



Документ за
јавни политики

**Препораки за
вклучување на
родовата еднаквост и
социјалната инклузија
(РЕСИ) во Законот
за здравствено
осигурување**

Содржина

Што е целта на овој документ за јавни политики?	3
Што се уредува со Законот за здравственото осигурување?	3
Каков е концептот на здравственото осигурување?	4
Утврдени слабости на здравственото осигурување поврзани со РЕСИ	5
За кого? – Која популација е покриена, а која е изоставена?	5
Дали сите малолетни лица имаат еднаков пристап до здравствените услуги?	6
Со какви пречки се соочуваат ранливите групи граѓани кои останале без работа?	7
Што? – За кои права треба да се подобри пристапот?	9
Зошто одредени бремени жени се изоставени од правото на (целосно) породилно боледување?	9
Со кои услуги за репродуктивно здравје треба да се прошири пакетот?	11
Колку? – Дали трошокот осиромашува одредени осигуреници?	13
Дали одредени РЕСИ целни групи треба да бидат дополнително ослободени од партиципација?	14

Што е целта на овој документ за јавни политики?

Целта на овој документ е да ги прикаже наодите и можностите за вклучување на родовата еднаквост и социјалната инклузија (РЕСИ) во Законот за здравственото осигурување (во понатамошниот текст „Законот“) и да даде оценка на оправданоста за промена на регулативата во областа на здравственото осигурување поврзана со РЕСИ. Тоа подразбира опфат на лица од ранливи и маргинализирани категории по која било основа, покриеност на услугите за социјално исклучени групи и еднаквост во пристапот до тие услуги.

Што се уредува со Законот за здравственото осигурување?

Со Законот се регулира пристап до здравствените услуги за сите граѓани врз принцип на еднаквост и инклузивност и се утврдуваат условите и процедурите за користење на здравственото осигурување, со акцент на заштита на здравјето на населението и ефикасно користење на финансиските средства.

Во согласност со Законот, здравственото осигурување се востановува како задолжително и доброволно. Задолжително здравствено осигурување го спроведува Фондот за здравствено осигурување и се однесува на сите граѓани заради обезбедување на здравствени услуги и парични надоместоци врз начелата на сеопфатност, солидарност, еднаквост и ефективно користење на средствата. Доброволното здравствено осигурување го спроведуваат осигурителните друштва во согласност со овој Закон и со Законот за доброволно здравствено осигурување.



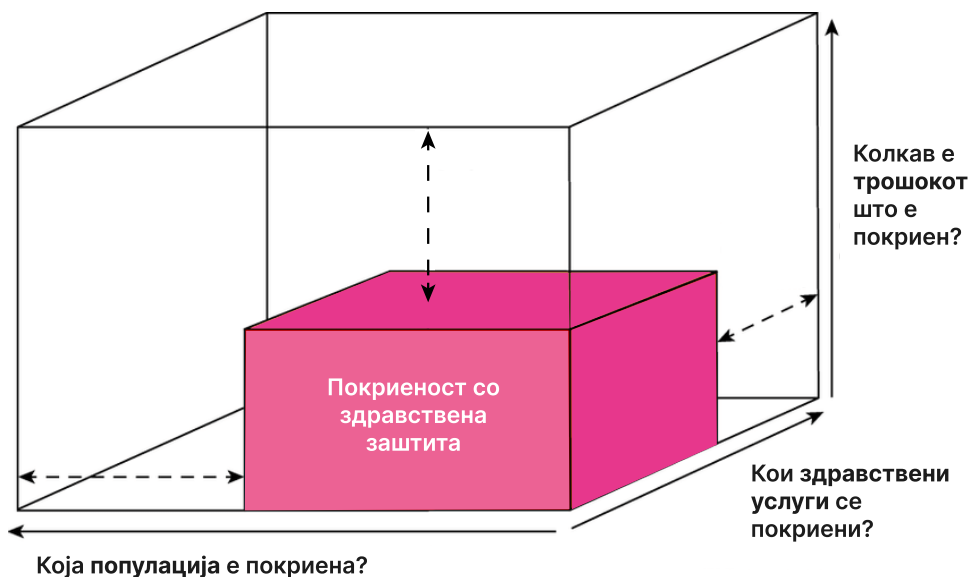
Според член 9 став 1 од Законот за здравственото осигурување, на осигурените лица им се обезбедува право на основни здравствени услуги, и тоа:

- а) во примарната здравствена заштита
- б) во специјалистичко-консултативната здравствена заштита
- в) во болничката (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита

Каков е концептот на здравственото осигурување?

Здравственото осигурување е еден од механизмите за **обезбедување на универзална покриеност со здравствена заштита**, чија цел е да обезбеди рамноправност во пристапот до здравствени услуги (вклучувајќи ги промотивните, превентивните, куративните, рехабилитативните и палијативните здравствени услуги). Односно секој кој има потреба од здравствена услуга треба да ја добие, а не само оние кои можат да платат за тоа. Исто така, овој пристап треба да обезбеди луѓето да бидат заштитени од финансиски ризик, односно да се обезбеди дека трошокот за користење на здравствени услуги нема да ги стави во ризик од сериозни финансиски тешкотии.

За да се одговори на прашањето дали и колку населението е покриено со ефективна здравствена заштита, треба да се одговори на три основни прашања: За кого? Што? и Колку?



Слика 1: Три димензии на напорите за обезбедување универзална здравствена покриеност

Овие принципи на покривање на здравствени услуги и удел во нивниот трошок се слични во сите земји на Европа. Сепак, во зависност од финансиската моќ на државите, различни се:

- одвојувањето за здравство
- ефективната на здравствените системи
- уделот на државата во покривањето на трошоците за здравствената заштита.

Во нашата држава задолжителното здравствено осигурување е стожерот на обезбедување универзална здравствена заштита. Сепак, постојат сегменти од здравствената заштита кои, од различни причини, не се покриени од здравственото осигурување. Но заради нивната јавно-здравствена важност, креирани се дополнителни владини програми со кои жителите добиваат дополнителни права од здравствената заштита (програма за имунизација, за ретки болести, за спречување на ХИВ, за зависности, програми за скрининг, за ослободување од партиципација итн.). Овие програми се спроведуваат преку Министерството за здравство.

Со обезбедување на што поголем степен на родова еднаквост и социјална инклузија (РЕСИ) во здравственото осигурување, се обезбедуваат неопходни чекори во почитување на принципите на универзална покриеност со здравствена заштита. Во тој контекст, овој документ ќе се осврне на слабостите и недостатоците, прикажувајќи ги во трите наведени димензии: **За кого? Што? и Колку?**

Утврдени слабости на здравственото осигурување поврзани со РЕСИ

За кого? – Која популација е покриена, а која е изоставена?

Законот дава основа сите граѓани во нашата држава да бидат вклучени во здравственото осигурување. Законот е инклузивен и речиси нема изоставени лица кога се зборува за правото да добијат основа на здравствено осигурување. Осигуреници се вработените лица, невработените лица, пензионерите, индивидуалните земјоделци, верските службени лица, лицата под социјална заштита, деташирани работници, странци кои работат или се школуваат во Македонија, затвореници, борци итн.

Сепак, добивањето основа на здравствено осигурување не значи и пристап до користење на здравствените услуги. По регулирање на основот на здравствено осигурување (пријавување со ЗО-1 пријава во Фондот), основен услов е да биде платен придонесот за здравствено осигурување од страна на обврзникот во Фондот. Обврзници за плаќање на придонесот за вработени лица се работодавците, за невработените е Министерството за здравство или осигуреникот сам за себе, за лицата под социјална заштита е Министерството за социјална политика, демографија и млади итн.



Освен ова, битно е да се истакне дека во нашата земја здравственото осигурување е на **фамилијарна основа**, односно секое лице кое е носител на здравствено осигурување има право со истиот придонес да ги покрие и членовите на своето семејство – брачниот другар и децата родени во брак или надвор од брак, посиноците, посвоените деца и децата земени на издржување. Децата на осигуреникот се здравствено осигурени до навршување на 18-годишна возраст, односно до 26 години, ако студираат.

Еден од показателите на сеопфатноста на нашето здравствено осигурување е **бројката на осигурени лица**. Имено, според најновите податоци достапни преку Државниот завод за статистика (ДЗС) за последната проценка на населението (состојба на 31.12.2022 година) и според последниот попис на населението од 2021 година, во Република Северна Македонија има 1.829.954 жители. Во декември 2022 година во Фондот биле пријавени 1.854.400 осигуреници, што е повеќе од проценетиот број на жители во државата. (што се должи на присуство на странци како осигуреници по различен основ, мигранти или сл.)

1.828.954

Жители на пописот
на население - 2021

1.854.400

Осигуреници во Фондот,
декември 2022

Но дали навистина „никој не е изоставен“?

Како и секој систем, и нашиот систем на здравствено осигурување има свои ризици дури и кога се гледаат првите чекори неопходни за пристапот до здравствена заштита, т. е. пријавување во здравствено осигурување и плаќање на надоместокот. Во продолжение се дадени случаи кои се утврдени како можности за подобрување во овој сегмент.

Дали сите малолетни лица имаат еднаков пристап до здравствените услуги?

Законот не дава можност малолетно лице да биде самостоен носител на здравствено осигурување, од што произлегуваат следните слабости:

1. Правото дали малолетните лица осигурени преку родителот, односно старателот, ќе користат здравствена заштита зависи од тоа дали за носителот на осигурувањето (родителот) е платен придонесот за здравствено осигурување.
2. Со ваквата одредба Законот става одредена група малолетни лица во нерамноправна положба, со тоа што тие не може да користат здравствена заштита ако за родителот како осигуреник нема платен придонес. Треба да се има предвид дека придонес за здравствено осигурување за членовите на семејството не се плаќа дополнително.
3. Децата без родители кои веднаш по нивното раѓање се сместени во згрижувачки установи, во системот на Фондот се пријавуваат како самостојни осигуреници, и покрај тоа што во Законот не постои таква одредба.



Предлог-измени:

Со цел надминување на ваквата дискриминација во користењето на правото на здравствена заштита на сите малолетните деца, а имајќи предвид дека не постојат финансиски импликации, предлагаме во членот 5 од Законот кој ги дефинира основите на осигурување, **да се додаде нов основ на осигурување: „Деца до навршување на 18-годишна возраст, доколку не се осигурени по друга основа“.**

Со воведувањето на новиот основ на осигурување, и понатаму малолетните деца ќе можат да се осигуруваат како член на семејство, но во услови кога има пречка во остварување на правото на здравствено осигурување, да можат да се осигурат по овој нов основ. Тоа е еден вид дополнителна грижа за младите со која се праќа сигурна порака колку тие ни се важни во државата. Воедно, истакнуваме дека вакво законско решение веќе функционира во Србија.¹

¹ Во член 16 став 1 точка 1 од Законот за здравствено осигурување на Република Србија е предвидено дека „Лице кое не исполнува услови да стекне здравствено осигурување по некој од основите предвидени во Законот, ниту да биде осигурен како член на семејство, може да биде самостојно осигурено, и тоа: – деца со навршување 18 години живот, а школските деца и студенти до крајот на редовното школување, а најдоцна до навршување на 26 години.“

Со какви пречки се соочуваат ранливите групи граѓани кои останале без работа?

Лицата се пријавуваат во задолжителното здравствено осигурување како носители по една од основите во согласност со членот 5 од Законот за здравственото осигурување. Од друга страна, Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување во членот 10 ги уредува обврзниците за плаќање на придонесот за задолжително здравствено осигурување за сите основи на здравствено осигурување.

Фондот е надлежна институција за спроведување и за утврдување на својство на осигуреник на невработено лице кое нема друг основ на осигурување, во согласност со член 5 став 1 точка 15 од Законот за здравствено осигурување и член 10-а од Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување, за што користи податоци од Управата за јавни приходи.

Утврдувањето на својството на осигуреник за горенаведената категорија на лица, Фондот го врши со донесување на решение по службена должност, врз основа на доставено барање на лицето и добиените податоци од Управата за јавни приходи.



Според став 1 на член 10-а од Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување, граѓанинот правата од здравственото осигурување ги остварува доколку **во претходната календарска година остварил приход кој не е поголем од годишниот нето-износ на минималната плата за претходната година** во согласност со закон. Со став 2 од овој член е регулирано дека граѓанинот правата од здравственото осигурување може да ги оствари и ако **во претходната календарска година остварил приход поголем од годишниот нето-износ на минималната плата за претходната година**, но не поголем од годишниот износ на минимална основица за пресметка и плаќање на придонесите, **единствено во случај ако во претходните два месеца остварил приход кој е помал од износот на минималната плата за претходната година** според закон на месечно ниво.

Во согласност со одредбите од Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување, секоја година на почетокот на февруари се објавуваат новите лимити за остварен приход за претходната година на ниво на семејство, според кои лицата се пријавуваат во здравствено осигурување. Оттука, постојат две групи, и тоа:

- лица со пониски приходи, за кои придонесот го плаќа Министерството за здравство
- лица со повисоки приходи, кои придонесот си го плаќаат сами за себе.

За 2024 година, за лицата чиј семеен нето-приход во 2023 година бил понизок од 242.100,00 денари, придонесите за здравственото осигурување ги плаќа Министерството за здравство. Министерството плаќа и за оние чиј семеен приход бил помеѓу ова ниво и 345.564,00, но доколку во претходните два месеца оствариле приход во семејството не повисок од 40.350,00 денари. Сите останати лица придонесот го плаќаат сами; во 2024 година тој изнесувал 1.852,00 денари месечно.²

² Преземено од веб-страницата на Фондот: <<https://fzo.org.mk/proekt-za-nevraboteni-lica>>

Според горенаведените законски одредби, во групата „лица со пониски приходи“ треба да влезат и лицата кои останале без работа во текот на годината и во последните два месеца оствариле приход помал од износот на минималната плата во претходната година. Меѓутоа оваа одредба не се применува.

Заради добивање на појасна слика, го истакнуваме примерот кога во ваков случај при утврдувањето на својство на осигуреник на лице кое останало без работа нема да се земат предвид неговите приходи од претходната година кога примал плата, доколку достави доказ од УЈП дека во претходните два месеца остварил приход помал од износот на минималната плата за претходната година. Тогаш придонесот за здравственото осигурување за лицето го плаќа државата, односно Министерството за здравство. **Проблемот настанува кога ова лице не може да обезбеди доказ од УЈП за приходите од последните два месеца, со што и не може да го оствари законски даденото право придонесот да го плаќа државата.**



Во таков случај, Фондот може само да ги земе предвид приходите од претходната година што се веќе обработени од надлежната институција и да направи задолжување за плаќање на придонес за здравствено осигурување.

Имајќи ги предвид важечките законски одредби, истакнуваме дека приходите од претходната година не даваат вистински податоци за моментната материјална состојба на осигуреникот и неговото семејство. Исто така, лицето кое останало без работа во текот на годината, нема можност пред институциите да достави доказ дека во претходните два месеца остварило приход помал од износот на минималната плата за претходната година.

Реалната слика за материјалната состојба на лицето може да се има само ако Фондот по службена должност врши проверка во УЈП на приходите за последните два месеца пред поднесување на барањето за доброволно стапување во здравствено осигурување, и тоа за сите лица кои сакаат да пристапат кон доброволно здравствено осигурување.



Предлог-измени:

За да се обезбеди правилно и правично утврдување на основот на осигурување на лицата кои останале без работа, потребно е министерот за здравство да иницира измени во членот 10-а од Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување. Со тие измени треба да се овозможи за сите лица при утврдување на основот на осигурување во реално време меѓуинституционално да се проверуваат само приходите од последните два месеца (или само од претходниот месец) пред стапување во осигурувањето, наместо приходите од минатата година.



Со член 9 од Законот за здравственото осигурување и со Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување, уредени се правата кои ги имаат лицата кои се здравствено осигурени. Сепак, утврдени се слабости и неправилен пристап до правата. Подолу се наведени некои од **пречките за пристап до одредени права од здравственото осигурување**.

Зошто одредени бремени жени се изоставени од правото на (целосно) породилно боледување?

Правото на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа е едно од правата од задолжителното здравствено осигурување утврдени со Законот за здравственото осигурување (членови 13 до 23). Надоместокот на плата се исплатува доколку осигуреничката е во работен однос, но е спречена да оди на работа поради болест, повреда или бременост, раѓање и мајчинство. Услов за стекнување на ова право е осигуреничката да е вработена најмалку 6 месеци пред породувањето, редовно да ѝ е плаќан придонесот за здравствено осигурување и избраниот лекар гинеколог да издал оценка за привремена спреченост за работа.



Работничката за време на бременост, раѓање и родителство има право на:

9

месеци непрекинато платено отсуство

12

месеци доколку роди повеќе деца одеднаш

Надоместокот се исплатува за временскиот период утврден со прописите од областа на работните односи. Имено, работничката за време на бременост, раѓање и родителство има право на платено отсуство од работа во траење од девет месеци непрекинато, односно 12 месеци доколку роди повеќе деца одеднаш (близнаци, тројка и повеќе). Средствата за остварување на правото се обезбедуваат од Буџетот на Република Северна Македонија преку надлежен орган.

Меѓутоа, со измените на одредбата 170 став 2 од Законот за работните односи, воведена во 2015 година, овозможено е да се обезбеди еднаквост на работничките за правото на надоместок на плата за време на бременост, раѓање и родителство. Притоа, не се работи само за тоа да имаат отсуство од работа, туку и да се материјално обезбедени во еден од периодите од животот кога мајката и детето се најранливи. Во ваквите случаи **важен е моментот на започнувањето на отсуството заради бременост, како предуслов за остварување на правото.** Работничката со договор за вработување на определено време, и покрај тоа што има престанок на работниот однос, се изедначува во делот на користење на надоместокот со работничката со договор за вработување на неопределено време.

**член 170 (став 2) од
Законот за работните односи**

„РАБОТНИКОТ КОЈ КОРИСТИ ОТСУСТВО ПОРАДИ БРЕМЕНОСТ, РАЃАЊЕ И РОДИТЕЛСТВО, ОТСУСТВО ЗА НЕГА И ЗАШТИТА НА ДЕТЕ, ИМА ПРАВО НА НАДОМЕСТОК НА ПЛАТА СОГЛАСНО СО ОВОЈ И ДРУГ ЗАКОН И КОЛЕКТИВЕН ДОГОВОР. РАБОТНИКОТ НА КОЈ МУ ПРЕСТАНАЛ ДОГОВОРОТ ЗА ВРАБОТУВАЊЕ НА ОПРЕДЕЛЕНО ВРЕМЕ ПОРАДИ ИСТЕК НА ДОГОВОРОТ И КОРИСТИ НАДОМЕСТОК НА ПЛАТА ЗА ВРЕМЕ НА ОТСУСТВО ПОРАДИ БРЕМЕНОСТ, РАЃАЊЕ И РОДИТЕЛСТВО, ПРОДОЛЖУВА ДА ГО КОРИСТИ ПРАВОТО ДО ИСТЕКОТ НА ОТСУСТВОТО НА ТОВАР НА ОРГАНОТ НАДЛЕЖЕН ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ“.

Проблем претставува и тоа што правото дадено во Законот за работните односи на работничките кои се пријавени на определено работно време не е во исто време регулирано и со Законот за здравственото осигурување, имајќи предвид дека за примена на оваа одредба надлежни се органите за спроведување на задолжителното здравствено осигурување. Ваквата правна празнина во Законот за здравственото осигурување создава можност за различно толкување на тоа за кои осигуреници важи ова право.



Предлог-измени:

Заради надминување на ваквата дискриминација, предлагаме да се измени членот 170 став 2, со што ќе се даде **право да продолжи исплатата на надоместокот еднакво на сите работнички на кои во периодот на користење на породилното боледување ќе им престане работниот однос** по која било основа, независно од начинот на кој се вработени (на определено или на неопределено време), или

Додека не се направат измени во членот 170 став 2 во Законот за здравственото осигурување, потребно е во членот 52-а од Законот да се додаде нов став како исклучок дека исплатата на **надоместокот на плата заради бременост, раѓање и мајчинство продолжува и по престанокот на вработувањето на осигуреникот на определено време.**

Друга категорија која треба да се опфати се и индивидуалните земјоделки, кои поради нивниот специфичен работен статус, не се опфатени како осигуреници кои остваруваат право на надоместок при раѓање и мајчинство. Оттука, неопходно е **признавање на посебно право на надомест поради мајчинство во Законот за здравственото осигурување за индивидуалните земјоделки.**

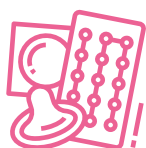
Се препорачува правото на индивидуалните земјоделки да биде именувано различно, со посебен член во Законот за здравствено осигурување, за да нема непотребни забелешки дека не се работи за право од работен однос. Неопходно е и додавање на посебен член во кој ќе се уреди дека индивидуалните земјоделки ќе имаат право на надомест поради бременост, раѓање и мајчинство. Со овој член ќе се дефинира правото, ќе се определи неговото траење и ќе се прецизира дека средства ќе се обезбедуваат од буџетот на државата. Понатаму, важно е да се додаде посебен член (по членот 14) во кој ќе се определи **висината на надоместокот** во висина на процент од просечната плата или, пак, во висина на минималната плата утврдена со закон. Во овој член треба да се уреди и **начинот на исплатата.**³

³ Повеќе за предлозите за решавање на проблемот со неовозможувањето на платено отсуство поради бременост и мајчинство на индивидуалните земјоделки, може да прочитате на следниот линк: <<https://mzd.mk/wp-content/uploads/2023/10/Mreza-zazashtita.pdf>>

Со кои услуги за репродуктивно здравје треба да се прошири пакетот?

Во членот 10 од Законот се наброени 21 група на здравствени услуги, кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, меѓу кои се: *лекови кои не се на Листата на лекови (овде се вбројува и оралната контрацепција, бидејќи во моментот ниту еден фармацевтски препарат од оваа група не е на Листата), *прекинување на бременост, ако не е медицински индицирано, *вештачко оплодување по трет неуспешен обид за оплодување.

Заради надминување на тешкотиите кои ги имаат осигурениците, а посебно социјално ранливите групи на граѓани, во делот на остварување на репродуктивните здравствени права предизвикани од овие ограничувања, предлагаме проширување на пакетот на услуги, и тоа:



1. Обезбедување на контрацептивни средства

Здравствените услуги за сексуално и репродуктивно здравје се во дефинираниот опфат на примарната здравствена заштита. Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување, во основните здравствени услуги кај избраниот лекар, кои тој е должен да му ги дава на осигуреното лице, покрај другото, вклучува и превентивни мерки за „заштита на жената во врска со бременоста, породувањето, леунството и контрацепцијата“ (член 28). Притоа, во Правилникот нема ограничување дека овие услуги се даваат само кај избрани лекари од областа гинекологија.

Во нашата држава ниедно модерно контрацептивно средство не е на Позитивната листа, а со тоа и не е на товар на средствата на Фондот. Во незавидна положба се особено жените кои немаат финансиски можности и мораат со сопствени средства да ги покријат трошоците за контрацепција, за да можат соодветно да го планираат семејството и мајчинството.



Предлог-измени:

Одредени современи методи за заштита од бременост да се покриени од здравственото осигурување за одредени целни групи на примарно ниво на здравствена заштита. Со ова ќе се овозможи реално и целосно остварување на даденото право на заштита на жената во врска со контрацепција преку матичните лекари. Доколку се работи за контрацептивни средства кои имаат хормонална компонента, тие да се вклучат во Позитивната листа на лекови, а доколку се работи за други методи, да се разгледа можноста за вклучување во Листата на ортопедски и други помагала.



2. Прекин на несакана бременост

Според Законот за здравственото осигурување, не е на товар на Фондот здравствената услуга прекинување на несакана бременост, ако не е медицински индицирано.

Ранливите групи жени немаат можност да ја прекинат несаканата бременост и често се принудени да го задржат детето во повеќедетни семејства (или еднородителски семејства) без соодветни услови за грижа и за развој. Со оглед на тоа, многу е важно **Фондот да ги покрие трошоците за прекин на несакана бременост на овие осигурени лица.**



Предлог-измени:

За да се остави простор за слободен избор и донесување индивидуална одлука за планирање на семејството и мајчинството за сите, како за оние кои сакаат да имаат потомство така и за оние кои не сакаат или не можат да си го дозволат во одреден период од животот, даваме два предлога за измени на Законот, и тоа:

- Бришење на точката 9 од членот 10: „прекинување на бременост, ако не е медицински индицирано“. Со тоа оваа здравствена услуга влегува во основниот пакет на услуги за сите осигурени лица, или
- Измена и дополнување на точката 9 од членот 10: „Прекинување на бременост, ако не е медицински индицирано, освен за ранливи групи во согласност со прописите за социјална заштита“.



3. Репродуктивна грижа и поддршка за биомедицински потпомогнато оплодување (ин витро)

Во рамки на здравственото осигурување, во согласност со одредбите на Законот, се вклучени и услуги од репродуктивната асистенција, и тоа до трет неуспешен обид за оплодување.

Треба да се има предвид колку средства му се потребни на едно младо семејство за водење на овие долготрајни и неизвесни постапки, кои може да не успеат со трите обиди што се на товар на Фондот, што значи сите други обиди да се плаќаат со сопствени средства. Поради тоа, на јавната расправа која се одржа во Собранието на РСМ, на 31.05.2022 година, на тема „Кон промени на законската регулатива за поголема поддршка на пациенти кои се соочуваат со неплодност“ (организирана од Здружението за хумана репродукција и биомедицински потпомогнато оплодување), главен акцент беше ставен на зголемување на бројот на одобрени процедури за ин витро оплодување на вкупно шест, независно дали е за прво, второ, трето или четврто дете.



Предлог-измени:

За да се обезбедат повеќе можности за паровите кои се соочуваат со неплодност и бараат помош за создавање на семејство, потребно е да се зголеми бројот на ин-витро“ процедури на товар на средствата на Фондот со измена на **точката 10-а во членот 10**, и тоа:

10-а) вештачко оплодување по шести неуспешен обид за оплодување, независно дали е за прво, второ, трето или четврто дете.

Во земјите од регионот (Србија и Хрватска), ова право е дадено многу пошироко од моментално важечите прописи во РСМ.⁴

Колку? – Дали трошокот осиромашува одредени осигуреници?

Податоците од националните здравствени сметки покажуваат дека здравствениот систем во значаен процент се потпира на приватните плаќања. Во 2018 година **учеството на приватните плаќања во тековните расходи за здравствена заштита изнесуваше 42 %**, далеку над просекот на ЕУ од **22 %**. Приватни плаќања за здравство во Македонија главно се вршат за **лековите што ги издаваат аптеките**, по што следува амбулантното лекување. Доколку во 2006 г. на лекови отпаѓале 67 % од сите приватни плаќања што семејствата ги извршиле за здравствена заштита, тој процент е зголемен на **80 % во 2018 г.**



42%



22%

ЕУ просек

Учество на приватните плаќања во тековните расходи за здравствена заштита



Според Законот, Фондот ги покрива трошоците кои здравствените установи ги имаат за здравствените услуги според претходно утврдени (референтни) цени. Исто така, предвидено е осигурениците да учествуваат со лични средства најмногу до 20 % во трошокот на здравствената услуга и до 50 % во трошокот за ортопедски и други помагала. Кога во 2000 година е донесен Законот, оваа одредба била заштитна социјална мерка, чија цел била да го ограничи финансиското оптоварување на граѓаните за здравство, барем за услуги кои се опфатени со пакетот, на ниво до 20 %. Ова ниво кореспондира со просекот за приватните плаќања на граѓаните во ЕУ. Но 18 години подоцна, приватните плаќања во државава се двојно зголемени од ова ниво, кое е утврдено како прифатливо, а според анализата на СЗО, најголем двигател за тоа се трошоците за лекови кои се издаваат во аптеките. Како што утврдува СЗО, причините за ова се комплексни, но една од нив е и **политиката за ослободување од учество (партиципација)**.

⁴ Србија – со член 5 од Правилникот за содржината и обемот на правата на здравствена заштита и задолжително здравствено осигурување и партиципација, регулирано е дека од средствата на Фондот се покриени трошоците: – за прво дете за неограничен број на обиди и неограничен број на криоембриотрансфери до 45-годишна возраст на жената; – за второ дете за два обиди и три криоембриотрансфери до 45-годишна возраст на жената; – три стимулативни постапки и три криоембриотрансфери со донирани сперматозоиди кај жени кои немаат дете и немаат партнер. Хрватска – со член 10 став 5 од Законот за биомедицинско потпомогнато оплодување, предвидено е дека лечењето на неплодност со постапка на медицински потпомогнато оплодување на товар на хрватскиот Завод за здравствено осигурување на осигуреникот опфаќа: – четири обиди интраутерина инсеминација (IUI); – шест обиди за вонтелесно оплодување (IVF), со задолжителни два обиди да бидат во природен циклус.

Дали одредени РЕСИ целни групи треба да бидат дополнително ослободени од партиципација?

Со член 34 од Законот, како и со одредени владини програми, предвидени се ослободувања од учество (партиципација) на осигурениците, како заштитна мерка за лица во здравствен и социо-економски ризик (случаи на болест, ниски приходи, возраст итн.). Сепак, за лекови кои се издаваат на рецепт, а паѓаат на товар на Фондот, ова ослободување е само за лицата со посебни потреби и за лицата со трансплантирани органи (но само за два лека).

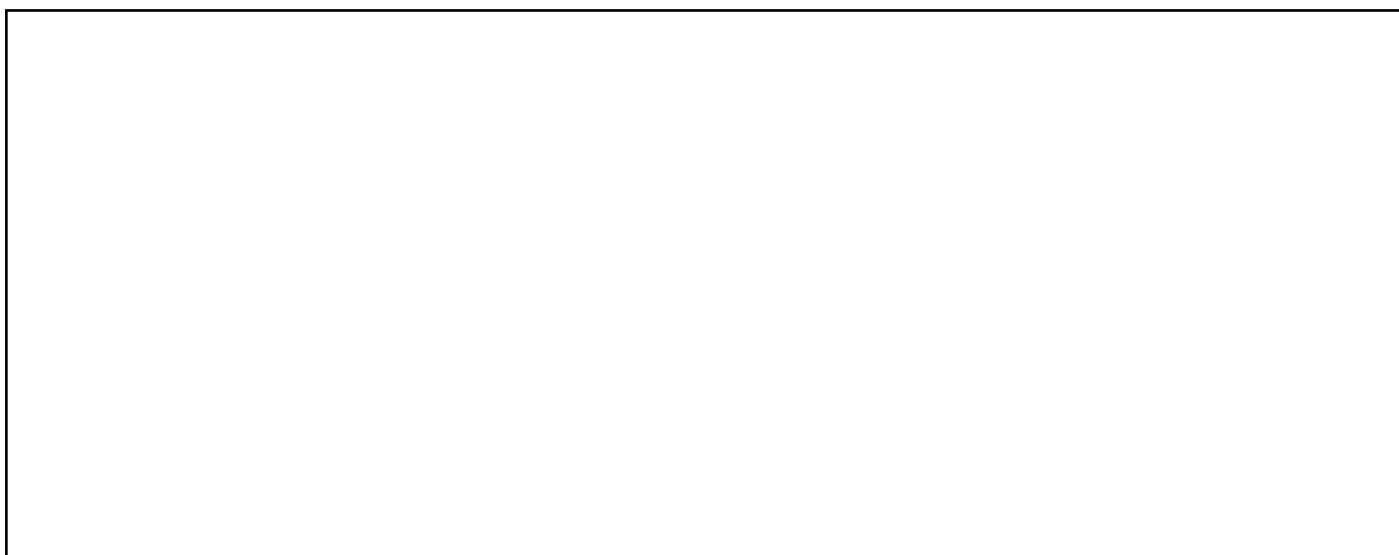
За разлика од лековите кои се издаваат на рецепт, кога станува збор за здравствени услуги многу поголеми се целната група на корисници и опфатот на заболувања, кои се ослободени од плаќање партиципација (бремени жени, новороденчиња, лица со канцер, ХИВ, туберкулоза, сипаници, хепатит и др. заразни заболувања, прогресивни, нервни и мускулни заболувања, церебрална парализа, цистична фиброза, епилепсија и др. заболувања, потоа лица кои се со пониски семејни приходи, лица кои надминале одредено годишно ниво на плаќање, крводарители, корисниците на гарантирана минимална помош, т. е. лица неспособни за работа и корисници на вонсемејна заштита итн.).



Предлог-измени:

Да се спроведат измени во Законот заради проширување на опфатот на ослободување од партиципација за лековите кои се издаваат на рецепт.

ХЕРА – Асоцијација за здравствена едукација и истражување
www.hera.org.mk



Овој производ е подготвен во рамки на проектот „Заедно за родова еднаквост: Градење поддршка за родово инклузивни политики“, финансиран од Владата на Обединето Кралство, со поддршка на Британската амбасада Скопје. Мислењата и ставовите наведени во оваа содржина не ги одразуваат секогаш мислењата и ставовите на Британската Влада.