



Републички фонд за Здравствено осигурање

Јована Мариновића бр. 2, 11040 Београд, Србија, тел: 381 11 2053-830; факс: 381 11 2645-042

e-mail: public@rzzo.rs ПИБ бр. 101288707 мат. бр. 06042945 рач. бр. 840-26650-09

01 број: 450-6206/15

15.10.2015. године

**КОМОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА
-Драган Морача, секретар-**

Хајдук Вељков венац 4 - 6
Београд

ПРЕДМЕТ: обавештење поводом Анализе записника и одлукао контроли спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга

Републички фонд располаже информацијом да је Стручна служба Коморе здравствених установа Србије одређеним здравственим установама доставила Анализу записника и одлука о контроли спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга, у којој су дата „најбитнија запажања у вези са записницима и одлукама Републичког фонда о извршеним контролама“, као и одређене препоруке у вези са потписивањем Коначног обрачуна за 2015. годину здравствених установа са Републичким Фондом, коју у прилогу достављамо.

Имајући у виду наводе из Анализе Стручне служба КЗУС, обавештавамо вас о следећем:

Чланом 177. Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, број: 107/05,.... 126/14), прописано је да се односи између матичне филијале и давалаца здравствених услуга, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, уређују уговором који се закључује на годишњем нивоу, на основу понуде даваоца здравствених услуга за обезбеђивање програма и услуга здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања, датом у облику плана рада даваоца здравствених услуга.

У складу са чланом 179. Закона о здравственом осигурању Републички фонд је донео општи акт, односно Правилник о уговарању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања са даваоцима здравствених услуга за 2015. годину („Сл.Гласник РС“ бр. 147/14 и 9/15 испр.) (У даљем тексту: Правилник о уговарању за 2015. годину).

У делу 2. Обрачун припадајуће накнаде здравственој установи из Плана мреже наведеног Правилника, од члана 73-85 регулисано је спровођење Коначаног обрачуна накнаде који спроводи матична филијала са здравственом установом. Такође, Републички Фонд, на годишњем нивоу, доноси инструкцију о начину и поступку спровођења коначног обрачуна припадајуће накнаде и усаглашавању рачуноводствених и других евиденција са даваоцима здравствених услуга.

Одговарајућим одредбама уговора о пружању и финасирању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања које је закључила матична филијала са даваоцима здравствених услуга утврђена је обавеза здравствене установе да пружи здравствену заштиту осигураним лицима у складу са законом, као и прописима за спровођење закона, укључујући инструкције, упутства и друга акта која доноси Републички фонд.

У складу са чланом 186. Закона о здравственом осигурању, Републички фонд је дужан је организује и спроводи контролу извршавања закључених уговора са даваоцима

здравствених услуга. Контрола спровођења закључених уговора подразумева контролу законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања пренетих даваоцима здравствених услуга, контролу остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања и контролу правилности извршавања закључених уговора са даваоцима здравствених услуга.

Сходно члану 187. Закона о здравственом осигурању Републички фонд је донео општи акт којим је ближе уређен начин и поступак обављања послова контроле, односно Правилник о контроли спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга (У даљем тексту: Правилник о контроли).

У вези са наводима из Анализе Стручне службе КЗУС да је Управни одбор здравствене установе, по статуту исте, надлежан за располагање средствима, напомињемо да Републички фонд у складу са закљученим уговором врши пренос средстава обавезног здравственог осигурања здравственим установама, а здравствена установа је истим обавезана да пренета средства користи наменски.

Правилником о уговарању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања са даваоцима здравствених услуга за 2015. годину, у члану 83. прописано је да у току године здравствена установа може да врши промену намене средстава и то у следећим случајевима:

- 1) средства за лекове у здравственој установи у корист средстава за санитарски и медицински потрошни материјал;
- 2) средства за санитарски и медицински потрошни материјал у корист средстава за лекове у здравственој установи.

Између осталог, наглашено је да је здравствена установа у обавези да о промени намене обавести матичну филијалу са којом је закључила уговор, а пре усаглашавања међусобних потраживања и обавеза.

Сходно члану 87. Правилника о уговарању за 2015. годину прописано је да уговорне стране имају право да покрену иницијативу за измену закљученог уговора. Наведено се односи, како на захтев за повећањем уговорене накнаде, тако и на смањење уговорене накнаде у случају да је реализација уговора, у току године, по појединим позицијама мања.

У вези са наводима који се односе на повећани обим посла одређених здравствених установа због блокаде рачуна појединих здравствених установа, напомињемо да је Републички фонд, дописом, 01 број: 450-2774/15 од 05.06.2015. године, филијалама доставио инструкцију у вези са пружањем здравствених услуга у условима блокаде подрачуна здравствене установе, са којом су исте биле у обавези да упознају здравствене установе на свом подручју.

У вези са наводима који се односе на могућност формирања арбитраже, напомињемо да је чланом 184. став 1. Закона о здравственом осигурању прописано да се ради решавања спорова између филијала, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, а у вези са закључивањем, изменом и спровођењем уговора о пружању здравствене заштите, може образовати арбитража. Ставом 3. наведеног члана је прописано да свака странка у спору може захтевати закључивање споразума о образовању арбитраже у року од осам дана од дана настанка спора, односно од дана достављања уговора који је закључен између филијале Републичког фонда и даваоца здравствених услуга. У складу са наведеним законским одредбама, поступак арбитраже је могућ само уколико између уговорних страна, односно Републичког фонда и даваоца здравствених услуга постоји спор у вези са закључивањем, изменом и спровођењем уговора о пружању здравствене заштите. Имајући у виду наведено, као и евентуално утврђене неправилности у поступку контроле, односно ненаменско трошење средства обавезног здравственог осигурања и друго поступање у супротности са закљученим уговором, мишљења смо да не постоји правни основ за закључивање споразума о

образовању арбитраже поводом записника о извршеној контроли уговорних обавеза или одлуке директора Републичког фонда.

У делу Анализе који се односи на **I Правни основ за вршење контроле и изрицање мера** напомињемо да је исти неоснован из следећих разлога:

1. надзорници осигурања записником о извршеној контроли уговорних обавеза **предлажу мере контролисаном субјекту** поводом утврђених неправилности.

2. надзорници осигурања не доносе одлуку о предложеним мерама поводом утврђених неправилности, већ директор Републичког фонда и сходно томе се у преамбули одлука наводи члан 190. став 2. Закона о здравственом осигурању.

3. поводом примедби које се односе на „надлежности надзорника осигурања у току спровођења уговора“ истичемо да су исте, такође неосноване јер су за реализацију уговорних обавеза одговорне уговорне стране, односно здравствена установа и матична филијала.

4. чланом 17. Правилника о контроли прописано је да о предложеним мерама у записнику о извршеној контроли уговорних обавеза одлуку доноси директор Републичког фонда, а не надзорник осигурања.

5. тврдња Стручне службе КЗУС да се повраћај средстава врши уколико за одређено плаћање није постојао правни основ у складу са законом, а не уговором који је предмет контроле, је неоснована из разлога што уговор о пружању и финансирању здравствене заштите који је закључен између матичне филијале и здравствене установе представља правни акт и самим тим правни основ за повраћај средстава. Уговор о пружању и финансирању здравствене заштите је закључен, како је напред наведено, у складу са одговарајућим одредбама Закона о здравственом осигурању.

У делу Анализе који се односи на **II Осврт на поједине наложене мере**, напомињемо да је исти неоснован из следећих разлога:

1. поводом тврдње Стручне службе КЗУС да не постоји законска одредба на основу које се налаже повраћај средстава, из средстава која нису средства осигурања, са образложењем ненаменског трошења, као и то да не постоји правни основ за принудно извршење судских пресуда, исплату отпремнина у прописаном износу, исплату заосталих зарада и накнада за превоз и сл, односно да је спорно тумачење термина „наменска средства из уговора“, напомињемо да је иста неоснована, с обзиром на то да Републички фонд врши пренос средстава обавезног здравственог осигурања здравственим установама у циљу обезбеђивања здравствене заштите осигураним лицима Републичког фонда. Такође истичемо да су Правилником о уговору за 2015. годину прописани критеријуми на основу којих су утврђена предрачунска средства здравственим установама, појединачно, по свакој позицији из уговора, а у сврху пружања здравствене заштите.

Уколико надзорник осигурања у поступку контроле утврди да је здравствена установа утрошила средства обавезног здравственог осигурања која су од стране Републичког фонда пренета здравственој установи за једну, а утрошена за другу намену, констатоваће ненаменско трошење средстава. Наиме, како је већ наглашено, уговором који се закључује између здравствене установе и Републичког фонда дефинисана је обавеза здравствене установе да средства пренета од стране Републичког фонда троши искључиво по наменама из уговора за које се пренос врши. Међутим, поједине здравствене установе из средстава која су пренета за једну намену измирују обавезе према добављачима за друге немене. Примера ради, уколико је здравствена усанова из средстава која су пренета за лекове измиривала обавезе према добављачима за енергенте, иста је вршила трошење пренетих средстава обавезног здравственог осигурања у супротности са закљученим уговором, односно пренета средства ненаменски утрошила. За износ утврђених неправилности надзорници осигурања у записницима о извршеним контролама предлажу меру повраћаја средстава са рачуна сопствених

прихода на рачун за трансфер буџетских средстава здравствене установе, како би здравствена установа наведена средства искористила за измиривање обавеза према добављачима, у наведеном случају према добављачима за лекове.

2. констатација Стручне службе КЗУС да је до ненаменског трошења средстава дошло због блокаде рачуна здравствене установе, односно да средства скинута са рачуна у принудној наплати здравствена установа треба још и да врати Фонду, такође је неоснована. Напомињемо да Републички фонд врши пренос средстава обавезног здравственог осигурања у циљу пружња здравствене заштите, те се трошкови здравствене установе настали по основу принудне наплате не могу измиривати из средстава обавезног здравственог осигурања.

3. констатација Стручне службе КЗУС при утврђивању мера које се односе на ненаменско трошење средстава, надзорници осигурања се ограничавају на буџетску годину поредећи пренета и утрошена средства у једној години, док тај у суштини правилан приступ није примењен када се ради о контролисаном периоду (претходне године) и датуму доношења Одлуке по којој се захтева поступање (по истеку уговора), такође је неоснована. Како је већ наведено, у складу са чланом 186. Закона о здравственом осигурању, Републички фонд је дужан је организује и спроводи контролу извршавања закључених уговора са даваоцима здравствених услуга, односно контролу спровођења закључених уговора. Предметни члан недвосмислено указује да је Републички фонд овлашћен да врши контролу како уговора за текућу календарску годину, тако и уговора који су извршени у претходном периоду.

4. тврдње Стручне службе КЗУС да уместо налога да се износ утрошених средства од осигурања за плате неуговорених радника врати Фонду, имало би смисла да се наложи да здравствена установа исти износ надокнади „буџетском рачуну“ са рачуна сопствених прихода, као и да плате неуговорених радника коштају двоструко: једном када су исплаћене са „буџетског“ рачуна и други пут када се исти износ пренесе (врати) Фонду, такође су неосноване. Напомињемо да надзорници осигурања предлажу меру повраћаја пренетих средстава за плате Републичком фонду у случају када се утврди да су здравствене установе за исплату плата неуговорених радника утрошиле пренета средства за плате уговорених радника од стране Републичког фонда, а по захтеву здравствене установе.

5. тврдња Стручне службе КЗУС да у се у одлуци не наводи на основу којег прописа се налаже повраћај средстава Фонду на наменски рачун за трансфер буџетских средстава и у који извор прихода их Фонд сврстава, такође је неоснована. Напомињемо да се у одлуци о предложеним мерама експлицитно наводи члан 59. Закона о буџетском систему као основ за повраћај ненаменски утрошених средстава. Књиговодствена евиденција Републичког фонда о повраћају средстава од стране здравствених установа није од значаја за доношење одлуке директора Републичког фонда.

6. тврдња Стручне службе КЗУС да одлука нема поуку о правном леку у којој би се прецизирао надлежни суд па и другој уговорној страни оставила могућност покретања спора, као и да се спор покреће против правног лица које има свог законског заступника, а не директно против директора, такође је неоснована. Напомињемо да чланом 190. Закона о здравственом осигурању није предвиђена могућност судске заштите против одлуке директора Републичког фонда. Такође, истичемо да је чланом 131. Закона о здравственој заштити прописано да је директор здравствене установе одговоран за законитост рада здравствене установе.

7. тврдња Стручне службе КЗУС да су дискутабилна и оспорења која се односе на примену коефицијената из Уредбе о коефицијентима за обрачун и исплату плата запосленима у јавним службама, прво, због њеног произвољног тумачења и позивања на необавезујуће мишљење Министарства здравља од 02.04.2012. године и друго, са аспекта надлежности контроле Фонда, такође је неоснована. Наиме, Републички фонд

поступа у складу са мишљењима ресорног министарства, односно Министарства здравља, у случајевима када одредбе Уредбе или других позитивноправних прописа нису довољно прецизне, а у циљу потног и правилног поступања по истим.

8. тврдња Стручне службе КЗУС да немају правног упоришта ни мере која се односе на ненаменско трошење средстава уговором опредељених за остале материјалне трошкове пошто они нису децидно наведени ни у закону ни у уговору, већ их свака установа финансијским планом распоређује према својим потребама, такође је неоснована. Напомињемо да су чланом 231. Закона о здравственом осигурања еnumerативно одређене намене за које се могу користити средства Републичког фонда, односно средства обавезног здравственог осигурања. Такође, наведено је да је ДРИ покренула иницијативу пред Министарством здравља ради давања мишљења о садржају материјалних трошкова који се финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања. Уколико Министарство здравља, као надлежно министарство, донесе одговарајуће мишљење, Републички фонд ће, као и у осталим случајевима, поступати по истом ради правилне примене прописа у области здравственог осигурања.

Имајући у виду све наведено, Републички фонд цени указане примедбе и запажања Стручне службе КЗУС дата у Анализи записника и одлука о контроли спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга иако иста нису достављена директно Републичком фонду, јер иста омогућавају идентификовање проблема у раду здравствених установа и превазилажење истих предузимањем активности из надлежности Републичког фонда.

Међутим, напомињемо да је Комора здравствених установа Србије образована са циљем старања о развоју и квалитету система здравствене заштите, организације здравствене службе и система здравственог осигурања, што претпоставља и сарадњу са органима и организацијама које обављају делатност од интереса за здравствене установе. Уважавајући чињеницу да је циљ деловања Коморе здравствених установа Србије развој система здравствене заштите и унапређење квалитета истог, мишљења смо да су крајње неприкладне препоруке Стручне службе упућене здравственим установама, у вези са „одговорном“ приступу потписивања коначног обрачуна за 2015. годину, а нарочито имајући у виду да је Одлуком о образовању стручних служби дефинисано да се исте организују у циљу да се у обављању послова из њеног делокруга обезбеди стручност, ефикасност, рационалност, благовременост и професионалност.

Напомињемо да поступањем на наведени начин Комора здравствених установа Србије може довести у заблуду здравствене установе што би могло да има негативан утицај на пружање здравствене заштите осигураним лицима Републичког фонда.

Уколико Комора здравствених установа Србије сматра да прописи које Републички фонд примењује у спровођењу обавезног здравственог осигурања, нису одговарајући, подсећамо да у складу са одредбама Статута КЗУС постоји могућност да се покрене иницијатива за измену или доношење закона, других прописа и мера здравствене политике.

За све додатне информације Републички фонд Вам стоји на располагању.

59015.02/119

ИЗВРШНИ ДИРЕКТОР
ЗА ПРАВНЕ ПОСЛОВЕ
Анђелка Раденковић



