

ИНФО БИЛТЕН



**Фонд за здравствено осигурување
на Македонија**

Инфо билтен издание бр. 15/2011



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



Содржина

1	ПОВИК ЗА НОВА РЕГИСТРАЦИЈА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА ЛИЦА КОИ ИМААТ ПОНИСКИ ПРИМАЊА	3
1.1	ЗА ЛИЦА СО ПОНИСКИ ПРИМАЊА	3
1.2	ЗА ЛИЦА СО ПОВИСОКИ ПРИМАЊА	4
1.3	НАЧИН НА ПРИЈАВУВАЊЕ	4
1.4	ПРИХОДИ КОИ НЕ ТРЕБА ДА СЕ ВМЕТНУВААТ ВО ИЗЈАВИТЕ ЗА ОСТВАРЕНИ ПРИХОДИ:.....	6
2	НОСИТЕЛИ НА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ И ЧЛЕНОВИ.....	8
3	БОЛЕДУВАЊА	9
4	ИЗМЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА ИНДИКАЦИИТЕ ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА ОРТОПЕДСКИ И ДРУГИ ПОМАГАЛА	13
5	ИЗМЕНА И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ОДЛУКАТА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА РЕФЕРЕНТНИ ЦЕНИ НА ЛЕКОВИ	16
6	НОВИ РЕФЕРЕНТНИ ЦЕНИ И ПАКЕТИ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ	18
7	ИЗМЕНА НА ОДЛУКАТА ЗА ПАРТИЦИПАЦИЈА ВО СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	21
8	ТАРИФНИК ЗА ДОКОМПЛЕТИРАЊЕ НА БАРАЊАТА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	23

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



1 ПОВИК ЗА НОВА РЕГИСТРАЦИЈА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА ЛИЦА КОИ ИМААТ ПОНИСКИ ПРИМАЊА

Согласно измените во Законот за изменување и дополнување на Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување (Службен весник на Република Македонија 185/2011) предвидени се нови правила за лицата кои минатата година добиле здравствено осигурување на товар на Буџетот на Република Македонија за себе и своето семејство врз основ на своите пониски примања и за лицата кои прв пат здравствено ќе се осигуруваат по овој основ.

Со цел да се обезбеди континуитет во здравственото осигурување за овие лица почнувајќи од 01 февруари 2012 (среда) заклучно со 31 март 2012 година, ги повикуваме сите лица кои согласно законот ги исполнуваат условите, да дојдат да се регистрираат. Оваа обврска се однесува и за сите оние кои се регистрираа во 2011 година, да се пререгистрираат во соодветната подрачна служба на Фондот според местото на живеење.

1.1 ЗА ЛИЦА СО ПОНИСКИ ПРИМАЊА

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

- I. Осигуреници кои како семејство во 2011 година оствариле приход кој не е поголем од 96.600 денари годишно,
- II. Осигуреници кои како семејство во 2011 година оствариле приход кој е поголем од 96.600 денари годишно, но не поголем од 183.546 денари единствено во случај ако во последните два месеца оствариле вкупен приход кој е помал од 16.100 денари.



Напомена 1: Осигурениците од овие две категории, на назначените шалтери во подрачните служби на Фондот го пополнуваат ОБРАЗЕЦОТ ИОП-1 Изјава за остварени приходи во претходната година.

1.2 ЗА ЛИЦА СО ПОВИСОКИ ПРИМАЊА

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

- I. Осигуреници кои како семејство во 2011 година оствариле приход поголем од 96.600 денари, но помал од 183.546 денари, ќе плаќаат придонес на основица 50% од просечната плата согласно закон (околу 1.100 денари).
- II. Осигуреници кои како семејство во 2011 година оствариле приход поголем од 183.546 денари придонес за здравствено осигурување ќе плаќаат на основица 100% од просечна плата согласно закон (околу 2.200 денари).

Напомена 2: Осигурениците од овие категории на назначените шалтерите во подрачните служби на Фондот го пополнуваат ОБРАЗЕЦОТ ИОП-2 Изјава за остварени приходи во претходната година.

1.3 НАЧИН НА ПРИЈАВУВАЊЕ

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

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



- копија од извод од матична книга на родени за децата, односно венчани за брачниот другар;
- лично потпишана изјава за остварени приходи на пропишан образец;
- лична карта во копија, и
- здравствена легитимација за заверка (за носителот и членовите на семејството).

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

а) ако НЕ СЕ менува основот на осигурување (Во 2011 година се осигурале во Фондот по овој основ и остануваат да бидат осигурани на товар на Буџетот на РМ и по новите критериуми за 2012 година):

- лично потпишана изјава за остварени приходи на пропишан образец;
- здравствена легитимација на увид

Овие лица нема да чекаат ред на шалтерите и директно ќе ја доставуваат изјавата кај лице назначено од страна на Фондот.

Доколку е настаната промена на членовите на семејството (нов член во семејството, некое од децата наполнило 18 години или промена на брачниот статус) тогаш ќе треба да се достави посебно целосна документација за тој член од семејството, односно нов извод на родени/вечани или потврда за школување за децата над 18 години.

б) ако врз основа на изјавата за остварените приходи во 2011 година, СЕ МЕНУВА основот на осигурување (според член 5 став 1 точка 15 односно член 5 став 2 од Законот за здравствено осигурување):

- пријава за здравствено осигурување образец 30-1



- лично потпишана изјава за остварени приходи на пропишан образец;
- здравствена легитимација за заверка за осигуреникот и членовите осигурени преку него.

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

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

30-1 образецот и образецот на изјавите за остварени приходи во претходната година (Образец ИОП-1 и ИОП-2) се објавени на веб страната на Фондот www.fzo.org.mk или можат бесплатно да се подигнат на шалтерите на Фондот.

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

1) награди што ги доделуваат меѓународните организации, награди за животни достигнувања во науката, културата и спортот, стипендии и кредити на ученици и студенти што ги доделуваат органите на државната управа и фондации во согласност со закон, награди на ученици и студенти за време на задолжителна практична работа и обука, награди на ученици и студенти освоени на натпревари во рамките на образовниот систем, награди на спортисти за постигнати резултати на официјални меѓународни натпревари и стипендии за спортисти;



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

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

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

**Пререгистрацијата ќе продолжи и после 31-ви март 2012 година,
но во тој случај лицата ќе имаат прекин во здравственото
осигурување (од 1-ви април до моментот на нивната регистрација
во Фондот).**

www.fzo.org.mk



2 НОСИТЕЛИ НА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ И ЧЛЕНОВИ

ФЗОМ сака да потсети на законската обврска за доставување на потврда за редовно школување односно студирање за оние носители(родители/старатели) кои имаат деца како членови на здравствено осигурување а истите имаат наполнето 18 години.

Членовите на возраст од 18 до 26 години кои не се на редовно школување, а имаат активно осигурување и сродство син/ќерка потребно е да се одјават со 301 образец за одјава и здравствена легитимација на членот.

Членовите со навршени 26 години, а имаат активно осигурување и сродство син/ќерка потребно е да се одјават со 301 образец за одјава и здравствена легитимација на членот.

Членовите кои се на редовно школување односно студирање потребно е да донесат потврда за редовно школување од соодветната образовна институција која датумски ќе го покрие периодот за кој е потребно да се испечатат потврди за платен придонес.

Во член 7 од законот за здравствено осигурување е наведено под кои услови едно лице може да биде пријавено како член кај осигуреник на Фондот за здравствено осигурување:

Децата на осигуреникот се здравствено осигурани:

- 1) до навршување на 18- годишна возраст, а по тие години само ако се на редовно школување, но најдоцна до навршување на 26 години;
- 2) кога се на вонредно школување, ако поради природата на болеста не се во можност редовно да ја посетуваат наставата и
- 3) ако се или станат неспособни за самостоен живот и работа во смисла на прописите на пензиското и инвалидското осигурување, односно за социјалната заштита, ако осигуреникот ги издржува - за сето време додека трае таквата неспособност.

Школувањето се докажува со доставување на потврда за редовно школување односно студирање.



3 БОЛЕДУВАЊА

Боледувањето е едно од правата кои се дел од системот на социјална заштита на една земја и претставува заштита од ризикот да не се остварува приход од работа како резултат на болест.

Дозволеното отсуство од работа поради болест (боледувањето) вклучува два елемента:

Можноста да се отсуствува од работното место

Надоместок кој е замена за платата што би ја добивало лицето доколку не било болно

Од страна на работодавачот се намалуваат човечките капацитети со кои располага, што би можело да значи намалување на продуктивноста, а со тоа и приходите за периодот кога работникот е на боледување.

Од страна на здравственото осигурување, покрај трошокот за здравствените услуги кои му се пружаат на осигуреникот, трошоците дополнително се зголемуваат за надоместокот кој се исплаќа на осигуреникот.

Но покрај овие негативни екстерналии, од интерес на сите страни (лицето, работодавачот и системот) се целите кои се постигнуваат од боледувањето.

Лицето има можност навремено да добива здравствена заштита и сите потребни третмани, без притоа да биде попречувано од работните обврски

Се забрзува процесот на лекување, со што намалуваат трошоците на системот за здравствени услуги и надоместоци, а работодавачот побрзо би го вратил претходниот обем на производство

Се спречува понатамошниот развој на болеста, кој би значел неколку пати повисоки трошоци за пософистицирани здравствени услуги

Се намалува ширењето на болеста на работното место, но и генерално во средината.

Надоместокот за боледување претставува компензација за приходите од плата што осигуреникот не ги остварува во периодот кога поради болест отсуствува од работното место. Висината на



надоместокот треба да биде доволна да обезбеди одредено ниво на приход на осигуреникот, но истата не треба да биде толку висока што би стимулирала злоупотреби, а од кои штетите ги трпат работодавачите, здравственото осигурување и во крајна линија економијата на државата.

Средствата што Фондот за здравствено осигурување на Македонија секоја година ги издвојува за надоместок за боледувања бележат тренд на постојан раст и според тоа нивното процентуално учество во вкупните средства на ФЗОМ се зголемува. За сметка на тој раст средствата наменети за здравствени услуги како процент од вкупните средства се намалува.

Висината на надоместокот кој го добиваат осигурениците за боледување во Македонија до 01 февруари оваа година изнесуваше 85% од основицата за пресметка (платата на осигуреникот). Според висината на овој надоместокот Македонија припаѓаше меѓу 35% од земјите од светот кои обезбедуваат највисок надоместок за време на боледување.

Земји што обезбедуваат надоместок (во %)	надоместок како % од плата
21	100
14	75-100
51	50-75
14	паушал

Извор: Social Security Administration, Social Security Programmes Throughout the World, Washington, 2008/2009; Heymann, J. et al, 2007

Споредувајќи го истиот податок со земјите од Европската унија и земјите од регионот, Македонија се наоѓа на врвот, односно заедно со Словенија имаме највисоки надоместоци за боледување. За споредба во Австрија, Франција, Данска и Италија надоместокот е на висина од 50% и понизок, во Белгија и Србија надоместокот е 60 и 65%, а во Германија, Холандија, Хрватска и Црна Гора висината на надоместокот изнесува 70% од платата.



Земја	Висина на надоместок во однос на плата
Германија	70%
Франција	50%-66%
Холандија	70%
Белгија	60%
Данска	од 4 до 8 недела 50%, од 8 недела до 1 година 30%
Италија	50% (20% доколку осигуреникот е хоспитализиран)
Австрија	50%
Шведска	80%
Словенија	80% - 90%
Хрватска	70%
Србија	65%
Црна Гора	70%

Извор: MISSOC

Согласно измените на Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (Сл. весник бр.5 од 12.01.2012 година) висината на надоместокот за боледувањата за кои претходно беа утврдени на висина од 85% се намали на 70% од основицата за пресметка на надоместокот (платата на осигуреникот).

Оваа одредба се применува од 01.02.2012 година, односно новата висина на надоместокот од 70% се применува на сите нови боледувања за кои барањата се поднесени од 1 февруари 2012 година. За сите боледувања кои биле отворени пред наведениот датум надоместокот се исплатува во висина од 85% од основицата.

Дополнително на тоа на надоместокот за осигурениците кои боледуваат од малигни заболувања ќе се дефинира на ниво од 85% од основицата. Оваа измена ќе се применува од 01.03.2012 година.

Целта на овие измени кои ги прави ФЗОМ не е дополнително да се оптоварат осигурениците, туку да се дефинира подобар систем кој е во согласност со системите на европските земји, кој нема да



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

стимулира злоупотреби, во кој лекарите ќе бидат ослободени од притисоците за препишување на боледување и систем во кој средствата ќе се употребуваат за поквалитетни услуги за осигурениците наместо истите да се трошат за неоправданите отсуства од работа.



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

www.fzo.org.mk



4 ИЗМЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА ИНДИКАЦИИТЕ ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА ОРТОПЕДСКИ И ДРУГИ ПОМАГАЛА

Од 15 јануари 2012 година стапи на сила Измената на Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала, во истата се опфатени неколку измени:

1. Со цел да им се излезе во пресрет на телесно инвалидизираните лица кои до сега правото на ортопедско помагало-навлака за чунка го остваруваа на секој 2 месеци, што представува дополнителен ангажман на истите се направи измена во Правилникот со која осигурениците ова право го остваруваат еднаш годишно со подигање на 6 навлаки за чунка, еднократно.

Со оваа измена се овозможува лицата со траен инвалидитет правото го остварат само со една посета во Подрачната служба на Фондот и ортопедската куќа.

2. Пред измената во Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала осигурените лица остваруваа право на ист тип на задушен слушен апарат категоризиран зависно од степенот на оштетување на слухот по децибели и тоа „за оштетување на слухот од 40 до 60 децибели“, „за оштетување на слухот од 60 до 80 децибели“ и „за оштетување на слухот од 80 до 120 децибели“.

Со напредокот во технологијата за производство на слушните помагала, кои доведуваат до производство на дигитални, повеќеканални помагала кое дава можност за раздвојување на високи од ниски тонови и подобро надоместување на изгубениот слух се наметна потребата од воведувањето на нови пософистицирани задушни слушни помагала.

Со таа цел се направи измена на Правилникот во делот на слушни помагала, при што се утврди **повисок стандард со нова повисока референтна цена** за задушните слушни апарати. Измената ја опфати:



- категоријата на деца до 18 години за кои следува правото на „задушен слушен апарат со најмалку четири канали“ со цел кај истите да се овозможи побрзо развивање на говорната функција и нивна полесна социјализација со што создаваме здрава генерација која ќе биде способна да се школува и да придонесе за општеството;
- повисок стандард на слушно помагало се овозможува и за категорија на осигуреници од 18 до 65 годишна возраст, кои остваруваат правото на „задушен слушен апарат со најмалку два канали“ со цел поуспешно извршување на работните задачи и остварување на поквалитетен животен стил;

3. По спроведената споредбена анализа на ортопедските помагала помеѓу Р.Македонија и соседните земји Р.Србија, Р.Хрватска и Р.Словенија беше констатирана потреба од ревидирање и изменување на референтните цени на дадени ортопедски помагала. Согласно Правилникот за утврдување на начин и методологија за утврдување на цени на ортопедски и други помагала, стручните лица од ФЗОМ ги утврдија референтните цени и истите беа усвоени од страна на Управниот одбор на ФЗОМ на седницата одржана на 27.12.2011 година.

Со измената на Одлуката за утврдување на референтни цени за системи на илеостоми, колостоми и уростоми, плочки и паста и измена на Одлуката за утврдување на референтни цени на ортопедски и други помагала за кои осигурените лица можат да остварат право на товар на Фондот во Правилникот се додадоа нови референтни цени за дадени ортопедски помагала. Измената во референтните цени опфати повеќе ортопедски помагала и тоа: „чевли кај скратување на екстремитетите од 6-10 см“, „чевли кај скратување на екстремитетите над 10 см“, „постојан и нелотен катетар“, „очила со монофокални стакла“, „очила со темни монофокални стакла“, „контактни леќи-тврди, полутврди и меки за повеќедневна употреба“, „очни призми со монофокални стакла“ и др.



4. Фондот ги известува сите ортопедски куќи дека согласно измената на Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала која стапува на сила од 15 јануари 2012 година, фактурирањето на издаденото ортопедско помагало е според референтната цена која е со важност на денот на испорака на помагалото. Доколку ортопедското помагало е заверено во Подрачната служба на Фондот со старата референтна цена пред 15.01.2012 година, ортопедската куќа е должна согласно измената на Правилникот да го испорача ортопедското помагало со новата цена т.е. референтната цена стапена на сила од 15.01.2012 година.



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

www.fzo.org.mk



5 ИЗМЕНА И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ОДЛУКАТА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА РЕФЕРЕНТНИ ЦЕНИ НА ЛЕКОВИ.

По доставени барања од страна на производители/претставништва, Управниот одбор донесе Одлука за изменување и дополнување на Одлуката за утврдување на референтни цени на лекови (Сл. Весник бр. 181 од 27.12.2011 година и бр. 5 од 12.01.2012 година). Во овие Одлуки измените и дополнувањата се однесуваат на додавање на нови заштитени имиња за генерики за кои Фондот има утврдено референтни цени. Со овие измени се овозможува зголемување на изборот на готови лекови од генериките опфатени со оваа Одлука за осигурениците. Дополнување со нови заштитени имиња е извршено кај следните генерики:

-atorvastatin **таблети 40mg и 80 mg**- од групата на лекови кои го намалуваат нивото на серумските липиди во крвта. Кај оваа генерика се врши дополнување со по едно ново заштитено име за секоја од јачините: Atorvastatin tabl. 40mg и 80 mg (Replek) и истите се без доплата;

-doxazosin **таблети 2mg** – кој спаѓа во групата на антихипертензивни дополнување се врши со едно заштитено име и

-ibandronic acid **филм обложени таблети 150 mg**-од групата на лекови за третман на остеопороза, каде се врши дополнување со две нови заштитени имиња. Готовиот лек Bonedra film obl. tabl. 150 mg (Pliva) е без доплата, со што ќе се обезбеди лек без доплата и за оваа генерика.

Од 01.03.2012 година ќе се применуваат нови референтни цени за лековите Lyvam (Alkaloid) и Keppra (USB) со генерика levetiracetam tabl. 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg, **раствор за**



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

орална употреба 100mg/ml и Yasnal (Крка) со генерика donepezil tabl. 5mg и 10mg. За секоја од овие генерики Фондот обезбеди најмалку по еден лек без доплата и тоа: Lyvam (Alkaloid) tabl. 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg, Yasnal (Крка) tabl. 5mg и 10mg.



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



6 НОВИ РЕФЕРЕНТНИ ЦЕНИ И ПАКЕТИ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

Со цел поедноставување на здравствениот систем, како од аспект на здравствените осигуреници кои се во фокусот на работењето на ФЗОМ така и за здравствените работници, Комисијата за референтни цени активно работи на дефинирање на единствени цени (референтни цени) на здравствените услуги со прецизно и единствено утврдување на учеството на осигурените лица во вкупната вредност на здравствените услуги (партиципација).

Така, од 1 февруари 2012 година во примена ќе стапат на сила дополнително уште 12 пакети на завршени епизоди на лекување во специјалистичко консултативната здравствена заштита и 140 нови референтни цени на здравствени услуги од специјалистичко консултативната здравствена заштита.

Пакетите на завршени епизоди на лекување во специјалистичко консултативната дејност се применуваат при респираторен и алерголошки третман и дијагностика на заболувања кај децата (ДРП1-ДРП11 и ДАП1). Имено, овие 12 пакети овозможуваат единствена евиденција на сите неопходни услуги кои им се пружаат на заболените дечиња. Со примената на овие пакети, на пациентите ќе им биде овозможено на едно место да го платаат своето учество (партиципација) во вредноста на здравствената услуга која е јасно дефинирана. Исто така, содржината на пакетите овозможува поедноставување при изборот на пакетот во зависност од поединечните услуги кои му биле пружени на пациентот.

Во делот на хормоналниот статус кај биохемиските анализи, ценовникот на здравствени услуги се надополнува со плус 5 референтни цени (БА11/26 Калцитонин, БА11/27 АСТН, БА11/28 Алдостерон, БА11/29 IGF1, БА11/30 IGFBP3) и една нова цена за испитување на специфични протеини (БА14/7 PRA (плазма-ренинска



активност)). Понатаму, УО на ФЗОМ донесе 2 цени за микологија (МК01 Докажување на дерматофити и МК02 Антимикограм), 1 референтна цена за услуга од медицинска и експериментална биохемија (МЕБ01 Пакет на анализи - Содиум Дисулфат Полиакриламиден гел Електрофореза (СДС-ПАГЕ)), 5 нови цени за нуклеарна медицина (НМ34 Скен на слезенка со маркирани оштетени еритроцити, НМ35 Скен на надбубрег или ГЕП и НЕП тумори, НМ36 Скен на на цело тело со алкален ДМСА, НМ37 Одредување на јод во урина и НМ38 Скен на сентинел лимфен јазол) и 122 цени за здравствени услуги од областа на имунологијата (ИМУНОЛОГИЈА (ЦИМГИ), ХУМАНА ГЕНЕТИКА (ЦИМГИ) и ПАНЕЛИ ЗА ИМУНОЛОГИЈА).

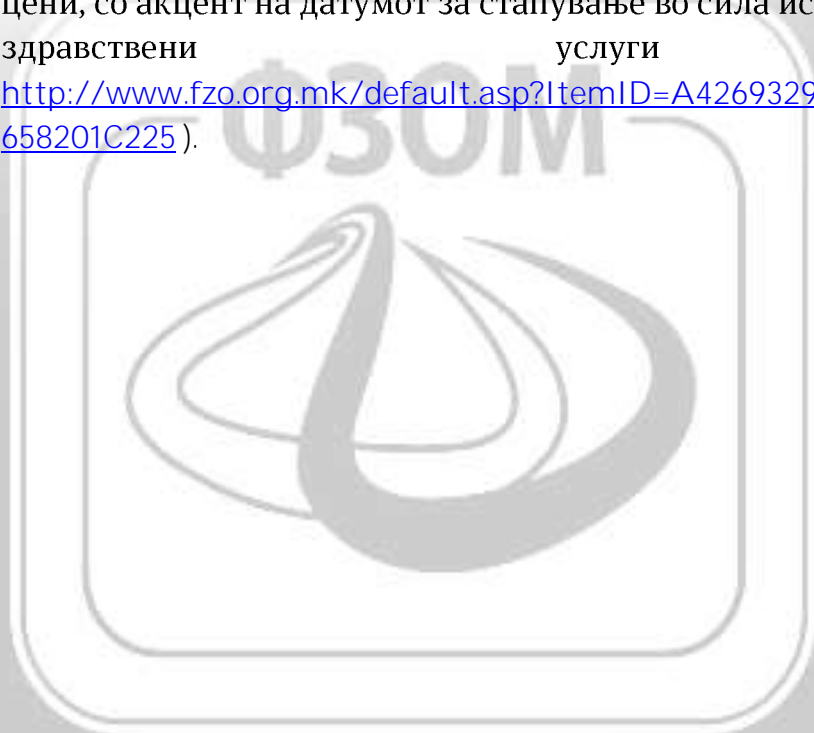
Понатаму, од **1 април 2012** година во примена ќе стапат уште 17 нови пакети за радиотерапија кои ги содржат сите сеанси на зрачна терапија во рамките на еден циклус (АОН1, АОН2 = специјалистички и контролен онколошки пакети и АЗТ1- АЗТ15 = акцелератор на различни органи) нови пакети за спортска медицина (ФЗЛ1 Основен пакет за спортска медицина и ФЗЛ2 Проширен пакет за спортска медицина) како и 6 нови пакети за дневна болница и болнички ден (ДБ01 Дневна болница (сместување, оброк и труд на персоналот) за апликација на хемотерапија и/или биолошка терапија под и над 4 часа, ДБ02 Дневна болница (сместување и оброк) за апликација на медикаментозна терапија над 4 часа, ДБ03 Дневна болница (сместување, оброк и труд на персоналот) за психијатрија со вклучени здравствени услуги и медикаментозна терапија над 4 часа, ДС01 Болнички ден во стационар (сместување, оброци и труд на персоналот) со вклучени здравствени услуги и медикаментозна терапија во психијатрија за болните, ДС02 Болнички ден во стационар (сместување, оброци и труд на персоналот) со вклучени здравствени услуги и медикаментозна терапија за хронично болни и продолжено болничко лекување во заводи и специјални болници за пациенти по решение на ФЗОМ и ДС03 Болнички ден во стационар



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

(сместување и оброци) за придружник на болно дете на возраст до 3 години).

Со цел навремено информирање на сите засегнати страни, ФЗОМ веднаш ја објавува дополната и измената на референтните цени, со акцент на датумот за стапување во сила истите (Ценовник на здравствени услуги линк: <http://www.fzo.org.mk/default.asp?ItemID=A42693296772A24ABE422F658201C225>).



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



7 ИЗМЕНА НА ОДЛУКАТА ЗА ПАРТИЦИПАЦИЈА ВО СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО- КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Од 1 март 2012 година, од особена важност претставува стапувањето на сила на Одлуката за измена и дополна на одлуката за утврдување на висината на учеството на осигураното лице во вредноста на здравствената услуга.

Иницијативата за донесување на оваа одлука произлезе како од пациентите така и од страна на здравствените работници. Често пати и двете страни наидуваа на проблем во врска со висината на учеството кое пациентот треба да ја плати за одредена здравствена услуга. Имено, пациентите не се сигурни дали точно им е наплатена партиципацијата за одредена услуга додека пак здравствените работници наидуваа на потешкотии при толкување на постојната одлука, пресметување на истата. Од тие причини, ФЗОМ донесе одлука за изнаоѓање на најоптимално решение и ревидирање на постојната одлука која ќе има минимални импликации за двете страни.

Со новата одлука, секој осигуреник и здравствен работник ќе знае дека осигуреното лице учествува во вкупните трошоци на здравствените услуги во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита, согласно утврдените референтни цени според точно утврдена скала во зависност од вредноста на здравствената услуга која ФЗОМ ја има прифатено како референтна. Така, доколку на осигуреното лице му се пружи услуга со референтна цена од 1.900 денари, тој учествува со 150 денари сопствени средства. Комплицираниот модел кој до сега беше во примена, често предизвикуваше пациентите да бидат враќани по дополнителни упати бидејќи, наплатата на партиципацијата беше поврзана со упатот, кај лабораториските анализи во зависност од статуси, групи, подгрупи, специјалистички преглед на ехо по УПАТ (пр. рентгенски



преглед ПО УПАТ, 100 денари партиципација што ги стимулираше медицинските лица да бараат за снимање на два органи пациентот да носи два посебни упати, малтретирање на пациентите и сл.).

Исто така, оваа одлука е од особена важност во поедноставување на досегашниот непрактичен модел за пресметување на партиципација при лабораториски испитувања (биохемиски и микробиолошки анализи). Од сега, пациентот плаќа 20% од вкупната вредност на услугата која му е пружена во лабораторија.

Пример, доколку сега матичниот лекар го испрати пациентот (со ЛУ1 упат) за анализа на крвна слика во лабораторија, осигуреното лице учествува само со 175 денари ($875 \cdot 20\%$) наспроти 250 денари кои до сега се уплаќаа за овој вид на услуги.

Со превземање на сите овие чекори, ФЗОМ очекува зголемување на задоволството на сите инволвирани страни во здравствениот систем што ќе претставува силен мотив за идните активности.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



8 ТАРИФНИК ЗА ДОКОМПЛЕТИРАЊЕ НА БАРАЊАТА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Како дел од проектот на Министерството за информатичко општество за едношалтерски систем за граѓаните, Фондот во декември 2011 година донесе **Тарифник за докомплетирање на барањата за остварување на право од задолжително здравствено осигурување со податоци од други субјекти** (Сл.весник бр.5/12), односно за прибавување на документи од други државни институции по службена должност при постапување по барања од осигуреници. Со овој тарифник, Фондот ја спроведе и последната фаза од проектот за едношалтерски систем, во кој Фондот беше нужно вклучен со оглед на големиот број на услуги кои ги обезбедува за своите осигуреници-околу 1.800.000 граѓани.

Имено, Фондот одлучи фазно да пристапи кон овој проект и притоа првата фаза беше меѓусебно електронско поврзување со институциите од кои Фондот има најголема потреба од податоци (УЈП, ПИОМ, АВРМ), а втората спроведување на „административна гилотиња“ или олеснување на административните процедури за осигурениците преку намалување на потребната документација за донесување на решенија за остварување на правата.

Практично, утврдениот тарифник се однесува на оние документи за кои и по спроведувањето на административната гилотиња се оцени дека се неопходни за решавање по барањата од осигурениците, а истовремено се од институциите со кои Фондот неможеше електронски да се поврзе во моментот. Па затоа, утврдената тарифа претставува збир од тарифата за издавање на документот од страна на институцијата и административниот трошок на Фондот за обезбедување на истиот по службен пат (во најголем дел трошокот за поштарина). Овој тарифник ќе претрпи измени во оној момент кога



било кој од релевантните параметри се променат, како на пример: доколку се обезбеди електронска размена на податоци меѓу Фондот и некоја од институциите (Агенција за катастар на недвижности, Управа за водење на матична евиденција, Централен регистар или Центар за социјални работи), доколку истите ја намалат тарифата за издавање на документот или доколку трошокот за поштарина се намали.

Важно е да се напомене и дека сите услуги кои Фондот ги дава кон граѓаните се бесплатни, односно за истите не е утврдена ниту административна такса ниту надомест, за разлика од другите институции вклучени во проектот за едношалтерски систем. Ова повторно останува така, со тоа што се воведува, односно се наплаќа надоместок за услуги/барања само доколку осигуреникот бара Фондот по службена должност да ја обезбеди потребната документација од други институции. Во спротивно, услугата повторно е бесплатна. Фондот не наплатува ни во случаите во кои потребната документација од другите институции ја обезбедува по електронски пат, што е случај во најголем дел од барањата на осигурениците (особено за доста фреквентните барања за надоместок на плата при привремена спреченост за работа-болест или породилно отсуство).

Со Тарифникот е утврден надоместок за вкупно 11 барања/услуги од Фондот, а за докомпетирање на истите за вкупно 8 различни документи, како на пример: извод од матична книга на родени, извод од матична книга на венчани, имотен лист од АКН итн. На крајот, еден практичен пример: *осигуреник поднесува барање за утврдување на надоместок на плата поради бременост и раѓање (породилно отсуство), но нема обезбедено Извод од матична книга на родени за детето. Фондот може, доколку тоа го побара осигуреникот, да го обезбеди по службена должност, и за тоа осигуреникот согласно тарифникот ќе плати 450 денари.*

Уплатата на надоместот се врши на посебната преодна сметка отворена од страна на Фондот во рамки на Трезорската сметка, од каде средствата се распоредуваат до соодветните институции,



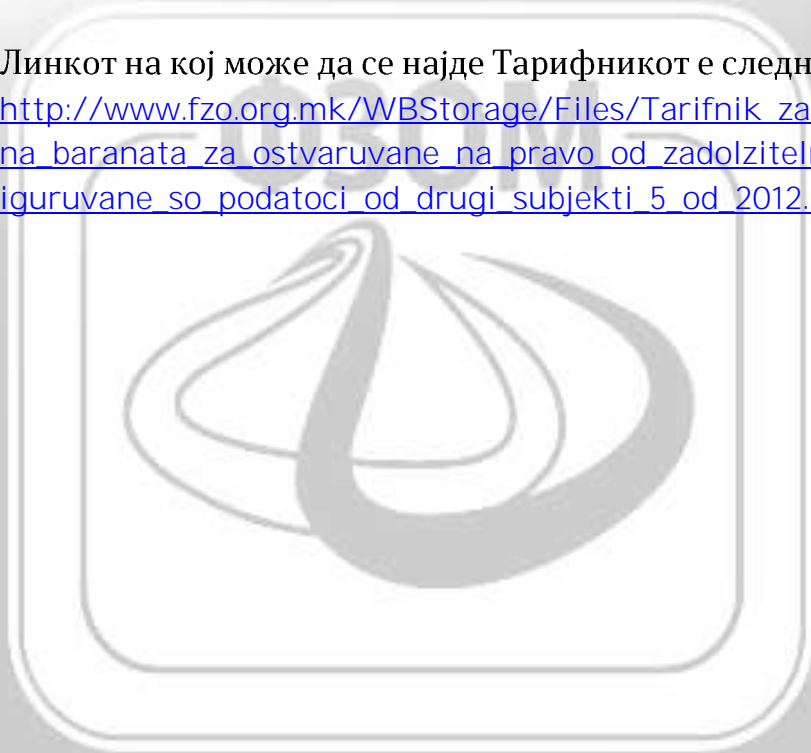
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
www.fzo.org.mk

односно институцијата која го издава документот си го наплаќа надоместокот.

Имено, уплатата се врши со налог ПП50 во корист на: Трезорска сметка, 1000000000-630-95, НБРМ, сметка на буџетски корисник: 6600260011-889-16, приходна шифра и програма: 725939 00.

Линкот на кој може да се најде Тарифникот е следниот:

http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Tarifnik_za_dokompletirane_na_baranata_za_ostvaruvane_na_pravo_od_zadolzitelno_zdravstveno_osiguruvane_so_podatoci_od_drugi_subjekti_5_od_2012.pdf



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

www.fzo.org.mk