравственото осигурување;
- Ги спроведува меѓународните договори во делот на задолжителното здравствено осигурување;
- Врши увид и контрола на договорениот обем и вид на обезбедени здравствени услуги на осигурените лица во здравствените установи, на документацијата поврзана со укажаните здравствени услуги и на спроведувањето на медицината базирана на докази;
- Презема мерки за ефикасно, ефективно и економично користење на средствата од задолжителното здравствено осигурување;

- Одлучува за правата од задолжителното здравствено осигурување во прв степен;
- Врши и други работи во врска со правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување.

Врз основа на амандманот 64 од поранешниот Устав на 30 јуни престанаа да функционираат 35-те општински самоуправни интересни заедници за здравствена заштита и здружената СИЗ на град Скопје.

Во согласност со оваа одредба, во состав на Министерството за здравство почна со работа Фондот за здравствено осигурување како единствена осигурителна организација во која се спроведува задолжителното здравствено осигурување врз начелата на заемност и солидарност за целата територија на Република Македонија.

Во Фондот за здравствено осигурување се обезбедуваат средствата за основната здравствена заштита, за мрежата на здравствените организации и финансирање на дејноста на здравствените организации, врз основа на цени на здравствени услуги, односно програми и договори за спроведување на здравствената заштита на осигурениците.

Во состав на Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување практично немаше никаква самостојност, иако беше определено дека има својство на правно лице. Фондот нема статут, нема орган на управување, а директорот на Фондот, кој го именува Владата на Република Македонија, е одговорен пред министерот за здравство.

Собранието на Република Македонија на 17 октомври 2000 година донесе одлука со која именува членови на управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија („Службен весник на РМ“, бр. 84/2000).

Владата на Република Македонија на 8 ноември 2000 година донесе одлука со која именуваеше вршител на должноста директор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија („Службен весник на РМ“, бр. 92/2000).

Со овие одлуки на Собранието и Владата на Република Македонија се исполнети условите за започнување со работа на Фондот за здравствено осигурување на Македонија како самостојна институција за спроведување на задолжителното здравствено осигурување.

## **7.1 Управен одбор**

Со Фондот управува Управен одбор. Управниот одбор се состои од седум члена кои ги именува и разрешува Владата на Република Македонија за време на четири години, и тоа:<sup>75</sup> еден претставник предложен од Министерството за здравство, еден претставник предложен од Министерството за финансии, еден претставник предложен од Сојузот на синдикатите на Македонија по принцип на годишно ротирање на овластените претставници од Сојузот, еден претставник предложен од коморите на стопанствениците во Република Македонија, по принцип на годишно ротирање на овластените претставници од коморите, еден претставник предложен од Лекарската комора на Македонија, Стоматолошката комора на Македонија и Фармацевтската комора на Македонија по принцип на годишно ротирање на овластените претставници од коморите, еден претставник предложен од Здружението на пензионерите и еден претставник на осигурениците предложен од Здружението на потрошувачите.

Управниот одбор има претседател и заменик на претседателот од именуваните претставници од Министерството за здравство и Министерството за финансии кои наизменично по една година се менуваат во текот на мандатот.

За членови на Управниот одбор се предлагаат лица кои имаат високо образование и работно искуство од финансиското работење или од системот и организацијата на здравствената заштита и здравственото осигурување, при што се води сметка за соодветната и правичната застапеност на граѓаните на сите заедници.

---

<sup>75</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 55;

Управниот одбор на Фондот ги врши следниве работи:<sup>76</sup> учествува во утврдување на развојот на задолжителното здравствено осигурување, донесува статут на Фондот, ги донесува општите акти предвидени со овој закон кои се објавуваат во Службен весник на Република Македонија, донесува програма и план за работа, донесува акти за организација и систематизација на Фондот, предлага буџет и утврдува завршна сметка на Фондот, усвојува годишен извештај за работењето на Фондот, се грижи за остварување на задолжителното здравствено осигурување, го следи остварувањето на меѓународните договори и меѓудржавните спогодби од областа на здравственото осигурување, разгледува прашања, извештаи, информации и други материјали во врска со состојбата и проблемите од задолжителното здравствено осигурување и други работи под надлежност на Фондот, распишува конкурс за именување на директор на Фондот, основа комисији и други работни тела и одлучува и за други работи утврдени со закон и статут на Фондот.

Управниот одбор ги донесува одлуките со мнозинство гласови од вкупниот број на членови. Пред донесувањето на општите акти предвидени со овој закон Управниот одбор може да побара мислење и од коморите од областа на здравството.

## **7.2 Директор**

Работоводниот орган на Фондот (во натамошниот текст: директор) се состои од две лица, кои се подеднакво одговорни за работењето на Фондот и за обврските што се преземаат во правниот промет.<sup>77</sup> За директор на Фондот се именува домашно физичко лице кое ќе понуди најквалитетна програма за работа на Фондот и кое ги исполнува следните услови: високо образование од областа на менаџментот, економските науки, финансиите, бизнис администрацијата,

---

<sup>76</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 56;

<sup>77</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 57;

менаџментот со јавното здравство, медицинските науки или правните науки. Исто така треба да има најмалку шест години работно искуство од областа на финансиите или менаџментот или од системот и организацијата на здравствената заштита и здравственото осигурување и познавање на прописите од областа на здравствената заштита и здравственото осигурување.

При именувањето на директор на Фондот, едно од лицата кое се именува за директор задолжително треба да има високо образование од областа на менаџментот, економските науки, финансиите или јавната администрација. Директорот на Фондот се именува по пат на јавен конкурс, за време од четири години.

Директорот на Фондот:<sup>78</sup> раководи со работата на Фондот, го застапува и претставува Фондот, предлага општи акти, се грижи за спроведување на одлуките на Управниот одбор, прописите и општите акти на Фондот и врши и други работи определени со прописите, статутот и општите акти на Фондот.

### **7.3 Статут**

Со статутот на Фондот особено се уредуваат:<sup>79</sup> организацијата и начинот на работењето на Фондот, правата, обврските и одговорностите на органите на Фондот, претставувањето и застапувањето на Фондот, јавноста во работењето на Фондот и неговите органи, постапката за избор и разрешување на директор на Фондот и други прашања од значење за работењето на Фондот.

---

<sup>78</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 58;

<sup>79</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 61;

## 7.4 Средства за работа на Фондот

Средствата за работа на Фондот се обезбедуваат од придонесот за задолжително здравствено осигурување и други извори на средства.<sup>80</sup> Средствата се уплатуваат на сметката на Фондот. Фондот не може да се задолжува со кредит кај деловните банки, ниту да прифаќа долгови на здравствените установи кај деловните банки. Фондот, врз основа на начелата на ефикасно, ефективно и економично користење на средствата ги покрива трошоците за:

- Здравствените услуги опфатени во основниот пакет на здравствени услуги што здравствените установи ги пружаат на осигурените лица;
- Лекови и помошни медицински материјали кои служат за примена на лековите и санитарски материјал потребен за лекување, утврдени со општ акт;
- Протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и заботехнички средства, утврдени со општ акт;
- Парични надоместоци;
- Инвестициони вложувања за создавање и подобрување на условите за укажување на здравствени услуги на осигурените лица;
- Вршењето на функцијата на Фондот;
- Дел од мерките и активностите за спроведување на превентивните и други програми;
- За лекување одредени болести, како и за хендикепираните лица, согласно со Законот за здравствената заштита и
- Други потреби за спроведување на задолжителното здравствено осигурување.

---

<sup>80</sup> Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013, член 62;



## 7.5 Контрола на потрошувачката

Утврдувањето на вкупниот износ на средства за лекови, ортопедски и други помагала кои се на товар на средствата на Фондот, се следи преку интегриран систем на следење на потрошувачката до висина на вкупно обезбедените средства во буџетот на Фондот. Надзор над законитоста на работата на Фондот врши Министерството за здравство. Министерот за здравство може да запре од извршување општ акт на Фондот, ако не е во согласност со законот или со Уставот, до донесување на одлука на Уставниот суд на Република Македонија.

Ако министерот за здравство, во рок од 30 дена од денот на донесување на решението за запирање на актот не поведе постапка пред Уставниот суд, решението за запирање на извршувањето престанува да важи. Надзор над примената на законите и прописите донесени врз основа на Законот за здравственото осигурување во однос на остварувањето на правата на осигурениците и осигурените лица врши здравствената инспекција.

### III МЕТОДИ НА ПЛАЌАЊЕ НА КУПУВАЧКА ФУНКЦИЈА

#### 1. Поим за методи на плаќање

Методите на плаќања ги опфаќаат правилата за склучување договори кои треба да бидат однапред познати. Под плаќања се подразбираат алокацијата на ресурси (обично пари) кон организациите на здравствениот сектор за возврат на некои активности (на пример, испорака на услуги, менаџирање на организациите).<sup>81</sup>

Купувачот мора да даде инструкции за видот на договорот (договори за работа или договори за здравствени и други услуги), како и за стимулативните методи интегрирани во секој вид на договор. Стимулативните методи треба да бидат фокусирани на подобрување на квалитетот на здравствена заштита. На пример, формули за пресметување на плаќањето за секоја услуга; ниво на достапни средства за добавувачот по вид на услуга; финансиски стимулации базирани на резултати; дефинирање на финансиска година (особено важно кога преку целата година има тендери); поднесување на финансиски извештаи; барања за извештаи (клинички, финансиски, управни); распоред на фактурирање; кога треба да се извршат плаќањата; одговорности и интереси; процедури и периодичност за исплаќање и плаќање и жалбени процедури.

Плаќањето може да биде проспективно и ретроспективно. Проспективно плаќање е плаќање чие ниво е однапред одредено на актуелното обезбедување на услуги. Примери за ова се одредениот (фиксен) буџет и плаќање - капитација. Ретроспективното плаќање е шемата на плаќање чие ниво е определено само откако услугата ќе биде обезбедена. Капиталното инвестициско финансирање (клиничка и неклиничка опрема; згради, главни поправки) не треба да биде дел од здравственото финансирање.

---

<sup>81</sup> World Bank, 2000;

## 1.1 Постапка за плаќање на осигурено лице:<sup>82</sup>

### Пријава на обврзник за плаќање на придонес (ПРАВНО ЛИЦЕ)

- Пријава М11, за регистарскиот број;
- Решение од Централен регистар за упис на правно лице (односно тековна состојба со најнов датум);

### Одјава на обврзник за плаќање на придонес (ПРАВНО ЛИЦЕ)

- За одјава на обврзник за плаќање на придонес потребни документи се:
- Решение за престанок на работа на правното лице - од Централен регистар;
- Решение за бришење на правното лице - од Централен регистар;

Правата од задолжителното здравствено осигурување може да ги оствари само лице на кое му е утврдено својство на осигуреник, односно осигурено лице. Својството на осигуреник и осигурено лице се утврдува врз основа на пријава за здравствено осигурување (Образец ЗО-1) што ја поднесува обврзникот за пресметка и уплата на придонесот за задолжително здравствено осигурување, односно лицето кое бара утврдување на својство на осигуреник, односно осигурено лице.

Пријавата за здравствено осигурување се поднесува до Подрачната служба на Фондот во рок од осум дена од денот на засновањето на работниот однос, односно од денот на стекнувањето на својство на осигурено лице врз основа на што е должно да поднесе пријава за задолжително здравствено осигурување.

По престанувањето на основата на задолжително здравствено осигурување, обврзникот за пресметка и уплата на придонесот е должен во рок од осум дена да поднесе одјава од осигурување.

---

<sup>82</sup> Официјална страница на ФЗОМ, достапно на: <http://www.fzo.org.mk/>

Според член 5, став 1 и 2 од Законот за здравствено осигурување, постојат следните наведени основи на задолжително здравствено осигурување на осигурениците. За утврдување на секое поединечно својство на осигурено лице наведени се неопходните документи за евиденција на осигурениците по соодветна основа во подрачните служби.

**Работник во работен однос кај правно лице, самовработено лице, установа, друго правно лице кое врши дејност на јавна служба, државен орган и орган на единиците на локална самоуправа и градот Скопје има потреба од следна документација:**

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец);
- М1 пријава за заснован работен однос;
- Здравствена легитимација.

**Државјанин на РМ кој на територијата на Република Македонија е вработен кај странски и меѓународни органи, организации и установи, кај странски дипломатски и конзуларни претставништва, во лична служба на странски дипломатски и конзуларни претставништва или е во лична служба на странци, доколку со меѓународен договор не е поинаку определено, треба да ја поседува следната документација:<sup>83</sup>**

- Пријава за здравствено осигурување ( ЗО1 образец );
- М1 пријава за заснован работен однос;
- Здравствена легитимација;

**Самовработено лице. Потребна документација:**

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец);

---

<sup>83</sup> Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување, објавен во „Службен весник на Р.М“ бр. 142/08 и Одлука на Уставен суд У.бр.233/2008 - „Службен весник на Р.М“ бр. 62/2009, 64/09, 156/2009, 166/2010 53/2011, 185/2011,44/2012 и Одлука на Уставен суд У. бр. 157/2011 од 14.11.2012 година – „Сл. весник на РМ“ број 150/29.11.2012 година, 15/2013, 91/28.06.2013, 170/06.12.2013, 97/26.06.2014 година, 113/29.07.2014, 180/05.12.2014, 20/12.02.2015, 48/25.03.2015 година и 129/ од 31.07.2015 година, член 10;

- M1 пријава за заснован работен однос;
- Здравствена легитимација.

### **Индивидуален земјоделец**

**Физичко лице (се пријавува само за здравствено осигурување).**

Потребна документација:

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец);
- Здравствена легитимација;
- Имотен лист или поседовен лист (не постар од 6 месеци) или Уверение од УЈП за остварени приходи од вршење на земјоделска дејност или Договор за закуп на земјоделско земјиште.

**Физичко лице (се пријавува за здравствено и за пензиско и инвалидско осигурување).** Потребна документација:

- Пријава за здравствено осигурување ЗО-1 образец;
- Решение од ПИОМ за утврдување на својство на осигурено лице.

**Верско службено лице и припадник на верски редови, освен припадник на монаштво и сестринство.** Потребна документација:

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец);
- M1 пријава за заснован работен однос;
- Здравствена легитимација.

**Привремено невработено лице додека прима паричен надоместок од осигурување во случај на невработеност и невработено лице кое активно бара работа и кое се пријавува во Агенцијата за вработување на Република Македонија, доколку нема друга основа на осигурување и кое прв пат бара утврдување на својство на осигуреник, треба да ја поседува следната документација:**

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец) заверена од Агенцијата за вработување;
- Решение или потврда за утврдено право на паричен надоместок;
- Лице кое се пријавува во Агенцијата за вработување и активно бара работа;
- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец);
- Здравствена легитимација;
- Лична карта на увид;
- Доказ дека лицето се пријавува во АВРМ (копија од картон или потврда);
- Извод од матична книга на родени (копија), односно венчани.

**Државјанин на Република Македонија вработен во странство, ако за тоа време не е задолжително осигурен кај странски носител на осигурување според законот на земјата во која е вработен, или според меѓународна спогодба, а имал живеалиште на територијата на Република Македонија непосредно пред засновањето на работниот однос во странство - за членовите на семејството кои живеат во Република Македонија. Потребна документација:**<sup>84</sup>

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец);
- Здравствена легитимација;
- Извод од венчани, односно родени за децата.

**Корисник на пензија и надоместок на плата според прописите на пензиското и инвалидското осигурување. Потребна документација:**

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец) (заверен од ПИОМ);

<sup>84</sup> Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување, објавен во „Службен весник на Р.М“ бр. 142/08 и Одлука на Уставен суд У.бр.233/2008 - „Службен весник на Р.М“ бр. 62/2009, 64/09, 156/2009, 166/2010 53/2011, 185/2011,44/2012 и Одлука на Уставен суд У. бр. 157/2011 од 14.11.2012 година – „Сл. весник на РМ“ број 150/29.11.2012 година, 15/2013, 91/28.06.2013, 170/06.12.2013, 97/26.06.2014 година, 113/29.07.2014, 180/05.12.2014, 20/12.02.2015, 48/25.03.2015 година и 129/ од 31.07.2015 година, член 10;

- Здравствена легитимација;
- Решение од ПИОМ за остварување право на пензија или чек од пензија;

**Државјанин на Република Македонија кој прима пензија или инвалиднина од странски носител на осигурување додека престојува на територијата на Републиката. Со конвенција: потребна документација:**

- Здравствена легитимација;
- Двојазичен образец издаден од Органот од земјата каде го остварува правото на здравствено осигурување.
  - Без конвенција: потребна документација:
- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец);
- Здравствена легитимација;
- Доказ за висината на примената странска пензија (од банка).

**Лице корисник на постојана парична помош, лице сместено во згрижувачко семејство и во установа за социјална заштита, корисник на паричен надоместок за помош и нега и парична помош на лице кое до 18 години возраст имало статус на дете без родители и родителска грижа, согласно со прописите од социјалната заштита, ако не може да се осигура по друга основа. Потребна документација:**

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец) заверен од страна на Центарот за социјални работи;
- Здравствена легитимација;
- Решение за постојана парична помош од Центарот за социјални работи.

**Странец кој на територијата на Република Македонија е во работен однос или служба на странски физички и правни лица, меѓународни организации и установи или странски дипломатски и конзуларни претставништва ако со меѓународен договор не е поинаку определено. Потребна документација:**

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец);
- М1 образец за засновање на работен однос;
- Здравствена легитимација;
- Лична карта за странец или потврда за регулиран престој во РМ.

**Странец кој се наоѓа на школување или стручно усовршување во Републиката ако со меѓународен договор не е поинаку определено.** Потребна документација:

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец);
- Здравствена легитимација;
- Потврда од образовната установа во РМ за статусот на студент или ученик;
- Лична карта за странец или потврда за регулиран престој во РМ.

**Лице на издржување на казна затвор, лице кое се наоѓа во притвор (ако не е осигурено по друга основа) и малолетно лице кое се наоѓа на извршување на воспитна мерка упатување во воспитно-поправен дом, односно установа.** На ова лице му е потребна следната документација:<sup>85</sup>

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец) заверен од Управата за спроведување на санкции;
- Здравствена легитимација.

**Учесник во НОВ и учесник во Народноослободителното движење во Егејскиот дел на Македонија, воен инвалид и членовите на семејствата на паднатите борци и починатите учесници во НОВ, како и цивилните инвалиди од Втората светска војна, лицата прогонувани и затворани за идеите на самобитноста на Македонија и нејзината државност, на кои тоа својство им е**

<sup>85</sup> Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување, објавен во „Службен весник на Р.М“ бр. 142/08 и Одлука на Уставен суд У.бр.233/2008 - „Службен весник на Р.М“ бр 62/2009, 64/09, 156/2009, 166/2010 53/2011, 185/2011,44/2012 и Одлука на Уставен суд У. бр. 157/2011 од 14.11.2012 година – „Сл. весник на РМ“ број 150/29.11.2012 година, 15/2013, 91/28.06.2013, 170/06.12.2013, 97/26.06.2014 година, 113/29.07.2014, 180/05.12.2014, 20/12.02.2015, 48/25.03.2015 година и 129/ од 31.07.2015 година, член 10;



**утврдено со посебни прописи и членовите на семејството и родителите на лицата граѓани на Република Македонија, загинали во војните при распадот на СФРЈ. Потребна документација:**

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец), од Управата за боречки прашања;
- Здравствена легитимација;
- Решение за учесник во НОБ од Управата за боречки прашања.

**Државјанин на Република Македонија од член 5 став 1 точка 15 од Законот за здравствено осигурување, кој не е опфатен со задолжителното здравствено осигурување по една од точките од 1 до 14 на овој член, кои бараат утврдување на својство на осигуреник заради користење на правата на здравствени услуги дефинирани во член 9 од Законот за здравствено осигурување. Потребна документација:**

- Пријава за здравствено осигурување (ЗО1 образец);
- Здравствена легитимација;
- Извод од матична книга на родени, односно венчани;
- Уверение од УЈП за остварени приходи (дека не остварува приход од вршење на дејност или имот);
- Лична карта во копија, со согласност на подносителот на пријавата.

## **1.2 Докажување на својство на осигурено лице**

Својството на осигурено лице се докажува со здравствена легитимација и потврда за платен придонес. Здравствената легитимација може да се користи само со лична карта, односно ученичка книшка или индекс со кои се докажува идентитетот на осигуреното лице. Децата до два месеци возраст здравствена заштита можат да користат и врз основа на здравствена легитимација на еден од родителите.

Потврдата за платен придонес за здравствено осигурување (сини картони) ја издава подрачната служба на Фондот, според местото на живеење, односно работа на осигуреникот, ако обврзникот редовно го уплатува придонесот за здравствено осигурување или со задоцнување од најмногу 60 дена сметано од истекот на последниот ден од месецот за кој се плаќа придонесот.

**Табела 4: Шифри и називи на осигурени лица**

Основа шифра	Основа назив
1	ЛИЦА СО ПЛАТА
2	ЛИЦА ИЗБРАНИ НА ЈАВНА ФУНКЦИЈА
3	ДРЖАВЈАНИ НА РМ НА СЛУЖБА КАЈ СТРАНСКИ РАБОТОДАВАЧИ
4	САМОВРАБОТЕНО ЛИЦЕ
5	ИНДИВИДУАЛЕН ЗЕМЈОДЕЛЕЦ ПО КАТАСТАР
6	ПЕНЗИОНЕРИ КОИ ПРИМААТ ПЕНЗИЈА ОД РМ
7	НЕВРАБОТЕНИ ЛИЦА ДОДЕКА ПРИМА ПАРИЧЕН НАДОМЕСТОК
8	УЧЕСНИЦИ ВО НОБ
9	ЛИЦА КОРИСНИЦИ НА СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА
10	ДРЖАВ. НА Р.М. ВРАБОТЕНИ ВО СТРАНСТВО - ЗА НИВНИТЕ ЧЛЕНОВИ
11	СТРАНЕЦ ВРАБОТЕН ВО РМ ВО СТРАНСКА ФИРМА
12	ЧЛЕНОВИ НА СЕМЕЈСТВА ВРАБОТЕНИ ВО АРМ
13	ЛИЦА ВО ЗАТВ., ПРИТВ., ВОСПИТ.-ПОПРАВ.
14	ПРИПАДНИК НА МОНАШКИ И ДРУГИ ВЕРСКИ РЕДОВИ И ВЕРСКО СЛУЖБЕНО ЛИЦЕ
17	ОСИГУРАНИ ПО КОНВЕНЦИЈА
1.1	РАБОТЕН ОДНОС НА КУЌНИ ПОМОШНИЦИ

5.1	ИНДИВИДУАЛЕН ЗЕМЈОДЕЛЕЦ - ПРЕКУ АГЕНЦИЈА ЗА НЕРАЗВИЕНИ ПОДРАЧЈА
6.1	СТРАНСКИ ПЕНЗИОНЕРИ ОД ЗЕМЈИ СО КОИ НЕМАМЕ КОНВЕНЦИЈА
11.1	СТРАНЦИ НА ШКОЛУВАЊЕ ВО РМ
15.1	НЕОСИГУРАНО ПО НИТУ ЕДНА ОСНОВА - член 5 став 2 без изјава
99.3	НЕПЛАТЕН РОДИТЕЛСКО ОТСУСТВО

**Извор:** ФЗОМ

## 2. Видови методи на плаќање

Главните методи на плаќање на лекарските услуги, односно на давателите на здравствените услуги вклучуваат:

- Капитација (главнина);
- Наплата за услуга;
- Плаќање по пат на личен доход и
- Други средства од изворите на финансирање на здравствената заштита.

Секој од овие методи на плаќање на лекарските услуги има свои предности и недостатоци. Многу често, методите на плаќањето на лекарските услуги можат да бидат мешани, односно да се комбинираат со доминација на капитацијата како платежен метод. Критериуми според кои ќе се проценуваат овие методи се:<sup>86</sup> трошоци на менаџмент и мониторинг, способност за одржување на севкупните трошоци, степен на влијание врз техничката ефикасност и квалитет на здравствена заштита.

Административните трошоци и спроведувањето на мониторингот се трошоци за воспоставување систем кој ќе овозможи контрола на тековните

<sup>86</sup> Круме Николовски (2013), Современи тенденции на јавното здравство, стр. 262;

трошоци при плаќањата, како и обезбедување на услови во кои договорот ќе биде исполнет. Способноста да се одржат севкупните трошоци е изразена со платежниот систем кој дозволува контрола над трошоците и превенција од непотребни третмани. Техничката ефикасност се дефинира како поттик кој ќе ги охрабри обезбедувачите во употребата на ресурси на најефективен начин за да обезбедат одредена услуга. Кој вид услуга ќе се обезбеди зависи од побарувачката на купувачите, а тоа е сосема друго прашање.

Последниот критериум е начинот на кој системот ги охрабрува обезбедувачите да дадат квалитетна здравствена услуга на пациентите. Квалитетна здравствена услуга може да се обезбеди од два сектора: амбулантен и болнички. Здравствената заштита се однесува на јавно обезбедената заштита или приватно обезбедена заштита и таа е регулирана во контекст на систем базиран на даноци или на систем базиран на социјално здравствено осигурување. Функционирајќи во здравствениот систем, државата и/или институциите за социјално осигурување прават административни трошоци.

## **2.1 Капитација (Capitation)**

Капитација е данок или такса која се плаќа по глава на жител, или донација или буџет што се определува по глава на жител од одредена популација на која следува таков тип на услуга. Капитацијата (главнината) се зема како една од основите за обезбедување на буџетот за здравствените установи или за здравствените работници кои работат како лекари во примарната здравствена заштита. Капитацијата е исплата за одредени здравствени услуги по поединец регистриран како корисник на услуги за одреден временски период. Висината на капитацијата се приспособува по различни фактори, возраст или полово специфичен морталитет, кои ги изразуваат различните здравствени потреби. Може да се комбинира со други методи на плаќање како што е наплата за услуга.<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> 3 An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union, (1997);

Таа е механизам преку кој обезбедувачите на услуги, независно дали станува збор за општи лекари или болници, примаат изедначено плаќање за секоја индивидуа која е покриена со системот на социјално здравствено осигурување или приватно здравствено осигурување.<sup>88</sup> Врз основа на ваквото изедначено плаќање, пациентите имаат право за однапред утврден пакет на услуги. Како метод на плаќање се користи во бројни европски земји вклучувајќи ги Австрија, Данска, Финска, Унгарија, Ирска, Италија, Холандија и Англија. Капитацијата може да се користи во комбинација со методот наплата за услуга како што е во Данска, Италија и Англија. Главна карактеристика на овој метод на плаќање е дека тој не е во директна врска со трошоците направени за конзумирање на здравствените услуги од страна на индивидуалниот пациент. Или, со други зборови кажано, обезбедувачите не се платени во согласност со квалитетот и обемот на здравствени услуги дадени на индивидуалниот пациент.<sup>89</sup>

Со капитацијата докторот се плаќа во согласност со бројот на пациенти кои се регистрирани кај него независно од тоа колку третмани извршуваат. Плаќањето се извршува за секој определен пациент за одреден временски период, најчесто една година. На пример, општиот лекар добива одреден износ пари по пријавен пациент, независно од тоа дали пациентот ќе дојде на лекар во текот на годината или не. Целта на ваквиот метод на плаќање на докторите е да се платат истите за да се обезбеди соодветна покриеност на пациентите, а не да се обезбедат специфични третмани и интервенции.

Капитацијата може целосно да ја покрива здравствената заштита или, пак, да се однесува на прегледи во општа лекарска практика. Таа целосно ја покрива здравствената заштита, така што дел од болничкото лекување може да биде заменето со поисплатливи алтернативи на амбулантско лекување и домашна нега. Методот на капитација воспоставува механизам против непотребните болнички приеми и должината на болничкиот престој. Ова подразбира дека на

---

<sup>88</sup> Николовски Круме, (2013), Современи тенденции во јавното здравство, Штип, стр.262;

<sup>89</sup> OECD (1992), Normand and Weber, 1994;

болницата не и е во прилог предвреме да го испише пациентот, поради опасноста од недолеченост и можност за негово подоцнежнo враќање со поголеми здравствени потреби, бидејќи тоа негативно ќе се одрази на болничките трошоци. Методот на капитација ги поттикнува превентивните активности и дозволува поголем степен на идентификација на пациентот со лекарот. Тоа значи дека таа не поттикнува прекумерно лекување, но може да поттикне обезбедување на поевтини третмани и да поттикне прекумерно упатување на повисоко ниво на здравствена заштита. Воведувањето на стимулативни методи за извршени здравствени програми, како што е случајот во некои земји, значително ги подобрува резултатите во здравствената заштита.<sup>90</sup>

## **2.2 Наплата за услуга (Fee for service – FFS)**

Наплата за услуга е начин на плаќање за секоја единица услуга, како што е лекарски преглед или хируршка интервенција. Овој метод е карактеристичен и за амбулантска и за болничка заштита, посебно во системите базирани на социјално здравствено осигурување, како што е случај во земјите од западна Европа, Канада и Јапонија, а исто така се користи и во мешаните системи како што е случајот во САД.

Лекарите ја внесуваат услугата на сметка, а болничките фондови плаќаат на нив или, пак, ги надоместуваат трошоците на пациентите. Ова е вообичаена форма на наплата на самовработените лекари, како за амбулантна нега, така и за болничко лекување. Во некои земји наплатата за услуга е метод на плаќање на лекарски услуги (како што се прегледот, консултациите, испитувањето или дијагностичките тестови), во согласност со фиксни тарифи договорени меѓу осигурителните фондови и претставниците на здравствените работници. Овој тарифен модел повеќе се применува во специјалистичката медицина, а помалку на ниво на примарна здравствена заштита.<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup> Николовски Круме, (2013), Современи тенденции во јавното здравство, Штип, стр. 263;

<sup>91</sup> Николовски Круме, (2013), Современи тенденции во јавното здравство, Штип, стр. 266;

Лекарот е поттикнат да даде поприватлива услуга со помош на атрактивна просторија или ординација, нејзина навремена испорака и љубезност. Ваквиот метод им дава повод на лекарите да преземаат непотребна или маргинална работа. Лекарите се подготвени да дадат консултации кои се однесуваат на помали и не толку сериозни здравствени проблеми и затоа тие се заинтересирани да пружат услуги колку што е можно повеќе. Овој метод ги поттикнува лекарите да обезбедат повеќе консултации и поскапи процедури, а поголем дел од нив можат да бидат и несоодветни. Оттука, негов недостаток е дека поттикнува голем обем на непотребни здравствени услуги, кои можат да не бидат во согласност со добивките што произлегуваат од нив, односно користење на поскапи медицински зафати. Корисниците на услугите кои се здравствено осигурани можат на полесен начин да ги поднесат ваквите трошоци, во однос на оние корисници кои немаат никакво осигурување.

Ваквиот метод на плаќање се оправдува со фактот дека финансиското учество на корисникот на услугата ќе го намали непотребното користење на здравствени услуги, а истовремено ќе помогне и во покривање на здравствените трошоци. Противниците на овој метод тврдат дека партиципацијата го погодува посиромашното население и не поттикнува користење на превентивна здравствена заштита.

Оттука, недостаток на овој метод е дека поттикнува тенденција на лекување отколку кон превенција. Доколку лекарот купи опрема, тој ќе биде поттикнат истата почесто да ја употребува и да ги наплати капиталните трошоци што е можно побрзо. За да се отстрани овој проблем, купувачот на здравствени услуги треба да изврши мониторинг на жалбите и ревизија на работата на лекарите.

Недостаток на методот на наплата за услуга е и дека финансискиот ризик го трпи оној кој ги плаќа услугите и дека ваквиот метод може неповолно да влијае на контролата на трошоците и ефикасноста. Глобалните буџети можат да се користат со систем на цени за услуги за да ја намалат оваа тенденција. Кога

буџетот е исцрпен, се намалува нивото на цената за секоја единечна услуга за да се намалат трошоците во рамките на буџетот или установата се затвора.<sup>92</sup>

### **2.3 Плаќање по пат на личен доход**

Плаќањето по пат на личен доход се заснова на времето кое лекарот го поминува на работното место. За земјите во транзиција карактеристичен е системот каде што лекарите се плаќаат со фиксна годишна плата независно од обемот на работата, фреквенцијата и квалитетот на третманот.

Висината на платата се одредува по пат на преговори помеѓу две страни. На едната страна е државата или осигурувањето кои ги плаќаат лекарите, а на другата страна се нивните професионални здруженија и асоцијации. Нивото на платата се менува во зависност од годините, искуството, квалитетот и степенот на одговорност на лекарот.

Ова е предност за лекарот бидејќи тој е сигурен за дел од приходите, а истовремено ја намалува тенденцијата на лекарот и другиот медицински кадар во поттикнување на непотребни интервенции. Затоа се верува дека овој метод на плаќање не поттикнува зголемен обем на работа, ниту пак давање на зголемен број здравствени услуги.

Платата, сама по себе, не дава финансиска стимулација за зголемена продуктивност. Во ваков случај се наметнува потреба од дополнителни стимулативни надоместоци за дополнително извршени услуги кои ќе овозможат намалување на трошоците и зголемување на ефикасноста. Здравствените услуги кои се задолжени со личниот доход честопати се критикуваат поради намалена идентификација на пациентот со лекарот и недоволното внимание кое му се посветува на пациентот. Методот на исплата на личниот доход на лекарот е присутен и онаму каде што веќе постојат и другите два методи на плаќање, како што се наплатата за услуга и капитацијата. Во различни земји се користат и

---

<sup>92</sup> Николовски Круме, (2013), Современи тенденции во јавното здравство, Штип, стр. 267;



различни комбинации од овие методи, но, сепак, капитацијата е доминантен метод на плаќање на здравствените услуги.<sup>93</sup>

Платата на докторите се користи како метод на плаќање во неколку ОЕЦД земји, вклучувајќи ја Грција, Шпанија (60% од лекарите имаат приход кој се базира на плата плус износот на капитацијата), Португалија, Финска и Шведска.

**Предности на ваквиот метод** на плаќање се: непостоење подолги економски стимулации за повеќе дадени услуги во споредба со методот наплата за услуга, лекарите се поттикнуваат да работат во групни консултации, посебно кога станува збор за комплицирани случаи, финансиското планирање на услугите на здравствена заштита е полесно, а административните трошоци се пониски во споредба со другите методи на плаќање, посебно во споредба со методот наплата за услуга.

**Слабостите на овој метод** во јавниот сектор се следниве: не ги поттикнува лекарите да работат продуктивно, може да доведе до ниска совест за оние кои работат повеќе и понапорно и кои не се чувствуваат наградени за нивните дополнителни ангажирања;

Лекарите кои работат повеќе можат да бидат поттикнати да преземат дополнителна работа во приватниот сектор или, пак, целосно да го напуштат јавниот сектор. Затоа, и не нè изненадува фактот што лекарите сакаат да го заменат плаќањето по пат на личен доход со методот наплата за услуга.

---

<sup>93</sup> Круме Николовски (2013), Современи тенденции на јавното здравство, стр. 265;

Земја	Плата	Капита-ција	Наплата за услуга	Кобинација
<b>Северен модел/здравствен систем базиран на даноци</b>				
Данска				X (Капитација + наплата за услуга)
Англија	X (Болници)	X (јавно)	X (приватно)	
Финска	X			
Ирска	X (Болничка консултации и јавна практика)	X (јавни пациенти)	X (приватни пациенти)	
Норвешка			X	
Шведска	X (јавно)		X (приватно)	
<b>Јужен модел/здравствен систем базиран на даноци</b>				
Италија		X		
Португалија	X			
Шпанија				X (Плата + наплата за услуга)
<b>Модел/здравствен систем базиран на социјално здравствено осигурување</b>				
Австрија				X (Рамна стапка + наплата за услуга)
Белгија			X (приватно)	
Франција			X	
Германија			X (слободна практика)	

**Извор:** Круме Николовски (2013), Современи тенденции на јавното здравство, Штип;

### 3. Инвестиции во информатичкиот систем

Во текот 2013 година, ФЗОМ започна со имплементација на два големи проекти: проектот за воведување на ново софтверско решение од втора и трета фаза од централизација на информациониот систем - ИС на ФЗОМ и софтверското решение за веб-страница со ЕСБ. Во проектот за втора и трета фаза од централизација на ИС се опфатени останатите функции на ФЗОМ кои не беа опфатени во првата фаза, а тоа се: сметководствените модули, надоместоци на плата поради боледување, остварување на права од здравствено осигурување – рефундации, лекарски комисии, БПО, евиденција на побарувања од сообраќајни незгоди, лекување во странство, осигурување по конвенции, креирани се нови централни регистри на лекови и ортопедски помагала и др. Сите деловни процеси

во најголем дел се автоматизирани, обезбеден е квалитет и точност на податоците, со цел да се зголеми квалитетот и времето на обработката на податоците во подрачните служби на ФЗОМ.<sup>94</sup>

Новиот централизиран информациски систем на ФЗОМ беше ставен во функција од почетокот на месец септември 2012 година, како дел од првата фаза на централизација, а во текот на 2013 година беше постојано надградуван. Истиот беше основа за развој на електронски услуги за осигурениците, здравствените работници и компаниите. Така, кон средината на 2013 година, беше ставена во употреба веб-страницата што на интензитет доби во почетокот на септември 2013 година.

Зголемениот број предадени картички овозможи зголемено користење на електронските услуги што ги нуди ФЗОМ, а се остваруваат со помош на електронската здравствена картичка. Електронската здравствена картичка почна да се користи како идентификациона картичка во информацискиот систем на ФЗОМ.

**Е-услуги.** Со проектот за софтверско решение за веб-страницата на ФЗОМ со ЕСБ, ФЗОМ е меѓу првите институции што започнува со имплементирање на е-услугите за своите осигуреници. Со ова, дел од услугите кои досега се извршуваа на шалтерите на ФЗОМ, сега се остваруваат преку порталот на ФЗОМ. Во 2013 година овозможени се следниве услуги.<sup>95</sup>

**За осигурениците** - пристап до податоците за личното осигурување и осигурувањето на своите членови, податоци за избраните лекари по општа медицина, стоматологија и гинекологија за себе и за своите членови помлади од 14 години.

---

<sup>94</sup> Официјална страница на Фондот за здравствено осигурување, достапно на: <http://www.fzo.org.mk/>

<sup>95</sup> Официјална страница на Фондот за здравствено осигурување, достапно на: <http://www.fzo.org.mk/>

**За фирмите** - можност за електронска пријава во здравствено осигурување за лицата за кои има пристигнато М1 пријава од Агенцијата за вработување на Македонија, електронска пријава на нивни членови и одјава на членови. За да се користи оваа услуга овластеното лице мора да поседува електронска здравствена картичка.

**За здравствените установи** - можност за проверка на важноста на осигурување за осигурениците кои користат здравствени услуги. За прв пат договорите за 2014 година со сите здравствени установи се потпишаа електронски, со користење електронска здравствена картичка на овластените лица на установите.

**За избраните лекари од општа медицина, гинекологија и стоматологија** - можност за електронска ИЛ промена на избран лекар, за следење на евиденцијата на осигуреници со активни ИЛ пријави, следење на евиденција на ИЛ одјави и др.

Сите овие електронски услуги овозможуваат укинување на сините картони за оние осигуреници кои ги имаат подигнато електронските здравствени картички. Исто така, обезбедија основа за постепено укинување на хартиените ИЛ обрасци за избор на матичен лекар, за укинување на хартиените ЗО пријави/одјави во здравствено осигурување за осигурениците во работен однос и членовите осигурени преку нив.

Како и во сите сектори, инвестициите во информатичките системи растат и во здравствениот и секторот за работа со хендикепирани лица. Информатичките системи даваат значаен придонес во унапредувањето на здравствените резултати и во одлучувањето на местата на пружање на здравствените услуги, како и во планирањето и финансирањето на здравствената заштита.

Постојат неколку глобални теми кои превладуваат во употребата на здравствените информатички системи:<sup>96</sup>

- ❖ □Развој на електронски здравствени картони: Разни форми на електронски здравствени картони се употребуваат за да се пренесат клиничките информации, како и да се координира грижата за поединечни болести или услуги.

- ❖ Употреба на алатки за поддршка на одлучувањето: Постои зголемена потреба за поддршка на одлучувањето на лекарите. Поддршката е потребна на ниво на услугите (на пример: планирање на услугите, проверка меѓу колегите, трендови во грешки во администрацијата на лекови) и на ниво на пациентот (на пример: планови за заштита, индивидуални клинички акции, нарачки на услуги).

- ❖ Препознавање на потребата за поврзливост: Постои општо движење кон поврзливоста на најголем дел од здравствените системи и растечка потреба од директен пристап кој бара побрз комуникациски пристап. Адекватната сигурност е исто така потребна за да овозможи соодветен пристап до записите за пациентите, пораките до и од давателите на здравствени услуги, достап до системи за закажување или врски со системите на аптеките.

- ❖ Согласност за заеднички стандарди и минимални сетови од податоци: Сите земји собираат минимални сетови од податоци, обично од болниците. Додека постои согласност за тоа кои се неопходните сетови на податоци, главно има недостиг на согласност на ниво на деталите во земјите и помеѓу земјите.

Врската помеѓу локалните, регионалните и националните учесници поттикнува информациите да се споделуваат заради планирање, финансирање и лекување. Примената на соодветни стандарди е клучна во овозможувањето на ефектна и ефикасна размена на информации.

Стандардите се потребни за ракување со информациите (на пр. збирки на податоци, кодирање), за информатичка инфраструктура (на пр. размена на пораки, сигурносни политики) и деловни процеси (на пр. придржување кон

---

<sup>96</sup> Министерство за здравство на Република Македонија, Проект за управување со здравствениот сектор, (20), Стратегија за развој на Македонски интегриран здравствен информатички систем, стр. 5;

зацртани правила). Стандардите за податоците и за деловните процеси ќе бидат од критична важност во подобрувањето на грижата за пациентите од голем број на примарни и секундарни здравствени организации и услужни организации (аптеки, лаборатории, рендген лаборатории). Стандардите се неопходни за интеграција на здравствената заштита помеѓу примарното и секундарното здравство.

## IV АНАЛИЗА НА ПЛАЌАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА ВО ФЗОМ

### 1. Склучување договор и плаќање во примарна здравствена заштита

Во овој дел ќе ги утврдиме критериумите за склучување договори со здравствените установи и начинот на плаќање на здравствените услуги кои здравствените установи ги даваат, а осигурените лица во примарната здравствена заштита се товар на средствата за задолжително осигурување во ФЗОМ.

Како што претходно констатиравме во магистерскиот труд, под здравствени услуги во примарна здравствена заштита се сметаат: основните здравствени услуги во примарната здравствена заштита кои се дефинирани во Законот за здравствено осигурување и правилникот за содржина и начин на остварување на права и обврски од задолжително здравствено осигурување што се обезбедуваат за осигурените лица кои се задолжително здравствено осигурени во ФЗОМ и здравствените услуги од примарната здравствена заштита опфатени со програмите за здравствена заштита.<sup>97</sup>

За обезбедување на здравствени услуги во примарна здравствена заштита на осигурените лица, ФЗОМ склучува договори со здравствените установи кои вршат примарна здравствена заштита ако:

- Укажува здравствени услуги што се во рамките на дејноста за која е регистрирана;
- Постојат услови за вршење на соодветната дејност (простор, опрема и кадар согласно со Законот за здравствена заштита, за кои постои одобрение за вршење дејност од Министерството за здравство);

---

<sup>97</sup> Правилник за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 42/2012, со дополнување и изменување во Службен весник на Република Македонија 176/2013 и 47/2014, член 2;

- Да укажува здравствени услуги согласно со Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Закон за евиденции во областа на здравството, меѓудржавни договори за социјално осигурување, подзаконски акти на Фондот и медицина базирана на докази;
- Редовно се плаќаат придонесите за задолжително здравствено осигурување;
- Се негуваат добри деловни односи.

Надоместокот за здравствените услуги се определува врз основа на:

- Број и структура на осигурени лица кои го избрале лекарот;
- Пол и возраст;
- Превентивни мерки и активности што треба да се постигнат во однос на резултатите од извршената работа од страна на избраниот лекар;
- Дополнителните стимули за обезбедени здравствени услуги на осигурените лица во руралните подрачја.

Плаќањето на обезбедените здравствени услуги на здравствената установа за избраниот лекар се врши со склучување на договор кој го анализираме во претходните глави според бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот помножен со соодветниот број на поени по возрасни групи и вредноста на поенот за капитација. Надоместокот за капитација се исплаќа на месечно ниво на здравствената установа за комплет тим за обезбедените здравствени услуги. Тимот се состои од избран лекар од дејноста општа медицина (општа медицина, медицина на труд, педијатрија, училишна медицина и семејна медицина), односно гинекологија со медицинска сестра.<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> Правилник за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 42/2012, со дополнување и изменување во Службен весник на Република Македонија 176/2013 и 47/2014, член 5;



**Табела 5: Плаќање во примарна здравствена заштита**

РЕФЕРЕНТНИ ЦЕНИ НА ПАКЕТИ НА УСЛУГИ ВО ПРЕВЕНТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И ИТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОШ СО ДОМАШНО ЛЕКУВАЊЕ			
Шифра	Вид на здравствена услуга	референтна цена	СЛУЖБЕН ВЕСНИК
ИМП1	Итна помош	177,000	бр.151 од 31.10.2011
ПРЕ1	Домашно лекување	136,500	бр.151 од 31.10.2011
ПРЕ2	Дежурна служба	76,500	бр.151 од 31.10.2011
ПРЕ3	Систематски преглед, вакцинации и советувалиште	94,700	бр.151 од 31.10.2011
ПРЕ4	Превентивна стоматологија	113,000	бр.151 од 31.10.2011
ПРЕ5	Итна стоматологија	96,200	бр.151 од 31.10.2011
ПРЕ6	Патронажа по сестра	40,000	бр.151 од 31.10.2011
ПРЕ7	Преглед и стручно мислење за здравствена состојба на осигуреникот од страна на лекарска комисија	638,000	бр.171 од 2010
ПРЕ8	Рурален тим	90,300	бр. 138 од 17.09.2014

**Извор: ФЗОМ**

Основната капитација за дејноста општа медицина за осигурено лице Фондот ја определува во зависност од возраста и полот, помножено со поени за секоја од овие категории на осигурени лица, и тоа за:

- Деца до 6-годишна возраст – 3,1 поени;
- Деца постари од 6 години и помлади од 18 години – 1,2 поени;
- Осигурени лица над 18 години и помлади од 34 години – 1,0 поен;
- Осигурени лица над 34 години и помлади од 65 години – 1,6 поени;
- Осигурени лица постари од 65 години – 3,7 поени;

Поените се утврдени врз основа на податоците од претходниот период за потребите на осигурените лица, предвидувањата врз основа на медицина базирана на докази и приоритетите во спроведувањето на превенцијата,

заштитата на здравјето, грижа за заразни и незаразни заболувања и други утврдени цели.

Во зависност од бројот на остварените поени за дејноста општа медицина, вредноста на поенот се пресметува на следниот начин:

- до 2500 поени 100% од утврдената вредност на поенот;
- За секој нареден поен од 2501 до 3500 поени, 70% од утврдената вредност на поените;
- За секој нареден поен од 3501 до 4500 поени, 45% од утврдената вредност на поените;
- За секој нареден поен од 4501 поени, 30% од утврдената вредност на поенот.

Основната капитација за дејноста гинекологија за осигурено лице од женски пол ФЗОМ ја определува во зависност од возраста помножен со поени за:<sup>99</sup>

- Осигурени лица над 12 години – 1 поен.
- Во зависност од бројот на остварени поени за дејноста гинекологија за женската пулација на возраст над 12 години до крајот на животот, вредноста на поенот се пресметува на следниот начин:
- До 4000 поени 100% од утврдената вредност на поените;
- За секој нареден поен од 4001 до 5000 поени, 70% од утврдената вредност на поените;
- За секој нареден поен од 5001 до 6000 поени, 45% од утврдената вредност на поените;
- За секој нареден поен од 6001 поени, 30% од утврдената вредност на поените.

---

<sup>99</sup> Правилник за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 42/2012, со дополнување и изменување во Службен весник на Република Македонија 176/2013 и 47/2014, член 7;

За избраниот лекар кој прв пат склучува договор со Фондот и за прв пат му е издадено одобрение за број на факсимил или има издаден број на факсимил од страна на Фондот кој не е активен повеќе од пет години, начинот на пресметување на капитацијата се врши стимулативно во вредност од 800 поени, во времетраење од најмногу 18 месеци. За првото шестмесечје избраниот лекар добива стимулација во висина од 800 поени. За второто и третото шестмесечје висината на капитацијата како стимулација се пресметува во зависност од бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот помножен со поени за секоја старосна категорија, и тоа доколку за второто шестмесечје избраниот лекар продолжува со добивање на стимулација ако: вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 199 поени, се пресметува капитација по 800 поени; вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 49 поени до 199 поени, се пресметува капитација по 400 поени; вкупниот број на поени е до 49 поени, не се применува принципот на стимулација, туку се пресметува капитација според бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот. За третото шестмесечје избраниот лекар продолжува со добивање на стимулација ако:

- Вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 399 поени, се пресметува капитација по 800 поени;
- Вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 99 поени до 399 поени, се пресметува капитација по 400 поени;
- Вкупниот број на поени е до 99 поени, не се применува принципот на стимулација, туку се пресметува капитација според бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот.

Во руралните подрачја согласно со критериумите на ФЗОМ, со само еден лекар во примарна здравствена заштита, вкупниот износ на капитација ФЗОМ го зголемува со поени по основа на рурални подрачја во зависност од бројот на осигурени лица кои извршиле избор најмногу до 1800 поени.

Руралното подрачје го опфаќа населеното место во кое има еден лекар кој пружа примарна здравствена заштита на осигурените лица и кон кое гравитираат

повеќе населени места што немаат здравствени установи. Како рурални подрачја односно рурални населени места можат да се утврдат оние кои ги исполнуваат следните услови:<sup>100</sup>

- Најмалку 5 километри оддалечено од населеното место во кое се наоѓа најблиската здравствена установа од примарната здравствена заштита;
- Најмалку 15 километри оддалечено од населеното место во кое се обезбедува специјалистичко–консултативната здравствена заштита со итна медицинска помош, а по исклучок на оддалеченост од населеното место од најмалку 5 километри за тешко пристапен терен кој може да биде непристапен во определен период од годината;
- На самото рурално место доколку има најмалку 50 жители;
- Населеното подрачје односно место во кое се наоѓа здравствената установа изградена преку одлуката на Влада на Република Македонија за изградба на амбуланти во рурални подрачја се утврдува за рурално подрачје.
- Населените подрачја односно места што ги исполнуваат условите предвидени со одлуката на Управниот одбор на ФЗОМ се утврдуваат како рурални подрачја, односно населени места и не можат да бидат повеќе од 100 рурални места и подрачја.

Капитацијата за руралните населени места односно подрачја се исплатува само за осигурените лица од руралното подрачје, односно населено место што го избрале лекарот. Висината на капитацијата се пресметува во зависност од бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот помножен со поени за секоја старосна категорија, и тоа доколку:

---

<sup>100</sup> Правилник за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 42/2012, со дополнување и изменување во Службен весник на Република Македонија 176/2013 и 47/2014, член 8;

- Вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е помал од 100 поени - се исплатува 1200 поени;
- Вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 100,01 до 300 поени - се исплатува 1300 поени;
- Вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 300,01 до 350 поени - се исплатува 1400 поени;
- Вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 350,01 до 700 поени - се исплатува 1500 поени;
- Вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 700,01 поени - се исплатува 1800 поени.

Доколку износот на вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот во руралното подрачје е поголем од 1800 поени, во тој случај ФЗОМ продолжува со исплата на капитацијата.

Фондот на здравствената установа за избраниот лекар исплатува до 100% месечен надоместок во кој влегуваат 70% фиксен износ на капитација и 30% променлив износ во зависност од исполнување на целите. Во месечниот надоместок за капитација се вклучени и трошоците за: одржување на ординацијата и опремата по соодветни стандарди, обезбедување континуирана примарна здравствена заштита за акутните случаи во текот на 24 часа секој ден за осигурените лица кои избрале лекар во здравствената установа, исплата на плата на лекарскиот тим (лекарот и медицинската сестра), патување до и од местото на живеење на осигурените лица за обезбедување здравствени услуги, одржување на неопходната медицинска опрема, водење на компјутерска евиденција и доставување на податоци и извештаи до Фондот и центрите за јавно здравје, лекови, медицински и други немедицински потрошни материјали, такси за комунални услуги и други редовни трошоци.

Променливиот надоместок за исполнување на целите (превентивни мерки и активности) се исплатува секој месец во зависност од извршување на следните

активности:<sup>101</sup> превентивни мерки и активности за рано откривање на заболувања, превентивни мерки и активности за рано откривање на малигни болести, рационално користење и рационално пропишување на лекови, специфичната медицинска едукација за рано дијагностицирање на заболувања, рационално и оправдано препишување на боледување, превентивни мерки и активности за следење на правилен раст и развој на популација до 18-годишна возраст; здравствената установа на квартално ниво доставува извештаи за извршени активности за исполнување на целите и истите се контролираат еднаш годишно, доколку со контролата се констатира неизвршување на активностите односно неисполнување на целите во определениот процент, променливиот надоместок ќе биде намален за соодветен процент за определената активност во даден квартал.

За учениците и студентите на возраст помеѓу 7 и 26 години, кои покрај избраниот лекар избираат уште еден лекар во местото каде што се школуваат, односно студираат, фиксниот износ на надоместокот за капитација се распределува со следниов сооднос:<sup>102</sup> до 70% за избраниот лекар во местото каде што ученикот односно студентот се школува односно студира и 30% за избраниот лекар во местото каде што ученикот односно студентот има постојано место на живеење.

Во подрачја каде нема организирано итна медицинска помош со дежурна служба или во истата не може да се спроведува поради тоа што нема доволен број на лекарски тимови и со тоа не ги исполнува условите предвидени во правилникот за простор, опрема и кадар, истата се врши со дежурства на

---

<sup>101</sup> Правилник за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 42/2012, со дополнување и изменување во Службен весник на Република Македонија 176/2013 и 47/2014, член 11;

<sup>102</sup> Правилник за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 42/2012, со дополнување и изменување во Службен весник на Република Македонија 176/2013 и 47/2014, член 12;

избраните лекари од тоа подрачје кои ги организира јавната здравствена установа.

Јавната здравствена установа склучува посебен договор со избраните лекари заради обезбедување на услови за извршување на континуирана здравствена заштита. Плаќањето на надоместокот за дежурство на избраните лекари го врши здравствениот дом.

Надоместокот за остварената приправност на избраниот лекар каде што нема организирано итна медицинска помош или истата не може да се спроведува поради тоа што нема доволен број на лекарски тимови и со тоа не ги исполнува условите предвидени во правилникот за простор, опрема и кадар, се исплаќа од здравствениот дом, врз основа на доставената фактура, согласно со одлука за утврдување на цени за дежурство, остварување на приправност и породување во здравствените домови.

Во подрачјата каде што домашното лекување го врши избраниот лекар од тоа подрачје по налог на лекар специјалист, извршените услуги ги обезбедува Фондот и се надоместуваат врз основа на фактура доставена од здравствената установа на избраниот лекар во согласност со ценовникот за здравствени услуги на Република Македонија.

За извршените породувања во породилиштата што ги врши избраниот гинеколог, како и прегледите на педијатарот, плаќањето на надоместокот го врши здравствениот дом во согласност со одлуката за утврдување на цени за дежурство, остварување на приправност и породување во здравствените домови.

Здравствените установи на избраниот лекар кои имаат договор со Фондот да обезбедуваат примарна здравствена заштита во согласност со правилникот за плаќање, можат да обезбедуваат здравствени услуги на осигурените лица кои имаат потреба од истите додека се на одмор или се надвор од местото на живеење, а не можат да користат здравствени услуги од избраниот лекар.

За лицата опфатени со склучени меѓународни договори за социјално осигурување – странски осигуреници, здравствената установа од примарна здравствена заштита им обезбедува здравствени услуги врз основа на договорен меѓудржавен двојазичен образец односно европска картичка за здравствено осигурување (European Health Insurance Card – EHIC). Здравствената установа до подрачната служба на Фондот доставува посебна пресметка за пружени здравствени услуги според цените утврдени од Фондот со прикажана пресметана и наплатена партиципација.

## **2. Склучување договор и плаќање во примарна стоматолошка здравствена заштита**

За обезбедување на стоматолошка здравствена заштита на осигурените лица ФЗОМ склучува договори со здравствени установи кои вршат примарна стоматолошка здравствена заштита, ако: укажува стоматолошки здравствени услуги на осигурените лица, се обезбедува специјализирана медицинска рехабилитација заради подобрување или враќање на изгубени или оштетени функции на телото, како последица од акутно заболување или повреда, медицински оперативни интервенции, конгенитални аномалии или влошување на хронично заболување. Со специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување се обезбедува спроведување на интензивна програма на рехабилитација за која е неопходно мултидисциплинарно тимско работење во рамките на медицинскиот третман заради отстранување на функционалните пречки и подобрување на здравствената состојба. Во рамките на дејност за која е регистрирана и за која има дозвола согласно со Законот за здравствена заштита:

- постојат услови за вршење на стоматолошка дејност (простор, опрема, кадри)



- се вклопува со потребите на населението на подрачјето на здравствената установа
- се платени придонесите за задолжителното здравствено осигурување и
- негува добри деловни односи

Плаќањето на стоматолошките здравствени услуги на здравствената установа, односно на избраниот лекар стоматолог од примарната стоматолошка здравствена заштита се врши по остварен поен по осигурено лице според бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот стоматолог (капитација) помножен со износот на утврдената капитација. Секое осигурено лице кое го избрало лекарот стоматолог е носител на 1 поен. Капитацијата е потенцијален месечен износ на надоместокот кој на избраниот стоматолог, односно здравствена установа се исплатува заради обезбедување на услугите на осигурениците.<sup>103</sup>

Надоместокот за здравствените услуги по капитација се утврдува врз основа на планираните средства за примарна стоматолошка здравствена установа, во кој се опфатени:<sup>104</sup> трошоците за плата и надоместоците на плата на стоматолошки тим (лекар и асистент), материјалните трошоци кои се прават при пружање на стоматолошка здравствена услуга, општи трошоци на работењето и оптимален број на пациенти на еден стоматолошки тим од 2000 осигурени лица.

Висината на капитација ја утврдува Управниот одбор на Фондот. Во зависност од бројот на остварени поени, вредноста на поени се пресметува на следниот начин:

- До 2000 поени - 100% од утврдената вредност на поенот;
- За секој нареден поен од 2001 до 3000 поени - 70% од утврдената вредност на поенот;

<sup>103</sup> Правилник за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната стоматолошка здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија 42/2012, член 4;

<sup>104</sup> Правилник за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната стоматолошка здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија 42/2012, член 5;

- За секој нареден поен од 3001 до 4000 поени - 45% од утврдената вредност на поенот;
- За секој нареден поен од 4001 поен - 30% од утврдената вредност на поенот.

Во населени места кои се утврдени како рурални подрачја, висината на капитација се определува за најмалку 1600 осигурени лица. Износот на капитација на избраниот лекар стоматолог му се исплатува 100%, во кој влегуваат 80% фиксен износ и 20% променлив износ на капитација доколку ги оствари целите утврдени во договорот во врска со: извршување на предвидениот број на превентивни прегледи, придржување кон обврската за рационално препишување на рецепти, упатување на повисоко ниво на стоматолошка здравствена заштита и оправдано одобрување на боледување.

Доколку избраниот лекар стоматолог не ги исполни целите, утврдениот износ на капитација се намалува, и тоа за:

- До 10% (2% за КДП, 3%КП и 5% ЗФ) за неизвршување на предвидениот број на превентивни прегледи за одредени целни групи;
- 4% за нерационално препишување на рецепти;
- 4% за нерационално упатување на повисоко ниво;
- 2 % за неоправдано одобрување на боледување.

Износот на капитација се пресметува врз основа на остварени резултати за секое тромесечје.

Начинот на финансирање, кој се однесува за приватните стоматолошки здравствени ординации основани врз основа на трансформацијата на јавните во приватни стоматолошки ординации потврдува дека надоместокот се утврдува од износот од остварената капитација по осигурено лице и преодниот надоместок до висината на износот од кој се пресметува, и тоа:<sup>105</sup> прв месец 100%, втор месец

---

<sup>105</sup> Правилник за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната стоматолошка здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија 42/2012, член 9;

90%, трет месец 80%, четврти месец 70%, петти месец 60%, шести месец 50%, седми месец 40%, осми месец 30%, деветти месец 20%, десетти месец 10%.

Износот на надоместокот во преодниот период се намалува за износот на вкалкулираната плата и надоместоците за плата за секој асистент кој недостасува во стоматолошкиот тим.

### **3. Склучување договор и плаќање во специјалистичко–консултативна стоматолошка здравствена заштита**

Како здравствени услуги во специјалистичко–консултативната стоматолошка здравствена заштита се сметаат завршени здравствени услуги од протетика, ортодонција и орална хирургија, во согласност со правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала.

За обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица во специјалистичко–консултативната стоматолошка здравствена заштита, Фондот за здравствено осигурување на Македонија склучува договори со здравствените установи. Договорите се склучуваат доколку здравствената установа ги исполнува следните критериуми:<sup>106</sup>

- Да укажува здравствени услуги што се во рамките на дејноста за која е регистрирана согласно со Законот за здравствената заштита;
- Да постојат услови за вршење на соодветната дејност (простор, опрема и кадри);
- Да се вклопува со потребите на населението на подрачјето на здравствената установа;
- Да се платени придонесите за задолжително здравствено осигурување;

---

<sup>106</sup> Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко–консултативна стоматолошка здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 52/2007 со измени и дополнувања во 104/2012, член 2;

- Да негува добри деловни односи.
- Договорите се склучуваат врз основа на доставена понуда придружена со потребна документација со важност на договорот за тековната година.

**Табела 6: Плаќање во примарна и специјалистичко-консултативна стоматологија**

Р.Б Р	шифра	Назив на завршената услуга	Цена на завршената услуга со 5 % ДДВ за потрошен материјал	СЛУЖБЕН ВЕСНИК
<b>1</b>		<b>ЦЕНИ НА ЗАВРШЕНИ УСЛУГИ ВО ОРАЛНА ХИРУРГИЈА</b>		
	ORA01	Вадење длабоко скршен заб	803	бр.132 од 31.10.2007
	ORA02	Вадење на заб или еносален имплант со остеотомија	910	бр.132 од 31.10.2007
	ORA03	Вадење на ретиниран, импактиран или длабоко положен заб со остеотомија	1,583	бр.132 од 31.10.2007
	ORA04	Хируршка ревизија на рана	615	бр.132 од 31.10.2007
	ORA05	Инцизија (флегмона)	990	бр.132 од 31.10.2007
	ORA06	Циркумцизија и ексцизија на лигавица	573	бр.132 од 31.10.2007
	ORA07	Ексцизија на голем изросток на лигавица (фиброн епулис)	709	бр.132 од 31.10.2007
	ORA08	Туберпластика	1,207	бр.132 од 31.10.2007
	ORA09	Хемиресекција	1,560	бр.132 од 31.10.2007
	ORA10	Реимплантација на заб	2,162	бр.132 од 31.10.2007
	ORA11	Трансплантација на заб	1,576	бр.132 од 31.10.2007
	ORA12	Имплантација	1,766	бр.132 од 31.10.2007
	ORA13	Вестибулопластика	1,663	бр.132 од 31.10.2007
	ORA14	Парцијална вестибулопластика	1,963	бр.132 од 31.10.2007
	ORA15	Апикотомија на еднокорен заб	2,564	бр.132 од 31.10.2007
	ORA16	Апикотомија на повеќекорен заб	3,274	бр.132 од 31.10.2007
	ORA17	Апикотомија ретроградно	1,626	бр.132 од 31.10.2007
	ORA18	Синусопластика	1,661	бр.132 од 31.10.2007
	ORA19	Цистектомија	1,957	бр.132 од 31.10.2007
	ORA20	Жермектомија	1,861	бр.132 од 31.10.2007
	ORA21	Кортикотомија	1,767	бр.132 од 31.10.2007
	ORA22	Еднострана пластика на плика	1,217	бр.132 од 31.10.2007

ORA23	Френулектомија	1,364	бр.132 од 31.10.2007
ORA24	Запирање на обилно крвавење на уста	690	бр.132 од 31.10.2007
ORA25	Запирање на крвавење со подврзување и шиенење на крвен сад	1,338	бр.132 од 31.10.2007
<b>2</b>	<b>ЦЕНИ НА ЗАВРШЕНИ УСЛУГИ ВО ПРОТЕТИКА</b>		
PRO01	ТОТАЛНА ПРОТЕЗА ОД АКРИЛАТ ГОРНА	4,967	бр.132 од 31.10.2007
PRO02	ТОТАЛНА ПРОТЕЗА ОД АКРИЛАТ ДОЛНА	5,407	бр.132 од 31.10.2007
PRO03	ПАРЦИЈАЛНА ПРОТЕЗА ОД АКРИЛАТ ГОРНА	3,566	бр.132 од 31.10.2007
PRO04	ПАРЦИЈАЛНА ПРОТЕЗА ОД АКРИЛАТ ДОЛНА	3,656	бр.132 од 31.10.2007
PRO05	ЕДНОДЕЛНА ЛЕАНА ФАСЕТИРАНА КОРОНКА	2,136	бр.132 од 31.10.2007
PRO06	РЕПАРАТУРА НА ПРОТЕЗА (ПАРЦИЈАЛНА И ТОТАЛНА) ОД АКРИЛАТ БЕЗ ОТИСОК	618	бр.132 од 31.10.2007
PRO07	РЕПАРАТУРА НА ПРОТЕЗА ОД АКРИЛАТ СО ОТИСОК	819	бр.132 од 31.10.2007
PRO08	РЕПАРАТУРА ПО МОМЕ	1,097	бр.132 од 31.10.2007
PRO09	РЕПАРАТУРА ПО МОМЕ СО ДЕФЕКТ	1,396	бр.132 од 31.10.2007
PRO10	ПОДЛОЖУВАЊЕ НА ПРОТЕЗА	553	бр.132 од 31.10.2007
PRO11	КОРЕКЦИЈА НА ПРОТЕЗА	239	бр.132 од 31.10.2007
PRO12	ЛЕАНА НАДОГРАДБА	937	бр.132 од 31.10.2007
<b>3</b>	<b>ЦЕНИ НА ЗАВРШЕНИ УСЛУГИ ВО ОРТОДОНЦИЈА</b>		
ORT01	АКТИВЕН ГОРЕН АПАРАТ	5,857	бр.132 од 31.10.2007
ORT02	АКТИВЕН АПАРАТ ДОЛЕН	5,857	бр.132 од 31.10.2007
ORT03	ПАСИВЕН ПОДВИЖЕН АПАРАТ МОНОБЛОК	6,076	бр.132 од 31.10.2007
ORT04	ПАСИВЕН ОРТОДОНТСКИ АПАРАТ - ПРОПУЛЗОР	6,026	бр.132 од 31.10.2007
ORT06	ФУНКЦИОНАЛЕН АПАРАТ ПО Frankel, Balters, Grude	6,076	бр.132 од 31.10.2007
ORT07	БРАДОДРЖАЛКА СО КАПА	3,126	бр.132 од 31.10.2007
ORT05	КОСА РАМНИНА (ИНДИРЕКТНА МЕТОДА)	3,290	бр.132 од 31.10.2007
ORT08	СЕЛЕКТИВНО СОСТРУЖУВАЊЕ СОВЕТИ ЗА ВЕЖБИ СО ПОМАГАЛА И МИОФУНКЦИОНАЛНИ ВЕЖБИ	1,032	бр.132 од 31.10.2007
ORT09	МИОФУНКЦИОНАЛНИ ВЕЖБИ	910	бр.132 од 31.10.2007
ORT10	РЕПАРАТУРА СО ОТИСОК	1,007	бр.132 од 31.10.2007
ORT11	СТУДИО МОДЕЛ ЗА ДИЈАГНОСТИКА	1,164	бр.132 од 31.10.2007
ORT12	РЕГУЛАЦИЈА НА ОКЛУЗИЈА	2,060	бр.132 од 31.10.2007
ORT13	РЕТЕНЦИОНЕН АПАРАТ	3,474	бр.132 од 31.10.2007
ORT14	РЕАДАПТАЦИЈА НА ПОДВИЖНИ АПАРАТИ	683	бр.132 од 31.10.2007
ORT15	ВЕСТИБУЛАРНА ПЛОЧА (ИНДИВИДУАЛНА)	3,340	бр.132 од 31.10.2007
ORT16	КОНФЕКЦИСКА	2,452	бр.132 од 31.10.2007

ORT17	ОПТУРАТОР		3,120	бр. 138 од 17.09.2014
<b>Р.Б Р</b>	<b>Шифр а</b>	<b>НАЗИВ НА ПАКЕТИ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ за Стоматолошки клинички центар</b>	<b>РЕФЕРЕНТН А ЦЕНА</b>	<b>СЛУЖБЕН ВЕСНИК</b>
<b>1</b>		Пакети на завршени специјалистичко-консултативни услуги од областа на детска стоматологија <u>ЗА СТОМАТОЛОШКИ КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР</u>		
	ДС01	Утврдување на дијагноза за циркуларен кариес, чистење на меки и тврди наслаги кај сите заби и полирање и флуоризација кај деца до тригодишна возраст	1,350	бр.151 од 31.10.2011
	ДС02	Залевање на фисури кај деца до тригодишна возраст до 8 заба	1,170	бр.151 од 31.10.2011
	ДС03	Преглед за утврдување на неправилности во развојот и структурата на забите и/или заболување на пародонтот, отстранување на меки и тврди наслаги и анализа на панорамикс	700	бр.151 од 31.10.2011
	ДС04	Рестаурација на еден заб при неправилност во форма, големина, боја и структура при општо или системско заболување/траума без експонирана пулпа	1,100	бр.151 од 31.10.2011
	ДС05	Конзервативен третман на кариес на млечни заби (пломбирање) со и без третман на кариес профунда	950	бр.151 од 31.10.2011
	ДС06	Ендодонтски третман на млечни заби со примена на витална метода односно со мортална метода односно при гангрена, и дефинитивно затворање (пломбирање) на забот	1,700	бр.151 од 31.10.2011
	ДС07	Ендодонтски третман на заби со незавршен раст на корен со пломбирање, или контрола и ревизија на полнењето и пломбирање на заб со незавршен раст на корен	2,050	бр.151 од 31.10.2011
	ДС08	Третман на авулзија/екструзија на заб со незавршен раст на корен (по 2 часа од траумата), со два контролни прегледа и отстранување на шината	3,100	бр.151 од 31.10.2011
	ДС09	Екстракција на заб кај пациент со општо или системско заболување до 18 год.	1,200	бр.151 од 31.10.2011
	ДС10	Пломбирање на заби кај деца со посебни потреби до 3 заба	2,900	бр.151 од 31.10.2011
	ДС11	Комбиниран пакет за третман на заби кај деца со посебни потреби до 7 заба	5,500	бр.151 од 31.10.2011
<b>2</b>		Пакети и услуги од специјалистичко-консултативната забоздравствена заштита од областа на орална патологија и пародонтологија (болести на устата и парадонтот) <u>ЗА СТОМАТОЛОШКИ КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР</u>		

БУ01	Утврдување на заболување на пародонтот и негови компликации (наод и мислење)	380	бр.151 од 31.10.2011
БУ02	Обработка (длабока киретажа) на пародонтален џеб по регија до 6 заба со чистење на забен камен	800	бр.151 од 31.10.2011
БУ03	Обработка (длабока киретажа) на пародонтален џеб по регија до 14 заба со чистење на забен камен	1,400	бр.151 од 31.10.2011
БУ04	Обработка (длабока киретажа) на пародонтален џеб по регија над 14 заба со чистење на забен камен	2,500	бр.151 од 31.10.2011
БУ05	Хирушки зафат на хипетрофична гингива (гингивектомија) со контрола	1,100	бр.151 од 31.10.2011
БУ06	Хирушки зафат за продлабочување на вестибулум (периостална сепарација) со контрола и вадење на конци	1,700	бр.151 од 31.10.2011
БУ07	Основен пакет за преглед, мислење и третман на локални промени на ниво на орална лигавица	480	бр.151 од 31.10.2011
БУ08	Проширен пакет за преглед, мислење и третман на заболување на орална лигавица со брис за цитологија, земање материјал за алерголошки испитувања и земање материјал за биопсија	600	бр.151 од 31.10.2011
БУ09	Терапија на орална лигавица со отстранување на тврди и меки наслаги, остри забни ивици, рани контакти на оклузија и артикулација, физикална и биостимулирачка терапија и контрола	1,460	бр.151 од 31.10.2011
БУ10	Преглед и мислење за орални фокуси и фокални инфекции	640	бр.151 од 31.10.2011
БУ11	Хирушки зафат ФЛАП (по регија) со контрола	3,300	бр.151 од 31.10.2011
<b>3</b>	<b>Пакети на завршени специјалистичко-консултативни услуги од областа на болести на заби и ендодонтот - ЗА СТОМАТОЛОШКИ КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР</b>		
Б301	Ендодонтска терапија на еднокорен заб	1,500	бр.61 од 17.05.2012
Б302	Ендодонтска терапија на повеќекорен заб	1,950	бр.61 од 17.05.2012
Б303	Терапија на интерен гранулом	1,900	бр.61 од 17.05.2012
Б304	Ендодонтска терапија на компликации од протетска рехабилитација	1,400	бр.61 од 17.05.2012
Б305	Ендодонтски третман на периапикални лезии	2,100	бр.61 од 17.05.2012
Б306	Ретретман на ендодонтски третиран заб	2,200	бр.61 од 17.05.2012
Б307	Третман на рест пулпит	1,600	бр.61 од 17.05.2012
Б308	Подготовка на заб за интраканален имплант	2,100	бр.61 од 17.05.2012

### **Извор: ФЗОМ**

Договорите Фондот ќе ги склучува во зависност од планираните средства во буџетот на Фондот за таа намена, потребите на населението за овој вид на здравствена заштита во Република Македонија, како и врз основа на финансиски анализи.

Специјалистичко–консултативните стоматолошки здравствени услуги се дефинирани како завршни услуги со групирање на сите процедури и постапки кои се потребни за целосно извршување на завршената стоматолошка услуга согласно со Ценовникот за здравствени услуги на Република Македонија.

Во завршените специјалистичко–консултативни стоматолошки услуги се пресметани здравствените услуги и материјалните трошоци. Со одлука на Управниот одбор на Фондот се усвојува методологијата за утврдување на завршени стоматолошки услуги во специјалистичко–консултативна здравствена заштита, методологија за утврдување на цените на завршените услуги и цени на истите, како и вредноста на поенот.

Здравствената установа која дава специјалистичко–консултативни стоматолошки здравствени услуги за изработка на ортопедските помагала склучува договор со заботехничката лабораторија која има решение за вршење на дејност од Министерството за здравство.

Надоместокот за вршење на здравствените услуги се утврдува со одлука на Управниот одбор, а Фондот врз основа на планираните средства за специјалистичко–консултативна здравствена заштита според планот и



програмата за здравствени услуги и буџетот на Фондот. Износот на средства се утврдува врз основа на:<sup>107</sup>

- Планираните средства за специјалистичко–консултативната стоматолошка здравствена заштита утврдени во буџетот на Фондот;
- Материјални трошоци на здравствената установа според видот и обемот на здравствените услуги;
- Утврдените цени на завршените стоматолошки услуги;
- Планираниот вид и обем на здравствени услуги на осигурените лица што ќе се вршат во здравствената установа во согласност со потребите на населението на подрачјето на здравствената установа;
- Начин на плаќање;
- Здравствената установа до Фондот доставува фактури за завршени специјалистичко–консултативни стоматолошки услуги по осигурено лице за изработени ортопедски помагала по цени на завршените стоматолошки услуги со потребна документација за остварување на право на заботехнички и забнопротетички средства според правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала.

#### **4. Склучување договор и плаќање во болничка здравствена заштита**

Како здравствени услуги во болничката здравствена заштита се сметаат основните здравствени услуги, специјалистичко–консултативната здравствена заштита, болничката и терцијарната здравствена заштита од Законот за здравствено осигурување. Болничката здравствена заштита ја даваат универзитетските клиники, клиничките болници, општите болници и специјалните болници. Терцијарната здравствена заштита ја даваат универзитетските клиники.

---

<sup>107</sup> Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко–консултативна стоматолошка здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 52/2007 со измени и дополнувања во 104/2012, член 7;

Здравствените установи освен болничката здравствена заштита даваат и специјалистичко–консултативна здравствена заштита. Осигурените лица, здравствената заштита во специјалистичко–консултативна и болничка здравствена установа ја остваруваат со упат од избран лекар од примарна здравствена заштита.

За обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица во болничката здравствена заштита Фондот за здравствено осигурување на Македонија склучува договори со здравствените установи. Договорите се склучуваат доколку здравствената установа ги исполнува следните критериуми:<sup>108</sup>

- Да укажува здравствени услуги што се во рамките на дејноста за која е регистрирана;
- Да постојат услови за вршење на соодветната дејност (простор, опрема и кадри);
- Да има утврден план и програма за обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица;
- Да има утврден финансиски план на потребните средства за обезбедување на одреден вид и обем на здравствени услуги на осигурените лица;
- Да се вклопува со потребите на населението на подрачјето на здравствената установа;
- Да се платени придонесите за задолжително здравствено осигурување;
- Да негува добри деловни односи.

Договорите ФЗОМ ги склучува доколку има утврдени средства во буџетот на Фондот и за таа намена, по доставена понуда за склучување на договор придружен со потребна документација, со важност на договорот за тековната година.

---

<sup>108</sup> Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат болничка здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 95/2011, со измени и дополнувања во 181/2011 и 104/2012;

Договорите се склучуваат за спроведување на здравствена заштита за одредени дејности од болничка здравствена заштита и со нив се утврдува видот, обемот, квалитетот, начинот и роковите за остварување на договорените здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување за поединечни дејности на специјалистичко–консултативна, болничка и терцијарна здравствена заштита, со примена на медицина заснована на докази, утврдени цени, договорен износ на парични средства за договорен вид и обем на здравствени услуги, начинот и рокови на плаќање, следење и контрола над остварувањето на договорените здравствени услуги, договорните казни и условите под кои се раскинува договорот.

Надоместокот за вршење на здравствените услуги за секоја деловна година се утврдува со договор склучен помеѓу ФЗОМ и здравствената установа, врз основа на планираните средства за болничка здравствена заштита утврдени во буџетот на Фондот.

**Табела 7: Плаќање во болничка здравствена заштита**

Р.бр.	Шифра	ПАКЕТИ НА ЗДРАВСТВЕНАТА УСЛУГАТА	РЕФЕРЕНТНА ЦЕНА	СЛУЖБЕН ВЕСНИК	
	ДБ01	Дневна болница (сместување, оброк и труд на персоналот) за апликација на хемотерапија и/или биолошка терапија <b>под и над 4 часа</b>	460	бр.181 од 27.12.2011	во примена од 1 април 2012 г.
	ДБ02	Дневна болница (сместување и оброк) за апликација на медикаментозна терапија <b>над 4 часа</b>	200	бр.181 од 27.12.2011	
	ДБ03	Дневна болница (сместување, оброк и труд на персоналот) за психијатрија со вклучени здравствени услуги и медикаментозна терапија <b>над 4 часа</b>	670	бр.138 од 06.11.2012	Новата референтна цена од 670 денари стапува на сила осмиот ден од денот на објава во Службен весник, односно од 14.11.2012

				година. До таа дата важи старата референтна цена од 560 денари
ДБ04	Дневна болница за апликација на медикаментозна терапија под 4 часа	130	бр.63 од 23.05.2012	во примена од 31 мај 2012
ДС01	Болнички ден во стационар (сместување, оброци и труд на персоналот) со вклучени здравствени услуги и медикаментозна терапија во психијатрија за болните	960	бр.138 од 06.11.2012	Новата референтна цена од 960 денари стапува на сила осмиот ден од денот на објава во Службен весник, односно од 14.11.2012 година. До таа дата важи старата референтна цена од 710 денари
ДС02	Болнички ден во стационар (сместување, оброци и труд на персоналот) со вклучени здравствени услуги и медикаментозна терапија за хронично болни и продолжено болничко лекување во заводи и специјални болници за пациенти <b>по решение на ФЗОМ</b>	1,200	бр.181 од 27.12.2011	во примена од 1 април 2012 г.
ДС03	Болнички ден во стационар (сместување и оброци) <b>за придружник на болно дете на возраст до 3 години</b>	350	бр.181 од 27.12.2011	
ДС04	Болнички ден во стационар со вклучени здравствени услуги и медикаментозна терапија за болни во геронтологија	760	бр.63 од 23.05.2012	во примена од 31 мај 2012 г.

Извор: ФЗОМ

Остварената вкупна вредност на видот и обемот на здравствени услуги во првото, второто и третото тромесечје и проекцијата за четвртото тромесечје од претходната година во болничката здравствена заштита (по ДСГ метода за акутни болнички случаи и по утврдени цени на здравствени услуги во болнички услови за останатите болнички случаи).

За акутни болнички случаи во здравствените установи кои вршат терцијарна здравствена заштита по ДСГ методологија се определува 10% од остварената вкупна вредност на видот и обемот на ДСГ здравствени услуги во првото, второто и третото тромесечје и проекција за четвртото тромесечје од претходната година.

Остварената вкупна вредност на видот и обемот на здравствени услуги во првото, второто и третото тромесечје и проекцијата за четвртото тромесечје од претходната година во специјалистичко–консултативна здравствена заштита, по утврдени цели на здравствени услуги и утврдени референтни цени.

Надоместокот (буџетот) за обезбедени здравствени услуги дополнително може да се усогласува и со: задолжителните програми за здравствена заштита кои ги донесува секоја година владата на Република Македонија и нови здравствени услуги (вид и обем) за тековната во однос на претходната година, очекувани сопствени приходи на здравствената установа за тековната во однос на претходната година, прикажани во бизнис плановите на здравствените установи доставени во понудите за склучување договори, очекувани реформи во здравствениот систем, користење на одредени специфични лекови, посебни здравствени состојби предизвикани од вонредни околности, расположливи средства на буџетот на Фондот за тековната година и утврдување на трошоците на здравствената установа и видот и обемот на здравствените услуги.

Како вид и обем на здравствени услуги се сметаат здравствени услуги кои здравствената установа ќе ги обезбеди на осигурените лица според вид и обем во тековната година, прикажани како завршени специјалистичко–консултативни здравствени услуги, и по дијагностички сродни групи – ДСГ.

Планирањето на видот и обемот на здравствените услуги за тековната година се врши врз основа на стапката на морбидитетот и на бројот на населението на подрачјето на здравствената установа, односно на поширокото подрачје од кое гравитира населението за одреден вид на здравствени услуги. Вкупниот надоместок кој е утврден се смета како договорен надоместок за тековната година. Надоместокот претставува надоместок според остварена вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, намален за износот на пресметаното учество.

Надоместокот се состои од основен надоместок (фиксен дел) и надоместок според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги (променлив дел). Структурата на надоместоците се остварува на следниот начин:

Основен надоместок 70% - надоместок според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги – ДСГ и здравствени услуги за останати болнички случаи (променлив дел). Висината на надоместокот за здравствената установа ја утврдува Фондот. Ревидирање на утврдениот надоместок на здравствените установи се врши врз основа на податоци со кои располага Фондот за последните шест месеци.

Здравствените услуги се искажуваат според референтната цена за видот на завршената специјалистичко-консултативна здравствена услуга во апсолутен износ поодделно по дејности и специјалности за специјалистичко–консултативна здравствена заштита во која се вклучени трошоците за сите елементи кои учествуваат во цената утврдени согласно со методологијата за утврдување на референтните цени.

За болничката здравствена заштита, здравствените услуги се искажуваат групирани по методата на ДСГ (дијагностички сродни групи) за акутни болнички пациенти искажани по секоја поединечна ДСГ услуга означена со соодветна шифра од груперот, според утврдениот ДСГ коефициент за услугата со утврдена референтна цена на здравствените услуги врз основа на методологијата за

утврдување на референтните цени.<sup>109</sup> Референтните цени на здравствените услуги се утврдуваат со одлука на Управниот одбор на Фондот. Здравствени услуги групирани по ДСГ (дијагностички сродни групи) е метод на класификација на акутни болнички пациенти во збир кои имаат слични болнички трошоци и слични клинички карактеристики.

### **Начин на плаќање**

Вкупниот надоместок за здравствени услуги на здравствената установа за деловната година се дели на 12 месечни износи. Месечниот надоместок на здравствената установа □ се исплатува во целост до крајот на месецот за претходниот месец.

Износот на надоместокот се исплатува доколку здравствената установа го остварила во вкупна вредност договорениот вид и обем на: здравствени услуги по дијагностички сродни групи – ДСГ, здравствени услуги за останати болнички случаи кои не се опфатени со ДСГ методата и за сите услуги за кои нема утврдени референтни цени или пакети за здравствени услуги каде се применува ценовник за здравствени услуги на РМ, но не повеќе од утврдениот месечен надоместок.

Износот на надоместокот, според извршувањето на договорениот вид и обем на здравствени услуги, во текот на годината може да се намалува. Износот на надоместокот според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги за променливиот дел не може да се намалува.

---

<sup>109</sup> Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат болничка здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 95/2011, со измени и дополнувања во 181/2011 и 104/2012, член 9А;

Намалувањето се врши со индексот на остварувањето во однос на договорената вредност на вид и обем на здравствени услуги. Намалувањето на променливиот дел се врши по истекот на секое тримесечие.<sup>110</sup>

Договор за укажување на здравствените услуги и за надоместокот утврден врз основа помеѓу Фондот и здравствената установа се склучува најдоцна до 31 декември во тековната година за следната година, по извршеното усогласување.<sup>111</sup> Составен дел на договорот е:

- Извештај за приходи и трошоци на здравствената установа во последната година;
- Извештај за видот и обемот на извршените здравствени услуги на осигурени лица во последната година;
- Извештај за бројот и структурата на вработените во последната година;
- Извештај за видовите, количините и износите на лековите, медицинските материјали и другите материјали потрошени во претходната година;
- План на приходите и трошоците на здравствената установа за тековната година;
- План и структура на вработените за тековната година;
- План за видот и обемот на здравствените услуги за тековната година; план на цели што треба да се постигнат во работењето на здравствената установа;
- Деловен план за тековната година.

---

<sup>110</sup> Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат болничка здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 95/2011, со измени и дополнувања во 181/2011 и 104/2012, член 11;

<sup>111</sup> Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат болничка здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, 95/2011, со измени и дополнувања во 181/2011 и 104/2012, член 15;



Со средствата кои се остварени, здравствената установа располага самостојно. Здравствената установа остварените средства според договорот не може да ги пренамени за исплата на плати и надоместоци на плати на вработените, ниту за други намени доколку со тоа се предизвикува намалување на правата и квалитетот на здравствените услуги на осигурените лица.

## **5. Начин и методологија за утврдување на референтни цени на лекови**

Референтна цена на лекот е максималниот износ кој Фондот го обезбедува за одреден лек. Референтната цена на лекот се утврдува на ниво на големопродажна цена со вклучен ДДВ. Составен дел на големопродажната цена е маржата за промет на големо согласно со Законот за лековите и медицинските помагала.

Референтната цена на лекот се одредува со споредбена анализа на големопродажните цени на лековите во Република Македонија и во референтните земји утврдени со член 63-в од Законот за здравствено осигурување.

Референтни земји се: Република Словенија, Република Хрватска, Република Бугарија и Република Србија.

Основни критериуми за утврдување на референтни цени на лекови се следните:

- Референтната цена (споредбената големопродажна цена на лекот со вклучен ДДВ) во референтните земји;
- Просечна споредбена цена на лекот;
- Нивото на споредбената цена согласно со коефициентот на паритет на куповна сила.

Основа за утврдување на споредбената големопродажна цена на лекот од алинеја е големопродажната цена на лек со идентичен АТЦ код според класификацијата на СЗО и идентична или сродна фармацевтска дозна форма, идентична јачина и идентично или најблиско пакување во референтните земји. Извори на податоци за големопродажните цени на лековите во референтните земји се последните објавени цени до денот на пресметката на официјалната веб-страница на надлежните органи во: Република Словенија ([www.zzzs.si](http://www.zzzs.si) – Baza zdravil), Република Хрватска ([www.hzzo-net.hr](http://www.hzzo-net.hr) - Lista lijekova), Република Бугарија ([www.mh.government.bg](http://www.mh.government.bg) - Регистри) и Република Србија ([www.rzzo.sr.gov.yu](http://www.rzzo.sr.gov.yu) - Листа лекова).

Споредбената големопродажна цена на лековите се утврдува поединечно за секоја фармацевтска дозна форма и јачина. Ако во референтните земји постои лек со иста јачина од различни производители со различни цени, како предвид се зема најниската цена на лекот, која се применува при утврдувањето на споредбената цена за сите лекови од таа генерика.

Ако во референтните земји за лек со идентичен АТЦ код има иста или сродна дозна форма (пр. таблети-дражеи-капсули) со иста јачина и начин на апликација, во тој случај предвид се зема најниската цена на лекот, при што лековите со продолжено или контролирано терапевтско дејство не можат да се изедначат со лековите со директно терапевтско дејство. При преземање на споредбената цена на лековите од референтните земји се зема цената на лек чие пакување содржи еднаков број на единици со споредуваниот лек. Во случаите на различен број единици во пакувањето на лекот во референтната земја се зема најблиското пакување.

Споредбената цена во тој случај се пресметува за единица на споредуваниот лек, а потоа се пресметува за вкупниот број единици во пакувањето на лекот.

Споредбената големопродажна цена на лекот од референтните земји се изразува во денарска противвредност по средниот курс на Народна банка на Република Македонија на денот на пресметката на референтната цена.<sup>112</sup>

Нивото на споредбената цена се усогласува со коефициентот на паритет на куповна сила. Коефициент на паритетот на куповна сила е однос изразен во проценти на БДП по глава на жител во Република Македонија и просекот од вредностите на бруто-домашниот производ по глава на жител во референтните земји, според методологијата на паритет на куповната сила утврдена од Меѓународниот монетарен фонд од Вашингтон за последната година за која Меѓународниот монетарен фонд има објавено конечни податоци.

Референтни цени на лековите се усогласуваат со коефициентот на паритет на куповна сила на следниов начин:

За лекови кои немаат генеричка паралела по АТЦ класификацијата и кои до денот на пресметката имаат ниво на цени поголемо од просечната споредбена цена (над 100%), просечната споредбена цена се множи со 1;

За лекови со генеричка паралела кои до денот на пресметката имаат ниво на цени поголемо од 79,23%, просечната споредбена цена се множи со коефициентот на паритет на куповна сила кој во овој случај изнесува 0,7923. Овој коефициент се применува при утврдувањето на референтни цени за сите лекови од таа генерика. Референтни цени на лековите од став 2 и 3 на овој член, кои до денот на пресметката имаат ниво под нивото и кои имаат ниво на цени поголемо од 51,46 %, не се менуваат;

---

<sup>112</sup> Правилник за утврдување на референтни цени на лекови, „Службен весник на Република Македонија“ бр.25/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009 и 50/2010, член 7;

За лековите кои до денот на пресметката имаат ниво на цена под 51,46% и на кои постоечката референтна цена е пониска од најниската единствена цена, референтната цена се зголемува до нивото на најниската единствена цена максимално до коефициентот на паритет на куповна сила кој во овој случај изнесува 0,5146.

За лекови за кои не може да се утврди споредбена цена преку ниту еден од изворите на податоци наведени во член 5 став 2 на овој правилник, како референтна цена се утврдува најниската одобрена единствена големопродажна цена на лекот, односно се презема референтната цена од терапевтски еквивалентен лек.

За меѓусебно заменливи лекови до трето ниво по АТЦ класификацијата, односно за лекови со еднаков учинок и безбедност (терапевтски еквивалентни лекови) може да се утврдуваат фармаколошко-терапевтски групи на лекови. Фармаколошко-терапевтска група на лекови е група на терапевтски еквивалентни лекови, за кои се утврдува единствена референтна цена, усогласена по основа на број на единици во пакување, дефинирана дневна доза и јачина на лекот. Референтната цена за фармаколошко-терапевтска група се одредува на ниво на една цена на лековите од групата со цел обезбедување на лек на товар на Фондот, без доплата од осигурениците.<sup>113</sup>

За утврдување на предлог референтните цени на лековите, директорот на Фондот формира постојана комисија за утврдување на предлог референтни цени. Комисијата се состои од 7 (седум) членови од кои едниот е претседател. Членови на комисијата може да бидат лица вработени во Фондот за здравствено осигурување на Македонија, како и надворешни лица - економисти, фармацевти, лекари или правници, од кои еден задолжително е лице вработено во

---

<sup>113</sup> Правилник за утврдување на референтни цени на лекови, „Службен весник на Република Македонија“ бр.25/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009 и 50/2010, член 13;

Министерството за здравство. Комисијата е самостојна во својата работа и работи врз основа на овој правилник и другите позитивни законски прописи.

Комисијата за утврдување на предлог референтни цени доставува до Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија писмен предлог за референтни цени, со дадено образложение и записници од работата на комисијата дадени во прилог. Предлог референтни цени се искажуваат за секој лек поединечно по единица фармацевтска дозажна форма и јачина и по пакување.

## V ЗАКЛУЧОК И ИДНИ ПРЕПОРАКИ

Земајќи го предвид ривалството помеѓу докторите од примарната здравствена заштита и специјалистите, претпоставив дека специјалистите ќе имаат различно гледиште за ефикасноста на здравствениот систем во Република Македонија. Ова посебно се однесуваше на тоа што овие две групи лекари би требало да имаат различни мислења за политиката на упатување на пациенти и за начинот како да се надмине преоптовареноста на секундарниот и терцијарниот здравствен систем, при што примарниот здравствен систем останува недоволно искористен. Со цел да откријам зошто секундарниот и терцијарниот здравствен систем се преоптоварени (73% од докторите-специјалисти кои работат во секундарните здравствени установи сметаат дека секундарниот и терцијарниот здравствен систем се преоптоварени), поставив прашања за улогата на докторите од примарната здравствена заштита во лекувањето на пациентите кои треба да бидат упатени во повисоки здравствени институции.

Над една третина од докторите кои работат во секундарните здравствени установи имаат погрешна претстава за поставеноста на здравствениот систем во Македонија. Така, 34% од специјалистите сметаат дека улогата на докторите од примарната здравствена заштита е во издавањето рецепти и упати. За среќа, 60% сметаат дека докторите од примарната здравствена заштита треба да имаат активна улога во третирањето на пациентите, и кога овој пристап почесто би се применувал тоа би довело до растоварување на здравствените услуги и намалување на трошоците.

Заклучив дека пациентите кои се упатени во секундарни здравствени установи треба да бидат дијагностицирани и потоа лекувањето треба да се врши назад во примарната здравствена установа. Но малку пациенти се враќаат во примарната здравствена установа – пациентите сакаат лекување или следење на нивниот здравствен статус од страна на секундарната здравствена установа.

Всушност, 39% од специјалистите сметаат дека по препишување на терапијата помалку од 10% од пациентите редовно одат на контрола и прегледи кај докторите од примарната здравствена заштита.

Така заклучивме дека, наместо тоа, пациентите се враќаат кај докторите-специјалисти од секундарната здравствена установа.

Малку доктори-специјалисти веруваат дека нивните пациенти редовно се лечат и испитуваат кај докторите од примарната здравствена заштита. Само 5% сметаат дека повеќе од 90% од пациентите редовно се прегледуваат од страна на докторите од примарната здравствена заштита. Исто така, специјалистите беа запрашани зошто докторите од примарната здравствена заштита повторно ги праќаат пациентите кои веќе имаат дијагноза на преглед кај други специјалисти. Околу 39% сметаат дека главната причина е во влошувањето на статусот на пациент, додека 37% сметаат дека тоа е заради недостатокот од соодветна дијагностика за следење на пациентот за време на третманот.

Според истражувањето, од прогласувањето независност, Македонија поминува низ тежок економски период обележан со пад на БДП, намалување на платите, зголемена сиромаштија и висока невработеност. Приходите од даноци се намалени поради високата невработеност, ниските плати, големиот обем на сива економија и слабиот капацитет за наплата на даноци и придонеси.

Плаќањето на високи социјални придонеси од страна на еден ограничен број работодавци го попречува економскиот развој. Сето ова значи дека во моментот долгогодишниот систем на социјално здравствено осигурување е под сериозен притисок, додека фактичката состојба покажува дека одредени предуслови за воопшто земјата да има еден ваков систем не се исполнети. Такви предуслови се земјата да има ниска стапка на невработеност, најголем дел од економијата да е формална (наспроти сива) и да постои добар капацитет за наплата на придонесите за здравство.

Во магистерскиот труд констатирав дека основен извор за прибирање на средствата се придонесите од плата и други надоместоци кои се слеваат во

единствен државен фонд за здравствено осигурување, со голем степен на солидарност помеѓу осигурениците, но и со строги критериуми за одржливост, финансиска контрола и надзор од владата.

Стапките на придонесите за здравствено осигурување и понатаму ќе останат на исто ниво и ќе се подобри наплатата на придонесите, а средствата ќе се користат за поефективни и поефикасни здравствени услуги. Министерствата за финансии, здравство и труд и социјална политика континуирано ќе соработуваат заради подобрување на наплатата на придонесите за Фондот за здравствено осигурување преку воведување на систем за заедничка наплата на придонесите лоциран во Управата за јавни приходи.

Предноста на овој начин на финансирање на здравствената заштита наместо директно од државниот Буџет е што Владата нема да се оптовари со набавки и финансиска администрација и ќе се промовира развојот на куповниот капацитет на населението.

Здравственото осигурување се заснова на индивидуално членство и придонеси што воедно дава подобра можност за помало влијание на политиката во финансирањето на здравствената заштита.

Фондот за здравствено осигурување е веќе зајакнат и реорганизиран, со цел за да ја исполни основната функција во спроведувањето на здравственото осигурување за осигурените лица и да управува со средствата на осигурениците ефикасно и ефективно и во нивен најдобар интерес, согласно со акционен план за подобрување на функционирањето на ФЗОМ.

Министерството за финансии секоја година го предлага вкупниот буџет на ФЗОМ за наредната година, врз основа на плановите за собирање на приходи. Овој буџет мора да биде одобрен од Собранието како горна граница за расходите на ФЗОМ во претстојната година. ФЗОМ изготвува план за распределба на средствата до сите елементи на системот за здравствена заштита во претстојната година, којшто треба да биде одобрен од Управниот одбор. ФЗОМ не смее да преземе обврски за плаќање на трошоци над договорената горна граница.



Сите договори помеѓу ФЗОМ и давателите на здравствени услуги имаат финансиска горна граница поврзана со одреден лимит за активностите, што значи дека финансиските одговорности се префрлаат од ФЗОМ на давателите на услуги.

Менаџерската структура и степенот на автономија на ФЗОМ беа неодамна приспособени во насока на обезбедување поголема контрола од Владата. Од 2005 година е спроведен детален акционен план за подобрување на функционирањето на ФЗОМ. Спроведувањето на договорениот акционен план за ФЗОМ под новата структура во периодот 2006-2008 година ќе биде оценувано во 2009 година за да се увиди дали се неопходни промени.

Владата и ФЗОМ изготвуваат план за решавање на проблемот на постојните заостанати долгови на ФЗОМ и истиот му го доставуваат на Собранието. Со закон е уредено дека ФЗОМ не смее да прави нови долгови во иднина.

Основниот пакет на здравствени услуги претставува кошница со сите здравствени услуги што им се обезбедуваат на осигурениците, за кои давателите на услуги ќе бидат целосно или делумно покриени од страна на ФЗОМ. Ова значи дека пациентот или не плаќа за овие услуги на местото на давање на услугата или плаќа утврдена партиципација. Се користат повеќе методи за урамнотежување на приходите и расходите на ФЗОМ:

- Редизајнирање на основниот пакет на здравствени услуги со утврдување на здравствените приоритети;
- Периодично ревидирање на содржината на основниот пакет на здравствени услуги во зависност од расположливите финансиски средства;
- Темелна проценка (вклучувајќи и утврдување на маргинална трошкова ефективност) на новите лекови и помагала пред истите да вклучени во основниот пакет на здравствени услуги;
- Дефинирање на приоритетни превентивни здравствени услуги за кои нема да се плаќа партиципација;

- Договарање меѓу ФЗОМ и давателите на здравствени услуги за видот, обемот и цената на чинење на куративните услуги во рамките на основниот пакет на здравствени услуги;
- Воведување поголема партиципација за специфични форми на специјалистичко-консултативни услуги во амбулантно-поликлиничка и болничка здравствена заштита (изземајќи одредени категории население), со што ќе се намалат неформалните плаќања од џеб, овозможувајќи му на давателот на услуги да ги задржи дополнителните приходи;
- Периодично ревидирање на позитивната листа на есенцијални лекови и медицински помагала вклучени во основниот пакет на здравствени услуги;
- Преземање на одговорноста од ФЗОМ за исплата на средства за случаи на боледување и породилно отсуство од страна на соодветните институции;
- Приспособување на стапките на придонеси за здравствено осигурување за различните категории осигуреници доколку истото е можно и потребно;
- Периодично ажурираниот Основен пакет на здравствени услуги мора да биде одобрен со одлука од Управниот одбор на ФЗОМ и добиена согласност од МЗ.

Корисниците на здравствени услуги во иднина ќе мора да ги плаќаат здравствените услугите на негативната листа надвор од пакетот со услуги, и тоа во одредени случаи по регулирани цени, а во други случаи по пазарни цени.

Во принцип, сите македонски државјани регистрирани во Матичната книга на родени се сметаат за осигуреници без оглед на тоа кој го плаќа придонесот за здравствено осигурување: работодавците, самите граѓани или социјалните фондови. ФЗОМ е единствен купувач на здравствени услуги од Основниот пакет на здравствени услуги. Приватни компании може да осигуруваат граѓани за дополнителни услуги на доброволна основа. ФЗОМ ќе ја подобри својата функција на купувач на здравствени услуги и плаќањето на здравствените услуги ќе го врши само врз основа на склучени договори за одреден вид и обем на здравствени услуги со дефинирани цени што им се потребни на осигурениците во сите подрачја во Република Македонија.

## КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

### Домашна литература:

1. Борјан Павловски, Систем на здравствена заштита во Република Македонија, презентација, Здружение на ЕСЕ;
2. Бранислав Саркањац, (2008), Јавно здравје и здравствена реформа“ - Филозофски факултет, Институт за здравје и општество, Скопје;
3. Велинов, В., (2008), „Финансирање на здравствената заштита на населението во Република Македонија“, Економски развој бр.3/2008, Економски институт, Скопје;
4. Владимир Лазаревиќ, Здравство, (2008), Програма за здравствена заштита, 2008 – 2012;
5. Права од примарна здравствена заштита, достапно на: <http://www.akademik.mk/document/prava-od-primarna-zdravstvena-zashtit>
6. Давитков, Б., и др., (2009), „Право и јавно здравство“, Правен факултет „Јустинијан први“, Скопје;
7. Даскаловски, Николовска Ж., Ристеска М., (2006), „Водич во буџети“, Скопје;
8. Димовска, А., (2008) „Здравјето нема цена, но чини“ - Што економистите треба да знаат за здравството, Билтен 11-12/2008, Министерство за финансии;
9. Државен завод за статистика на Република Македонија, (2009), „Статистички годишник на Република Македонија“, Скопје;
10. Ѓорѓев Д., Бачановиќ А., и др., (2006), „Профил на здравствените системи во транзиција: Република Македонија, Скопје;
11. Ковачиќ Л., (2003), „Организација и управување со здравствена заштита“, Медицинско издание, Загреб;
12. Кучиќ В., (2000), „Социјална медицина“, Современа администрација, Белград;
13. Миладинов Горан, Матлиевска Маргарита, (2011), Основи на здравствен менаџмент (интерна скрипта), стр.99;

14. Мицески Т., (2009), „Менаџмент во здравството“, Економски факултет, Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип;
15. Неновски, Т., (2008), „Структура на јавните финансии во Република Македонија“, Институт за економски стратегии и меѓународни односи, Скопје;
16. Николовски Круме (2013), Современи тенденции на јавното здравство, Штип;
17. Николоски К., (2009), „Економика на здравството“, Економски факултет, Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип;
18. Официјална страница на Фондот за здравствено осигурување, достапно на: <http://www.fzo.org.mk/>
19. Перик В. А., (1971), „Финансиска теорија и политика“ – III изменето и дополнето издание, Институт за економски истражувања, Белград;
20. Ропач Дарко, (2012), Лекарски Новини, Хрватска, достапно на: <http://www.hdgo.hr/> - Portal Hrvatskog drustva za ginekologiju i opstetriciju;
21. Скрбиќ М., (1983), „Вовед во економика на здравство“, Стварност, Загреб;
22. Сектор за секундарна и терциерна здравствена заштита, достапно на: <http://zdravstvo.gov.mk/sektor-sekundarna-zdravstvena-zastita/>
23. ФЗО, Информација за долговите и побарувањата помеѓу Фондот за здравствено осигурување и здравствените институции (неофицијална публикација), (2014), Скопје;
24. ФЗО, Годишен извештај за работата на Фондот за здравствено осигурување на РМ за 2014 година, (2015), Скопје;
25. Центар за истражување и креирање политики, (2011), Реформи на здравствениот систем во Македонија – Студија бр. 4;
26. Шуклев Б., Дракулевски Љ., (2009), „Стратегиски Менаџмент“, Економски факултет, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ - Скопје;
27. Министерство за здравство на Република Македонија – „Стратегија за развој на македонски интегриран стратегиски информатички систем“ -

28. Министерство за здравство во Република Македонија – „План за подготовка и одговор на здравствениот систем при вонредни/кризни состојби во Република Македонија“, Скопје, јуни, (2009)
29. Министерство за здравство – Здравствена стратегија во Република Македонија. 2006-2015
30. Министерство за здравство на Република Македонија, Проект за управување со здравствениот сектор, (2012), Стратегија за развој на македонски интегриран здравствен информатички систем;
31. Министерство за здравство, (2012), Закон за јавно здравје, Пречистен текст, Закон за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр.22/2010, Закон за дополнување на Законот за јавно здравје, Службен весник на Република Македонија, бр.136/2011;
32. Закон за здравствена заштита, пречистен текст, Службен весник на Република Македонија, бр.10/2013;
33. Закон за здравствено осигурување, Интерен пречистен текст, Службен весник на Република Македонија 65/2012, 16/2013 и 91/2013;
34. Закон за здравствена заштита, Службен весник на Република Македонија, бр.38/1991, 46/1993, 55/1995, 10/2004, 84/2005, 111/2005, 65/2006, 5/2007, 77/2008;
35. Закон за придонеси од задолжително социјално осигурување, Службен весник на Република Македонија, бр.142/2008;
36. Закон за буџетите на Република Македонија, Службен весник на Република Македонија, бр.64/05;
37. Закон за здравствено осигурување, Службен весник на Република Македонија, бр.19/2011;
38. Правилник за подготвување, донесување и изменување на годишен план на приходи и расходи за финансирање на јавните здравствени установи за остварување на правата од здравственото осигурување, Службен весник на Република Македонија 138/2012;
39. Правилник за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита, Службен весник на Република

Македонија, 42/2012, со дополнување и изменување во „Службен весник на Република Македонија“ 176/2013 и 47/2014;

**40.** Правилник за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат болничка здравствена заштита, „Службен весник на Република Македонија“, 95/2011, со измени и дополнувања во 181/2011 и 104/2012;

**41.** Правилник за утврдување на референтни цени на лекови, „Службен весник на Република Македонија“ бр.25/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009 и 50/2010;

#### Странска литература:

1. An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union, Edited by Sophie Witter and Tim Ensor, 1997;
2. Barr, N., (2002), „The welfare state as piggy bank. Oxford“, Oxford University Press. Chapter 4: ‘Problems with medical insurance’;
3. Büchner, F. and J. Wasem, (2003), “Needs for further improvement: risk adjustment in the German health insurance system.” Health Policy 65(1): 21-35;
4. Busse, R., R. Saltman, et al. (2004). “Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments.” Social health insurance systems in western Europe. R. Saltman, R. Busse and J. Figueras. Buckingham, Open University Press;
5. Burchfield K., (2004), Health Insurance Fund governance reform component - final report;
6. Bossert T., (2003), „Report on workshop on health systems and policies in Macedonia: evaluation, recommendations and follow-up, Harvard School of Public Health;
7. Clinton, Country Health Department, What is public health?, Administration uUnit, 133 Margaret Street,

8. Carrin, G. (2002). "Social health insurance in developing countries: a continuing challenge". *International Social Security Review* 55(2): 57-69;
9. Chernichovsky, D. and W. P. van de Ven (2003). "Risk adjustment in Europe." *Health Policy* 65(1): 1-3;
10. Chollet, D. and Lewis M., (1997),,,Private insurance: principles and practice. *Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank conference*;
11. Culyer, A. J., (1989), "The normative economics of health care finance and provision." *Oxford Review of Economic Policy* 5: 34-58;
12. Cercone J.A., (2004),,,Health sector reform project - Health services contracting and modernization component, final report. Ministry of Health;
13. Dredge R., (2006),,,Inception report of the Policy Analysis Unit advisor“;
14. Ernst & Young, (2005),,,Action plan for the Health Insurance Fund for the Republic of Macedonia“. Final report;
15. European Observatory on Health Care Systems. The former Yugoslav Republic of Macedonia, (2004),,,Health systems in transition profile“;
16. Gomes B., Toon P., (2000),,,Continuous medical education for primary care doctors: the strategy, Revision 3.0;
17. Government of Macedonia, (2000),,,Law on health insurance“, Official Gazette no. 25;
18. Health Sector Management Project/Project, (2005),,,Co-ordination Unit;
19. Macedonian Academy of Sciences and Arts, (2001),,,Strategy for improvement of health protection of the population in the Republic of Macedonia“, Skopje;
20. Maynard, A. and A. Dixon (2002). "Voluntary health insurance and medical savings accounts: theory and experience". *Funding health care: options for Europe*. E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds). Buckingham, Open University Press
21. Hall, J., R. De Abreu Lourenco and R. Viney (1999). "Carrots and sticks - the fall and fall of private health insurance in Australia." *Health Economics* 8(8): 653-60
22. Hsiao, W. C. (1992). "Comparing health care systems: what nations can learn from one another". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 17(4): 613-36

23. National Committee for Health Promotion, (2002), „Health promotion in the Republic of Macedonia (review)“. Skopje;
24. Mossialos, E., (1997), “Citizen`s views on health care systems in the 15 member states of the European Union”. Health Economics, 6 (2): 109-116;
25. Mossialos, E. and A. Dixon (2002). “Funding health care in Europe: an introduction”. Funding health care: options for Europe. E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin. Buckingham;
26. Plattsburg, NY, page 1, достапно на:
27. [http://www.clintoncountygov.com/departments/health/print\\_page/aboutus.pdf](http://www.clintoncountygov.com/departments/health/print_page/aboutus.pdf),
28. IOM. The Future of The Public Health in the 21st Century, Washington, (2003), The National Academies Press;
29. Tulchinsky TH, Varivikova EA. The New Public Health. Academic Press: San Diego, CA, 2000, p. 81 во
30. Ten Great Public Health Achievements in the 20th Century, достапно на:
31. <http://www.cdc.gov/about/history/tengpha.htm>
32. Wright K, editor. Demonstrating excellence in academic public health practice. Washington DC: Association of Schools of Public Health; 1999, достапно на:
33. <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/12/07-046110/en/>
34. WHO и Donald Acheson, Public health online resource for careers, skills and training, достапно на: [http://www.phorcast.org.uk/page.php?area\\_id=1](http://www.phorcast.org.uk/page.php?area_id=1)
35. Who Pays for Health Systems? World Health Organization, (2000) The World Health Report;