



Crna Gora

Ministarstvo zdravlja

Broj: Broj: 011-13/2019
Podgorica, 05. 03. 2019. godine

Na osnovu člana 13 Uredbe o izboru predstavnika nevladinih organizacija u radna tijela organa državne uprave i sprovođenju javne rasprave u pripremi zakona i strategija („Službeni list CG“, broj 41/18), lice zaduženo za koordinaciju konsultovanja zainteresovane javnosti u pripremi Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, sačinjava

IZVJEŠTAJ o obavljenom konsultovanju zainteresovane javnosti

Ministarstvo zdravlja uputilo je Javni poziv zainteresovanoj javnosti (organima, organizacijama, udruženjima i pojedincima) da dostave inicijative, predloge, sugestije i komentare u početnoj fazi pripreme Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju.

Zainteresovani subjekti su pozvani da svoje inicijative, predloge, sugestije i komentare dostave u pisanom i elektronskom obliku Ministarstvu zdravlja, na adresu Podgorica, Rimski trg br. 46, na fax 078/113-128 ili na e-mail slavojka.sukovic@mzd.gov.me.

Lice zaduženo za koordinaciju i konsultovanje zainteresovane javnosti bila je Slavojka Šuković, načelnik Direkcije za harmonizaciju pravnih propisa.

Javni poziv je objavljen 21. januara 2019. godine.

U periodu određenom za konsultovanje javnosti, inicijative, predloge, sugestije i komentare dostavila su:

1) FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE CRNE GORE

1. Obzirom da je izvjesno da dopunsko osiguranje neće biti više dio obaveznog zdravstvenog osiguranja opravdano je da naziv zakona treba da glasi: Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju, obzirom da uređuje oblast obaveznog zdravstvenog osiguranja. Takođe, u smislu navedenog treba izvršiti izmjenu ili brisanje svih članova koji sadrže pojam „dopunsko zdravstveno osiguranje“.

2. Zakonom o međunarodnoj i privremenoj zaštiti stranaca, koji je u primjeni od 01. januara 2018. godine, propisano je da azilanti i stranci pod supsidijarnom zdravstvenom zaštitom imaju pravo na zdravstveno osiguranje kao i državljani Crne Gore, tako da predlažu izmjenu člana 6 stav 2, i da se status osiguranika propiše i



“strancima sa odobrenim boravkom u Crnoj Gori, kao i azilantima i strancima pod supsidijarnom zdravstvenom zaštitom“.

3. U cilju smanjenja zloupotrebe privatnih firmi koje prijavljuju zaposlene žene samo da bi zbog „održavanja trudnoće“, kasnije porodiljskog i roditeljskog odsustva primale naknadu zarade na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno na teret sredstava dječije zaštite, tj. iz budžeta države, smatramo da za ostavarivanje prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad, staž osiguranja po osnovu zaposlenja podrazumijeva staž osiguranja kod istog poslodavca. Shodno navedenom predložena je izmjena člana 14 stav 2.

4. U članu 16 Zakona koji definiše pravo na zdravstvenu zaštitu, stomatološka zdravstvena zaštita na sekundarnom i tercijarnom nivou (tač. 7) ne sadrži ograničenje u odnosu na određene kategorije osiguranih lica, na način kako je ograničena primarna zdravstvena zaštita (tač. 6). Smatramo da je odredba neprecizna, te stoga predložimo izmjenu ovog člana, tako da se u članu 16 stav 1 tački 7 na kraju rečenice briše tačka-zarez i dodaju riječi: „za osigurana lica iz tačke 6 ovog člana;“.

Istim članom Zakona, u tački 16 propisano je pravo na tri pokušaja vantjelesne oplodnje uz pomoć asistirane reproduktivne tehnologije (ART) kod žena do navršene 44. godine života, koja nema djece ili ima manje od dvoje žive djece rođene u istoj bračnoj odnosno vanbračnoj zajednici, predložimo smanjenje godina života žene na 42 godine života. Ovo iz razloga što u svim zemljama u okruženju, kao i u evropskim zemljama pravo na vantjelesnu oplodnju ostvaruju žene do najviše 42 godine života. Naime, pitanje gornjeg limita godina po različitim evropskim zemljama nije uniformno (uglavnom 39-42 godine). Razlozi za ovakvu vrstu ograničenja prije svega su medicinske prirode i očekivanoj limitiranoj mogućnosti za uspjeh u određenom reproduktivnom dobu, tako da nakon četrdesete godine mogućnost opada na ispod 20% za živorođenje djeteta po embriotransferu, uz drastičan dalji pad uspješnosti u narednim godinama starosti. Po mišljenju medicinskih stručnjaka iz ove oblasti, limit nije vezan samo za mali uspjeh potencijalnog tretmana i ekonomsku komponentu problema koja proizilazi iz toga, već i u činjenici da bi određenu osobu trebalo izlagati svim rizicima jednog kompleksnog medicinskog tretmana uz vrlo male šanse za uspjeh, što zadire i u domen osnova medicinske etike. Zbog navedenog predloženo je da se ovo pravo omogući ženi do navršene 42 godine života.

5. Obzirom na predložene izmjene koje se tiču dopunskog zdravstvenog osiguranja, predloženo je da se odredbe čl. 17, 18 i 19 drugačije definišu i da se ponovo uvede učešće osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite - participacija.

Iz naprijed navedenih razloga predloženo je da se definišu usluge za koje će se plaćati učešće u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite, postupak naplate i definisanje dokumentacije na osnovu koje će se vrši oslobađanje od participacije.

6. Obzirom da je član 24 prilično neprecizan, u smislu da Fond ne utvrđuje samo „liste“ navedenih prava, već i bliži način i postupak ostvarivanja ovih prava, o čemu Fond donosi opšte akte, predloženo je da se stav 2 člana 24 briše, a da se poslije člana 24 dodaju četiri nova člana, koja bi dala ovlašćenje Fondu da za svako od navedenih prava bliže definiše način i postupak ostvarivanja prava kao i Liste za ostvarivanje ovih prava.

7. Obzirom da su članom 25 Zakona propisana prava koja se ne obezbjeđuju na teret sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja, smatramo opravdanim da se poslije



tačke 23 doda nova tačka 24, kojom bi se definisalo da pokušaj vantjelesne oplodnje ne ide na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ukoliko su oba bračna odnosno vanbračna supružnika strani državljanjani jer određeni broj stranaca dolazi da ostvari zdravstveno osiguranje u Crnoj Gori na tri pokušaja vantjelesne oplodnje, zbog čega prijavljuje privremeni boravak u Crnoj Gori i dobija dozvolu za rad i pravo na zapošljavanje u nekoj, najčešće privatnoj firmi, po kom osnovu stiće status osiguranika na zdravstveno osiguranje. Predloženom izmjenom ovim osiguranicima se neće uskraćivati pravo na liječenje steriliteta, ali neće imati mogućnost obavljanja samog pokušaja vantjelesne oplodnje na teret sredstava Fonda.

8. Član 37 stav 2 Zakona propisuje da privremenu spriječenost za rad do 15 dana utvrđuje izabrani doktor. Obzirom da su propisani Kriterijumi za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad na osnovu kojih izabrani doktor odnosno Ljekarska komisija Fonda odobravaju privremenu spriječenost za rad za određene dijagnoze bolesti ili stanja, kao i da je izabrani doktor - ovlašćeni doktor, koji najbolje poznaje zdravstveno stanje svog pacijenta - osiguranika i dovoljno je kompetentan da pravilno ocijeni potrebu za privremenom spriječenosti za rad, opravdano je da izabrani doktor može utvrditi privremenu spriječenost do 30 dana, kakvo je bilo i ranije zakonsko rješenje.

9. U članu 38 stavu 3 Zakona, propisano je da naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog održavanja trudnoće (liječenja prijetjećeg abortusa), Fond refundira poslodavcu od prvog dana odobravanja privremene spriječenosti za rad. Veliki udio u bolovanjima čine bolovanja zbog održavanja trudnoće, koja se odobravaju zaposlenim ženama u privatnim firmama kako bi im se omogućila naknada zarade na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja, zatim na teret sredstava dječije zaštite za vrijeme porodijskog i roditeljskog odsustva. U praksi ima primjera da se osnuje privatna firma sa jednim zaposlenim koji odmah nakon osnivanja odnosno zaposlenja počinje da koristi bolovanje po osnovu održavanja trudnoće, iako firma ima jednog zaposlenog. Poreskoj upravi se formalno podnosi IOPPD obrazac o obračunatoj zaradi, zatim se firma obraća Fondu za refundaciju naknade zarade. Postavlja se pitanje kako firma isplaćuje naknadu zarade a nema drugih zaposlenih i stoji pretpotavka da se ne obavlja nijedna djelatnost jer nema ko da radi. Fond je pokušavao da u postupcima po podnijetim zahtjevima u ovakvim slučajevima dokaže nezakonitost postupanja pred državnim organima, ali na žalost bez uspjeha. Ove firme se „pokriju papirima“ tj. podnesu sve dokaze koji se prilažu uz zahtjev za refundaciju, tako da prilikom obrade zahtjeva zbog navedenih razloga zahtjev ne može odbiti kao neosnovan, jer su svi dokazi formalno dostavljeni, zbog čega je predloženo da se u članu 38 stav 3 briše.

10. Obzirom na zloupotrebe u ostvarivanju prava na privremenu spriječenost za rad i određene zloupotrebe osiguranika, odredbama člana 45 su utvrđene situacije kada osiguraniku ne pripada naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad. Međutim, Zakon ne razrađuje ko utvrđuje okolnosti koje su pobrojane u ovom članu, te stoga je predloženo da se poslije stava 2 doda novi stav koji treba da glasi:

„U slučajevima iz stava 1 tač. 1, 3, 4 i 5 okolnosti utvrđuje izabrani doktor, doktor specijalista odgovarajuće zdravstvene ustanova, prvostepena i drugostepena ljekarska komisija, a u slučajevima iz stava 1 tač. 2 i 6 okolnosti utvrđuje poslodavac.“

11. Članom 74 stav 2 tačka 12 Zakona propisano je da Fond sprovodi postupak javnih nabavki za potrebe zdravstvenih ustanova čiji je osnivač država, a da pri tom u zakonu nijesu sadržane odredbe kojima bi se bliže definisalo koje su to robe i usluge



i druga pitanja značajna za organizovanje, sprovođenje postupaka javnih nabavki za potrebe javnih zdravstvenih ustanova, kao i bliži način praćenja i izvršenja ugovora o javnoj nabavci, već ova odredba samo upućuje da se postupci sprovede u skladu sa zakonom.

Članom 31 Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisano je da Zdravstvena mreža obuhvata vrstu, broj i raspored svih zdravstvenih ustanova koje osniva država i pojedinih zdravstvenih ustanova ili djelova zdravstvenih ustanova čiji je osnivač drugo pravno i/ili fizičko lice, po nivoima zdravstvene zaštite, kao i pojedina pravna lica koja obavljaju poslove koji su u vezi sa ostvarivanjem prava na zdravstvenu zaštitu. Vlada je donijela Odluku o mreži zdravstvenih ustanova, kojom je u članu 14 definisano da je davalac usluga koji obezbjeđuje ostvarivanje prava na lijekove koji se propisuju na recept, kao i lijekove, medicinska sredstva i materijale koji se ne propisuju na recept Zdravstvena ustanova Apoteke Crne Gore „Montefarm“. Obzirom da ova zdravstvena ustanova obavlja poslove javnih nabavki lijekova, medicinskih sredstava i drugog potrošnog materijala, to smatraju da u sistemu javnih zdravstvenih ustanova nabavku ovih roba treba da radi samo ZU „Montefarm“ koja je organizaciono, tehnički i kadrovski osposobljena da vodi postupk javnih nabavki i na kvalitetan način prati preuzimanje i distribuciju roba prema naručiocima, stanje zaliha, čime se obezbjeđuje kontinuirano snabdijevanje zdravstvenih uslova, zbog čega je predloženo da se u članu 74 stav 1 tačka 12 briše.

12. Zbog nepreciznosti i nejasnoća u dosadašnjoj primjeni odredaba čl.82 i 88 koje se odnose na ugovaranje zdravstvenih usluga predložene su određene izmjene i dopune ovih odredaba. Naime,u članu 82 stav 3 koji definiše pokazatelje na osnovu kojih Fond može da zaključi ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga van Zdravstvene mreže, predložena je izmjena tačke 7, tako da glasi: „na osnovu iskazanih potreba zdravstvenih ustanova čiji je osnivač država, za zaključivanje ugovora za određene vrste zdravstvenih usluga koje ne pružaju odnosno ne mogu da pruže u propisanom roku;“

Takođe, u ovom članu predložena je i izmjena stava 5 kako bi se detaljno definisali opšti i posebni uslovi koje treba da ispunjavaju davaoci zdravstvenih usluga za koje se upućuje javni poziv za zaključivanje ugovora sa Fondom.

13. Obzirom aa predloženu izmjenu stava 5 člana 82 smatraju da ukoliko se novim članom 82a bliže definišu opšti i posebni uslovi koje treba da ispunjavaju davaoci zdravstvenih usluga za zaključivanje ugovora sa Fondom, donošenje opšteg akta kojim bi se bliže definisali način plaćanja zdravstvenih usluga, postupak obračuna i uslovi za izbor davaoca zdravstvenih usluga po upućenom javnom pozivu, ne treba donositi, obzirom da je već prethodnim zakonskim odredbama (čl.74 stav 1 tačka 7) propisana obaveza donošenja kriterijuma za utvrđivanje cijena zdravstvenih usluga i načina plaćanja.

2) INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE CRNE GORE

1. Utvrđivanje dužine privremene spriječenosti za rad, kao i navedene kazne za izabrane doktore ne treba navoditi i ograničavati ovim zakonom, jer postoji poseban pravilnik koji regulise uslove privremene spriječenosti za rad, u kojem se navode isti stavovi kao u zakonu.



Ako se dužina privremene spriječenosti za rad ipak reguliše zakonom, konsultujući relevantne zakone u regionu, predlažu da se privremena spriječenost za rad koju utvrđuje izabrani doktor poveća na najmanje 30 dana. Ovim bi novi zakon jasno prepoznao i ojačao važnu ulogu izabranog doktora, ali i prava koja garantuje Zakon o zdravstvenoj zaštiti, a odnose se na prioritetne mjere zdravstvene zaštite. Mišljenja su da bi ovakva rješenja doprinijela očuvanju i unaprijeđenju zdravlja najmlađih građana, te manjem obolijevanju i izloženosti infekcijama u objektima u kojima oni borave. Dopunske razloge za produženje dužine trajanja privremene spriječenosti za rad koju utvrđuje izabrani doktor, treba tražiti i u povećanim troškovima rada ljekarskih komisija, čija sredstva bi bilo poželjnije staviti u svrhu unaprijeđenja zdravlja građana umjesto troškova administracije. Navedeno povlači da iz istog člana treba brisati da "izabrani doktor koji utvrdi privremenu spriječenost za rad suprotno stavu 2 ovog člana čini težu povredu radne obaveze".

2. U članu 50 Zakona navodi se da osiguranik koji želi da mu se pruži zdravstvena zaštita mimo redosljeda sa liste čekanja snosi troškove tako ostvarene zdravstvene zaštite. Mišljenje je da se ovakvim postupanjem narušava pravo (iz člana 2) da se svim osiguranim licima na načelima obaveznosti, uzajamnosti i solidarnosti obezbjeđuju prava u skladu sa ovim zakonom pod jednakim uslovima i predlažu brisanje ovako definisanog člana. SZO preporučuje da zdravstveni sistem mora težiti da na isti način omogućava dobijanje zdravstvenih usluga svima koji imaju istu zdravstvenu potrebu, a da daje prednost onima čija je zdravstvena potreba veća. Način finansiranja zdravstvene zaštite koji je opisan navedenim članom povećava već visoko učešće izdvajanja iz džepa ili tzv. "out-of-pocket" plaćanja, koja predstavljaju najregresivniji način plaćanja zdravstvenih usluga, a izlažu korisnike usluga finansijskom riziku.

3. Dok je član 82 Zakona o zdravstvenoj zaštiti dao mogućnost za sklapanje ugovora zdravstvenih ustanova van Zdravstvene mreže sa Fondom, u slučaju da se program zdravstvene zaštite ne može realizovati u okviru Zdravstvene mreže, u Zakonu o zdravstvenom osiguranju se taj uslov ne navodi. Naime, Zakon o zdravstvenom osiguranju ukazuje da se ovaj vid privatno-javnog partnerstva može ostvariti za zdravstvene usluge koje ne mogu da se obezbijede u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga koji su u Zdravstvenoj mreži.

Takođe, navedeni kriterijumi koje Fond treba da uzme u obzir za utvrđivanje potreba za dopunskim uslugama zdravstvenih ustanova, nijesu zasnovani na dokazima i nijesu mjerljivi da bi se na osnovu njih mogla utvrditi konkretna potreba (ukupan broj građana i osiguranih lica, demografske karakteristike gravitacionog područja i zdravstvenog stanja građana i osiguranih lica sa tog područja, struktura davalaca zdravstvenih usluga po nivoima zdravstvene zaštite...). Fond bi za potrebe strateškog upravljanja i odgovornog raspolaganja resursima trebao svake godine da izrađuje evaluaciju programa zdravstvene zaštite, na osnovu koje bi se moglo jasno vidjeti da li su potrebe za zdravstvenom zaštitom bile dobro planirane ili nijesu. Takav zaključak je neophodan input za novi ciklus planiranja, što je u ovom slučaju izostalo.

3) PREDSTAVNIŠTVO UNHCR U CRNOJ GORI

Aleksandar Čađenopvić je u ime Predstavništva Visokog komesara UN za izbjeglice u Crnoj Gori uputio putem mejla, a ne i u pisanoj formi, kako je bila obaveza



navedena u Javnom pozivu, a sugestije su se odnosile na uskađenost Zakona sa Zakonom o međunarodnoj i privremenoj zaštiti stranaca (Sl. list CG broj 2/ 17).

4) UDRUŽENJE DOKTORA MEDICINE PRIVATNE PRAKSE3 CRNE GORE

Udruženje doktora medicine privatne prakse Crne Gore redložilo je da se bliže uredi ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja na privremenu spriječenost za rad osiguranika kojima je pružena hrurško operativana procedura u zdravstvenoj ustanovi koja nije u Zdravstvenih mreži, a zbog koje je osiguranik privremeno spriječen za rad.