

ЗАКОНОДАВНИ ОКВИР ЗА СПРОВОЂЕЊЕ, ФИНАНСИРАЊЕ И УГОВАРАЊЕ
ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ КАО И КОНТРОЛУ ЗАКОНСКИХ И УГОВОРНИХ
ОБАВЕЗА У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

I Спровођење, финансирање и уговарање здравствене заштите

Сходно **Закону о здравственој заштити** („Сл. гл. РС“, бр. 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012 и 45/2013), здравствена установа из Плана мреже, пружајући јавне услуге, као корисник јавних средстава, остварује средства за рад из јавних прихода и то:

- 1) доприноса за обавезно социјално осигурање закључивањем уговора са организацијом за обавезно здравствено осигурање;
- 2) буџета Републике, односно оснивача;
- 3) прихода насталих употребом јавних средстава за услуге које нису обухваћене уговором са организацијом за обавезно здравствено осигурање (за сада, до краја 2014 год.)
- 4) од поклона, донација, легата и завештања, као и других извора у складу са законом.

Одредбе усаглашене са Законом о буџетском систему:

Преузете обавезе здравствене установе из Плана мреже чији је **износ већи од износа средстава предвиђених финансијским планом или које су настале у супротности са законом, другим прописима или у супротности са уговором** закљученим са организацијом обавезног здравственог осигурања, не могу се извршавати на терет средстава обавезног здравственог осигурања, односно на терет других средстава здравствене установе предвиђених финансијским планом.

Здравствена установа из Плана мреже може да врши плаћање искључиво до висине расхода и издатака који су **утврђени финансијским планом** здравствене установе, а који одговарају **апропријацији из финансијског плана за ту намену у одговарајућој буџетској години.**

На стицање и располагање финансијским средствима за рад здравствене установе из Плана мреже примењују се прописи којима се уређује обавезно здравствено осигурање, као и прописи којима се уређује буџетски систем.

У смислу **Закона о буџетском систему** ("Сл.г. РС", бр. 54/2009, 73/2010, 101/2010, 101/2011, 93/2012, 62/2013 и 63/2013), финансијски план јесте акт директног или индиректног корисника буџетских средстава, као и акт организације за обавезно социјално осигурање, који укључује и финансијске планове индиректних корисника средстава организација за обавезно социјално осигурање, израђен на основу упутства за припрему буџета, у складу са смерницама за израду средњорочних планова и пројекцијама средњорочног оквира расхода предвиђених Фискалном стратегијом, који садржи процену

обима прихода и примања и обим расхода и издатака за период од једне или три године (капитални издаци исказују се за три године).

Наменски приходи су јавни приходи чије је коришћење и намена утврђена законом.

Фискалном годином сматра се период од дванаест месеци, од 1. јануара до 31. децембра календарске године.

Републички завод за здравствено осигурање контролише, савјује податке из завршних рачуна корисника средстава који се налазе у његовој надлежности, консолидује податке и саставља консолидовани годишњи извештај, који подноси Управи за трезор.

Према одредбама **Закон о здравственом осигурању** („Сл. гл. РС”, бр. 107/2005, 109/005 - исправка, 30/2010, 57/2011, 110/2012 - УС, 119/2012, 99/2014 и 123/2014), односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, уређују се уговором који се **закључује на период за који се** доноси буџетски меморандум, односно **финансијски план Републичког фонда**, а у изузетним случајевима може се закључити и за једну календарску годину.

Уговор из става 1. овог члана закључује се 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. Важење уговора из става 1. овог члана може се **анексом уговора продужити и у наредну календарску годину**, а најдуже до ступања на снагу општег акта којим се утврђује износ новчане накнаде за рад даваоца здравствених услуга, из члана 179. став 1. овог закона.

Уговором из става 1. овог члана уређују се односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга у пружању здравствене заштите обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а нарочито: врста, обим, односно квантитет здравствених услуга, мере за обезбеђивање квалитета здравствене заштите која се пружа осигураним лицима, кадар на основу норматива кадрова и стандарда рада потребних за остваривање здравствене заштите осигураних лица, накнаде односно цене коју матична филијала, односно Републички фонд плаћа за пружене здравствене услуге, **начин обрачуна и плаћања**, контрола и одговорност за извршавање обавеза из уговора, рок за спровођење преузетих обавеза, начин решавања спорних питања, раскид уговора, као и друга међусобна права и обавезе уговорних страна.

Републички фонд за период из члана 177. став 1. овог закона доноси општи акт којим се уређују услови за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга, критеријуме и мерила за утврђивање накнаде за њихов рад, односно начин плаћања здравствених услуга, као и других трошкова у складу са овим законом, поступак коначног обрачуна са даваоцима здравствених услуга **на основу уговора о пружању здравствене**

заштите по завршеној буџетској години, као и друга питања од значаја за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга.

С обзиром на уговорни однос између Фонда и здравствених установа, треба имати у виду и поједине одредбе **Закона о облигационим односима** ("Сл. Лист СФРЈ", бр. 29/78, 39/85, 57/89 и "Сл. Лист СРЈ" 31/93) у којем се наводи да су стране у облигационом односу равноправне али и, ако је неко по закону обавезан да закључи уговор, заинтересовано лице може захтевати да се такав уговор без одлагања закључи.

Наводи се и то да су одредбе прописа којима се, делимично или у целини, одређује садржина уговора саставни делови тих уговора, те их употпуњавају или ступају на место уговорних одредби које нису у сагласности са њима. У случају кад је уговор закључен према унапред одштампаном садржају, или кад је уговор био на други начин припремљен и предложен од једне уговорне стране, нејасне одредбе тумачиће се у корист друге стране. Обавеза се може угасити само сагласношћу воља страна у облигационом односу или на основу закона.

II Контрола законских и уговорних обавеза у здравственим установама

Према **Закону о државној ревизорској институцији** ("Сл. гласник РС", бр. 101/2005, 54/2007 и 36/2010), субјекти ревизије су, између осталих:

„Други субјекти који користе средства и имовину под контролом и на располагању Републике, територијалних аутономија, локалних власти или организација обавезног социјалног осигурања.“

Предмет ревизије у складу са овим законом су:

- 1) примања и издаци у складу са прописима о буџетском систему и прописима о јавним приходима и расходима;
- 2) финансијски извештаји, финансијске трансакције, обрачуни, анализе и друге евиденције и информације субјеката ревизије; (*Ревизија финансијских извештаја представља испитивање докумената, исправа, извештаја и других информација, ради прикупљања довољног, адекватног и поузданог доказа за изражавање мишљења да ли финансијски извештаји субјекта ревизије истинито и објективно приказују његово финансијско стање, резултате пословања и новчане токове, у складу са прихваћеним рачуноводственим начелима и стандардима*).
- 3) правилност пословања субјеката ревизије у складу са законом, другим прописима и датим овлашћењима; (*Ревизија правилности пословања значи испитивање финансијских трансакција и одлука у вези са примањима и издацима, ради утврђивања да ли су односне трансакције извршене у складу са законом, другим прописима, датим овлашћењима, и за планиране сврхе*).
- 4) сврсисходност располагања јавним средствима у целости или у одређеном делу;

Институција може ревидирати акт о протеклом, текућем, као и о планираном пословању корисника јавних средстава.

Према чл.84. **Закона о буџетском систему**, послове буџетске инспекције обавља Министарство финансија, са циљем вршења инспекције над:

- 1) директним и индиректним корисницима буџетских средстава;
- 2) организацијама за обавезно социјално осигурање;
- 3) јавним предузећима основаним од стране Републике Србије, правним лицима основаним од стране тих јавних предузећа, правним лицима над којима Република Србија има директну или индиректну контролу над више од 50% капитала или више од 50% гласова у управном одбору, као и над другим правним лицима у којима јавна средства чине више од 50% укупног прихода.

Функција буџетске инспекције, службе за буџетску инспекцију аутономне покрајине и службе за буџетску инспекцију јединице локалне самоуправе је контрола примене закона у области материјално-финансијског пословања и наменског и законитог коришћења средстава корисника буџетских средстава, организација, предузећа, правних лица и других субјеката из чл. 84. и 85.

Ако су одредбе других закона, односно прописа, у супротности са овим законом, примењују се одредбе овог закона.

Закон о здравственом осигурању дефинише да службено лице Републичког фонда, филијале, односно Покрајинског фонда (у даљем тексту: надзорник осигурања) врши контролу правилности извршавања закључених уговора са даваоцима здравствених услуга, као и законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања пренетих даваоцима здравствених услуга за остваривање законом утврђених права осигураних лица.

У вршењу контроле надзорник осигурања, између осталог, може да:

- 1) наложи да се утврђене неправилности и недостаци, односно спровођење радњи које су у супротности са законом и закљученим уговором са даваоцем здравствених услуга, отклоне у одређеном року;
- 2) предложи да се привремено обустави пренос финансијских средстава док давалац здравствених услуга не отклони утврђене неправилности у извршењу закљученог уговора;
- 3) предложи да се раскине уговор са изабраним лекаром;
- 4) предложи да се умањи износ средстава даваоцу здравствених услуга за део обавеза преузетих закљученим уговором које давалац здравствених услуга није извршио;

У Правилнику о уговарању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања са даваоцима здравствених услуга, који се доноси за сваку календарску – буџетску годину, одредба о вршењу контроле је идентична оној у Закону о здравственом осигурању па је нећемо понављати.

Правилником о контроли спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга, који је усвојен 7. јуна 2013., уређују се начин и поступак контроле спровођења закључених уговора између Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) и давалаца здравствених услуга, као и других субјеката који учествују у остваривању права из здравственог осигурања.

Контрола спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга обухвата:

- контролу правилности извршавања закључених уговора између Републичког фонда и давалаца здравствених услуга;
- контролу законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања пренетих даваоцима здравствених услуга за остваривање законом утврђених права осигураних лица;
- контролу личних података који се односе на здравствено стање осигураних лица који се воде у медицинској документацији осигураног лица у складу са законом.

Надзорник осигурања је самосталан у раду у границама овлашћења утврђених законом и овим правилником, лично је одговоран за свој рад и дужан да поступа савесно и непристрасно у вршењу послова контроле.

У Правилнику о контроли, у потпуности су из Закона о здравственом осигурању, преузете мере које надзорник осигурања по обављеној контроли може да наложи.

III Закључна разматрања

Поводом различитих тумачења наведених прописа у погледу надлежности и предмета контроле спровођења закључених уговора од стране надзорника контроле, Комора здравствених установа је од Министарства финансија затражила званично тумачење појединих одредаба Закона о буџетском систему које се односе на финансијско планирање и контролу наменског трошења средстава. Према службеном мишљењу Министарства финансија бр. 011-00-289/2012-03, од 29.10.2012.год., организације за обавезно социјално осигурање су обавезне да припреме финансијске планове на основу смерница утврђених Фискалном стратегијом, а самим тим и Републички фонд за здравствено осигурање, на основу ових смерница, треба да припреми упутство за израду финансијских планова здравствених и апотекарских установа, које су корисници средстава Фонда. Примена члана 61. Закона о буџетском систему који регулише вршење промене у апропријацији у току године у организацијама за обавезно социјално осигурање утврђена

је ставом 10. , овог члана, где је речено:“Организација за обавезно социјално осигурање, на основу одлуке директора организације за обавезно социјално осигурање, може вршити преусмеравање апропријација одобрених на име одређеног расхода и издатака у износу од 5% вредности апропријације за расход и издатак, чији се износ умањује, а изузетно и преко 5% за трошкове здравствене заштите“. У складу са цитираним ставом, здравствене и апотекарске установе које су корисници средстава Републичког фонда за здравствено осигурање, могу мењати апропријације како је то наведено горе цитираним ставом члана 61 Закона о буџетском систему, али уз сагласност РФЗО јер финансијским планом овог фонда треба да се ускладе и обједине финансијски планови свих здравствених установа, па не може здравствена установа у промени апропријације поступати самостално, већ уз сагласност Републичког фонда чија средства користе. У мишљењу се, затим, наводи да инспекцију над трошењем средстава здравствених установа обавља и буџетска инспекција с обзиром да су оне корисници средстава Републичког фонда који са њима има заснован уговорни однос. Међутим, контролу наменског трошења средстава која су примљена од Републичког фонда у здравственим установама обавља и за то овлашћено лице Републичког фонда.

На крају понављамо кључне одредбе из наведених закона и подзаконских аката које се односе на дефинисање наменских средстава и временски период у којем надзорници осигурања могу вршити контролу у здравственим установама.

1. Здравствена установа из Плана мреже може да врши плаћање искључиво до висине расхода и издатака који су **утврђени финансијским планом** здравствене установе, а који одговарају **апропријацији из финансијског плана за ту намену у одговарајућој буџетској години.**
2. Наменски приходи су јавни приходи чије је коришћење и намена утврђена законом.
3. Фискалном годином сматра се период од дванаест месеци, од 1. јануара до 31.децембра календарске године.
4. Односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, уређују се уговором који се **закључује на период за који се доноси буџетски меморандум, односно финансијски план Републичког фонда**
5. Важење уговора из става 1. овог члана може се **анексом уговора продужити и у наредну календарску годину.**
6. Републички фонд доноси општи акт којим се уређује поступак коначног обрачуна са даваоцима здравствених услуга **на основу уговора о пружању здравствене заштите по завршеној буџетској години.**
7. У случају кад је уговор закључен према унапред одштампаном садржају, или кад је уговор био на други начин припремљен и предложен од једне уговорне стране, нејасне одредбе тумачиће се у корист друге стране.

8. Државна ревизорска Институција може ревидирати акт о протеклом, текућем, као и о планираном пословању корисника јавних средстава.
9. Службено лице Републичког фонда врши контролу правилности извршавања закључених уговора са даваоцима здравствених услуга, као и законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања **пренетих даваоцима здравствених услуга за остваривање законом утврђених права осигураних лица.**

Другом приликом, даћемо преглед најчешћих мера које су здравственим установама наложили надзорници осигурања као и приговоре на те мере.

Наталија Пилиповић Лазаревић, дипл.еџц.