

# ИНФО БИЛТЕН



**Фонд за здравствено осигурување  
на Македонија**

Инфо билтен издание бр. 11/2011



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА  
[www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)



## Содржина

1	НОВ ПРАВИЛНИК ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ.....	3
1.1	ИЗБОР НА ЛЕКАР .....	3
1.1.1	Прецизирање на изборот на лекар .....	3
1.1.2	Избор на лекар -гинеколог .....	3
1.1.3	Избор / промена на матичен лекар.....	4
1.2	Придружба на хоспитализирано дете .....	5
1.3	Остварување на медицинска рехабилитација .....	6
1.4	Упатување на повисоко ниво на здравствена заштита.....	10
2	ИЗМЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА БПО ПОСТАПКА НА ТОВАР НА ФОНДОТ .....	14
2.1	Соработка со лекарите и осигурениците.....	14
2.2	Проширување на правото.....	15
2.3	Право на БПО со донорски материјал .....	15
2.4	Допрецизирање на медицинските индикации.....	18
2.5	Нов образец за БПО.....	21
2.6	Рефундации.....	21
3	РЕЦЕПТ ЗА ХРОНИЧНИТЕ БОЛЕСТИ И ВАЖНОСТ НА ПРЕПОРАКА ПО ПРЕДЛОГ НА ЛЕКАР СПЕЦИЈАЛИСТ/СУБСПЕЦИЈАЛИСТ ИЛИ ЛЕКАРСКИ КОНЗИЛИУМ 22	
4	ПОТСЕТУВАЊЕ ЗА НОВИОТ НАЧИН НА ПЛАЌАЊЕ ПО ОСНОВ НА РУРАЛНОСТ И ПОВИК ДО ЛЕКАРИТЕ ОД РУРАЛНИТЕ СРЕДИНИ.....	23
5	МАТИЧНИТЕ ЛЕКАРИ И ПРОЕКТОТ ПРЕРЕГИСТРАЦИЈА НА НЕВРАБОТЕНИ ЛИЦА.....	27



## 1 НОВ ПРАВИЛНИК ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ.

Фондот за здравствено осигурување изготви нов Правилник за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (Сл.весник на РМ бр.105/2011). Правилникот стапува во сила од 01.09.2011 година со тоа што некои одредби стапуваат во сила од 01.01.2012 година .

Како побитни одредби во текстов Ви ги одвојуваме следниве: Измена во членовите 15,19,21,22 кои се однесуваат на избор т.е. промена на матичен лекар; проширување на правото на медицинска рехабилитација; прошираување на правото за придружба на хоспитализирано дете; упатување на повисоко ниво на здравствена заштита.

### 1.1 ИЗБОР НА ЛЕКАР

#### 1.1.1 Прецизирање на изборот на лекар

Новиот правилник предвидува избор на лекар во 3 дејности од кои : Општа медицина, Гинекологија и општа Стоматологија. Оваа измена е направена со цел допрецизирање од причини што кај избрани лекари од дејностите : педијатрија, училишна медицина и трудова медицина правото на избор од осигурениците не е ограничено со воззраста т.е веќе подолго време функционираат како избрани лекари по општа медицина.

#### 1.1.2 Избор на лекар -гинеколог

Почнувајќи од 01.09.2011 година новиот правилник предвидува избор на матичен лекар- гинеколог да можат да го вршат лицата од женски пол со навршени 12 години. Досегашниот правилник предвидуваше да изборот го вршат лицата од женски пол со навршени 14 години. Спуштањето на старосната



граница за лицата од женски пол е направено според согледувањата на здружението на гинеколози и акушери и Лекарската комора на Македонија дека почетокот на репродуктивниот живот е од 12 годишна возраст.

Друга новина поврзана со избраните гинеколози е тоа да правилникот предвидува во пропишаните мерки и активности кои ги презема избраниот лекар гинеколог при пружање на здравствените услуги на осигурените лица влегуваат услугите за извршени ЕХО и колпоскопски преглед. Тоа во праксата значи дека избраниот гинеколог не смее да наплатува за преглед со ЕХО апарат т.е прегледот се смета како основна здравствена услуга и преглед со колпоскоп по медицинска индикација.

### 1.1.3 Избор / промена на матичен лекар

Како најголема придобивка за осигурениците во измените во правилникот кои се однесуваат на изборот т.е промената на матичниот лекар е тоа што новиот правилник предвидува да избраниот лекар доколку смени здравствена установа и нема прекин во работењето ги задржува пациентите. Досегашниот правилник предвидуваше да со промена на ПЗУ избраниот лекар ги губи сите пациенти. Оваа состојба најчесто беше злоупотребувана во Скопје со тоа што приватните поликлиники многу често ги менуваа избраните лекари и со тоа нанесуваа штета на осигуреникот т.е често осигурениците не знаеја кој им е матичен лекар, а со тоа не можеа да остварат некое право од здравствено осигурување пр. боледување.

Во правилникот е предвидено да медицинската документација т.е. здравствениот картон при промена на избраниот лекар се пренесува кај ново избраниот лекар. Оваа измена е направена со цел да се спречи појавата на уцена на осигуреното лице од страна на избраниот лекар за одјавување со недавање на здравствениот картон. Појавата со недавање на





одјава во минатото ФЗОМ ја уреди со тоа што овозможи на осигуреникот да може да врши одјава во Подрачните служби но вкупно осигуреникот да неможе да направи повеќе од две промени годишно. Новонастанатата состојба со недавање на медицинската документација ФЗОМ ја уреди со промена во правилникот во членот 21 од правилникот со што по барање на осигуреното лице избраниот лекар кој е променет мора да ја пренесе медицинската документација.

## **1.2 Придружба на хоспитализирано дете**

Со одредбите на Правилникот правото на придружник на хоспитализирано дете до една годишна возраст и на хоспитализирано дете до три годишна возраст кое е на болничко лекување е изедначено, односно и за хоспитализираното дете до три годишна возраст, може да се оствари право на придружник.

**Правото на придружник на хоспитализираното дете до три годишна возраст, придружникот го остварува во болницата каде е хоспитализирано детето, најмногу до 30 дена.**

Придружник на хоспитализираното дете правото го остварува врз основа на упат издаден од избраниот лекар на детето кое е упатено на болничко лекување.

За услугата на придружникот, од страна на здравствената установа во која е хоспитализирано детето, се изготвува посебна пресметка на која се назначува **врска со повикување** на број на пресметката, а доколку пресметките се во различни фактури дополнително се наведува и фактурата во која е евидентирана здравствената услуга извршена за хоспитализираното дете.

Во случаите кога нема ослободување за наплата на партиципација согласно законот или програмите, за придружникот се наплаќа партиципација согласно Одлуката за одредување на



учеството на осигуреното лице во вкупните трошоци на здравствените услуги. **Учеството се пресметува во износ утврден според скалата од вкупната вредноста на пресметката којашто вклучува сместување и исхрана за дадениот број на денови за придружникот.**

### **1.3 Остварување на медицинска рехабилитација**

Со Правилникот се направени измени, дополнувања и усогласување со измените на Законот за здравствено осигурување во начинот на остварување на здравствените услуги на осигурените лица од дејноста на медицинската рехабилитација, **при што посебно е уредено остварувањето на правото на рехабилитација на децата до 14 годишна возраст, заболени од церебрална парализа** со што се прошируваат одредени права од задолжителното здравствено осигурување и се овозможува обезбедување на поголема достапност и подобар квалитет на здравствените услуги на осигурените лица.

Осигурените лица правото на медицинска рехабилитација, согласно новиот Правилник **кој ќе се применува од 01.09.2011 година** може да го остваруваат на следниот начин;

- Правото на **медицинската рехабилитација** осигурените лица како и досега можат да го остваруваат во амбулантни услови, во рамките на болничко лекување и во специјализирани здравствени установи за овој вид на здравствена дејност.
- 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 спречување на настанување или отстранување на намалена работна или функционална способност на осигуреното лице. Со Правилникот е направено усогласување со измените на Законот за здравствено осигурување во делот на здравствените услуги **магнето терапија и ласеро терапија кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување.**

- Осигурените лица остваруваат 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 или неговата замена.
- Покрај медицинската рехабилитација во амбулантски и болнички услови осигуреното лице, исто како и до сега, може да оствари право на специјализирана **медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување.**
- Медицинската рехабилитација како продолжено болничко лекување, осигуреното лице може да ја остварува, во случаите 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;
  - по завршено болничко лекување на акутното заболување, состојба и повреда, како и
  - по завршување на болничко лекување на влошено хронично заболување.
- Со новиот правилник, **а по барање на здруженијата на здравствени работници и пациентите веќе не се предвидува минимум на денови за болничко лекување**



како предуслов за побрзо остварување на оваа право. Со оваа измена осигуреното лице може да користи здравствена услуга во болнички услови во пократок временски период отколку до сега, а со самото тоа да оствари право на медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување.

- Медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување за утврдено заболување, осигуреното лице може да ја оствари **во траење од најмногу 21 ден во текот на една година** и тоа **само еднаш во текот на годината**, сметано од денот на утврдувањето на правото. Истата, треба да започне најдоцна 2 месеци од добивањето на решението од Фондот.
- По правило, правото на медицинската рехабилитација како продолжено болничко лекување осигуреното лице го остварува со **решение од Фондот** според наод, оценка и мислење на лекарска комисија на Фондот, а врз основа на негово барање доставено до подрачната служба каде е осигурено. Барањето се доставува:

- во рок од 1 месец од завршеното болничко лекување односно од неопходниот контролен преглед,
- во рок од 3 месеци доколку се работи за прележан инфаркт на срцето, хируршка интервенција на срцето и сите хируршки зафати на градниот кош со респираторна патологија.

Со барањето задолжително се доставува отпусно писмо за завршеното болничко лекување, конзилијарно мислење од соодветната болничка установа каде е извршено лекувањето и друга потребна документација.





- Со новиот Правилник се дадени поголеми права при остварување на медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување **на децата до 14 годишна возраст заболени од церебрална парализа** и тоа:

- 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 е извршено лекувањето и врз основа на наод, оценка и мислење на лекарска комисија на Фондот;
- медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во случај на **церебрална парализа за децата до тригодишна возраст**, може да трае до **30 дена** и тоа до **четири пати во текот на годината**;
- **за деца од 4 до 14 годишна** медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување може да **трае до 30 дена, двапати во текот на годината**, кога за време на рехабилитацијата е потребна обука на член на семејството.

- На дете **до три годишна возраст**, доколку лекарскиот конзилиум кој го предлага продолженото болничко лекување оцени дека му е потребен и придружник, придружникот остварува право на сместување и храна во болнички услови за време на престојот на детето најмногу до **30 дена**.



#### **1.4 Упатување на повисоко ниво на здравствена заштита.**

Започнувајќи од 01 септември 2011 година, упатувањето на осигурените лица за остварување на здравствена заштита во специјалистичко-консултативна здравствена заштита (амбулантски) како и до сега, ги остварува со упат од избраниот лекар или неговата замена. Во новиот правилник се направени допојаснувања и измени во однос на следните точки:

- **Биохемиски лабораториски анализи:**
  - Биохемиските лабораториски анализи за потребите на примарната здравствена заштита, осигуреното лице ги остварува со упат од избраниот лекар, врз основа на пропишан образец (лабораториски упат ЛУ1), со наведување од страна на избраниот лекар, на видот на услугите од образецот кои треба да се иследат.
  - Останатите биохемиски лабораториски анализи, осигуреното лице ги остварува врз основа на упатот на лекарот специјалист, односно субспецијалист, исто така, во пропишан образец (лабораториски упат ЛУ2), со наведување на видот на услугите од образецот кои треба да се иследат.
  - По исклучок, избраниот лекар гинеколог може да го упати осигуреното лице со издавање на лабораториски упат ЛУ2, за утврдување на хормонскиот статус.
- Со упат осигуреното лице се упатува до здравствена установа а осигуреното лице самостојно одлучува кај кој лекар специјалист во истата здравствена установа ќе ја користи здравствената услуга.



- **Лекарот кој го издава упатот за специјалистичко-консултативна здравствена заштита должен е да ги приложи сите претходно направени наоди и испитувања кои се неопходни за следното ниво на здравствената заштита за дијагностика и третман на осигуреното лице.**
- По завршување на специјалистичко консултативна здравствена услуга за која бил упатен осигуреното лице, **лекарот специјалист е должен сите наоди од извршените преглед и испитувањата да ги достави во вид на мислење односно извештај за здравствената состојба на осигуреното лице како и препораки за понатамошното лекување до лекарот кој го упатил осигуреното лице.**
- Осигуреното лице е должно по завршување на специјалистичко консултативните здравствени услуги да се јави кај избраниот лекар веднаш, но најдоцна во рок од три дена.
- Здравствени услуги во **болничка здравствена заштита**, како и до сега, **заклучно со 31.12.2011 година, осигуреното лице ги остварува врз основа на упат од избраниот лекар или неговата замена.** Упатувањето на болничко лекување го врши избраниот лекар во случаите кога поради природата на заболувањето не е можно со успех да се спроведе амбулантно или домашно лекување:
  - Упатувањето од страна на избраниот лекар се врши во најблиската здравствена установа која врши соодветна болничка здравствена заштита и има склучен договор со Фондот.
  - Избраниот лекар е должен да ја напише упатната дијагноза и да ја приложи целокупната медицинска документација неопходна за понатамошно лекување.



- Како и досега доколку лекарите во болницата во која осигуреното лице е упатено на болничко лекување оценат дека лекувањето може да се продолжи поуспешно или посоодветно во друга болничка установа, осигуреното лице упатува со интерболнички односно интерклинички упат од една во друга болница односно клиника.
- Интерболнички, односно интерклинички упат не може да се издаде кога осигуреното лице се упатува на медицинска рехабилитација.
- Итната медицинска помош како и до сега заклучно со 31.12.2012 година осигуреното лице може да ја оствари без упат од избраниот лекар, во најблиската здравствена установа во 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.
- По услугите во итната помош кога ќе се оцени дека лекувањето треба да продолжи на повисоко ниво на здравствена заштита осигуреното лице треба да обезбеди упат од избраниот лекар за понатамошно лекување на повисокото ниво. Доколку поради итноста не можел веднаш да достави упат за лекување на повисоко ниво, упатот со целокупната потребна документација ги доставува во најкратко можно време по престанување на итноста во зависност од состојбата и можностите на осигуреното лице.
- Доколку тимот од итната медицинска помош оцени дека лицето неоправдано повикал итна медицинска помош т.е. не е итен случај, тогаш лицето ги сноси сите трошоци за повикот во целост.





- Избраниот лекар/специјалист може да издаде упат за повисоко ниво на здравствена заштита само за здравствени установи со која Фондот има склучено договор за соодветна здравствена услуга. Сите здравствени установи со кои Фонд има склучено договори за сите нивоа на здравствена заштита се објавени на веб

За одредбите од Правилникот кои се однесуваат за упатувањето на повисоко ниво на здравствена заштита, а кои ќе се применуваат од 01.01.2012 година дополнително ќе бидете известени.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

[www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)



## 2 ИЗМЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА БПО ПОСТАПКА НА ТОВАР НА ФОНДОТ

По една година работење по новиот Правилник за биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО), со кој од Август 2010 осигурениците правото за БПО да го остваруваат со поднесување на барање до стручната Комисија за БПО при Фондот, Ве известуваме дека од **1 септември 2011** ќе се применува најновото трето изменето и ревидирано издание на *Правилникот за критериумите за склучување договори и постапка за остварување на правото и начинот на плаќање на здравствените услуги за биомедицинско потпомогнато оплодување во здравствените установи кои вршат специјалстичко-консултативна здравствена заштита.*

Измените на Правилникот опфаќаат повеќе сегменти: **измени во правото, во индикациите и во постапката** за остварување на правото за БПО на товар на Фондот.

### 2.1 Соработка со лекарите и осигурениците

Иницијативата за надградување на Правилникот произлезе од потребата да се пратат новите медицински сознанија и искуства во делот на лекувањето на неплодноста, но исто така и од некои етички и практични согледувања. При ревидирањето на Правилникот Фондот сработуваше со сите засегнати страни во процесот на лечење на стерилитет во Македонија и ги зема предвид:

- предлозите и искуствата на гинеколозите кои работат во полето на биомедицинското потпомогнато оплодување (инсеминации и ин витро фертилизација),



- забелешките на матичните гинеколози кои ги водат осигурениците низ целата постапка а беа консултирани во рамките на работилниците кои Фондот ги организираше,
- недоследностите во доставените барања и приложената медицинска документација до Комисијата за БПО при Фондот,
- како и забелешките и очекувањата на Нашите осигуреници.

## 2.2 Проширување на правото

Со измените во Правилникот се предвидува **проширување на правото за БПО на товар на Фондот**, така што од сега брачните и вонбрачните заедници кои имаат пород од претходна брачна или вонбрачна заедница, а во сегашната заедница се соочуваат со неплодност ќе можат да го остварат правото за БПО постапка. Исто така со новото проширување на правото опфатени се и заедниците кои имаат заеднички пород со психичка и моторна ретардација, а кај нив постои секундарен стерилитет.

Голем дел од измените на Правилникот ги опфаќаат **медицинските индикации** за остварување на правото на БПО на товар на Фондот.

## 2.3 Право на БПО со донорски материјал

Заради големиот број на поднесени барања за БПО за кои правото можеше да се оствари само со донорски материјал, било поради постоење на генетски заболувања или отсуство на репродуктивен материјал кај еден од партнерите, се наметнуваше потребата јасно да се издвои групата на сите медицински индикации за БПО со донорски материјал (сперматозоиди, ооцити или ембриони). Соодветно, издвоен е посебен дел за овие случаи со додавање на 2 нови индикации и допрецизирање во постојните индикации:



допрецизирање на постојните 2 индикации:

- “Доказано носителство за тешка доминантна генетска болест која се пренесува на породот, **без постоење на апсолутни и релативни медицински индикации** за БПО на товар на Фондот”
- Азооспермија (**патохистолошки докажана**) која не реагира на ниеден третман., и

воведување на 2 нови индикации:

- “Доказано носителство за тешка рецесивна генетска болест, која може да се пренесе на породот каде постојат апсолутни или релативни индикации за БПО” и
- “После еден неуспешен обид за фертилизација на ооцит со автологна сперма со ин витро постапка кај тешки форми на олигоастенотератозооспермија”,

Со овие измени, Фондот ги надминува вообичаените индикации на ин витро фертилизацијата како метод за лечење на стерилитетот и ја проширува примената на Правилникот за БПО во еден нов и многу значаен дел, т.е. наследните генетски заболувања.

Тоа значи дека, сите парови кои ќе докажат дека се носители на тешка **доминантна** генетска болест која се пренесува кај породот ќе добијат право на ин витро со донорски материјал, со цел да им се овозможи здраво потомство. Во овој дел индикацијата за БПО не е неможноста да се зачне туку присуството на доминантно наследна генетска болест. Оваа мерка е дел од иницијативата за справување со генетските заболувања во Македонија.

Исто така, од сега, паровите кои се носители за тешка **рецесивна** генетска болест (како што е СМА - спинална мускулна атрофија) и се соочуваат со неможноста да зачнат, ќе можат да го остварат своето право за БПО на товар на Фондот и со донорски материјал (било сперматозоиди, било ооцит). Всушност тие ќе имаат право да изберат дали нивните 3 обиди за лекување на стерилитет ќе





ги реализираат со сопствен репродуктивен материјал или со донорски. Имено, кога се работи за рецесивни генетски болести, носителството не значи секогаш и болест за идното потомство. Тие парови можат да имаат здрав пород, но за жал, и тешко болни деца. Денес, на паровите им се достапни одлични и сигурни методи за пренатална дијагностика кои овозможуваат навремено откривање на болестите како што се биопсијата на хорионските ресички од плацентата, амниоцентезата и други методи, како и прекинување на бременоста ако за тоа тие се одлучат. Тоа е постапката за паровите кои немаат проблеми со зачнување, и можат повторно спонтано да забременат. Но кога се работи за парови кои покрај носителството на тешка рецесивна генетска болест се соочуваат и со стерилитет, односно постои и некоја од индикациите за ин витро согласно Правилникот, се наметнуваше потребата да им се овозможи обидите за БПО на товар на Фондот да ги искористат најефикасно и најсигурно, односно тие парови да ги прескокнат вообичаените постапки за пренатална дијагностика и индуциран прекин на ионака тешко остварената бременост со ин витро постапка.

Во делот на индикациите за остварување на правото со донорски материјал, се воведува и индикацијата “**После еден неуспешен обид за фертилизација на ооцит со автологна сперма со ин витро постапка кај тешки форми на олигоастенотератозооспермија**”. Тоа се однесува на паровите каде при првиот обид кој бил одобрен од страна на Комисијата не дошло ни до оплодување на јајце клетката со сперматозоидите од партнерот, кај кој постојат тешки нарушувања во бројот, подвижноста и формата на сперматозоидите (од приложени спермограми утврдено е присуството на неколку 2-4 сперматозоиди).

За нив при повторното аплицирање, ќе им биде одобрено БПО на товар на Фондот само со донорска сперма. Доколку тие се одлучат да продолжат со сопствен материјал, тогаш износот за постапката ќе биде на нивен товар.



Исто така, се дополнува и индикацијата за БПО со донорски материјал од претходниот правилник “Азооспермија која не реагира на ниеден третман” со “патохистолошки докажана”, бидејќи во многу голем број на барањата поднесени до Комисијата за БПО, констатираната азооспермија во спермограмите или не беше потврдена со биопсија (со што треба да се утврди дали осигуреникот ќе добие известување за БПО со сопствен или со донорски материјал, што е од најголема важност за успешноста на постапката) или само се доставуваа потврди од болниците во кои не беа наведени никакви податоци за тоа колку и какви (подвижни, нормални, живи или мртви) сперматозоиди биле најдени и криопрезервирани. За да се стави крај на неразјаснетите барања кои стигаа до Комисијата и препраќањето на осигурениците од Комисијата до болниците каде не им се издаваа патохистолошки наод по извршената криопрезервација, со објаснување дека за тоа треба да се упропасти замрзнатиот материјал, од сега, доставувањето на патохистолошкиот наод ќе биде задолжителен, а обврска на осигурениците ќе биде да побараат таков медицински документ кога ќе им биде извршена биопсија на тестиси во приватните болници, а тие пак да издаваат јасни и прегледни медицински документи за тоа што е најдено.

#### ***2.4 Допрецизирање на медицинските индикации***

Со измените и дополнувањата опфатени се апсолутните медицински индикации:

- Утврден машки фактор на неплодност, со број на подвижни сперматозоиди и по припрема помал од **4 милиони/мл**,
- **PCOSy по спроведување на сите терапевтски мерки**,
- Траење на неплодност подолга од 3 години по неуспех на други методи на лекување на индукција на овулација со IUI спроведена 4 пати, со **пауза од најмалку 2 циклуса помеѓу секоја**



**инсеминација**, во здравствена установа, која има дозвола од Министерството за здравство за вршење на таа дејност,

како и релативните медицински индикации:

- Неуспех да се зачне во тек на **12 месеци** од операција на ендометриоза.

Согласно најновите медицински сознанија кои беа пренесени од страна на гинекологите кои вршат инсеминации и ин витро фертилизации во Македонија, дека со концентрација на сперматозоиди по обработка пониска од 1 милион/мл, **во светот не се врши инсеминација и дека со многу ниски концентрации по обработка, нивната успешност е многу мала, Фондот ја помести таа граница од 1 милион на 4 милиони во милилитар по обработка.** Со таа измена, кога ќе се утврди машки фактор на стерилитет по горе наведената индикација, ќе се олесни постапката за остварување на правото за БПО на товар на Фондот со тоа што ќе се намали потребниот број на инсеминации.

Но од друга страна, по согледувањата на Комисијата и на гинекологите дека ненаменски и несоодветно се вршат инсеминациите, со цел што побрзо паровите да го стекнат правото за БПО на товар на Фондот, од сега, **согласно медицина базирана на докази, ќе треба да се запази неопходната пауза од најмалку 2 менструални циклуси помеѓу секоја инсеминација** со цел реализираните постапки да имаат медицинска оправданост, и истите да бидат прифатени од страна на Комисијата како валиден обид за лечење на стерилитет.

Со овие измени, се става акцентот на инсеминацијата како вистинска метода за лечење на стерилитетот, а не како што досега, намерно или не, таа беше прикажана и перцепирана од страна на осигурениците како пречка повеќе за да стигнат до ин витро. Праксата да се вршат 4 инсеминации за 3 циклуси не е ни медицински ни етички оправдана, бидејќи се стимулира жената на



неприроден и неефикасен начин, а не може да се оправдува ни со зголемен успех и ефикасност.

Поради констатациите на Комисијата за БПО по индикацијата полицистичен оваријален синдром (PCOSy) дека во доставените барања постојат недоследности кои укажуваат на недовршено или воопшто неотпочнато лекување на таа состојба, се наметна потребата да се дефинира категоријата на осигуренички кои можат да аплицираат за БПО на товар на Фондот со таа патологија. Затоа се воведува како нова индикација **“PCOSy по спроведување на сите терапевтски мерки”**. Постојат јасно дефинирани протоколи за третманот на PCOSy, кое успешно го лекуваат матичните гинеколози во Македонија. Рефрактерните форми треба да се третираат исто така, па и во повисоките здравствени установи, со соодветна хормонска терапија или оперативен третман. Откако ќе бидат спроведени сите терапевтски мерки, а тие биле неуспешни, и за нив ќе бидат доставени соодветните медицински докази до Комисијата за БПО, тогаш тие жени стануваат потенцијални апликанти за БПО на товар на Фондот, а не со само еден ултразвучен наод за микроцистични овариуми.

Изненадувачки беше фактот што до Комисијата за БПО се поднесуваа барања за БПО **без претходно спроведена соодветна терапија** за состојби како што се хиперпролактинемија, која сама по себе е причина за стерилитет, активни инфекции кај партнерите, нетретирани други заболувања. За нив Комисијата за БПО од сега ќе издава и негативни известувања во кои ќе гласи дека осигурениците не исполнуваат ни една индикација за ин витро, и поради тоа ќе треба да се спроведува соодветен третман. **Негативното известување по претходно наведениот основ не е конечно, односно тие парови ќе можат повторно да аплицираат доколку по соодветниот третман на основната болест, тие не успеале да зачнат.**





Во делот на релативните медицински индикации, по доставените предлози од страна на гинеколозите, се спушта границата за неуспех да се зачне во тек на 18 месеци од операција на ендометриоза на **12 месеци**.

## 2.5 Нов образец за БПО

Сите претходно претставени измени на Правилникот повлекоа од разбирливи причини и некои, помали, измени во постапката за остварување на правото за БПО на товар на Фондот.

Ехографскиот преглед со морфологија на матка и јајници, кое досега Комисијата го бараше како дополнителен преглед до сега, ќе биде задолжително бидејќи искуството покажа дека има одлучувачка улога во некои ситуации. Исто така задолжителен медицински документ ќе биде кај **азоспермија**, заради утврдување на неплодност, покрај биопсијата на тестиси и патохистолошкиот наод. Новиот образец Предлог дополнет со новите испитувања, ќе биде достапно на веб страна на Фондот и во сите подрачни служби.

## 2.6 Рефундации

Во делот на постапката, се нагласува до сите, осигуреници како и гинеколози дека, **Фондот нема повеќе да врши рефундации за аплицирана хормонска терапија** по индикација ин витро фертилизација, бидејќи средствата за неа се вклучени во референтната цена на Фондот.



### 3 РЕЦЕПТ ЗА ХРОНИЧНИТЕ БОЛЕСТИ И ВАЖНОСТ НА ПРЕПОРАКА ПО ПРЕДЛОГ НА ЛЕКАР СПЕЦИЈАЛИСТ/СУБСПЕЦИЈАЛИСТ ИЛИ ЛЕКАРСКИ КОНЗИЛИУМ

Со цел намалување на непотребните посети од осигурениците кај матичните лекари, како и олеснување на работењето на матичните лекари, ФЗОМ одлучи терапијата за хронични болести да има важност од 180 дена. Во изминатите две години, хронична терапија се пропишуваше за период од 90 дена и беше прифатена со огромно задоволство, како од лекарската фела, така и од осигурениците. Пропишувањето на терапија за 90 дена овозможи осигурениците (хронично болни) да доаѓаат по рецепти кај матичниот лекар еднаш на 3 месеци.

По подолго согледување и анализирање на состојбите ФЗОМ ја направи оваа измена во новиот Правилник за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (Сл.весник на РМ бр.105/2011) што стапува во сила од 01.09.2011 година, при што се овозможува пропишување терапија за хронично болни лица за период од 6 месеци.

**Напоменуваме за член 49 од правилникот за правата од здравствено осигурување: 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.**

Во пракса ова значи осигуреник кој има хронично заболување и потребно е да прима терапија, која во позитивната листа е со режим на пропишување RS (специјалист). Осигуреникот за да биде снабден со терапија за цела годината ќе треба да изврши еден специјалистички преглед и две посети на матичниот лекар и притоа месечно да ја подигнува терапијата од аптека.



#### 4 ПОТСЕТУВАЊЕ ЗА НОВИОТ НАЧИН НА ПЛАЌАЊЕ ПО ОСНОВ НА РУРАЛНОСТ И ПОВИК ДО ЛЕКАРИТЕ ОД РУРАЛНИТЕ СРЕДИНИ

Со донесување на одлука на УО на ФЗОМ за утврдување на оддалечени рурални места во 2001 година се прогласиле 23 населени места како такви. Последното осмо проширување се случи во мај 2011 година кога УО на ФЗОМ прогласи за оддалечени рурални места уште 16 населени места како такви. Како вкупна бројка и за полесно разбирање од овие одлуки станува збор за 375 населени места во 23 рурални подрачја.

Фондот финансиски ги стимулира докторите во руралните средини како да имаат 950 осигуреници по просечен бод на ниво на Р.Македонија од коефициент 1.8 вкупно 1700 поени или пак во пари 85.000,00 денари по тим, без разлика колку осигуреници имаат прикрупено.

И покрај стимулацијата која ФЗОМ ја обезбедува за поголема раширеност и достапност на примарната здравствена заштита во Р.Македонија согласно и Владината политика за здравствена заштита, од увидот во контролата со која се опфатија 78 ординации кои имаат склучено договор со Фондот и се финансираат како рурални, констатирани се бројни неправилности во здравствените установи како: затворени ординации во текот на работното време (покрај неколкуте обиди за контроли 3 од ординациите беа затворени), иако треба да работат 8 часа во денот; наплата на партиципација која не е во согласност со одлуката за учество со лични средства на осигурените лица во примарната здравствена заштита; поплаки од осигуреници кои се жалат на ниското ниво на здравствена заштита итн. Како најголема забелешка и констатација од контролите и анализите е дека:

**Фондот душло плаќа** - со оглед на фактот дека голем број на осигуреници не го избираат за матичен лекар, докторот од руралната средина, туку изборот го прават во градските средини, а законските можности му го дозволуваат истото, се појавува можност за душло плаќање за осигурениците, во реалноста руралните доктори не ги



прифатиле во своите ординации ниту приближно жителите на местата (постојат ординации со 14-40 избрани пациенти), а за сметка на тоа осигурениците од руралните места се уште имаат избрано матични лекари во градовите. Покрај вака затечената состојба и согласно Законот за здравствено осигурување и Законот за здравствена заштита каде едно од основните начела на кои се заснова здравствената заштита е начелото на достапност на здравствената заштита до сите осигурени лица како и фактичката состојба во однос на распределеноста на приватните здравствени установи кои пружаат здравствена заштита во Р Македонија, покажа дека ова начело не е подеднакво и правилно обезбедено на сите осигурени лица, особено во неразвиените средини.

Поради тоа се пристапи кон измена на Законот за здравствено осигурување (Сл. Весник бр. 53/2011), со што во член 69 се регулира начинот на плаќање на здравствените установи во оддалечените рурални места со само еден лекар во примарната здравствена заштита и тоа само од дејноста општа медицина, училишна медицина, педијатрија и трудова медицина.

Со измените на Законот покрај постојните критериуми за склучување на договори и начинот на плаќање на здравствените услуги, се и критериуми за плаќање по основ на руралност и тоа оддалеченоста од населеното место во кое се наоѓа најблиската здравствена установа од примарната здравствена заштита; оддалеченоста до најблиското населено место во кое се обезбедува специјалистичко-консултативна здравствена заштита со итна медицинска помош; самото населено место или заедно со населените места кои гравитираат кон него да има најмалку 50 жители.

Врз основа на тоа Фондот со Измените на Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарната здравствена заштита утврди поблиски критериуми врз основа на кои ќе може да се определи одредено подрачје/ место за рурално.

Со член 8-а од Правилникот е утврдено дека капитаацијата се исплатува само за осигурените лица од руралното





подрачје/населено место кои го избрале лекарот, така што висината на капитацијата се пресметува во зависност од возраста на осигурените лица помножен со основните поени за секоја старосна категорија. Висината на капитацијата се определува според бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот изразена во поени и тоа:

- ако вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е помал од 100 поени се исплатува 1100 поени.
- ако вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 100,01 до 300 поени се исплатува 1200 поени;
- ако вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 300,01 до 350 поени се исплатува 1300 поени;
- ако вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 350,01 до 700 поени се исплатува 1400 поени;
- ако вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 700,01 поени се исплатува 1700 поени;

Ако износот на вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот во руралните подрачја е поголем од 1700 поени, Фондот исплатува капитацијата според бројот на осигурените лица.

Критериумите за утврдување на руралност обезбедуваат правна можност за рационална достапност како и пружање на постојана и континуирана здравствената заштита на населението во руралните места, додека со воведувањето на скалестиот начин на плаќање на капитација по основ на руралност, се поттикнуваат лекарите да обезбедат што поголем број на осигурени лица да направат избор на лекар во руралното подрачје/место.

Фондот ќе продолжи со плаќање на зголемена капитација по основ на руралност на здравствените установи што работат во места кои се утврдени како оддалечени рурални места со Одлуката за утврдување на оддалечени рурални места, шест месеци по денот на влегувањето во сила на Измените на Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарната здравствена заштита (Сл. Весник бр 62 од 05.05.2001 година).

*Од 06.11.2011 година ќе се исплатува капитација по основ на руралност согласно измените на правилникот и тоа за оние рурални*





*подрачја /места кои ќе бидат утврдени со нова одлука на Управниот одбор на Фондот.*

*Поради сето горе наведено, а заради подготовка на новиот начин на плаќање потребно е осигурениците да започнат со постапка на избор на лекар во руралното место, не во градот. Ова е од причина што бројот на осигурените лица ќе биде клучен елемент за утврдување на висината на капитацијата и можноста да таа ПЗУ е рурална.*

*Заради прикрепување на поголем број на пациенти, лекарот ќе треба пружа поквалитетна и поефикасна здравствена заштита.*

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



## 5 МАТИЧНИТЕ ЛЕКАРИ И ПРОЕКТОТ ПРЕРЕГИСТРАЦИЈА НА НЕВРАБОТЕНИ ЛИЦА.

1. Дали матичните лекари ќе имаат загуби поради проектот за пререгистрација на невработени лица ?

Проектот на Министерството за финансии за пререгистрација на невработени лица со прикажување на остварени средства до определен лимит кое го спроведуваше Фондот, се движи со динамика која предвидува дека до крајот на месец септември сите невработени лица ќе извршат пререгистрација. Од здружението на приватни лекари на Р.Македонија на редовен состанок во Фондот беше покренато прашање за бројот на пререгистрани лица и дали и колку бројот на пререгистрирани ќе има влијание врз пресметката за капитацијата. Во консултација со стручните служби на ФЗОМ пластично се објасни состојбата за која матичните лекари имаат голема заинтересираност. Капитацијата според договорот со матичните лекари се исплатува со рок на доспевање од 60 дена. Датум за состојба на осигурениците се зема последниот ден од месецот за кој се исплаќа капитацијата. Во случајов капитацијата за септември која ќе се исплати во ноември месец, како состојба на секој матичен лекар ќе се земе 30.09.2011 година. Со тоа сите невработени лица кои извршиле пререгистрација заклучно 30.09.2011 година ќе влезат во пресметка за исплата на капитација за месец септември кај матичните лекари. Како ориентационен податок за пререгистрација на невработени лица е ниво од 80% заклучно 20.09.2011. Од наведените податоци како заклучок се наметнува одговор дека матичните лекари нема да имаат загуби од проектот за пререгистрација.



## 2. Што претставува осн. 99 на сините картончиња?

Секторот за ИТ го даде следново објаснување: Законските основи за здравствено осигурување во текот на изминатите 10 години се менувал. Поради тоа означувањето на основите во ИТ системот во ФЗОМ морал да биде со различна бројка поради преклопување на основите. Доколку на сините картончиња на кои сега стои основ 7 а според закон е основ 6, дел од значајните регистри за осигуреници ќе требало да бидат избришани. Основот според закон 6 на синото картонче 7, со пререгистрација на невработените ќе стане 99. Значи скоро сите осигуреници на кои до 01.09 на сините картончиња им пишувала осн.07 сега ќе пишува осн.99. Лицата на кои и понатаму (после 01.09.2011) ќе имаат ознака осн.07 се лица кои примаат паричен надомест преку АВРМ и немаат обврска за пререгистрација.

Значи осигурениците невработени лица и доколку имаат членови на нивните сини картончиња ќе имаат ознака осн.99 - неосигурани лица под ниту еден друг основ.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk