

20111052504

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Врз основа на член 9 став 4, член 17 став 1, член 24 став 1, член 25 став 6, член 27 став 4, член 28 став 6, член 31 став 4, 31-а став 4 и член 56 став 1 точка 3 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010 и 53/2011), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 12 јули 2011 година, донесе

П РА В И Л Н И К ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

I. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Со овој правилник, во согласност со Законот за здравственото осигурување (во натамошниот текст: Закон), поблиску се уредуваат содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд).

Член 2

Како осигурено лице се смета лице на кое на начин пропишан со Законот и овој правилник му е утврдено својство на осигуреник, односно осигурено лице.

Член 3

На осигурените лица им се обезбедуваат здравствени услуги и парични надоместоци под услови и на начин утврдени со Законот, овој правилник и другите општи акти на Фондот.

Здравствените услуги од став 1 на овој член осигуреното лице може да ги оствари само во здравствени установи со кои Фондот склучил договор.

II. УТВРДУВАЊЕ СВОЈСТВО НА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ

Член 4

Својството на осигурено лице го утврдува подрачната служба на Фондот, според местото на живеење односно на работа.

Својството на осигурено лице се утврдува врз основа на пријава за задолжителното здравствено осигурување, што ја поднесуваат обврзниците за уплата на придонесот, односно лицето кое бара утврдување на својство на осигуреник, односно осигурено лице.

Ако Фондот утврди дека обврзникот за уплата на придонесот, во пропишаниот рок не поднесол пријава за задолжителното здравствено осигурување, по службена должност, со решение ќе утврди својство на осигурено лице.

Ако Фондот по поднесена пријава не признае својство на осигурено лице, или тоа својство го признае по друг основ, должен е за тоа да донесе решение.

Член 5

Подносителот на пријавата е должен кон пријавата да приложи соодветни докази со кои се докажува законскиот основ за осигурување (за заснован работен однос, вршење на дејност, корисник на пензија, корисник на постојана социјална заштита или друг основ на осигурување).

Државјаните на Република Македонија од член 5 став 1 точка 15 од Законот за здравствено осигурување кои бараат утврдување на својство на осигуреник, кон пријавата за задолжително здравствено осигурување приложуваат:

- извод од матична книга на родени, односно венчани во копија;
- изјава за остварени приходи на пропишан образец;
- лична карта во копија, со согласност на подносителот на пријавата и
- здравствена легитимација.

Граѓаните на Република Македонија кои не се опфатени со задолжително здравствено осигурување според став 1 на член 5 од Законот за здравствено осигурување, кои сакаат да пристапат кон задолжително здравствено осигурување, кон пријавата за задолжително здравствено осигурување приложуваат:

- извод од матична книга на родени односно венчани во копија;
- изјава за остварени приходи на пропишан образец;
- лична карта во копија, со согласност на подносителот на пријавата и
- здравствена легитимација.

За осигурените лица - членови на семејството кон пријавата се поднесува доказ со кој се докажува сродството со осигуреникот (извод од матичните книги на венчаните, извод од матичните книги на родените или решение од надлежен орган).

За децата на осигуреникот над 18 години, кон пријавата се поднесува и потврда за редовно школување.

За децата кои се или ќе станат неспособни за самостоен живот и работа, кон пријавата се поднесува решение дека детето е неспособно за самостоен живот и работа според прописите за пензиското и инвалидското осигурување, односно за социјална заштита.

Член 6

Лицата од член 5 став 2 и 3 на овој правилник, должни се по истекот на 12 месеци по доставената изјава, да достават нова изјава на пропишан образец за остварени приходи во претходната календарска година.

Лицата од член 5 став 2 и 3 на овој правилник, за секоја околност што предизвикува промена на основот на осигурување веднаш ја известуваат подрачната служба на Фондот.

Ако лицата од став 1 од овој член, од страна на Фондот или друг надлежен орган се затекнат да работат, се работно ангажирани или вршат дејност спротивно на закон го губат правото од задолжително здравствено осигурување освен правото на итна медицинска помош, до осигурување по една од точките од 1) до 14) од став 1 на член 5 од Законот за здравствено осигурување.

За случаите од став 1 на овој член, Фондот со решение по службена должност осигуреното лице го одјавува од задолжително здравствено осигурување.

Член 7

Врз основа на пријавата за осигурување и доказите од член 5 на овој правилник, статусот на осигурено лице се утврдува од денот на: засновање на работниот однос; почетокот на вршењето на дејноста; почетокот на користењето на пензијата односно другите права врз основа на кои се осигуруваат, стапувањето во брак, раѓањето или стекнувањето на друго својство врз основа на која ќе се осигурува.

За лицата кои сами пристапуваат кон задолжително здравствено осигурување, статусот на осигурено лице се утврдува со денот на поднесувањето на пријавата.

Член 8

За децата на осигуреникот над 18 години кои се на редовно школување, на почетокот на учебната година, осигуреникот доставува потврда за редовно школување.

Доколку за осигуреното лице од став 1 на овој член не е доставена потврда за редовно школување, им престанува својството на осигурено лице.

Член 9

Својството на осигурено лице престанува со денот на поднесување на одјавата за осигурување, односно со престанокот на основот врз основа на кој било осигурено.

Кон одјавата за здравствено осигурување се приложува соодветен доказ за престанок на основот на осигурување (пријава - одјава M1/M2), доказ за престанок на дејност или друг доказ од кој ќе се види дека престанал основот на осигурување.

Член 10

Пријавата односно одјавата за задолжително здравствено осигурување е на пропишан образец.

Фондот води евиденција за осигурените лица според податоците за пријавата односно одјавата за задолжително здравствено осигурување.

III. ДОКАЖУВАЊЕ НА СВОЈСТВО НА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ

Член 11

Својството на осигурено лице се докажува со електронска картичка за здравствено осигурување, односно здравствена легитимација со потврда за платен придонес.

Електронската картичката за здравствено осигурување, односно здравствената легитимација може да се користи само со лична карта, или патна исправа.

Член 12

По исклучок од ставот 2 на член 10 од овој правилник, децата до два месеца возраст здравствена заштита можат да користат и врз основа на електронска картичка за здравствено осигурување, односно здравствена легитимација на еден од родителите.

Член 13

Потврдата за платен придонес за здравствено осигурување 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.

Потврдата од став 1 на овој член содржи: име и презиме на осигуреникот, број на здравствената легитимација, регистарски број на обврзникот, сериски број, месецот за кој е платен придонесот и месеците и годината во кои можат да се користат здравствени услуги на товар на средствата на Фондот.

Платениот придонес за здравствено осигурување за корисниците на пензија или друг надоместок од пензиското и инвалидското осигурување, се докажува со потврдата за исплата на пензијата односно надоместокот.

Потврдата за платен придонес за здравствено осигурување се издава во потребен број на примероци за здравствени услуги и за лекови.

Примерок од потврдата се приложува кон пресметката за извршената здравствена услуга и кон рецептот за издаден лек.

IV. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

1. Избор на лекар

Член 14

Осигуреното лице заради користење на примарната здравствена заштита врши избор на лекар во дејност на: општа медицина, гинекологија и општа стоматологија, без оглед на местото на живеење односно на работа.

Како избран лекар во смисла на став 1 од овој член се смета лекар вработен во здравствена установа која врши примарна здравствена заштита каде Фондот обезбедил вршење на такви услуги и кој осигуреното лице го избрало за свој лекар.

Член 15

Како избран лекар од општа медицина може да бидат лекари од дејностите: општа медицина, медицина на трудот, педијатрија и училишна медицина.

Како избран лекар од гинекологија е специјалист гинеколог акушер.

Како избран лекар од општа стоматологија може да биде лекар од општа стоматолошка пракса како и лекари специјалисти кои се определиле да бидат избрани лекари.

Децата кои се на школување надвор од местото на живеење може да изберат лекар од општа медицина и во местото на школувањето.

Во дејноста на општа медицина и општа стоматологија избор на лекар вршат сите осигурени лица.

Во дејноста гинекологија избор на лекар вршат лицата од женски пол над 12 годишна возраст.

Избраниот лекар не може да врши и услуги од специјалистичко - консултативна здравствена заштита, освен за гинекологот кој го води породувањето во породилиште на здравствен дом, во случај ако тоа не се врши во болнички услови.

Член 16

За децата осигурени лица до 14 годишна возраст, изборот на лекар го врши родителот односно старателот.

Член 17

Лекарот може да го одбие изборот на осигуреното лице во случај:

1. ако осигуреното лице укажува недоверба кон лекарот или не постапува по неговите совети;
2. ако не му дава вистински податоци за својата здравствена состојба;

Член 18

Секој избран лекар е должен да определи друг лекар од својата или од друга здравствена установа која врши иста дејност, кој ќе го заменува, односно кој ќе му ги пружа здравствените услуги на осигуреното лице во случај на негова отсутност.

Избраниот лекар е должен да ја извести подрачната служба на Фондот за лекарот кој ќе го заменува.

Член 19

Избраниот лекар може да се промени во случај на:

1. престанок на работа на избраниот лекар;
2. промена на местото на живеење односно на работа на избраниот лекар или на осигуреното лице и
3. во други случаи по барање на осигуреното лице, односно лекарот.

Осигуреното лице по негово барање, промена на избраниот лекар може да врши најмногу два пати во текот на една календарска година.

Член 20

Изборот на лекар се врши со пополнување на изјава за избор - промена на лекар на пропишан образец.

Изјавата од став 1 на овој член се потполнува 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 евиденција.

Член 21

Промената на избраниот лекар се врши со пополнување на образец одјава за избор на лекар и нов образец изјава за избор на лекар.

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

Во рок од осум дена од извршената промена од став 2 на овој член, подрачната служба на Фондот ги известува избраниот и ново избраниот лекар.

При промена на избраниот лекар, здравствениот картон се пренесува кај ново избраниот лекар, по барање на осигуреното лице.

Одјавата и новата изјава за избор на лекар од став 1 на овој член новоизбраниот лекар ги доставува до подрачната служба на Фондот.

Подрачната служба на Фондот по службена должност ќе изврши колективна одјава на осигурените лица од избраниот лекар во случај на траен престанок на работа на избраниот лекар или поради раскинување на договорот со Фондот.

Член 22

Изборот на лекар и заменикот на избраниот лекар се запишуваат во здравствената легитимација на осигуреното лице со втиснување на факсимилот со бројот на лекарот, односно со внесување на податоци во електронската картичка за здравствено осигурување.

Промената на изборот на лекарот се запишува во здравствената легитимација по поништувањето на записот за претходниот избран лекар, односно податоците за промената се внесуваат во електронската картичка за здравствено осигурување.

Член 23

Избраниот лекар води евиденција за осигурените лица што го избрале.

Подрачната служба на Фондот води евиденција за осигурените лица според избраните лекари и нивните заменици и за промените на избраните лекари и нивните заменици.

2. Содржина на основните здравствени услуги кај избраниот лекар

Член 24

Основната здравствена заштита ги опфаќа мерките и активностите што ги превзема избраниот лекар и тоа:

1. превентивни мерки и активности со цел за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болести и други нарушувања на здравјето;
2. лекарски прегледи, советувања и други видови на медицинска помош со цел за утврдување, проверување и следење на здравствената состојба;
3. лекување на болните и повредените.

Член 25

Превентивните мерки и активности од член 24 став 1 точка 1 на овој правилник опфаќаат:

1. заштита од штетни влијанија врз здравјето на населението;
2. откривање, сузбивање и спречување на заразни болести;
3. систематски прегледи на децата, учениците и студентите;
4. заштита на жената во врска со бременоста, породувањето, леунството и контрацепцијата;
5. заштита на доенчињата и малите деца;
6. заштита од болести на зависности и
7. други превентивни мерки и активности.

Мерките и активностите од став 1 на овој член се вршат во обем и на начин утврден со програмите што ги донесуваат Владата на Република Македонија, односно Фондот.

Член 26

Лекарските прегледи и другите видови на медицинска помош со цел за утврдување, проверување и следење на здравствената состојба на осигурените лица опфаќаат:

1. превентивни прегледи;
2. прегледи по барање на осигуреното лице;
3. прегледи по предлог на избраниот лекар.

Превентивните прегледи се вршат во динамика која обезбедува следење на растот и развојот, рано откривање на болестите и пореметувањата, откривање на причините и последиците од патолошки состојби и создавање на основа за санирање и подобрување на утврдените состојби.

Прегледите по барање на осигуреното лице (први, повторни и контролни) се вршат според медицински индикации и опфаќаат општ физикален преглед, прегледи со одредена цел, анализа на претходната медицинска документација, упатување на помошни дијагностички прегледи (радиолошки, лабораториски, функционални тестови и др.), упатување на консултативно - специјалистички прегледи и упатување во болничка установа во зависност од медицинските индикации согласно закон.

Доколку избраниот лекар врши помошни дијагностички прегледи со ЕКГ, ЕХО или други апарати, здравствените услуги не се сметаат како посебни здравствени услуги туку како здравствени услуги на избраниот лекар.

Прегледите по предлог на избраниот лекар содржат потребни постапки од став 2 и 3 од овој член, во зависност од медицинските индикации.

Член 27

Лекувањето на болните и повредените опфаќа примена на медицински знаења, вештини, методи, постапки и средства со цел за лекување и закрепнување на осигуреното лице согласно медицина базирана на докази.

Член 28

Примарната здравствена заштита по правило се остварува во ординацијата на избраниот лекар.

По исклучок од став 1 на овој член, во итни случаи доколку на подрачјето не постои организирана итна медицинска помош или ако избраниот лекар оцени за потребно и ако за тоа постојат услови, може да изврши преглед или други здравствени услуги во домот на осигуреното лице.

Член 29

Избраниот лекар гинеколог, покрај мерките и активностите од членовните 24 до 28 од овој правилник:

1. ја следи бременоста и дава совети во врска со бременоста и контрацепцијата;
2. го води породувањето во породилиште на здравствен дом, во случај ако тоа не се врши во болнички услови.
3. превзема мерки и активности за превенција и рано откривање на заболувањата кај жените;

Кај избраниот лекар гинеколог, како мерки и активности од став 1 на овој член се сметаат и здравствените услуги со ЕХО и колпоскоп.

3. Стоматолошка здравствена заштита кај избраниот лекар

Член 30

Превенцијата и лекувањето на устата и забите во примарната здравствена заштита опфаќа: стоматолошки прегледи и други видови стоматолошка помош со цел за утврдување, следење и проверување на здравствената состојба како и лекување на устата и забите.

Стоматолошките прегледи можат да бидат превентивни и прегледи по барање на осигуреното лице.

Превентивните прегледи опфаќаат: дијагностика на ризикот за појава на кариес и парадонтопатија, рано откривање на болестите на устата и забите, аномалиите во развојот на вилиците и забите и други заболувања и состојби.

Прегледите по барање на осигурените лица опфаќаат: општ стоматолошки преглед, анализа на медицинската документација, упатување на помошни дијагностички прегледи (рентген, лабораторија и др.), стоматолошка терапија и по потреба упатување на специјалистички прегледи.

Одредени превентивни прегледи се спроведуваат во согласност со програмите за здравствена заштита, а прегледите по барање на осигуреното лице според медицинските индикации.

Член 31

Лекувањето на болните, повредените и другите видови на стоматолошка помош опфаќа: терапија на кариесот со полнења на предните заби со двокомпонентен композитен материјал, еднокомпонентен материјал, нанокомпозит и со амалгамски полнења на другите заби, ендодонска терапија со дефинитивно полнење на канали, заболување на парадонтот, терапија на меките ткива, устата и плувачните жлезди и вадење заби.

Стоматолошките здравствени услуги од орална хирургија, ортодонција и протетика не спаѓаат во примарна здравствена заштита.

4. Домашно лекување

Член 32

Домашно лекување, осигуреното лице остварува кога не е неопходно болничко лекување или како продолжено болничко лекување во домашни услови, 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.

Член 33

Потребата од домашно лекување ја утврдува лекар специјалист или субспецијалист од соодветната специјалност.

Член 34

Домашното лекување го спроведува избраниот лекар и/или медицинска сестра од тимот на избраниот лекар, односно специјализирана организациона единица за домашно лекување.

Доколку избраниот лекар врши домашно лекување здравствените услуги се сметаат како посебни услуги.

Член 35

Домашното лекување се спроведува со цел да се обезбеди рационално, ефикасно и неопходно подобрување на здравствената состојба на осигуреното лице.

5 . Право на Породување во породилиште на здравствен дом

Член 36

Во населените места каде што нема болничка здравствена установа со акушерско одделение, осигурените лица го остваруваат правото на породување во породилиштето на здравствениот дом.

6. Право на Итна медицинска помош и континуирана дваестичетиричасовна здравствена заштита

Член 37

Правото на итна медицинска помош осигуреното лице го остварува со пружање на дијагностички и терапевтски постапки кои се неопходни за отстранување на непосредна опасност по животот и здравјето на осигуреното лице.

Член 38

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 организирана служба за итна медицинска помош, според местото на живеење односно според местото каде осигуреното лице се затекнало во времето на потребата од итна медицинска помош.

Член 39

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.

Член 40

Осигуреното лице во итни случаи има право на превоз до болничката здравствена установа.

Здравствените установи кои пружаат примарна здравствена заштита на одредено подрачје се должни да обезбедат услови за превоз на болни во итни случаи.

Член 41

Во случај на неоправдан повик за укажување на итна медицинска помош, осигуреното лице ги сноси трошоците на прегледот и превозот.

Оправданоста на повикот ја цени лекарот од итна медицинска помош, а по приговор, лекарската комисија на Фондот.

Член 42

Осигуреното лице има право на континуирана дваесетичетиричасовна здравствена заштита и во подрачјата каде нема организирано итна медицинска помош со дежурна служба или во постојната организирана служба лекарските тимови се во недоволен број.

7. Превоз со санитарско возило

Член 43

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 со јавниот сообраќај.

Потребата за превоз со санитарско возило ја утврдува избраниот лекар односно надлежниот лекар од соодветната болничка здравствена установа.

8. Патронажна дејност и поливалентна патронажа

Член 44

Осигуреното лице има право на здравствена нега од страна на поливалентна патронажна сестра и тоа преку:

- патронажни посети на жени во репродуктивниот период;
- патронажни посети на бремени жени и леунки;
- патронажни посети на новородени, доенчиња и предучилишни деца;

9. Користење на лекови

Член 46

Право на лекови осигуреното лице остварува врз основа на пропишан рецептен образец за пропишување на лек.

Член 47

Лекови на рецепт пропишува лекар - доктор на медицина, односно стоматологија, кој има статус на избран лекар во примарната здравствена заштита, според член 14 од овој правилник.

Лекарот определен за замена на избраниот лекар може да пропишува лекови на рецепт според договорот што Фондот го склучил со избраниот лекар.

Лекарите од став 1 на овој член пропишуваат лекови само од дејноста што ја вршат.

Избраниот лекар, односно замената на избраниот лекар е должен рецептниот образец по правило да го изготви, пополни и да го завери со факсимил и потпис на лекарот и со печат на здравствената установа.

Лекови на рецепт според Листата на лекови утврдена со одлука на Управниот одбор на Фондот, може да пропишува и дежурниот лекар во дежурната служба на здравствениот дом односно избраниот лекар кој дежура во дежурната служба што ја организира здравствениот дом.

Член 48

Осигуреното лице може да оствари право на лекови на товар на средствата на Фондот според Листата на лекови врз основа на рецепт и доказ за платен придонес за здравствено осигурување.

Член 49

На рецептот се пропишува само еден лек, за едно осигурено лице, во потребна количина за терапија до 8 дена за акутни случаи, со упатство за начинот на употреба.

Во случај на хронични болести можат да се пропишуваат повеќе рецепти за лекови, но на еден рецепт еден лек за терапија најмногу до 30 дена.

За хронични болести избраниот лекар може да пропишува рецепти за 180 дена со означен датум на рецептот соодветно за секој месец.

Рецептот за пропишан лек за акутно заболување важи 5 дена, за пропишани наркотици и опојни средства 5 дена, а рецептот за пропишан лек за хронично заболување важи 30 дена, сметано од денот назначен на рецептот како датум на пропишување.

Дежурниот лекар од член 45 став 4 на овој правилник може да пропише само еден лек на еден рецепт во потребна количина за терапија до осум дена за акутни случаи, со упатство за употреба на лекот.

Рецептот за пропишан лек од став 4 на овој член важи само во денот кога е пропишан лекот од дежурниот лекар.

На рецептот за пропишан лек покрај својот факсимил, дежурниот лекар става и печат со број на шифра на дежурната служба.

За лековите на рецепт од Листата на лекови на товар на Фондот кои се пропишуваат по предлог на лекар специјалист / субспецијалист или лекарски конзилиум, предлогот важи до денот на закажаниот контролен преглед, но не подолго од 1 година.

Член 50

Аптеката го издава лекот на рецепт, според пропишаната терапевска доза.

Издавањето на лековите за хроничните болни ќе се врши месечно, за потребна терапија пропишана до 30 дена.

Ако аптеката не располага со пропишаниот лек, овластениот здравствен работник во аптеката го известува осигуреното лице за можноста за набавка во друга аптека.

Член 51

Избраниот лекар секој пропишан лек го запишува во здравствениот картон, амбулантскиот дневник, компјутерската евиденција и здравствената легитимација / електронската картичка за здравствено осигурување на осигуреното лице.

Во здравствената легитимација/електронската картичка за здравствено осигурување на осигуреното лице се запишува датумот, дијагнозата и количината на пропишаниот лек и заверени со факсимил и потпис на избраниот лекар.

Дежурниот лекар секој пропишан лек го заведува во амбулантскиот дневник и здравствената легитимација/ електронската картичка за здравствено осигурување на осигуреното лице.

Во здравствената легитимација/електронската картичка за здравствено осигурување се запишува датумот, дијагнозата и количината на пропишаниот лек, заверени со факсимил и потпис на дежурниот лекар и печат со број на шифра на дежурната служба.

Здравствениот работник во аптеката го потврдува издавањето на лекот во здравствената легитимација/електронската картичка за здравствено осигурување на осигуреното лице, со датум, потпис и печат на здравствената установа.

10. Упатување на повисоко ниво на здравствена заштита

Член 52

Осигуреното лице може да користи здравствени услуги во специјалистичко - консултативната здравствена заштита со упат од избраниот лекар.

Болничка здравствена заштита осигуреното лице може да користи по правило со упат од лекарот специјалист.

По исклучок од ставот 2 на овој член, во итни случаи осигуреното лице може да користи здравствени услуги без упат, а во болничката здравствена заштита со упат од избраниот лекар само во следните случаи:

- дијагностицирани хронични заболувања;
- по проценка на избраниот лекар за итност на здравствената состојба на осигуреното лице, со соодветно образложение за итноста и со проценка за натамошниот тек на третманот, што избраниот лекар соодветно го документира во медицинското досие на осигуреното лице;
- кога упатувањето го врши избраниот лекар од дејноста на педијатријата, за детската популација и гинекологијата.

Субспецијалистичка здравствена заштита осигуреното лице може да оствари со упат од лекар специјалист.

Избраниот лекар и лекарот специјалист го упатуваат осигуреното лице да користи здравствени услуги во здравствените установи, каде Фондот обезбедил вршење на такви здравствени услуги.

11. Листа на чекање

Член 53

Здравствените услуги од специјалистичко - консултативната и болничката здравствена заштита осигурените лица ги остваруваат според временскиот редослед кој е утврден во Листата на чекање донесена од здравствената установа.

Листата на чекање од став 1 на овој член не се однесува за итните случаи кај кои е неопходно отстранување на непосредната опасност по животот и здравјето на осигуреното лице.

Листата на чекање од став 1 на овој член здравствената установа ја утврдува во случај кога е исполнет планот за видот и обемот на здравствени услуги согласно договорот со Фондот, планиран за одреден период во текот на годината (тримесечје).

Листата на чекање е транспарентна и секое осигурено лице со упат од избран лекар односно специјалист има право на увид.

Здравствената установа листата на чекање ја доставува до Фондот за здравствено осигурување, последниот ден од месецот по електронски пат.

Врз основа на листите на чекање изработени од здравствените установи, Фондот изработува преглед на просечно време на чекање на услугите по здравствени установи и на ниво на Република Македонија на секои 6 месеци.

V. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Член 54

Специјалистичко - консултативна здравствена заштита опфаќа специјалистички прегледи, дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки според медицински индикации.

За потребата од упатување на специјалистичко - консултативна здравствена заштита од став 1 на овој член одлучува избраниот лекар, односно о лекарот специјалист.

Член 55

Биохемиските лабораториски испитувања за потребите на примарната здравствена заштита се вршат врз основа на пропишан образец на упат од избраниот лекар со наведување на видот на услугите во образецот на упатот.

По исклучок од став 1 на овој член, останатите биохемиски лабораториски испитувања се остваруваат врз основа на пропишан образец на упат од лекар специјалист односно субспецијалист, со наведување на видот на услугите во образецот на упатот.

Избраниот лекар гинеколог, образецот на упатот од ств 2 на овој член може да го користи само во случај на потреба од утврдување на хормонски статус кај осигуреното лице.

Член 56

Радиидијагностичките испитувања: нативна радиолошка дијагностика со и без контраст, ехо дијагностика и мамографија се остваруваат врз основа на пропишан образец на упат од избраниот лекар со наведување на видот на услугите во образецот на упатот.

По исклучок од став 1 на овој член, радиидијагностичките испитувања: компјутерска томографија, магнетна резонанца и други специфични радиидијагностички испитувања се остваруваат со упат од лекар специјалист односно субспецијалист на пропишан образец, со наведување на видот на услугите во образецот на упатот.

Член 57

Специјалистичко-консултативната здравствена заштита осигуреното лице ја остварува во најблиската и најсоодветна здравствена установа која врши такви здравствени услуги, врз основа на на пропишан образец на упат од избраниот лекар/лекар специјалист.

Избраниот лекар/лекар специјалист упатувањето од став 1 на овој член го врши според утврдени листи од Министерството за здравство за здравствени услуги кои може да се вршат во специјалистичко - консултативна здравствена заштита во здравствените установи.

Во случаи кога лекарот специјалист има потреба од одредени дополнителни дијагностички или терапевтски процедури, може осигуреното лице да го упати со интересспецијалистички упат на пропишан образец во истата или друга здравствена установа која врши специјалистичко – консултативни здравствени услуги.

Субспецијалистичката здравствена заштита се користи со субспецијалистички упат на лекарот специјалист на пропишан образец.

Упатот важи 30 дена од денот на издавањето, во кој рок треба и да се активира, но најмногу до 3 месеци доколку не е завршена дијагностичката постапка.

По исклучок од став 5 на овој член, во случаите кога осигурените лица се упатени да користат здравствени услуги во врска со дијализа и вежби на видот, слухот и говорот надвор од местото на живеење, упатот важи 12 месеци.

Важењето на упатот од став 3 на овој член, осигуреното лице го докажува со потврда за платен придонес за задолжително здравствено осигурување.

Член 58

Ако во здравствената установа во која е упатен има повеќе лекари од иста специјалност осигуреното лице самостојно може да се определи кај кој лекар специјалист ќе користи здравствена услуга.

Член 59

Избраниот лекар, односно лекарот специјалист кон упатот за специјалистичко консултативна здравствена заштита ги приложува сите потребни наоди за извршените специјалистички прегледи, дијагностички и терапевтски постапки.

Член 60

Лекарот специјалист наодите од извршениот специјалистички преглед и другите испитувања ги доставува со мислење за здравствената состојба на осигуреното лице и упатство за натамошното лекување го доставува до лекарот кој го упатил осигуреното лице.

Член 61

Осигуреното лице е должно по извршениот специјалистичко консултативен преглед да се јави кај избраниот лекар веднаш, но најдоцна во рок од три дена.

VI. ОСТВАРУВАЊЕ НА ДИЈАЛИЗА ВО ДОМАШНИ УСЛОВИ

Член 62

Осигурените лица кои со сопствени средства ја набавиле потребната опрема за вршење на дијализа, имаат право дијализата да ја вршат во домашни услови.

Цената на дијализата која се врши во домашни услови се утврдува со одлука на Управниот одбор на Фондот.

VII . ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Член 63

Кога поради природата на заболувањето не е можно со успех да се спроведе амбулантно или домашно лекување осигуреното лице се упатува на болничко лекување во најблиската здравствена установа која врши соодветна болничка здравствена заштита.

Член 64

Болничката здравствена заштита опфаќа:

1. испитување и лекување на болните и повредените со примена на медицински знаења, вештини, методи и средства за лекување, оперативно лекување, лекување со примена на методи на физикална медицина, медицинска рехабилитација, совети, медицинска нега и прифатени методи на традиционалната медицина во болнички услови, со цел за оздравување и подобрување на здравствената состојба;
2. лекови, помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитарски и друг материјал потребен за лекување;
3. сместување и исхрана во стандардни болнички услови.

Член 65

Како стандардни болнички услови за сместување на болни осигурени лица се смета сметување во болничка соба со два или повеќе болнички кревети.

Сместување во еднокреветна болничка соба се врши во случај на потреба од изолација поради опасност од пренесување на заразна болест.

Како болнички услови од повисок стандард од стандардот утврден со овој правилник се смета сместување во еднокреветна болничка соба обезбедена со телевизор, радио, телефон, посебна нега и/или други надстандардни потреби по барање на осигуреното лице.

Во случај на сместување во болнички услуги од повисок стандард од став 3 на овој член осигуреното лице ја надоместува разликата помеѓу цената на стандардниот и повисокиот стандард на сместување.

Член 66

На осигуреното лице сместено во болничките услови му се обезбедува стандардна болничка исхрана од три оброци дневно, која ги задоволуваа дневните потреби на организмот.

По исклучок од став 1 на овој член, во зависност од медицинските индикации, на осигуреното лице му се обезбедува диетална исхрана односно парентерална исхрана.

Член 67

Болничкото лекување трае ограничено, односно најкусо можно време потребно за извршување на неопходните болнички здравствени услуги, а престанува кога ќе се постигне состојба за продолжување на лекувањето во домашни или амбулантски услови како и медицинска рехабилитација во специјализирани здравствени установи.

Долготрајно болничко лекување на осигурените лица болни од хронични болести се врши во специјални болници за лекување на хронични болести, лекување на душевни болести, лекување во геронтолошки установи и лекување на деца со трајни психофизички пречки.

Долготрајно болничко лекување од став 2 на овој член трае онолку време колку што е потребно за стабилизирање на влошената здравствена состојба на хронично болните, односно се додека не се создадат услови за лекување на хроничното заболување во домашни или амбулантски услови.

Член 68

На осигурените лица кои се наоѓаат во тешка состојба со нарушени витални функции, им се обезбедува интензивна нега која опфаќа медицински мерки и постапки потребни за одржување на компензирана состојба на виталните функции.

Интензивната нега трае до воспоставување на стабилна здравствена состојба за продолжување на болничкото лекување.

Член 69

Мајка на хоспитализирано дете до три годишна возраст има право на сместување и исхрана во болницата како придружник најмногу до 30 дена.

Член 70

Во случаите кога според здравствената состојба на осигуреното лице не е неопходно сместување во болница, болничката установа обезбедува болничка здравствена заштита со сместување на болните во определено време во текот на денот (дневна болница).

Член 71

Болничкото лекување, по правило се остварува врз основа на на упат од лекар специјалист од соодветна специјалност, на пропишан образец.

По исклучок од ставот 1 на овој член, во итни случаи осигуреното лице може да користи здравствени услуги во болничката здравствена заштита и без упат, а со упат на пропишан образец од избраниот лекар, само во следните случаи:

1. дијагностицирани хронични заболувања;

2. по проценка на избраниот лекар за итност на здравствената состојба на осигуреното лице, со соодветно образложение за итноста и со проценка за натамошниот тек на третманот, што избраниот лекар соодветно го документира во медицинското досие на осигуреното лице;

3. кога упатувањето го врши избраниот лекар од дејноста на педијатријата, за детската популација и гинекологијата.

Доколку на болничко лекување осигуреното лице е примено без упат како итен случај, односно ако е упатен од лекар што пружил итна медицинска помош, упатот за болничко лекување го издава избраниот лека, по престанокот на итноста односно во најкус можен рок.

Упатувањето на болничко лекување се врши на пропишан образец -болнички упат.

Член 72

Избраниот лекар/лекар специјалист е должен во упатот за болничкото лекување да ја определи најблиската соодветна болничка здравствена установа во која осигуреното лице се упатува според утврдени листи од Министерството за здравство за здравствени услуги кои може да се вршат во болничка здравствена заштита, упатната дијагноза и ја приложува целокупната медицинска документација со која осигуреното лице располага.

Упатот за болничко лекување важи од денот на издавањето до завршување на болничкото лекување, но не повеќе од една година.

Важењето на упатот од став 2 на овој член, осигуреното лице го докажува со потврдата за платен придонес за задолжително здравствено осигурување.

Член 73

Болничката здравствена установа во која е упатено осигуреното лице на лекување при приемот утврдува дали постои медицинска индикација за болничко лекување.

Ако постои медицинска индикација за болничко лекување, болничката здравствена установа е должна на осигуреното лице да му обезбеди сместување и лекување во најкраток можен рок, а во итните случаи веднаш.

Ако болничката здравствена установа утврди дека болничкото лекување не е неопходно, должна е за тоа да го извести осигуреното лице и лекарот кој го упатил со образложен предлог и мислење за понатамошно лекување.

Член 74

Ако осигуреното лице е упатено во една болничка установа, а се оцени дека поуспешно и посоодветно може да се лекува во друга болничка установа, се упатува со интерболнички односно интерклинички упат на пропишан образец.

Ако осигуреното лице е упатено во едно одделение од болничката установа, а се оцени дека поуспешно и посоодветно може да се лекува во друго одделение на истата установа, се упатува со интероделенски упат на пропишан образец.

Член 75

По завршеното болничко лекување болничката здравствена установа на осигуреното лице му дава отпусно писмо и совет, а на лекарот што го упатил упатство за понатамошно лекување.

Интерболнички, односно интерклинички упат не може да се издаде кога осигуреното лице се упатува на медицинска рехабилитација.

Осигуреното лице ја потпишува фактурата (пресметката) за извршените здравствени услуги, а болничка здравствена установа е должна да му издаде копија од фактурата (пресметката) што ја доставува до Фондот.

Член 76

Осигуреното лице е должно веднаш, односно во рок од 5 дена со отпусното писмо лично или преку член на семејството да се јави кај лекарот што го упатил на болничко лекување.

VIII. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Член 77

Медицинската рехабилитација на болните и повредените ги опфаќа постапките на физикалната медицина (масажа, кинези терапија, електротерапија, хидротерапија, термотерапија, фототерапија, примена на ултразвук), оспособување со стручна работа и со примена на ортотски средства, со цел за спречување на настанување или отстранување на намалена работна или функционална способност на осигуреното лице.

Медицинската рехабилитација се спроведува во амбулантно поликлинички услови, во рамките на болничко лекување и во специјализирани здравствени установи.

Член 78

Осигуреното лице остварува право на физикална терапија и медицинска рехабилитација во амбулантски и болнички услови во најблиската здравствена установа која врши дејност на медицинска рехабилитација, со упат од избраниот лекар.

Член 79

Осигуреното лице може да оствари право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување, кога по болничкото лекување и понатаму постојат функционални пречки за чие отстранување е неопходно да се продолжи со лекувањето и рехабилитација во специјални болници за специјализирана медицинска рехабилитација и тоа во следните случаи :

1. по завршување на болничко лекување на акутно заболување, состојба и повреда и
2. по завршување на болничко лекување на влошено хронично заболување.

Правото на специјализирана медицинска рехабилитација од став 1 на овој член се остварува врз основа на барање од осигуреното лице кое се поднесува во рок од 1 месец по завршеното болничко лекување, односно во рок од 1 месец по неопходен контролен преглед, односно во рок од 3 месеци по прележан инфаркт на срцето, хируршка интервенција на срцето и сите хируршки зафати на градниот кош со респираторна патологија.

Правото на специјализирана медицинска рехабилитација од став 1 на овој член се остварува со решение од Фондот, врз основа на отпусно писмо за завршено болничко лекување, конзилијарно мислење од соодветната болничка установа во која се наоѓал на болничко лекување и врз основа на наод, оценка и мислење на лекарска комисија на Фондот.

По исклучок од став 3 на овој член, специјализирана медицинска рехабилитација во случај на церебрална парализа за децата до 14 годишна возраст се остварува со решение од Фондот, врз основа на отпусно писмо за завршено болничко лекување односно специјалистички извештај, конзилијарно мислење од соодветната болничка установа во која се наоѓале на болничко односно амбулантско лекување и врз основа на наод, оценка и мислење на лекарска комисија на Фондот.

Специјализирана медицинска рехабилитација од став 1 на овој член може да трае најмногу 21 ден.

По исклучок од став 4 на овој член, специјализирана медицинска рехабилитација во случај на церебрална парализа за децата до тригодишна возраст, рехабилитацијата може да трае до 30 дена и тоа до четири пати во текот на годината, а за деца од 4 до 14 годишна може да тра до 30 дена двапати во текот на годината, кога за време на рехабилитацијата е потребна обука на член на семејството.

Медицинска рехабилитација треба да започне најдоцна 2 месеци од добивањето на решението.

Осигуреното лице за случаите од став 1 на овој член, може да оствари право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување за утврдено заболување само еднаш во текот на една година, сметано од денот на утврдувањето на правото.

Конзилиарното мислење издадено од болничка здравствена установа, го потпишуваат 3 лекари специјалисти и директорот на здравствената установа.

Клиничкото конзилиарно мислење издадено од Универзитетска клиника, го потпишуваат 3 лекари специјалисти/субспецијалисти и директорот на здравствената установа.

Член 80

Доколку лекарскиот конзилиумот кој го предлага продолженото болничко лекување оцени дека на детето до три годишна возраст му е потребен и придружник, ова право се остварува под услови и на начин утврдени со член 70 и член 80 од овој правилник.

IX. ОБДУКЦИЈА НА УМРЕНИ

Член 81

Обдукција на лице, кое умрело во здравствена установа и кое имало својство на осигурено лице, може да се врши по барање на надлежниот лекар во здравствената установа.

Обдукција на умрено лице од став 1 на овој член може да се врши кога причината за смрта е непозната, односно нејасна, кога смрта настапила во врска со дијагностички и терапевтски постапки и во случаите кога тоа го бараат епидемиолошки причини.

Лекарот кој бара да се спроведе обдукција, во барањето е должен да ги образложи причините поради кои се бара обдукција.

Обдукциите надвор од случаите од став 2 на овој член, како и по барање на граѓани или надлежни државни органи и институции не паѓаат на товар на Фондот.

X. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ

1. Утврдување на привремена спреченост за работа

Член 82

Времетраењето на спреченост за работа, избраниот лекар и лекарската комисија ја утврдуваат на начин и постапка утврдени со посебен правилник на Фондот за начинот, постапките и поблиските критериуми за утврдување на привремената спреченост за работа поради болест и повреда или потреба за неа на болен член од потесното семејство и за времетраењето на привремената спреченост за работа во зависност од видот на болеста и повредата.

2. Надоместок на плата

Член 83

На осигурениците од член 5 став 1 точките 1, 2 и 3 на Законот, за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство им припаѓа надоместок на платата, под услови и на начин утврдени со член 13, 14 и 15 од Законот и овој правилник.

Осигурениците од став 1 на овој член можат да остварат право на надоместок на плата ако се исполнети следните услови за остварување на правото на надоместок на плата од законот и тоа :

- Ако здравственото осигурување по основ на работен однос траело непрекинато најмалку шест месеци пред настапување на случајот, поради кое се стекнува правото;
- Придонесот за задолжително здравствено осигурување редовно да е уплатуван или со задоцнување од најмалку 60 дена ;
- Оценката за привремена спреченост од работа да ја дал избраниот лекар односно Лекарската Комисија, во согласност со правилникот.

По исклучок од став 1 точка 1 на овој член , во случај на повреда на работа и професионално заболување осигурениците можат да остварат право на надоместок на плата.

Член 84

Основицата за пресметување на надоместокот на плата се утврдува согласно член 16 од Законот.

За осигурениците кои покрај платата остваруваат права на надоместок на плата за скратено работно време и други надоместоци според прописите за пензиското и инвалидското осигурување, во основицата за пресметување на надоместокот на плата се засметува и надоместокот на кој е платен придонес за задолжително здравствено осигурување.

Член 85

Надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа изнесува 85% од основицата утврдена со член 16 од Законот, освен за случаите од член 17 став 2 од Законот.

Фондот врши контрола на користењето на боледувањето за време за кое надоместокот на платата се обезбедува на товар на средствата на Фондот.

Член 86

Ако овластеното лице во вршењето на контролата утврди постоење на фактите од членот 23 од Законот, подрачната служба на Фондот донесува решение за запирање на исплатата на надоместокот на плата.

Член 87

Пресметката и исплатата на надоместокот на плата се врши врз основа на:

1. извештај за привремена спреченост за работа издаден од избраниот лекар на пропишан образец и
2. потврда за висината на исплатената плата на осигуреникот на пропишан образец.

Член 88

Подрачната служба на Фондот врши контрола на документацијата, пресметката и исплатата на основицата за надоместок на плата.

3. Патни трошоци

Член 89

Осигурените лица кои се третираат со хемодијализа, истата ја остваруваат по правило во местото на живеење, ако за тоа постојат услови или во најблиската здравствена организација каде што се врши хемодијализа.

Ако хемодијализата се врши во здравствена установа надвор од местото на живеење на осигуреното лице, по правило се обезбедува организиран превоз со возило на здравствената установа.

Ако здравствената установа во која се врши хемодијализа не располага со возило за организиран превоз на осигурените лица, превозот го организира со правно лице овластено за вршење на јавен превоз.

Доколку осигуреното лице правото на превоз не може да го оствари преку организираниот превоз од страна на здравствената установа во која се врши хемодијализата, правото на надоместок на патните трошоци се остварува на следниот начин:

- Ако осигуреното лице користи превоз на подрачјето на градот или местото на живеење или престој, каде постои организиран јавен превоз има право на надоместок во висина на патната карта од јавниот превоз.

- Ако осигуреното лице користи превоз на подрачјето на градот или местото кое е надвор од местото на неговото живеење или престој каде има организирано јавен превоз, има право на надоместок во висина на патна карта од јавниот превоз.

- Ако осигуреното лице користи превоз на подрачјето на градот или местото на живеење или престој каде не постои организиран јавен превоз, има право на надоместок во висина од 5,00 денари по еден километар.

Правото на надоместок на патни трошоци се остварува врз основа на потврда за бројот на извршени хемодијализи во претходниот календарски месец издадена од здравствената установа каде е извршена хемодијализата.

Член 90

На осигурените лица им припаѓа надомест на патните трошоци во случај на вршење на вежби за видот, слухот и говорот кои се извршуваат надвор од местото на живеење, а се спроведуваат амбулантски.

Надоместокот на патните трошоци од став 1 на овој член, на осигуреното лице кое користи здравствени услуги надвор од местото на живеење, се исплатува согласно одредбите на член 95 став 4 алинеа 2 и 3 и став 5 од овој правилник.

Член 91

Патните трошоци за осигурените лица упатени на лекување во странство се уредуваат со посебен правилник.

XI. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 92

Осигурените лица правата од задолжителното здравствено осигурување утврдени со овој правилник ги остваруваат во управна постапка во согласност со одредбите на член 31, 31-а и 31-б од Законот за здравственото осигурување, врз основа на уредно поднесено барање на пропишан образец, комплетирано со потребна документација.

Барањето од став 1 на овој член се поднесува на два идентични обрасци со еден прилог на потребната документација (докази) до подрачната служба на Фондот според местото на осигурување .

При приемот на барањето, лицето вработено во подрачната служба на Фондот, овластено за прием на барањата со потпис го потврдува приемот на вториот примерок од барањето, кој останува кај осигуреното лице, со втиснување на приемен штембил и назначување на денот на прием и бројот на прилози кон барањето.

За фактите односно, податоците за кои Фондот води службена евиденција и располага со истите, се смета дека осигуреното лице ги има поднесено со барањето.

Овластеното лице кое ја води постапката, е должно по службена должност да ги прибави податоците за фактите за кои Фондот води службена евиденција.

Овластеното лице кое ја води постапката, ќе постапи согласно став 5 на овој член и во случај кога во однос на фактите за службена евиденција води друг државен орган, односно друг субјект кој води регистар на податоци, врз основа на склучен договор за соработка и размена на податоци. Државниот орган, односно друг субјект кој води регистар на податоци е должен бараните податоци да ги достави до Фондот во рок од 3 дена од денот на приемот на барањето.

Овластените лица податоците од став 4, 5 и 6 од овој член ги користи за потребите на постапката, во согласност со прописите за заштита на личните податоци.

Доколку државниот орган, односно друг субјект кој води регистар на податоци има пропишано тарифа за административни трошоци за издавање на бараните податоци, истата е на товар на осигуреното лице кое го поднесло барањето за остварување на право од задолжително здравствено осигурување.

Трошоци поврзани со докомплетирање на барањата со податоци од други субјекти се на товар на осигуреното лице кое го поднело барањето за остварување на право од задолжително здравствено осигурување, според тарифник утврден од Управниот одбор на Фондот.

Доколку Фондот воведо електронска комуникација и обработка на податоците и обрасците предвидени со овој правилник по точно дефинирани процедури, како и функционирање на електронски потпис, правата од задолжителното здравствено осигурување можат да се остваруваат и по електронски пат.

Член 93

Доколку подрачната служба на Фондот не го донесе решението за остварување на право од задолжителното здравствено осигурување, односно не донесе решение за одбивање на барањето во законски утврдениот рок, подносителот на барањето има право во рок од три работни дена од истекот на законскиот рок за донесување на решението, да поднесе барање на пропишан образец за донесување на решението преку архивата на Фондот до директорот на Фондот.

Кон барањето од став 1 на овој член, барателот доставува и копија од барањето за остварување на правото од задолжителното здравствено осигурување од член 94 став 1 на овој правилник.

Член 94

Осигуреното лице на товар на средствата на Фондот може да остварува право на ортопедски и други помагала, право на биомедицинско потпомогнато оплодување и право на лекување во странство, согласно општите акти на Фондот со кои се уредуваат овие права од задолжителното здравствено осигурување.

ХИ. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 95

Обрасците за остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување кои се предвидени со овој правилник, ги утврдува и пропишува Управниот одбор на Фондот.

Обрасците од став 1 на овој член, управниот одбор на Фондот ќе ги утврди во рок од 30 дена, од денот на влегување во сила на овој правилник.

Обрасците од став 1 на овој член, се објавуваат во Службен весник на Република Македонија.

Член 96

Здравствените легитимации предвидени со овој правилник, ќе важат до целосното заменување со електронска картичка за здравствено осигурување.

Потврдите за платен придонес престануваат да важат со денот на отпочнувањето на примената на електронската картичка за здравствено осигурување.

Член 97

Одредбите од членовите 52, 53, 56, 57, 71, 72 став 1 и 2 и 74 став 2 од овој правилник ќе се применуваат од 1 јануари 2012.

Член 98

Со денот на влегување во сила на овој правилник престанува да важи Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 111/2000, 4/2001, 71/2001, 23/2002, 55/2004, 30/2006, 26/2007, 59/2008, 64/2008, 128/2008, 164/2008, 7/2009, 22/2009, 73/2009, 116/2009, 139/2009, 140/2009, 9/2010, 13/2010, 44/2010, 81/2010, 105/2010, 154/2010 и 171/2010), освен одредбите на членовите 67 став 1 и 68 став 1, кои ќе се применуваат до 31.12.2011 година.

Обрасците пропишани со правилникот од став 1 на овој член ќе се применуваат до утврдувањето и пропишувањето на обрасците од член 95 на овој правилник, а најдоцна до 31.12.2011 година.

Член 99

Овој Правилник влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, ќе се објави по добивање на согласност од министерот за здравство, а ќе се применува од 1 септември 2011 година.

Бр. 02 - 11156/9
12 јули 2011 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Ирфан Хоџа, с.р.