

ИНФО БИЛТЕН



**Фонд за здравствено осигурување
на Македонија**

**ИНФО БИЛТЕН ИЗДАНИЕ БР.27/2013
февруари**



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**
www.fzo.org.mk

Содржина

1	Дежурни аптеки.....	3
2	Договор за користење на европска картичка за здравствено осигурување	4
3	Повик за пререгистрација на невработени.....	5
4	Одлука за предлог референтни цени на лекови	7
5	Нов лек без доплата по барање на Здружението на РМ на болни од Цистична фиброза	8
6	Зголемување на максималениот износ на надоместок на плата на четири просечни плати во 2013 година.....	8
6.1	Услови за остварување на надоместок на плата.....	8
6.2	Основица за утврдување на надоместокот на плата	9
6.3	Висина на надоместокот на плата	9
6.4	Максимален износ на надоместокот за плата	10
7	Постапка за плаќање на придонес за здравствено осигурување за правни и физички лица 10	

1 Дежурни аптеки

Фондот за здравствено осигурување на Македонија од 1-ви јануари 2013 година вовеле организирани дежурства на аптеките.

Управниот одбор на ФЗОМ донесе Одлука за органи-



зирање на дежурства во приватните здравствени установи – аптеки, заради обезбедување на континуирана здравствена заштита на осигурените лица ноќе, сабота, недела и државни празници, во согласност со потребите на населението за негово обезбедување со лекови на рецепт од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ, особено лекови пропишани од лекар во дежурна служба.

За проектот “Дежурни аптеки” се дискутираше и со Фармацевтската Комора на Македонија која позитивно го оцени и го поддржа овој проект и која имаше и конструктивни забелешки кои беа прифатени и имплементирани во наведената Одлука.

За градот Скопје – предвидени се дежурства во аптеки во општините Центар, Аеродром, Карпош, Чаир и Кисела Вода. Општините се определени според бројот на жители (со над 50.000 жители) и со најмалку 15 аптеки во општина.

За градовите: Битола, Куманово, Прилеп, Тетово, Охрид, Струмица, Велес, Кавадарци, Штип, Кочани, Струга и Гостивар, предвидени се дежурства во аптеки. Овие градови се определени како

градови со над 30.000 осигуреници и со најмалку 15 аптеки во нивното градско подрачје.

За останатите градови со помалку од 30.000 осигуреници и помалку од 15 аптеки во градското подрачје, дежурства исто така се организираат, се спроведуваат по телефонски повик, а лицето определено за дежурство лекот треба да го издаде во просториите на аптеката.

За организираниите месечни дежурства аптеките од територија на определена Подрачна служба на Фондот, согласно Одлуката на Управниот одбор на Фондот треба да изготвуваат за секој месец *Листа на дежурства на аптеките* (според Образец ДА на Фондот) и тоа во тековниот месец за следниот месец. Оваа Листа треба да ја доставуваат редовно до Фондот и до Фармацевтската Комора на Македонија, а истата се објавува и на веб страницата на ФЗОМ.

Аптеките за време на дежурството не се ограничени само со издавање лекови пропишани на рецепт од лекар од дежурна служба, односно начинот на работењето за време на дежурството си го определуваат самите аптеки.

Реализираните рецепти од дежурните служби не влегуваат во нивниот определен финансиски месечен износ (квота) и на таков начин непречено може да се обезбедуваат лековите потребни за осигурените лица пропишани на рецепт од лекар од дежурна служба.

Здравствените домови каде се организира дежурна лекарска служба имаат обрска да ја истакнат на видно место Листата на дежурни аптеки заедно со *Листата на лекови кои можат да ги пропишат лекарите од дежурната служба*.

2 Договор за користење на европска картичка за здравствено осигурување

Целта на воведување на Европската картичка за здравствено осигурување (European Health Insurance Card – EHIC) во



земјите членки на Европската Унија беше да се зајакне мобилноста на населението внатре во ЕУ, како и во земјите кои не се членки на ЕУ, со потпишување на посебни договори со овие земји.

Во насока на приближување на Република Македонија кон Европската Унија, а воедно и во насока на продолжување на добрата соработка која ја има Република Македонија со земјите членки на ЕУ со кои има склучено Билатерални договори за социјално осигурување, Фондот за здравствено осигурување на Македонија има потпишано Договори за користење на европската картичка за здравствено осигурување на територијата на Република Македонија со следните држави:

- Република Словенија (во примена од месец март 2006 година);
- Чешката Република (во примена од 1 јуни 2008 година);
- Сојузна Република Германија (во примена од 1 октомври 2008 година);
- Република Бугарија (во примена од 1 јуни 2009 година);
- Големото Војводство Луксембург (во приемна од 1 јануари 2010 година);
- Кралството Холандија (во примена од 1 октомври 2010 година);
- Кралството Белгија (во примена од 1 јули 2011 година).

Во месец декември 2012 година Фондот за здравствено осигурување на Македонија и Фондот за здравствено осигурување на Австрија го потпишаа **Договорот за користење на европската картичка за здравствено осигурување на територијата на Република Македонија за австриските осигурени лица, и истиот стапи во сила и се применува од 1 јануари 2013 година.**

Европската картичка за здравствено осигурување е прв документ кој освен во ЕУ се користи и во Република Македонија. На основа на ЕНЕС осигурените лица на наведените странски држави за време на привремениот престој на територијата на Република Македонија, при потреба од итни и неопходни здравствени услуги можат истите да ги користат директно во здравствените установи кои имаат склучено договор со Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Со примената на ЕНЕС во Македонија освен што се поедноставува процедурата за остварување на правото за користење на здравствени услуги од страна на осигурените лица од овие држави, истовремено се зголемува и мобилноста на населението освен во земјите членки на ЕУ, и во Република Македонија.

Врз основа на позитивното досегашно искуство во примената на европската картичка за здравствено осигурување на територијата на Република Македонија, Фондот за здравствено осигурување на Македонија достави иницијатива за потпишување на вакви Договори и со другите земји членки на ЕУ. Оваа иницијатива е прифатена од Република Унгарија, Република Италија и Република Романија, и со овие земји се планирани преговори за потпишување на ваков Договор.

Успешното и доследно спроведување на Договорите за користење на европската картичка за здравствено осигурување (EHIC) на територијата на Република Македонија, претставува силен аргумент во насока Република Македонија да стане член на големото европско семејство, на кое и припаѓа.

3 Повик за пререгистрација на невработени

Почитувани,

Согласно одредбите на Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување ("Службен весник на Република Македонија" број 142/08, 64/09, 156/09, 166/10, 53/11, 185/2011, 44/2012 и 15/2013), **предвидени се определени правила за лицата кои минатата година добиле здравствено осигурување на товар на Буџетот на Република Македонија за себе и своето семејство врз основ на своите пониски примања и за лицата кои прв пат здравствено ќе се осигуруваат по овој основ.**

Со цел да се обезбеди континуитет во здравственото осигурување за овие лица почнувајќи од **01 февруари 2013 (петок)** заклучно со **31 март 2013 година**, ги повикуваме сите лица кои согласно законот ги исполнуваат условите, да дојдат да се регистрираат. Оваа обврска се однесува и за сите оние кои се регистрираат во **2012 година**, да се пререгистрираат во соодветната подрачна служба на Фондот според местото на живеење.

ЗА ЛИЦА СО ПОНИСКИ ПРИМАЊА

1.Согласно законските измени осигурени лица кои стекнуваат право на здравствено осигурување на товар на Буџетот на Република Македонија се издвојуваат во две категории на осигурени лица:

- I. Осигуреници кои како семејство во 2012 година оствариле приход кој не е поголем од 96.600 денари годишно,
- II. Осигуреници кои како семејство во 2012 година оствариле приход кој е поголем од 96.600 денари годишно, но не поголем од 183.576 денари единствено во случај ако во последните два месеца оствариле вкупен приход кој е помал од 16.100 денари.

НАПОМЕНА 1: Осигурениците од овие две категории, на назначените шалтери во подрачните служби на Фондот ја пополнуваат **ИЗЈАВАТА за остварени приходи во претходната година** (Изјава член 5 став 1 точка 15 од Законот за здравственото осигурување за кои обврзник за плаќање на придонесот е Министерството за здравство), која е објавена на WEB страната на Фондот.

ЗА ЛИЦА СО ПОВИСОКИ ПРИМАЊА

2. Осигурените лица кои доброволно пристапуваат во задолжително здравствено осигурување согласно член 5 став 2 од Законот за здравствено осигурување се издвојуваат во две категории на осигурени лица:

- I. Осигуреници кои како семејство во 2012 година оствариле приход поголем од 96.600 денари, но помал од 183.576 денари, ќе плаќаат придонес на основица 50% од просечната плата согласно закон (околу 1.117 денари).
- II. Осигуреници кои како семејство во 2012 година оствариле приход поголем од 183.576 денари, придонес за здравствено осигурување ќе плаќаат на основица 100% од просечна плата согласно закон (околу 2.233 денари).

НАПОМЕНА 2: Осигурениците од овие категории на назначените шалтерите во подрачните служби на Фондот ја пополнуваат **ИЗЈАВАТА за остварени**

приходи во претходната година (Изјава член 5 став 2 од Законот за здравственото осигурување, каде обврзник за плаќање придонес е осигуреникот), која е објавена на WEB страната на Фондот.

НАЧИН НА ПРИЈАВУВАЊЕ

1. За лица кои за прв пат се пријавуваат во здравствено осигурување

Државјаните на Република Македонија кои ЗА ПРВ ПАТ бараат здравствено осигурување, кон пријавата за задолжително здравствено осигурување приложуваат:

- копија од извод од матична книга на родени за децата, односно венчани за сопруг/сопруга;
- лично потпишана изјава за остварени приходи во претходната година;
- лична карта во копија, со согласност на подносителот на пријавата и
- здравствена легитимација за заверка (за носителот и членовите на семејството).

2. Лица кои ВЕЌЕ СЕ ПРИЈАВЕНИ во здравствено осигурување по овие основи, доставуваат:

а) АКО НЕ СЕ менува основот на осигурување (во 2012 година се осигурале во Фондот по овој основ и остануваат да бидат осигурани на товар на Буџетот на РМ и по новите правила за 2013 година):

- лично потпишана изјава за остварени приходи во претходната година;
- здравствена легитимација на увид

б) ако врз основа на изјавата за остварените приходи во 2012 година, СЕ МЕНУВА основот на осигурување (според член 5 став 1 точка 15 односно член 5 став 2 од Законот за здравствено осигурување):

- пријава за здравствено осигурување образец 30-1
- лично потпишана изјава за остварени приходи во претходната година;

- здравствена легитимација за заверка (за осигуреникот и членовите осигурени преку него).

НАПОМЕНА 3: Со поднесување на горенаведените изјави за остварени приходи осигурениците се кривично и материјално одговорни и за лажни податоци ќе одговараат пред надлежните органи во Република Македонија.

Во износите наведени во изјавата спаѓаат приходите на сите членови на едно семејство согласно Законот за здравствено осигурување (сопруг/а и деца до 18 односно 26 годишна возраст доколку се на редовно школување).

30-1 образецот и образецот на изјавите за остварени приходи во претходната година според член 5 став 1 точка 15 и според член 5 став 2 се објавени на WEB страната на Фондот www.fzo.org.mk или можат бесплатно да се подигнат на шалтерите на Фондот.

ПРИХОДИ КОИ НЕ ТРЕБА ДА СЕ ВМЕТНУВААТ ВО ИЗЈАВИТЕ ЗА ОСТВАРЕНИ ПРИХОДИ:

- 1) награди што ги доделуваат меѓународните организации, награди за животни достигнувања во науката, културата и спортот, стипендии и кредити на ученици и студенти што ги доделуваат органите на државната управа и фондации во согласност со закон, награди на ученици и студенти за време на задолжителна практична работа и обука, награди на ученици и студенти освоени на натпревари во рамките на образовниот систем, награди на спортисти за постигнати резултати на официјални меѓународни натпревари и стипендии за спортисти;
- 2) надоместок на лицата волонтери согласно со Законот за волонтерство;
- 3) детски додаток, посебен додаток за дете, еднократна парична помош за новороденче

- и родителски додаток;
- 4) надоместок во случај на смрт;
 - 5) помош за претрпени штети од елементарни непогоди;
 - 6) права на парична помош од социјална заштита утврдени согласно со Законот за социјална заштита;
 - 7) надоместок за телесно оштетување;
 - 8) надоместок на штета по основа на осигурување на живот и имотни осигурувања;
 - 9) алиментации и надоместоци на штета по судска одлука и надоместок на штета како последица на несреќа при работа;
 - 10) надоместоци по основ на невработеност, обука, преквалификација, доквалификација и практиканство на невработени лица.

ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА ГИ ПОВИКУВА ЛИЦАТА ОПФАТЕНИ СО ОВОЈ ПОВИК ШТО ПОСКОРО ДА ИЗВРШАТ ПРЕРЕГИСТРАЦИЈА.

Фондот преку својата инфо линија 080033222 и инфо mail info@fzo.org.mk стои на располагање за било какви прашања поврзани со овој Повик.

Пререгистрацијата ќе продолжи и после 31-ви март 2013 година, но во тој случај лицата ќе имаат прекин во здравственото осигурување (од 1-ви април до моментот на нивната регистрација во Фондот).

4 Одлука за предлог референтни цени на лекови

ФЗОМ континуирано врши усогласување на референтните цени на лековите во согласност со законските прописи.

Имено, по новите единствени цени на лекови одобрени од страна на Бирото за лекови при Министерството за здравство кои важат од 15.10.2012 година, за лековите за кои овие цени влијаат на референтните цени на Фондот, се изврши нова пресметка на референтни цени за лекови. Со Одлука на Управниот одбор на ФЗОМ се утврдија нови предлог референтни цени за лекови на товар на ФЗОМ за вкупно 100 лекови по заштитено име, односно 45 лекови по генеричко име (INN) со одредена фармацевтска форма и јачина.



На 14.01.2013 година на веб страната на Фондот за здравствено осигурување е објавена новата Одлука на Управниот одбор на Фондот за предлог референтни цени на лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот. По оваа Одлука, носителите на одобренија за лек во промет во РМ можат да достават забелешки во рок од 15 дена од денот на објавување на Одлуката, заклучно со 29.01.2013 година.

Одлуката за утврдување на предлог референтни цени на лекови на Управниот

одбор на ФЗОМ од 24. 12.2012 година може да се најде на следниот линк:

<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Odluka14012013.pdf>

5 Нов лек без доплата по барање на Здружението на РМ на болни од Цистична фиброза

По барање на Здружението на РМ на болни од Цистична фиброза (ЦФ), Управниот одбор на ФЗОМ донесе Одлука за утврдување на нова референтна цена за лекот Креон со која овој лек ќе биде обезбеден за осигурениците без доплата.

Досега за пациентите во нашата држава беше достапен лекот Паназе кој Фондот за осигурениците го обезбеди како лек без доплата. Со повлекување на лекот Паназе од пазарот, единствен лек со ист состав (генерика) кој сега е достапен за осигурениците е лекот Креон.

Имајќи во предвид дека се работи за потешко заболување, ФЗОМ направи напори да го обезбеди и овој лек без доплата за своите осигуреници. Од големо значење е тоа што единствената цена која ја одобрува Бирото за лекови при МЗ, се намали за 19% за лекот Креон 25.000 капсули 100 x (18000E+25000E+1000E). Големопродажната единствена цена со ДДВ за овој лек е намалена од 2262 денари на 1900,50 денари по пакување.

Одлуката на Управниот одбор на ФЗОМ за утврдување на новата референтна цена на лекот Креон ќе биде објавена во Службен весник на РМ и ќе се применува по добивање согласност од министерот за здравство.

6 Зголемување на максималениот износ на надоместок на плата на четири просечни плати во 2013 година

6.1 Услови за остварување на надоместок на плата

Надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа (во понатамошниот текст: боледување), согласно член 13 од Законот за здравствено осигурување може да се оствари според следните основи:

- 1. болест и повреда надвор од работа**
- 2. повреда на работа и професионална болест**
- 3. лекување и медицинско испитување**
- 4. негување на болно дете до три годишна возраст**
- 5. негување на болен член на потесно семејство над три годишна возраст но најмногу до 30 дена**
- 6. неопходно придружување на болно лице упатено на преглед или лекување надвор од местото на живеење**
- 7. неопходно придружување на болно дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување но најмногу до 30 дена**
- 8. доброволно давање на крв, ткиво или орган**
- 9. изолираност заради спречување на зараза**

Исто така, согласно членот 14 од Законот за здравствено осигурување право на надоместок на плата за време на отсуство од работа поради **бременост, раѓање и мајчинство** можат да остварат осигурениците од член 5 став 1 точки 1, 2 и 3 на Законот за здравствено осигурување, односно лица во работен однос и самовработени лица и по таа основа биле здравствено осигурени непрекинато најмалку шест месеци пред

започнувањето на отсуството.

Надоместокот на плата се исплатува за деновите за кои се остварува плата и во траење утврдено со прописите за работните односи.

Исто така, согласно законот за работни односи, член 166 став 2, по барање на осигуреникот, во случаите на враќање на работа пред завршување на породилното отсуство, може да се одобри исплата на надоместок на плата во висина од 50% од утврдената основица додека трае породилното отсуство.



Осигуреното лице може да оствари право на надоместок на плата, согласно член 15 од законот, ако ги исполнува следните услови:

1. Ако здравственото осигурување траело најмалку 6 месеци непрекинато пред настапување на случајот, освен во случаите на повреда на работа и професионално заболување.
2. Придонесот за здравствено осигурување редовно да е уплатуван или со задоцнување од најмногу 60 дена.
3. Оцената за привремена спреченост за работа да ја дал избраниот лекар, односно лекарската комисија.

6.2 Основица за утврдување на надоместокот на плата

Согласно член 16 од Законот за здравствено осигурување основица за пресметување на надоместокот на плата претставува просечниот месечен износ на исплатената плата на која е платен придонесот за задолжителното здравствено осигурување во последните дванаесет месеци пред

настанувањето на случајот поради кој се стекнува правото на надоместокот.

Ако за осигуреникот не може да се утврди основица за надоместокот, основицата за надоместокот ќе се утврди од платата што ја остварил за деновите поминати на работа во периодот пред настанување на случајот.

Според тоа, доколку помеѓу две боледувања за осигуреникот нема исплатена плата непрекинато дванаесет, односно шест месеци, тогаш како основица за утврдување на основицата за надоместокот ќе се земе платата што ја остварил осигуреникот за деновите поминати на работа во периодот пред настанување на случајот, односно во последните дванаесет месеци.

6.3 Висина на надоместокот на плата

Надоместокот на плата за првите 30 дена спреченост за работа за време на привремена спреченост за работа го утврдува и исплатува работодавецот од своите средства, а над 30 дена Фондот.

По исклучок, надоместокот на плата се исплатува од средствата на Фондот од првиот ден на привремената спреченост за работа во случај на нега на болно дете до тригодишна возраст, доброволно давање крв, ткиво или орган, како и отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство.

Висината на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа ја определува и исплатува работодавецот за првите 30 дена спреченост за работа во согласност со колективниот договор, а над 30-тиот ден ја утврдува и исплатува Фондот, и истата **изнесува 70%** од основицата утврдена согласно член 16 од Законот, со исклучок **за лицата заболени од малигни заболувања додека трае лекувањето, за кои надоместокот се утврдува во висина од 85%.**



Висината на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа предизвикана со **повреда на работа, професионална болест, за време на давање крв, ткиво или орган, како и за време на отсуство поради бременост, раѓање и мајчинство изнесува 100%** од основицата на надоместокот на плата утврдена според член 16 на законот.

6.4 Максимален износ на надоместокот за плата

Согласно член 17 став 3 од Законот за здравственото осигурување, висината на надоместокот на плата пресметан според член 16 од истиот закон, не може да биде повисока од износот на две просечни месечни плати исплатени во Републиката во претходната година.

Од 01.01.2012 година овој износ не може да биде поголем од три просечни месечни плати исплатени во Републиката во претходната година, односно **четири просечни месечни плати исплатени во Републиката во претходната година почнувајќи од 01.01.2013 година.**

Под терминот „плата“ се подразбира бруто плата, односно нето плата зголемена за персоналниот данок и придонесите од социјално осигурување. Ова би значело дека **бруто** надоместокот на плата е лимитиран на износот од четири просечни бруто плати, односно износот на нето надоместокот на плата се добива кога од пресметаниот бруто надоместок (лимитиран согласно погоре

наведените параметри) ќе се одземаат персоналниот данок и социјалните придонеси.

Боледувањата и породилните отсуства кои се започнати во 2011/2012 година, а продолжуваат во 2013 година, доколку утврдената основица на надоместокот на плата е повисока од дозволения лимит во 2012 година, надоместокот на плата за првиот месец од следната година - јануари 2013 година ќе се корегира нагоре, применувајќи го новиот лимит - 4 просечни плати исплатени во Републиката во претходната година.

7 Постапка за плаќање на придонес за здравствено осигурување за правни и физички лица

ФЗОМ е една од институциите за задолжително социјално осигурување која учествува во системот за интегрирана наплата на придонеси. Секое правно лице има обврска како работодавач и обврзник за пресметка и уплата на придонеси за своите вработени, секој месец да изработува месечна пресметка за плата и придонеси. Оваа пресметка се доставува до Управата за јавни приходи, која ја контролира пресметката и издава фолио декларации за исплата на плата и придонеси. Откако работодавачот ќе ги уплати платата и придонесите, наредниот ден Управата за јавни приходи ги доставува податоците до сите надлежни институции меѓу кои е и ФЗОМ. По добивање на податоците во фондот се врши автоматска контрола за обврзникот и тоа дали има континуитет во уплатата и дали е уплатени за сите осигуреници. Доколку се задоволени сите критериуми, за обврзникот се печатат потврди за платен придонес т.е сини картони.

Постапката за осигурениците за кои фондот е обврзник за пресметка и уплата на придонеси, а осигурениците се обврзници за плаќање е различна од постапката кај правните лица. За оваа категорија на осигуреници фондот ја прави пресметката за придонес, истата ја доставува до УЈП која ја контролира и печати фолио декларација ја плаќање. Оваа декларација се доставува до осигуреникот кој со истата врши плаќање на придонесот. Откако осигуреникот ќе го плати придонесот, постапката за подигнување на сини картони во подрачните служби е иста како кај правните лица.

Веќе трета година фондот соработува со УЈП за скратување на постапката за генерирање на фолио декларации за нашите осигуреници – земјоделци. За нив фондот и УЈП фолио декларациите ги изработуваат во месец февруари за сите 12 месеци од годината. На тој начин се скратуваат обврските на земјоделците секој месец да доаѓаат во фондот за да добијат декларација за плаќање на придонес.