

ИНФО БИЛТЕН



Фонд за здравствено осигурување
на Македонија

ИНФО БИЛТЕН ИЗДАНИЕ БР. 43/2014 ЈУНИ



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

Содржина

НОВИНИ.....	3
1. Контрола на ФЗОМ во четири бањи во Македонија.....	3
2. Информација за издадени боледувања од страна на лекарски комисији на Фондот во првиот квартал 2014	7
3. Извршени контроли кај избрани гинеколози во 2014	10
4. Контрола по пријава на осигурени лица поради упатување.....	11
5. Истурен шалтер во општина Липково	13
ЛЕКОВИ.....	14
6. За пропишувањето на лекови на рецепт од Позитивната листа – максимални дози.....	14
7. Бенефиции за лекови кои ги обезбедува ФЗОМ – лекови без доплата во аптеките.....	16
Е-УСЛУГИ	18
8. Електронски услуги за фирмите - ЗО1 пријави/одјави преку веб портал на ФЗОМ.....	18
9. Електронски услуги за матични лекари.....	21
10. Семафор.....	23
11. Статус на Електронска здравствена картичка	24
12. Пензионери – активност за електронска здравствена картичка	24
13. Пристап до услугите кои ги дава ФЗОМ на порталот Uslugi.gov.mk	25
КОНГРЕСИ.....	26
14. Учество на ФЗОМ на 27-то советување на правници од здравството на Република Македонија.....	26
ПРОМОЦИЈА НА ЗДРАВЈЕ.....	28
15. Учество на ФЗОМ на Скопскиот маратон 2014	28
16. Учество на ФЗОМ на Маршот за борба против рак на дојка – НАПРЕД РОЗОВО	29
КАКО ДО ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА ЛЕКУВАЊЕ ВО СТРАНСТВО	30
17. Остварување на право на лекување во странство	30

НОВИНИ

1. Контрола на ФЗОМ во четири бањи во Македонија

Фондот за здравствено осигурување на Македонија изврши контрола на постапката за остварување на правото на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во четирите бањи кои имаат склучено договор со Фондот (Катлановска, Дебарски-цапа, Цар Самоил-банско и Негорски бањи).



При контролата, ФЗОМ констатира фрапантни неправилности во 3 од четирите контролирани бањи, односно злоупотреба на средствата на осигурениците во делот на наплата на дополнителни средства за користење на термо-минерална вода и натстандардни услови на сместување, спротивно на законските и подзаконските акти на ФЗОМ во 2013 година.

- Во **Катлановска бања** на сите 1366 осигуреници им се наплатени дополнителни средства за **користење на термоминерална вода** во висина од 200 денари на ден. Дополнително, на повеќето на нив им е наплатувано за натстандардни услови на сместување (соба) во износи од 50 или 150 денари на ден. Овие средства не требале да бидат наплатени на осигурениците. Само за

2013 година на оштетените осигуреници им се наплатени околу 7,8 милиони денари повеќе. Индивидуално гледано, осигуреникот наместо да плати 4.200 денари за целокупниот престој во времетраење од 21 ден по основ на партиципација, му наплатувале 11.500,00 денари вкупно.

- Во **Дебарски бањи –Цапа** од вкупно 501 осигуреник на кои се наплатени дополнителни средства за натстандардни услови на сместување (соба), кај 400-тини е констатирано дека овие средства се наплатени спротивно на подзаконската регулатива, со што осигурениците се оштетени во износ од околу 2,1 милион денари. Индивидуално гледано, осигуреникот наместо да плати 4.200 денари за целокупниот престој во времетраење од

21 ден по основ на партиципација, му наплатувале 10.500,00 денари вкупно.

- Во „ Цар Самуил,, Банско од вкупно 121 осигуреник на кои се наплатени дополнителни средства за натстандардни услови на сместување, кај 119 е констатирано дека овие средства се наплатени спротивно на подзаконската

регулатива, со што осигурениците се оштетени во износ од околу 750.000,00 денари. Индивидуално гледано, осигуреникот наместо да плати 4.200 денари за целокупниот престој во времетраење од 21 ден по основ на партиципација, му наплатувале 11.500,00 денари вкупно.

Ред. број	Здравствената установа	Вкупно извршени рехабилитации на осигуреници во 2013	% на осигурени лица на кои им е наплатено спротивно на регулативата
1	Катлановска бања	1366	100%
2	Дебарски бањи Цапа	501	80%
3	Бања Банско „Цар Самуил“	300	40%
4	Негорски бањи	252	0%

ФЗОМ ги повикува осигурениците кои користеле специјализираната медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во периодот 2013 година во горенаведените бањи, да ги проверат наплатените средства по ден и доколку им се незаконски наплатени средства за натстандардни услуги или услови на сместување, да се обратат во бањата каде престојувале, за да извршат поврат на истите. За 2013 година осигурениците се оштетени во вкупна вредност од 11 милиони денари (2000 осигуреници).

Фондот ги задолжи бањите да направат поврат на средства во рок од 3 месеци.

Повратот од бањите осигурениците може да си го реализираат без разлика дали потпишале изјава за користење на натстандардна услуга (а користеле стандардна), како и без разлика дали ги чуваат сметките, бидејќи, целокупната финансиска документација мора да ја има бањата.

Доколку осигурениците се соочуваат со истава неправилност и во оваа 2014 година, ги повикуваме да си побараат поврат на средствата од бањите.

Фондот годишно издвојува 70 милиони денари за плаќање на здравствените услуги за осигурениците кои ги користат во четирите бањи.

Правото на специјализираната медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување се остварува со Решение од Фондот, донесено врз основа на Мислење од Лекарската комисија на Фондот со приложена медицинска документација (конзилијарно мислење издадено од соодветната клиника или болница каде се лекувал осигуреникот, отпусно писмо од клиниката или болницата, односно специјалистички извештај од соодветната болничка установа во која се наоѓал на болничко лекување).

При остварување на ова право осигуреното лице учествува со лични средства (партиципација) во вкупниот трошок на здравствени услуги во износ од 200,00 денари на ден, за користење на стандардни услови на сместување (собата). Учеството од 200 денари на ден го опфаќа и користење на термоминералната вода на бањата.

Согласно Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување како стандардни болнички услови за сместување на болни осигурени лица се смета сместување во болничка соба со 2 или повеќе болнички кревети.

На осигуреното лице може да му се наплатат дополнителни средства според ценовник на бањата за натстандардни услови на сместување, доколку бањата ги има исполнето условите согласно Правилникот и доколку осигуреникот даде писмена согласност.

Како болнички услови од повисок стандард согласно Правилникот, се смета сместување во еднокреветна соба, обезбедена со телевизор, радио, телефон и посебна нега.



За сите информации осигурениците можат да се јават во Фондот на бесплатната инфо-линија 0800 33 222, во сектор контрола 3289 010, 3289 011, 3289 005, или во сектор финансиска контрола 3289 029, како и на инфо-меилот (info@fzo.org.mk), а и на мобилниот телефон 076/339 180 во текот на работењето на втората смена на Фондот од 12h-20h.

Начин на поднесување на барање за поврат на дополнително наплатени средства во бањите

Фондот за здравствено осигурување на Македонија ги известува осигурениците на кои при остварување на правото на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување, им биле наплатени дополнителни средства за надстандардно лекување и/или сместување за начинот на поврат на истите. Доплатата за надстандардни услови за лекување се однесува на наплата за користење на термоминерална вода додека доплата за надстандардни услови на сместување се однесува на доплата за сместување во дво и трокреветни соби освен ако осигурениците биле сместени со член од семејството како придружник.



Известувањето е наменето за осигурениците кои ова право го оствариле во следниве здравствени установи: Друштво за физикална медицина и специјализирана медицинска рехабилитација Катлановска бања ДОО, Приватна здравствена установа – Специјална болница по физикална медицина и рехабилитација „ Дебарски бањи-Цапа,, Дебар, Здравствена установа Природно лекувалиште Негорски бањи и Здравствена установа АД „ Цар Самуил,, Банско

1. Осигурениците на кои им е извршена

наплата на дополнителни средства за надстандардни услови за лекување и/или сместување треба да бидат исконтактирани од здравствените установи во која е извршена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување. При тоа треба да побараат од осигуреникот број на трансакциска сметка на која би бил извршен повратот на неправилно наплатените дополнителни финансиските средства.

2. Согласно задолжението добиено од ФЗОМ, здравствените установи кои имаат склучено договор со ФЗОМ за извршување специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување до крајот на август треба да извршат поврат на неправилно наплатените средства на осигурениците. За извршениот повраток на средствата на осигурениците, здравствената установа треба да обезбеди доказ и истиот да биде приложен на увид при контрола од страна на Фондот .

3. Во случај ако, до крајот на месец август здравствената установа не изврши поврат на бесправно наплатените средства, по извршената контрола од страна на ФЗОМ, за секој случај поединечно на здравствената установа ќе и биде изречена договорна казна во износ од 150.000,00 денари согласно Договорот за извршување и плаќање на здравствени услуги од специјализирана медицинска

рехабилитација како продолжено болничко лекување.

4. По извршената контрола од страна на ФЗОМ, за секој случај, поединечно на здравствената установа ќе и биде изречена договорна казна во износ од 150.000,00

денари, согласно Договорот за извршување и плаќање на здравствените услуги од специјализирана медицинска рехабилитација, како продолжено болничко лекување.

2. Информација за издадени боледувања од страна на лекарски комисији на Фондот во првиот квартал 2014

Согласно Законот за здравствено осигурување, во рамките на задолжителното здравствено осигурување се обезбедува право на парични надоместоци на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство.



Право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа (боледување) имаат лицата што се во работен однос, а можат да го остварат во случај на болест, повреда, лекување,

медицинско испитување, нега на член, придружување на член на лекување, доброволно давање на крв, орган или ткиво и изолираност заради спречување на зараза.

Правото на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда (боледување) во Македонија е регулирано со Законот за здравствено осигурување, Законот за работни односи и општите колективни договори за јавен сектор и стопанство.

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

работа поради бременост, раѓање и мајчинство од средствата на Буџетот на Република Македонија.

Оцена за привремената спреченост за работа за првите 15 дена дава избраниот лекар од примарната здравствена заштита (избран лекар, избран гинеколог, избран стоматолог), а над 15 дена дава првостепената лекарска комисија на Фондот, по предлог на избраниот лекар.



Привремената спреченост за работа се утврдува со подзаконски акти на Фондот, односно со Правилникот за начин, постапки и поблиски критериуми за утврдување на привремена спреченост за работа поради болест и повреда или потреба за нега на член од потесното семејство и за времетраењето на привремената спреченост за работа во зависност од видот на болеста и повредата, со Критериумите за дијагностички постапки и оцена на привремена спреченост за работа поради болест и повреда или потребата

за нега на болен член од потесното семејство и Правилникот за составот, надлежноста и начинот на работа на лекарските комисии на Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Лекарските комисии на Фондот (првостепена и второстепена) се формирани како стручно медицински тела за давање на мислење во постапката за оценување на привремената спреченост за работа над 15 дена и давање на мислење за остварување на други права од задолжителното здравствено осигурување.

Согласно Правилникот за составот, надлежноста и начинот на работа на лекарските комисии на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, лекарските комисии доставуваат тромесечен извештај за работата до директорот на Фондот.

Број на поднесени и одобрени барања за давање оценка и мислење од лекарските комисии во првото тромесечие 2014 година

Во првото тромесечие на 2014 година, во лекарските комисии разгледани се вкупно 12345 барања за продолжување на привремена спреченост за работа, од кои

одобрени се 11764 предмети или 95,29% од вкупно поднесените барања.

Во ПЛК во првиот квартал од 2014 година, се поднесени вкупно 10869 барања за продолжување на привремена спреченост за

работа, од кои се одобрени 11270 предмети или 96,44%.

Во истиот период во ВЛК се поднесени вкупно 1075 барања за продолжување на привремена спреченост за работа, од кои се одобрени 895 предмети или 83,26%.

Преглед на вкупно разгледани барања за боледувања во ПЛК и ВЛК за прв квартал 2014 година

	Првостепена лекарска комисија				Второстепена лекарска комисија			
	одобрени	одбиени	вкупно	% на одобрени	одобрени	одбиени	вкупно	% на одобрени
Јануари	3385	115	3500	97%	315	50	365	86%
Февруари	3721	107	3828	97%	309	55	364	85%
Март	3763	179	3942	95.46%	271	75	346	78.32%
Вкупно	10869	401	11270	96.44%	895	180	1075	83.26%

Најчестите дијагнози за кои се издавани боледувања за првото трмесечие во 2014 година се следните групи на заболувања според МКБ 10:

- 1. Група О-бременост, раѓање и пуерпериум-Патолошка бременост**
O20 –Крварење во рана бременост,
Заканувачки абортус
O47-Лажно раѓање
- 2. Група М - Болести на мускулно-скелетниот систем и на сврзното ткиво**
M51.1-Заболување на лумбален и друг интервертебрален диск со радикулопатија
M54.4-Лумбаго со ишијалгија

3. Група С - Неоплазми

C50-Малигна неоплазма на дојка
C34-Малигни неоплазми на бронх и бел дроб

4. Група К- Болести на дигестивниот систем

K40-Ингвинална хернија
K80-Холелитијаза

5. Група S - Повреда, труење и други одредени последици од надворешни причини

S52.5-Фрактура на долниот крај на радиусот
S82-Фрактура на потколеница вклучувајќи го и глуждот

3. Извршени контроли кај избрани гинеколози во 2014

Согласно Правилникот за овластувања и начин на работа на контролата на Фондот за здравствено осигурување, контролите се спроведуваат како редовни и вонредни. Редовните се вршат согласно годишни, односно месечни планови, додека вонредните се вршата како мобилни и дежурни контроли по укажувања, сознанија и информации за неправилности во работењето на здравствената установа и по претставка на осигурени лица.



Во Фондот континуирано пристигнуваат укажувања за неправилности и оплаки од осигурениците за неправилности во работењето на избраните гинеколози кои најчесто се однесуваат на наплата на дополнителни средства за ЕХО преглед, колпоскопски преглед, земање на брисеви за микробиолошка анализа, не прифаќање на осигуреникот кога сака да направи избор на матичен гинеколог во ординацијата и др.

Претставките и укажувањата за неправилности се доставуваат во писмена форма преку архивата на Фондот, со телефонски јавувања на осигурениците, и се почесто преку електронска пошта на инфо меилот на Фондот, кое е секако резултат на електронската комуникација присатна во секојдневното работење и живеење. При тоа, и покрај укажувањата од страна на Фондот дека осигуреникот со претставката треба да достави и фискална сметка за дополнително наплатените средства од страна на избраниот гинеколог, истите не се доставуваат, со што се оневозможува целосно вршење на контролата со задолжување на здравствената установа за повраток на дополнително наплатените средства на осигуреникот.

Во тековната 2014 година, заклучно со крај на мај, од страна на овластени лица за контрола на ФЗОМ од Сектор контрола извршени се 23 контроли во ординациите на избраните гинеколози, односно контроли во здравствените установи од примарната здравствена заштита по гинекологија и акушерство.

Од нив 17 контроли се извршени како вонредни по претставки и укажувања за неправилности во работењето од страна на осигурениците и 6 контроли се извршени како редовни по годишен план.

При извршените контроли констатирани се неправилности во работењето кај избраните гинеколози во 6 здравствени установи од ПЗЗ гинекологија и акушерство и истите се однесуваат на прекршување на договорната обврска за обезбедување во целост на задолжителната и ургентна ампуларна терапија и неуредна евиденција за пружени здравствени услуги во здравствениот картон.

Согласно Правилникот за овластувања и начин на работа на контролата на Фондот за здравствено осигурување, записниците/извештаите од извршените контроли со констатираните неправилности се доставени до Комисијата за оценување на услови за изрекување на договорни казни истите се санкционирани согласно одредбите од Договорот склучен со Фондот.

4. Контрола по пријава на осигурени лица поради упатување

Согласно член 1 од измената на Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравственото осигурување, членот 52 се менува и гласи:



“Осигуреното лице може да користи здравствени услуги во:

1. Специјалистичко - консултативната здравствена заштита со упат од избраниот лекар;
2. Болничка здравствена заштита осигуреното лице може да користи по правило со упат од лекарот специјалист;
3. Во итни случаи осигуреното лице може да користи здравствени услуги 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.

4. Во итни случаи осигуреното лице може да користи здравствени услуги со упат издаден од лекарот специјалист/субспецијалист во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита и тоа:

- ✓ За здравствени услуги кои се пружени во специјалистичка/субспецијалистичка амбуланта како итни случаи, без осигуреното лице да се упати на болничко лекување, лекарот специјалист/субспецијалист кој го примил осигуреното лице, издава специјалистички/субспецијалистички упат и го потврдува со негов потпис и факсимил.
- ✓ Кога при прегледот на осигуреното лице лекарот специјалист/субспецијалист постави индикација за болничко лекување тогаш на истото му издава само болнички упат, кој го потврдува со негов потпис и факсимил. Врз основа на издадениот специјалистички/субспецијалистички упат, извршените здравствени услуги здравствената установа може да ги фактурира до Фондот.

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



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

Важењето на упатот осигуреното лице го докажува со доказ за платен придонес за задолжително здравствено осигурување.

Согласно горенаведеното, во мај 2014, до ФЗОМ од страна на раководителите на подрачните служби стигнаа поплаки од 26 осигуреници. Во овие поплаки е посочено непочитувањето на начинот на упатување на осигурените лица од страна на здравствените установи. Повеќето се однесуваат на клиниките а еден мал број на општите болници. ФЗОМ изврши контрола во 12 јавни здравствени установи, односно, 7 од нив се извршени во Клинички центар Скопје,

а 5 се на локално ниво, во општите/клиничките болници.

Записниците /извештаите со констатирани неправилности ќе бидат доставени до Комисијата за оценување на услови за изрекување на договорни казни на нивно понатамошно постапување.

Во текот на контролата на здравствените установи им е посочено да се придржуваат кон новиот начин на упатување со што осигурениците нема потреба да се препраќаат кај избраните лекари да обезбедат упат, односно упатот да биде издаден од специјалист/субспецијалист.

5. Истурен шалтер во општина Липково

Директорот на Фондот за здравствено осигурување, Џемали Мехаззи беше во работна посета на истурената канцеларија во општина Липково, при што оствари и средба со градоначалникот на општина Липково, Садулах Дураку.

Услуги во истурената канцеларија

ФЗОМ за своите осигуреници и за фирмите ги обезбедува следните 5 процеси, односно 5 услуги, кои се воедно и најфреквентните. Шалтерските услуги кои ФЗОМ ги обезбедува на осигурениците, а кои ќе бидат обезбедени во истурената канцеларија во Липково се следниве:



Процес/Услуга	Опфат
1. Пријави - одјави	Сите пријави - одјави на територијата која ја покриваат истурените шалтери. Пријавите и одјавите (ЗО 1 обрасци) во здравствено осигурување ќе може да се остваруваат во овие канцеларии
2. Прием на барање за издавање на ЕЗК	Поднесување на барање за издавање на ЕЗК и проверка на статус на ЕЗК
3. Пререгистрација	Пререгист рација на неосигурани лица
4. Прием на ИЛ обрасци	Пријава/одјава на ИЛ обрасци за сите избрани лекари кои се наоѓаат на територијата која ја покриваат истурените шалтери
5. Печатење на сини картони	Печатење на сини картони

Фондот за здравствено осигурување на Македонија во општина Липково овозможува за осигурениците од една страна да се растерети гужвата, а од друга страна да се скрати непотребното губење на време

30.000 жители кои патуваат од наведените локации до најблиската подрачна служба на ФЗОМ за да ги остварат своите права и правата на своите вработени од областа на здравственото осигурување.

ЛЕКОВИ

6. За пропишувањето на лекови на рецепт од Позитивната листа – максимални дози

Во врска со препорачувањето и пропишувањето на лекови на рецепт од примарната Листа на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (Примарната позитивна листа) **лекарите при пропишувањето на лековите на рецепт потребно е да внимаваат и на максималните дози на лековите дефинирани со збирните извештаи за лековите кои се**

составен дел на регистрациите на лековите. Информации за регистрациите на лекови во РМ односно одобреноста за промет на лекови во РМ се во надлежност на Бирото за лекови согласно Законот за лекови и медицински помагала и се објавуваат на веб сервисот *Мoj термин* на Министерството за здравство – Бирото за лекови на РМ, на линкот <https://lekovi.zdravstvo.gov.mk>.

Со Договорот за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита е предвидено и дека лекарот при пропишувањето на лекови на рецепт од Листата на лекови на товар на Фондот е должен да ги почитува максимално дозволените количини согласно медицина базирана на докази, а за непочитување на оваа договорна одредба предвидена е и договорна казна.

Лековите од позитивната листа паѓаат на товар на Фондот доколку се исполнети сите услови предвидени со Листата и другите законски прописи од задолжителното здравствено осигурување.



При пропишувањето на лекови на рецепт од Примарната позитивна листа, лекарите треба да го почитуваат и применуваат **режимот на пропишување на лекови и ограничувањата дадени со терапевтски индикации** за кои одреден лек паѓа на товар на Фондот и друго.

Фондот има сознанија дека одредени лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на

средствата на ФЗОМ се препорачуваат и користат за терапевтски индикации кои не се регистрирани т.е. за кои одредени лекови не се одобрени за употреба, односно за индикации кои не се наведени во збирните извештаи за одредени лекови кои се во промет во РМ, што е голем ризик за пациентот и лекарот, но и за здравствениот систем.

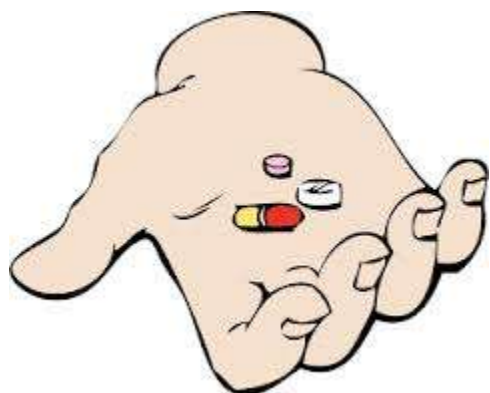
Доколку лекарот смета дека треба да пропише лек на рецепт за индикација која не е опфатена со Позитивната листа, тогаш лекарот може да го пропише лекот само на розов рецептен образец на Министерството за здравство за комерцијално подигање на лекот во аптеките на товар на пациентот. За ова лекарите се должни да ги информираат осигурениците на Фондот.

Имајќи во предвид дека Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот (позитивната листа) е подзаконски акт, истата треба да се применува во целост, вклучително и во делот на ограничувања дадени со режими, индикации и слично.

Фондот за здравствено осигурување на Македонија се стреми за целосна имплементација на законските прописи и договорните одредби со здравствените установи со цел за квалитетна и безбедна здравствена услуга за осигурениците на ФЗОМ.

7. Бенефиции за лекови кои ги обезбедува ФЗОМ – лекови без доплата во аптеките

Фактот дека сега осигурениците веќе не треба да се грижат дали ќе успеат да го добијат неопходниот лек во аптека, за што бевме сведоци во минатото кога сликите на граѓани кои во аптеките понекогаш и со часови чекаа во редици беа секојдневие, претставува показател за Фондот дека неговата работа е на добра патека.



Сега, во било кој период од месецот осигуреникот може да биде сигурен дека кога ќе појде во аптека нема да му бидат вратени рецептите со образложение дека пропишаниот лек од позитивната листа го нема. Доколку сепак, во услови на грип, алергии или некое друго сезонско заболување од поголеми размери, се случи во некоја од пофреквентните аптеки да недостига одреден лек, фармацевтот може веднаш од добавувачот да го порача и осигуреникот уште и истиот ден да го добие.

Политиката за секојдневни нарачки на лекови од аптеките според потребите на осигурениците, редовното ажурирање на квотите на аптеките, намалените референтни цени на лековите, зајакнатите контроли од страна на Фондот, особено теренските контроли кои воедно имаат и едукативен карактер, од една страна, им овозможуваат на осигурениците да не бидат под стрес дека ќе останат без неопходната терапија, а од друга страна, ги мотивираат аптеките да порачуваат повеќе лекови за осигурениците на Фондот.

Со воведувањето на системот на референтните цени во 2008 година и методологијата за утврдување на референтни цени на лекови имплементирана во периодот 2009/2010 година, **Фондот оствари многу позитивни ефекти за снабдувањето на населението со лекови:**

- ✓ **Овозможен е избор на лек во аптеките.** Пред 2008 година на осигурениците им бил достапен само по еден лек во аптеките, од еден производител за секоја генерика, без можност за избор на лек зошто лековите биле обезбедувани преку тендерски постапки.
- ✓ **Поголема конкуренција на пазарот на лекови во РМ.**

- ✓ **Избалансиран референтни цени на лекови**, споредени и со цените на лековите во државите од регионот: Србија, Бугарија, Хрватска и Словенија.
- ✓ **Зголемување на бројот на лекови во аптеките кои се на товар на Фондот,**
- ✓ **Зголемување на бројот на лекови во аптеките без доплата од осигурениците.** Постигнавме досега **рекордни 76,5 отсто од лековите по генерика** во аптеките се обезбедени и осигурениците можат да ги добиваат без доплата, за разлика од почетните 20 отсто во 2008 година, а по заштитено име на лек имаме рекордни 46 отсто без доплата. Со ваквиот пристап на Фондот за прв пат имаме без доплата далеку повеќе лекови и за дигестивни пореметувања, кардиоваскуларни заболувања, за болестите на штитната жлезда, антиревматски лекови, аналгетици, антибиотици, антиинфективни лекови од доменот на гинекологијата и слично.
- ✓ **Намалување на одобрени цени на лекови** од Бирото за лекови.
- ✓ **Намалување на доплати** за лекови, особено за оние поскапите наменети за терапија на потешки и специфични заболувања.
- ✓ **Заштеди за осигурениците** како резултат на намалените или укинати

доплати за лекови, но и поради намалување на партиципацијата како што беше случај за 110 лекови со последната ревизија на референтните цени на лековите во декември 2013.

- ✓ **Бројот на реализирани рецепти во аптеките е зголемен скоро двојно** во периодот 2008-2013 година, поточно за цели 73 отсто и тоа при благо зголемување на буџетот за аптеките. Извештаите за потрошувачка на лекови на рецепт на товар на Фондот редовно се објавуваат на веб страницата на ФЗОМ, www.fzo.org.mk.

- ✓ **Други продобивки.**



За да можат осигурениците да ги користат бенефитите кои се постигнати во врска со цените на лековите и за да се заштитат осигурениците од екстра трошоци, **Фондот ги задолжи фармацевтите и лекарите да ги информираат осигурениците за сите нивни права и можностите кои ги обезбедува Фондот, особено за лековите кои се обезбедени без доплата. Осигуреникот има**

право да знае и да одлучи дали во аптека на товар на Фондот ќе подигне на рецепт лек без доплата или лек со доплата. Партиципацијата за лек и во двата случаи е иста.

Затоа апелираме до сите наши осигуреници да бараат да бидат информирани за сите нивни права од задолжителното здравствено осигурување и можностите за подигнување лек на рецепт на товар на Фондот без доплата.

Е-УСЛУГИ

8. Електронски услуги за фирмите - 301 пријави/одјави преку веб портал на ФЗОМ

Фондот за Здравствено Осигурување на Македонија овозможи електронско спроведување на 301 пријави/одјави преку веб порталот на ФЗОМ, што е од големо значење за сите фирми во Република Македонија. Со оваа услуга фирмите заштедуваат на време, добиваат лесен пристап до услугите на Фондот и електронска достава на потребната документација преку порталот на Фондот.



За оваа цел, секоја фирма треба да овласти лице/а, кое треба да е регистрирано на веб

порталот на ФЗОМ. Во подрачните служби на Фондот секоја фирма треба да поднесе ЕЛ-301 образец со печат и потпис од фирмата, како овластување на лицето кое ќе ги спроведува пријавите/одјавите. Валидацијата на споредените 301 пријави/одјави овластеното лице ќе го потврди со свој електронски потпис од својата електронска здравствена картичка.

Секое осигурено лице кое е регистрирано на порталот на Фондот откако ќе се најави има пристап до своите лични податоци, архива на неактивни и активни пријави/одјави, како и преглед на избрани лекари за него и за членовите, доколку ги има.

По одобрување на овластувањето од страна на службениците во ФЗОМ, овластеното лице добива пристап до порталот на ФЗОМ и освен пристап до своите лични податоци, ќе

има и пристап до сите необработени М1 пријави кои се однесуваат на фирмата за кои е овластено лице. Овластеното лице врши пријава во здравствено осигурување на секој нов вработен т.е. за секоја М1 пријава преку порталот на Фондот. Тука е понудена и можноста за печатење на ЗО1 образците за сите вработени лица од фирмата. Користењето на порталот на ФЗОМ овозможува листање на сите носители и нивни членови кои се здравствено осигурани преку нив, овозможува со прикачување на потребната документација електронски да се спроведе ЗО пријава на нов член, и во секое време овластеното лице може да го следи статусот (во тек, прифатен, одбиен и сл.) за спроведените барања за членовите и нивно отповикување доколку е направена грешка од негова страна (пр. прикачен е погрешен извод од матична книга на родени). На

овластените лица преку користење на порталот на Фондот им се достапни прегледи на историја на ЗО1 образци на осигуреник, прегледи на одјавени членови поради недоставена потврда за школување и прегледи на осигуреници и нивни членови кои немаат поднесено барање за ЕЗК.

Во продолжение следи преглед на вкупен број на фирми од секоја подрачна служба на ФЗОМ, колку од нив поднеле ЕЛ-ЗО1 образец и добиле овластување, процент на добиените овластувања за секоја подрачна служба посебно, вкупен број на осигуреници (носители и нивни членови во фирмите за кои добиле овластување), како и процент на опфатени осигуреници од фирмите кои го користат порталот на ФЗОМ за секоја подрачна служба.

	Подрачна служба	Вкупно фирми	Фирми кои добиле овластување	Процент на поднесени овластувања	Вкупен број осигуреници (носители + членови)	Вкупен број осигуреници (носители + членови) во фирми со овластување	Процент на опфатени осигуреници
1	БЕРОВО	575	33	5,74	6.498	2.992	46,04
2	БИТОЛА	4.004	1.828	45,65	52.997	37.264	70,31
3	БРОД	226	40	17,70	2.700	1.876	69,48
4	ВАЛАНДОВО	329	173	52,58	4.878	4.049	83,01

5	ВЕЛЕС	1.902	30	1,58	24.161	7.554	31,27
6	ВИНИЦА	507	213	42,01	8.487	4.827	56,88
7	ГЕВГЕЛИЈА	1.483	362	24,41	18.425	11.730	63,66
8	ГОСТИВАР	3.378	154	4,56	28.124	7.718	27,44
9	ДЕБАР	577	8	1,39	5.889	2.244	38,10
10	ДЕЛЧЕВО	655	113	17,25	10.839	6.185	57,06
11	Д.ХИСАР	233	57	24,46	2.971	1.714	57,69
12	КАВАДАРЦИ	1.637	829	50,64	27.492	21.893	79,63
13	КИЧЕВО	1.509	143	9,48	16.852	8.070	47,89
14	КОЧАНИ	1.526	337	22,08	18.846	8.677	46,04
15	КРАТОВО	197	47	23,86	2.756	1.610	58,42
16	К.ПАЛАНКА	517	77	14,89	7.710	4.305	55,84
17	КРУШЕВО	224	122	54,46	2.355	1.554	65,99
18	КУМАНОВО	3.431	485	14,14	42.925	15.853	36,93
19	НЕГОТИНО	884	232	26,24	9.302	5.677	61,03
20	ОХРИД	2.450	322	13,14	30.270	12.152	40,15
21	ПРИЛЕП	3.022	878	29,05	36.408	22.355	61,40
22	ПРОБИШТИП	385	10	2,60	6.240	3.252	52,12
23	РАДОВИШ	1.038	411	39,60	9.805	6.435	65,63
24	РЕСЕН	480	39	8,13	5.667	1.517	26,77
25	СВ.НИКОЛЕ	893	178	19,93	8.096	6.051	74,74
26	СКОПЈЕ	25.413	2.248	8,85	359.123	189.936	52,89

27	СТРУГА	2.039	163	7,99	21.261	7.586	35,68
28	СТРУМИЦА	3.192	2.208	69,17	32.909	26.958	81,92
29	ТЕТОВО	4.806	402	8,36	52.708	12.374	23,48
30	ШТИП	1.764	281	15,93	35.629	17.098	47,99
	ВКУПНО	69.276	12.423	17,93	892.323	461.506	51,72

Вкупно 52% од вработените веќе се опфатени со овој проект за олеснување на ФЗОМ, иако по број на фирми овој процент е 18%.

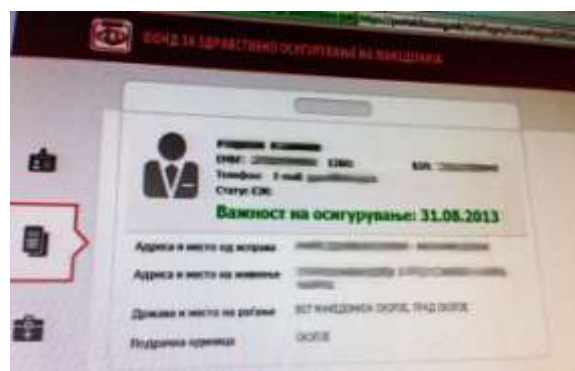
Односно, најголемите работодавци веќе ги користат е-услугите од ФЗОМ.

9. Електронски услуги за матични лекари

Фондот за здравствено осигурување како една од главните алки во здравствениот систем од почетокот на 2012 година интензивно работеше на усовршување и унапредување на услугите кои може да ги пружи на своите осигуреници. Со воспоставување на новиот централизиран информатички систем во сите 30 подрачни служби, Фондот покажа дека цврсто чекори кон новите предизвици, наложени од широката експанзија на информатичката и телекомуникациската ера.

Електронските услуги преку ВЕБ порталот кои ФЗОМ ги овозможи ја олесни административната работа на

осигурениците, избраните лекари и правните лица како и работата во подрачните служби, а со тоа стана една од водечките институции во Република Македонија со својата транспарентност и напредок во информатичката технологија.

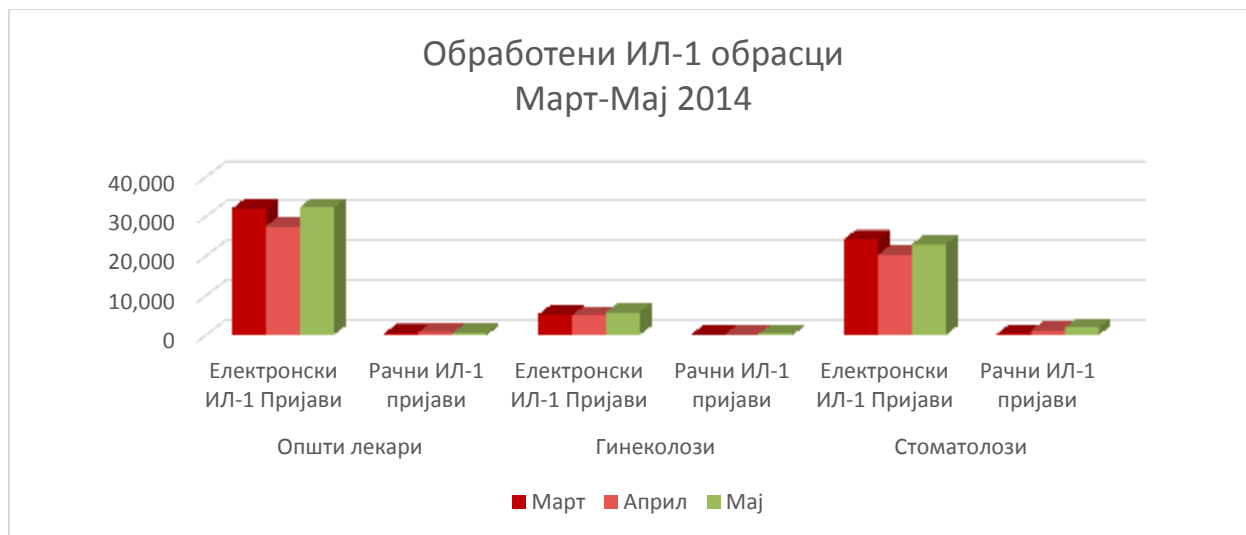


Бидејќи станува збор за еден голем и комплексен систем, воведувањето на електронските услуги беа поделени во три

фази на имплементација. Во првата фаза на имплементација која започна во јули 2013 година, покрај останатите услуги се овозможи услугата за електронски избор/промена на матичен лекар преку веб порталот на Фондот. Со воведување на оваа услуга на осигурениците им беше овозможено електронска пријава/промена на избран лекар која претставува брза и едноставна процедура преку која веднаш го оставаруваат своето право,, а за избраните

лекари дополнителна алатка за следење на своите пациенти како и изготвување на дополнителни анализи за свои потреби.

Според последните анализи спороведени во ФЗОМ искористеноста на оваа услуга достигнува над 97%, каде само за месец мај спроведени се вкупно 60.929 Ил-1 пријави односно 174.858 пријави за периодот март-мај. Како споредба за истиот овој период спроведени се само 5.562 рачни пријави на ИЛ-1 обрасци.



Овие податоци укажуваат дека масовно се користат е-услугите од страна на лекарите, односно само во исклучителни случаи се вршат промени на избор на матичен лекар со физичко присуство во ФЗОМ. Преку воведување на електронските услуги, ФЗОМ на своите осигуреници им овозможи 24/7 шалтерска услуга преку која можат да ги

остварат своите права, а со тоа успеа да ја намали гужвата и нервозата пред шалтерите во своите подрачни служби. Фондот за здравствено осигурување продолжува и понатаму активно да работи со цел да се доближи до своите осигуреници и да им го олесни оставарувањето на нивните права.

10. Семафор

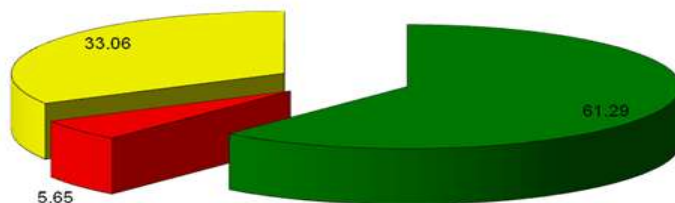
Министерството за информатичко општество и администрација во рамките на проектот „Оцени ја администрација“ преку т.н. уред „Семафор“ поставен на шалтерите во институциите, имвозможи на граѓаните да дадат оценка на задоволство од работата на шалтерските работници љубезност, комуникативност, услужливост, квалитет на услугата и слично (со притискање на едно од трите копчиња на уредот зелено, жолто, црвено - задоволен, неутрален, незадоволен). Од 2011 година Фондот беше меѓу првите институции кои се вклучи во проектот на Министерството за информатичко општество и администрација „Оцени ја

администрацијата”, односно популарно наречено семафор, поставувајќи ги уредите за мерење на задоволството на осигурениците при остварувањата на своите права во сите подрачни служби на ФЗОМ каде што се пружаат шалтерски услуги.

Последните добиени податоци од гласовите за проектот „Оцени ја администрацијата“ за период 19-25.05.2014 година - детален извештај по вработени за тој период.

Вкупните резултати за ФЗО изгледаат вака:

Вкупно гласови	%Задоволен	%Незадоволен	%Неутрален
124	61.29	5.65	33.06



11. Статус на Електронска здравствена картичка

До 30.05.2014	Активни осигуреници	Во ФЗОМ за подигање	Преда- дени	Барања во обработка	Персонали- зирани во индициум	Немаат поднесено барање
ВКУПНО	1,763.626	233.112	1.446.221	5.417	56.875	117.382

Од активни **1.763.626** осигуреници предадени се на крај на мај вкупно **1.446.221** електронски здравствени картички, односно 86.6% од сите осигуреници. Во моментов во подрачните служби на ФЗОМ се доделуваат

233.112 во обработка и доставени за печатење се **62.292** картички. Сеуште немаат поднесено барање за издавање на ЕЗК **117.382** осигуреници.

12. Пензионери – активност за електронска здравствена картичка

ФЗОМ би сакал да упати **апел до сите пензионери** кои немаат поднесено барање за електронска здравствена картичка, **во најбрз можен рок да дојдат во подрачните служби на Фондот и да поднесат барање. Наскоро, пензионерите ќе можат ЕДИНСТВЕНО** со електронската здравствена картичка да ги остварат потребните здравствени услуги.

Пензионерите кои имаат пензија која е помала од 15,000 денари, треба да уплатат 100 денари за електронската картичка. Оние пензионери чија пензија е повисока од

15,000 денари, ќе треба да уплатат 250 денари.

Врз основа на Законот за здравственото осигурување, уплатата на средствата за електронска здравствена картичка треба да се врши на долу наведената сметка:

Примач: Трезорска сметка
Фонд за Здравствено осигурување на
Македонија
Банка на Примач: НБРМ

Сметка: 10000000063095

Сметка на буџетски корисник:

660026001166012

Приходна шифра: 723819

Програма: 00

За сите информации во врска со електронските здравствени картички и

нивната изработка, граѓаните може да се информираат на **бесплатниот телефонски број 0800 33 222** во периодот од 8.30 до 20 часот или на мобилниот телефонски број 076 339 180 во периодот од 12 до 20 часот.

13. Пристап до услугите кои ги дава ФЗОМ на порталот Uslugi.gov.mk

Фондот за здравствено осигурување на Македонија продолжува посветено да работи и транспарентни да им овозможува на сите осигурени лица полесно остварување на своите права. ФЗОМ редовно преку различни алатки ги информира осигурениците и граѓаните за услугите кои ги дава преку веб страната, инфовилтенот, бесплатната инфо линија, граѓанскиот дневник и порталот uslugi.gov.mk.

Граѓанскиот дневник им овозможува на граѓаните пристап до услугите кои нив лично ги засегаат како и им дава можноост за оценка на дадедните услуги која претставува алатка за мерливоста на успешноста на Фондот во секој индивидуален случај. Целта на граѓанскиот дневник е да придонесе во подобрувањето на квалитетот на јавните услуги што ги дава Фондот преку дефинирање на начинот и стандардите во давањето услуги, вклучувајќи го видот на услугите, рокот, како и системот на коментари, жалби и поплаки во процесот на

остварувањето на правата од задолжителното здравственото осигурување. Со подобрување на услугите и односот Фонд -осигуреник целта е да им се обезбеди целосно задоволство на осигурениците.

Преку порталот USLUGI.GOV.MK на граѓаните им се овозможува јавна презентација на услугите кои ги даваат државните институции. На порталот осигурениците на Фондот можат да најдат податоци за 36 услуги кои ги дава ФЗОМ, обрасците на барања за остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување, потребните документи, рокот со кој фондот е обврзан да одговори по нивните барање, поврзани услуги со други институции, административна такса доколку истата треба да се плати. Преку порталот uslugi.gov.mk на осигурениците им се дава можност да поставуваат прашање во врска со некои од правата од задолжителното здравствено осигурување. Најчесто поставувани прашања се од областа на паричните надоместоци,

лекувањата во странство, ин витро постапките. Службеници од Фондот кој се задолжени за одговор по поставените прашања се грижат нашите осигуреници да добијат навремен и квалитет одговор. Со користење на порталот uslugi.gov.mk на осигурениците им се намалува времето

потребно за пронаоѓање на услугите кои ги дава Фондот, им се овозможува навремен и едноставен пристап до услугите за промена во услугите на Фондот како намалено време за дистрибуција на информациите за услугите.

КОНГРЕСИ

14. Учество на ФЗОМ на 27-то советување на правници од здравството на Република Македонија

„Ефектите од воведените електронски услуги во ФЗОМ“, беше тема на излагањето на директорката на ФЗОМ, м-р Маја Парнарџиева-Змејкова на 27-тото по ред советување на правниците од здравството на Република Македонија. Советувањето беше во организација на Здружението на правници од здравството на Република Македонија. Овој стручен собир се одржа во хотел Инекс Дрим во Струга, од 22 – 24 мај 2014 година и на него покрај правници, директори на здравствени установи,

економисти, доктори, административни работници членови на синдикати, членови на управни одбори, членови на комисији на јавни набавки и други заинтересирани лица, учествуваа и стручни лица од Фондот за здравствено осигурување на Македонија кои ги презентираа новините во медицинската рехабилитација како и продолженото болничко лекување и олеснувањата во начинот на упатување на пациентите на повисоко ниво на здравствена заштита.



Како што истакна директорката Парнарџиева-Змејкова, бенефитот од имплементирањето на електронските услуги на Фондот е огромен и претставува вистинско олеснување, како за осигурениците и матичните лекари, така и за здравствените установи, но и за фирмите. Со овие електронски услуги Македонија е лидер во регионот во електронското работење.

ФЗОМ со својот електронски систем овозможува повеќе од 30 е-услуги за осигурениците, здравствените установи и фирмите:

➤ **За осигурени лица**

- пристап до податоци за личното осигурување и осигурување на нивните членови
- податоци за избраните лекари од општа медицина, гинекологија и стоматолози за себе и членовите помлади од 14 години

➤ **За здравствените установи**

- можност за проверка на валидност на здравствено осигурување за граѓаните кои ги користат здравствените услуги
- **дигитално (електронско) потпишување на Договори со Фондот**
- **е-фактури**

➤ **За матичните лекари од општа медицина, гинекологија и стоматологија**

- електронска промена/избор на матичен лекар од општа пракса, гинекологија и стоматологија
- добивање на разни прегледи за активни/неактивни пациенти,
- Прегледи на пациенти кои се одјавиле од кај нив за одреден период
- Останати податоци поврзани со договорот со Фондот

➤ **За фирмите:**

- можност за електронска пријава во здравствено осигурување на вработени лица,
- пријава и одјава во ЗО на нивни членови

Придобивки за граѓаните

- ✓ пријава во здравствено осигурување во канцелариите наместо на шалтерите на Фондот
- ✓ нема временско ограничување, порталот е достапен 24/7
- ✓ брз електронски пристап до податоците
- ✓ ефикасни и поевтини услуги
- ✓ транспарентност
- ✓ пријателски, едноставни, достапни и сигурни услуги во секое време и насекаде

Придобивки за Фондот

- ✓ Зголемување на внатрешната ефикасност
- ✓ Побрза размена на податоци меѓу јавните институции (АВРМ, ПИОМ, УЈП...)

Финансиски заштеди на средства од воведувањето на е-услугите

- ✓ За Фондот (за една година) заштеда од 550.000 евра
- ✓ За фирмите, здравствените установи и осигурениците поштедени се од 30.000 посети во ФЗОМ – а на годишно ниво заштеда во бензин од 1.0800.000 евра.

ПРОМОЦИЈА НА ЗДРАВЈЕ

15. Учество на ФЗОМ на Скопскиот маратон 2014



Вработените од Фондот за здравствено осигурување на Македонија на чело со директорката, м-р Маја Парнарџиева-Змејкова и годинава земаа учество на Скопскиот маратон. Покрај желбата да бидеме дел од овој светски настан, сакавме и преку личен пример да покажеме дека маратонот е одлична можност уште еднаш да потврдиме дека здравиот живот и спортувањето се неопходност и треба да бидат секојдневие за секој од нас.

Впрочем Фондот, не само на Скопскиот маратон, туку и во континуитет, низ

многубројни активности, покажува дека фокусот треба да се стави на превенцијата, како најдобар начин да бидеме во добра здравствена форма.

И покрај тоа што сите се соочуваме со многу динамичен ритам на живот, а имаме се помалку време за себе, но и време за вежбање, ризикот од заболувања е се поголем. Овој непобитен факт ние сакаме да го смениме. Трките од овој карактер постојат насекаде во светот со иста цел, да се подигне свеста дека никогаш не е доцна да се почне со физика активност.

16. Учество на ФЗОМ на Маршот за борба против рак на дојка – НАПРЕД РОЗОВО



Вработените од Фондот за здравствено осигурување на Македонија на чело со директорката, м-р Маја Парнарџиева

Змејкова и годинава ќе учествуваат на Маршот за борба против рак на дојка – Напред розово, које традиционално се

одржува по 6-ти пат, а е во организација на здружението на граѓани „Борка,,.

Фондот за здравствено осигурување на Македонија има одличен партнер за соработка во здружението на граѓани „Борка“ за што доби и благодарница. Директорката Парнарџиева Змејкова исклучително ја цени посветеноста во борбата против ракот на дојка на здружението на граѓани Борка.

Во име на директорката на ФЗОМ, м-р Маја Парнарџиева Змејкова, ги покануваме сите

кои се во можност да земат учество во овогодинешната кампања Напред розово, за да ја подигнеме свеста кај граѓаните за ракот на дојка, како потенцијално излечива болест. Овој марш истовремено е и поддршка и помош на жените со ова заболување, како и на нивните семејства.

НАПРЕД РОЗОВО ќе се оддржи во сабота, на 17 мај 2014 година во Градскиот парк, пред Школка.

КАКО ДО ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА ЛЕКУВАЊЕ ВО СТРАНСТВО

17. Остварување на право на лекување во странство

Во моментот кога лицето ќе се здобие со статусот на осигурено лице на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, многу често и не знае кои се неговите права што произлегуваат од системот на задолжителното здравствено осигурување и на кој начин може да ги оствари истите.

Едно од правата е и правото на болничко лекување во странство, кое е регулирано во Законот за здравственото осигурување и во Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство, во кој е подетално разработена постапка и чекорите кои треба осигуреното

лице да ги преземе за полесно и поефикасно да го оствари тоа право.

Кога може осигуреното лице да го користи правото на болничко лекување во странство?

Осигуреното лице може да користи болничко лекување во странство со одобрение на Фондот, ако е во прашање заболување кое не може да се лекува во Републиката, а во земјата во која осигуреникот се упатува постои можност за успешно лекување на тоа заболување. Исто така осигуреното лице покрај болничко лекување може да користи во странство и здравствени услуги на

контролни прегледи кои се однесуваат на веќе извршено болничко лекување во странство одобрено од Фондот, а кои не можат да се извршат во Република Македонија. Како контролни прегледи во странство се сметаат и прегледи во врска со проверка на функционалноста на веќе вградени импланти и нивна поправка и/или замена на дел од имплантот во странската здравствена установа која го вградила имплантот или во овластен сервисер во странство, доколку таа услуга не може да се изврши во Р.Македонија. Доколку за сервисирање, поправка и/или замена на дел од имплантот постои овластен сервисер во РМ правото на здравствената услуга се остварува согласно член 9 од Законот за здравственото осигурување како надоместок на трошоците за извршена здравствена услуга.



Кој документ е неопходен за да може осигуреното лице да ја започне постапка за остварување на правото на болничко лекување во странство на товар на Фондот?

За да може осигуреното лице да ја започне постапка за лекување во странство на товар

на Фондот потребно е соодветната универзитетска клиника при Клинички центар во Скопје да му издаде Предлог за упатување на лекување во странство. Предлогот е соодветен образец кој го пропишува Фондот ,во кој има унифицирани рубрики кои треба да бидат пополнети од страна на Клиниката.

Предлогот за упатување на лекување во странство го дава клинички конзилиум од најмалку тројца лекари субспецијалисти/специјалисти и директорот на соодветната универзитетска клиника во Скопје.

Предлогот за упатување на лекување во странство важи шест месеци од денот на издавањето. Тој ги содржи основните податоци за осигуреното лице, почетокот и текот на болеста, начинот на лекувањето, лабораториските, радиодијагностички и други дијагностички испитувања врз основа на кои е поставена дијагнозата, мислење дека заболувањето не може со успех да се лекува во Републиката, со предлог осигуреното лице да се упати на болничко лекување во странство. Во случај кога во предлогот за упатување на лекување во странство е наведено дека здравствената состојба на осигуреното лице е виталнозагрозувачка односно постои непосредна опасност по неговиот живот тогаш клиничкиот конзилиум дава мислење и во која земја и странска здравствена

установа постојат можности за успешно лекување на тоа заболување.

Самото добивање на Предлогот за упатување на лекување во странство од клиничкиот конзилиум автоматски не значи дека на лицето му е одобрено правото да користи болничко лекување во странство на товар на Фондот. Самиот збор „Предлог“ укажува дека клиничкиот конзилиум во рамките на своите законски надлежности има право само да предлага но не и да донесува одлука за тоа дали определено осигурено лице може да користи болничко лекување во странство на терет на Фондот.



Кој е следниот чекор кој осигуреното лице треба да го превземе, со цел да го оствари ова право?

По добивањето на Предлогот за упатување на лекување во странство осигуреното лице е потребно да поднесе Барање за болничко лекување во странство (Образец Л1) до Фондот за здравствено осигурување на Македонија или преку подрачната служба во местото каде што е пријавен во задолжителното здравствено осигурување. Кон барањето потребно е да ја приложи следната документација:

- ✓ Предлог за упатување на лекување во странство од соодветната универзитетска клиника во Скопје;
- ✓ Медицинска документација за текот на лекувањето;

Профактури од странски здравствени установи

Осигуреното лице кон барањето може да достави една или повеќе профактури од странски здравствени установи со трошоци за болничкото лекување или контролниот преглед.

Фондот и по службена должност прибавува профактури од странските здравствени установи вклучувајќи ги и референтните земји Република Словенија, Република Хрватска, Република Бугарија и Република Србија, како и здравствените установи во земјите со кои РМ има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување во кој е регулирана можноста за упатување на лекување во странство, доколку има потреба од истите.

Трошоци во постапката за лекување во странство кои не ги покрива Фондот

Трошоците кои се однесуваат на дијагностичка постапка, контролни прегледи пред да започне болничкото лекување во странство, како и контролни прегледи по завршување на болничкото лекување во странство, за кои осигуреното лице не спровело претходна постапка во Фондот.

Исто така и трошоците од веќе извршено лекување во странство без претходно спроведена постапка во Фондот или лекување започнато без да се поднесе барање во Фондот, не се на товар на Фондот.

Оценка и мислење за потребата на лекување на осигуреното во странство на товар на Фондот



Врз основа на предлогот за уплатување на лекување во странство и бараната документација, оценката и мислењето за потребата од лекување во странство ја дава Првостепената односно Второстепената лекарска комисија за лекување во странство при Фондот.

Оценката и мислењето на Првостепената односно Второстепената лекарска комисија за лекување во странство при Фондот, содржи податоци за следното:

- ✓ Дали се исцрпени сите можности за лекување во земјата,
- ✓ Дали постојат можности за успешно лекување на заболувањето во странство, во која земја, односно во

која странска болничка здравствена установа;

- ✓ Вид на лекување кое се предлага и времето потребно за лекување во странство;
- ✓ Дали на осигуреното лице му е потребен придружник, односно стручен придружник и за кое време (само при заминување, само при враќање, при заминување и враќање или за сето време на лекувањето во странство);
- ✓ Погодно превозно средство (воз, автобус, авион, кола за санитарски превоз) и начинот на превозот;
- ✓ Потребата од продолжување на болничкото лекување во странска здравствена установа.

Позитивните наоди на Првостепената лекарска комисија задолжително ги преиспитува и Второстепената лекарска комисија во рок од 7 дена.

Во случај доколку конзилиумот на соодветната универзитетска клиника утврди дека станува збор за итен случај во Предлогот за упатување на лекување во странство односно мислењето за итност е наведено дека се работи за итен односно **виталнозагрозувачки случај** тогаш Првостепената и Второстепената лекарска комисија заседаваат во истиот ден. Односно Фондот по службена должност се грижи да ја спроведе целата постапка и да донесе

решение пред закажаниот термин за лекување на осигуреното лице во странската клиника.

Партиципација на осигуреното лице

Осигуреното лице откако ќе добие согласност за прием од странската здравствена установа која го прифаќа неговото лекување, како и позитивна оценка и мислење од првостепената односно второстепената лекарска комисија при Фондот, потребно е да изврши уплата на лично учество од доставената профактура на странската здравствена установа, за лекување во странство, која изнесува 20% од вкупните трошоци, но не повеќе од 200 евра во денарска противвредност.



Сметано од 01.01.2013 година стапија во сила измените и дополнувањата на Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 26/2012 година) кои се однесуваат на членот 32 став 2 со кој е предвидено дека за здравствените услуги за одобрено лекување во странство, осигуреното лице учествува со

20% од вкупните трошоци, но не повеќе од 200 евра во денарска противвредност.

Со оваа законска измена се овозможи лично учество на осигуреното лице во вкупните трошоци за одобрено лекување во странство да не може да изнесува повеќе од 200 евра во денарска противвредност.

Воведувањето на оваа законска измена ќе значи еден вид на финансиско олеснување за самите осигуреници, бидејќи се работи за болничко лекување во странство каде трошоците за истото многу често претставуваат значително финансиско оптеретување за истите.

Осигурени лица ослободени од плаќање со лични средства при користењето на здравствените услуги по одобрено болничко лекување во странство

Според член 21 став 6 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство, од учество со лични средства во вкупните трошоци се ослободуваат деца со посебни потреби, според прописите за социјална заштита, согласно член 34 став 1 алинеја 2 од Законот за здравственото осигурување, а својството на дете со посебни потреби се докажува со решение од надлежниот Центар за социјална работа при Министерството за труд и социјална политика.

Кога Фондот донесува решение за лекување во странство?

Фондот донесува решение за упатување на лекување во странство по оценката и мислењето од Првостепената односно Второстепената лекарска комисија и извршената уплата на учеството од страна на осигуреното лице.

Доколку осигуреното лице не е задоволно од решението на Фондот, може да поднесе жалба до Управниот одбор на Фондот, во рок од 15 дена по приемот на истото.

Остварување на право на продолжено болничко лекување во странство и надомест на дополнителни трошоци на товар на Фондот

Лекувањето во странство, осигуреното лице го остварува најдолго во траење утврдено со решението.



Ако во текот на лекувањето на осигуреното лице постојат оправдани причини за продолжување на истото на предлог на странската здравствена установа во која осигуреното лице се лекува и доколку за лекувањето настанат дополнителни трошоци, Фондот може да му признае право

на продолжување на одобреното лекување и надомест на дополнителните трошоци за лекувањето по спроведување на постапка.

При тоа е потребно осигуреното лице да ги достави следните документи:

- ✓ Барање за продолжување на лекување во странство и/или признавање на дополнителни трошоци за лекувањето, кое се поднесува согласно став 1 на член 3 од овој правилник;
- ✓ Предлог на странската здравствена установа за медицинската оправданост за продолжување на лекувањето како и временскиот период на продолженото лекување, со понудена цена за истото;
- ✓ Потребната медицинска документација и друга документација за текот на лекувањето во странската здравствена установа и
- ✓ Оценка и мислење од првостепената и второстепената лекарска комисија на Фондот за потребата од продолжување на болничкото лекување во странската здравствена установа и /или потребата од признавање на дополнителните трошоци за лекувањето

Во случај ако странската здравствена установа на осигуреното лице навремено односно во текот на лекувањето не му ги обезбеди сите потребни документи наведени во став 3 на овој член, истото може да поднесе барање за продолжување на лекувањето како и надомест на

дополнителни трошоци за лекувањето, најдоцна во рок од 6 месеци од денот на отпуштањето од странската здравствена установа.

Напомена: Законските и подзаконските прописи како и обрасците кои произлегуваат од ова право осигурените лица можат да ги најдат на web страницата на Фондот www.fzo.org.mk, во делот на законските прописи и обрасци за осигурените лица.

Упатување на осигурените лица наместо во странство во приватните здравствени установи во РМ

Доколку здравствените услуги не се вршат во јавните здравствени установи од болничката здравствена заштита, а се вршат во приватните здравствени установи во Република Македонија со кои Фондот нема склучено договор, Фондот склучува т.н. рамковен договор со овие здравствени установи.

При донесувањето на одлуката првостепената и Второстепената лекарска комисија ги разгледува сите начини, за избор на болница во која предлага осигуреното лице да се упати на лекување, при тоа има право да даде оценка и мислење дека осигуреното лице има можност лекувањето

да го изврши приватна здравствена установа во Република Македонија.

Осигуреното лице при користењето на здравствени услуги во приватната здравствена установа учествува со лични средства согласно Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите односно најмногу 6.000,00 денари.

Дали осигурените лица имаат право на избор во која здравствена установа ќе го извршат лекувањето?



На осигуреното лице на кое му е одобрено лекување во една странска здравствена установа или приватна здравствена установа во Република Македонија, а истото лекувањето сака да го изврши во друга установа во која трошоците се повисоки, на товар на осигуреното лице паѓа разликата во трошоците.