

ИНФО БИЛТЕН



**Фонд за здравствено осигурување
на Македонија**

Инфо билтен издание бр. 16/2012



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



Содржина

1 ИЗМЕНИ ВО АНЕКС ДОГОВОРИТЕ И НОВИТЕ ДОГОВОРИ ЗА 2012 ГОДИНА МЕЃУ ФОНДОТ И ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСТАНОВИ.....	3
1.1 Заеднички нови одредби кои се однесуваат за приватни здравствени установи кои пружаат здравствени услуги од сите дејности	3
1.2 Договор примарна здравствена заштита - општа медицина, гинекологија и општа стоматологија (новини)	4
1.3 Договор специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита, специјалистичко - консултативна стоматолошка здравствена заштита (Заеднички одредби – новини).....	7
1.4 Измени кои се однесуваат само за одредени видови на договори со приватни и јавни здравствени установи од специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита, аптеки, лаборатории и БПО	9
1.4.1 Анекс на договор и Договор со аптеки	10
1.4.2 Анекс на договор и Договор за извршување и плаќање здравствени услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита	10
1.4.3 Анекс на договор и Договор за извршување и плаќање на лабораториски испитувања во специјалистичко - консултативна здравствена заштита по упат на избран лекар.....	11
1.4.4 Анекс на договор и Договор за издавање на ортопедски помагала.....	11
1.4.5 Анекс на договор и Договор со здравствени установи кои вршат примарна и специјалистичко - консултативна здравствена заштита.....	12
1.4.6 Анекс на договор за пружање и плаќање на здравствени услуги за биомедицинско – потпомогнато оплодување.....	13
2 КРИТЕРИУМИ ЗА ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОСТАПКИ И ОЦЕНА ЗА ПРИВРЕМЕНА СПРЕЧЕНОСТ ЗА РАБОТА ПОРАДИ БОЛЕСТИ И ПОВРЕДИ ИЛИ ПОТРЕБАТА ЗА НЕГА НА БОЛЕН ЧЛЕН ОД ПОТЕСНОТО СЕМЕЈСТВО	14
2.1 ФЗОМ Образец – КМБ.....	24
3 КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ ЗА ПРОДОЛЖЕНО ЛЕКУВАЊЕ - МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА	25
3.1 ФЗОМ Образец – КММР	28
4 КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ ЗА ЛЕКОВИ ОД ЛИСТАТА НА ЛЕКОВИ НА ТОВАР НА ФЗОМ	29
4.1 ФЗОМ Образец – КМЛ.....	31
5 ПРОМЕНА НА ОДРЕДБАТА ОД ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ЗА ДЕНОВИ НА ИСПЛАТА НА НАДОМЕСТОК НА ПЛАТА ЗА БОЛЕДУВАЊЕ НА ТОВАР НА РАБОТОДАВЕЦОТ.....	32
6 ПРОМЕНА НА ВИСИНАТА НА НАДОМЕСТОКОТ НАДОМЕСТОК НА ПЛАТА ЗА ВРЕМЕ НА БОЛЕДУВАЊЕ ПОРАДИ МАЛИГНО ЗАБОЛУВАЊЕ	34
7 НОВИ РЕФЕРЕНТНИ ЦЕНИ И ПАКЕТИ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ КОИ СТАПУВААТ НА СИЛА ОД 01.04.2012	36



1 ИЗМЕНИ ВО АНЕКС ДОГОВОРИТЕ И НОВИТЕ ДОГОВОРИ ЗА 2012 ГОДИНА МЕЃУ ФОНДОТ И ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСТАНОВИ

Во периодот септември 2011 година до јануари 2012 година, Фондот оствари веќе редовна комуникација со сите засегнати комори, со цел дефинирање на новините во договорните односи со здравствените установи за 2012 година. При преговорите со Лекарската комора на Македонија, Фармацевтската комора на Македонија, Стоматолошката комора на Македонија, како и Сојузот на Стопански комори на Македонија, Фондот прифати дел од дадените предлози за измена на одредени одредби од договорите за 2011/2012, а исто така достави и свои предлози.

По успешно завршените преговори на Фондот со коморите, се изгради заеднички став со прифаќање на содржината на анексот на договорите за 2012 година за сите дејности.

1.1 Заеднички нови одредби кои се однесуваат за приватни здравствени установи кои пружаат здравствени услуги од сите дејности

1. Договор со Фондот може да има лекарот до навршување на 65 години возраст кога според ЗРО исполнува на услови за пензија.

Издадениот факсимил, здравствената установа е должна да го врати во Фондот и во случај на смрт на лекарот и исполнување на услов за пензионирање.

2. Воведена е електронска фактура кај здравствените установи кои пружаат специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита.



3. Заради поедноставна и побрза комуникација со Фондот, воведена е обврска на здравствената установа да воспостави електронска комуникација преку електронско сандаче.

Здравствената установа треба секој работен ден да ја проверува електронската пошта, со цел бидат информирани во однос на потребите од комплетирање на документација и сл.

4. Здравствената установа е потребно редовно да ги следи сите новини на WEB страницата на Фондот.

5. Со цел Фондот да обезбеди комплетен лекарски тим со полно работно време да пружа континуирана здравствена заштита на осигурените лица, договорната казна во висина од една половина од фиксна капитација, е префрлена во ракинување на договор доколку здравствената установа изврши промена кај дел од тимот во осигурувањето од полно со пократко од полното работно време.

1.2 Договор примарна здравствена заштита - општа медицина, гинекологија и општа стоматологија (новини)

1. Извршена е измена во начинот на исплата на капитација, со тоа што капитацијата ќе се исплатува секој месец до 100%, од кои 70% основна капитација (фиксен дел) и 30% по основ на цели, превентивни мерки и активности

2. Контрола на целите продолжува да се врши еднаш во годината на репрезентативен примерок на 2.5% од целите за секоја цел поединечно за секој квартал.

Порамнување на бројот на реализираните рецепти и издадените боледувања со бројот на осигурените лица кај избраниот лекар се врши со состојба до 31.12.2012 година.



Доколку работниот однос на избраниот лекар престанува поради негово ново вработување или пензионирање, здравствената установа е должна една недела пред поднесување на барањето за еднострано раскинување на договорот, со писмо да побара од Фондот да се изврши контрола на реализираните цели. Во случај на смрт на избраниот лекар, Фондот по службена должност врши контрола на реализираните цели.

4. Кај избраните лекари од примарна здравствена заштита (општа медицина), заради воведување на континуирана медицинска едукација, се изврши замена на целта - рационално упатување на повисоко ниво на здравствена заштита со нова цел - специфичната медицинска едукација за рано дијагностицирање на:

- нефролошки (бубрежни) заболувања;
- дијабет, и
- ревматоиден артрит.

Специфичната медицинска едукација за рано дијагностицирање ќе ја спроведува Катедрата по семејна медицина при Медицински факултет – УКИМ во соработка со Македонското лекарско друштво и Лекарската комора на Македонија, а ја организира Здружението на приватни лекари на РМ,. За извршените обуки избраниот лекар добива сертификат.”

5. Со цел да се зајакне контролата на издавање на боледување во анексот за општа медицина, направена е промена на процентот за издадено боледување до 15 дена од 2% на 1% (осигурени лица на возраст од 18 до 34 години).

6. При подолготрајно боледување или подолготрајно отсуство на избраниот лекар дадена е можност да не се раскинува договорот и да не се одјавуваат пациентите доколку вработувањето на нов лекар - замена се изврши во рок од 180 дена.

7. Во договорот за гинекологија направена е промена на утврдената вредност на поените според бројот на остварени поени, односно



гинеколозите ќе добиваат повеќе средства од фондот поради ревидираната скала

Број на остварени поени	Од утврдена вредност на поените
до 3500 поени (а претходно 2500 поени)	100%
од 3501 до 4500 поени (а претходно од 2501 до 3500 поени)	70%
од 4501 до 5500 поени (а претходно од 3501 до 4500 поени)	45%
од 5501 поени (а претходно од 4501 поени)	30%

8. Избраниот лекар од дејноста гинекологија согласно измените на Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување може да го изберат осигурените лица од женска популација на возраст над 12 години.

9. Со цел да се зајакне контролата на издавање на боледување кај гинеколозите, направена е промена на процентот за издадено боледување до 15 дена од 3% на 2%.

10. Во договорите за општа медицина, заради обезбедување на континуирана медицинска заштита, избраниот лекар кој пружа здравствени услуги на осигурениците во една смена должен е со лекарот кој е определен како негова замена да се организираат да работат во различни смени. Со ова ќе се овозможи обезбедена 24 часовна здравствена заштита за осигурениците, ако се има во предвид дека дежурните служби ќе пружаат здравствени услуги во ноќна смена.



1.3 Договор специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита, специјалистичко - консултативна стоматолошка здравствена заштита (Заеднички одредби – новини)

1. Со цел Фондот да има увид на сите извршени здравствени услуги над договорениот вид и обем, во Анексот ги обврзува сите здравствените установи да во извештајот за здравствени услуги извршени над договорениот месечен надоместок, задолжително се евидентираат име и презиме, матичен број и ЕЗБО (единствен здравствен број на осигуреникот од електронската здравствена картичка) на осигуреното лице како и извршената здравствена услуга со нејзината референтна цена.

2. Воведена е нова одредба за следење на успешноста на работењето во здравствената установа од специјалистичко консултативна здравствена заштита преку следните индикатори:

- задоволство на осигурени лица;
- количник (однос) на бројот на првите и повторените амбулантски прегледи односно пакети на здравствени услуги во период од 3 месеци, и
- број на упати од здравствената установа до друга здравствена установа.

3. Обврска на здравствената установа да постапува согласно упатството за начинот на фактурирање на здравствените услуги од Фондот (со пресметките за пакети на завршена епизода на лекување за секое осигурано лице по упат на избран лекар/специјалист/субспецијалист, задолжително да достави потврда за платен придонес и друга потребна документација согласно Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување).



4. Пресметките за пакети на завршена епизода на лекување за секое осигурено лице здравствената установа е должна да ги чува во своите деловни простории, доколку е можно, согласно содржината и начинот пропишан во Упатството за начинот на фактурирање.

5. За да може Фондот во секое време да има увид во пружените здравствени услуги на осигурените лица според договорениот вид и обем во текот на работното време, здравствената установа е обврзана да изготви листа на чекање која треба да ја истакне на видно место, да ја чува и даде на увид на овластените лица за контрола на Фондот во периодот на важење на договорот како и по истекот на истиот.

6. Предвидена е обврска на здравствената установа да изготви и достави до Фондот и Министерството за здравство најмалку 4 клинички патеки согласно образецот на Министерството за здравство, за првите 4 најчести дијагнози а и истите да ги доставува по завршетокот на секое тромесечје.

7. Во одредбата за контрола предвидено е Фондот покрај теренска контрола во здравствената установа, ликвидаторот во подрачната служба да врши статична контрола на фактурите, спецификациите, пресметките и друга документација согласно Упатството за фактурирање на здравствените услуги.

8. Доколку здравствената установа наплатила партиципација од осигурените лица спротивно на прописите, износот на повеќе наплатените средства во рок предвиден од Фондот треба да ги врати на осигуреното лице.

9. Фондот предвидува нови договорни казни доколку здравствената установа:



- наплатила партиципација од осигурените лица спротивно на прописите, а износот на повеќе наплатените средства во рок предвиден од Фондот треба да ги врати на осигуреното лице;
- во извештајот за здравствени услуги извршени над договорениот месечен надоместок, искаже здравствена услуга за лице на кое приватно ја наплатила пружената здравствена услуга;
- фактурира здравствени услуги кои не се извршени или здравствени услуги за кои нема соодветна пропратна документација пропишана со Упатството за фактурирање;
- не изготви листа на чекање со содржина пропишана согласно Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување и истата да ја истакне на видно место во здравствената установа и Листата на чекање не ја чува и не ја даде на увид на овластените лица за контролата на Фондот во периодот на важење на договорот како и по истекот на истиот;
- не воспостави електронска комуникација (електронско сандаче)
- на секое тромесечје не доставува до Фондот и Министерството за здравство најмалку 4 клинички патеки согласно образецот на Министерството за здравство за првите 4 најчести дијагнози и истите не ги доставува по завршетокот на секое тромесечје до Фондот.

1.4 Измени кои се однесуваат само за одредени видови на договори со приватни и јавни здравствени установи од специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита, аптеки, лаборатории и БПО



1.4.1 Анекс на договор и Договор со аптеки

1. Воведена е обврска аптеката во секое време да има лек без доплата (од дефинираниот список на генерики кои најчесто се бараат од страна на осигурениците)
2. Списокот на лекови без доплата да е испечатен минимум во А3 формат преземен од ВЕБ страницата на Фондот и истакнат на видно место во аптеката.
2. Здравствената установа за рецептите за лековите опфатени со Одлуката за скапи лекови кои се издаваат во аптека, за секое осигурено лице треба секој месец да приложи копија од медицинска документација (извештај од специјалист/субспецијалист односно клинички конзилиум) во зависност од режимот на пропишување предвиден во Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот.
3. Предвидена е обврска на Фондот да го истакнува на WEB страницата Техничкото упатство 30 дена пред почекот на неговата примена и истото да биде со важност од првиот ден во наредниот месец.
4. Предвидена е договорна казна доколку Списокот на лекови без доплата не е испечатен минимум во А3 формат преземен од ВЕБ страницата на Фондот и истакнат на видно место во аптеката, за да биде достапен на осигурените лица.
5. Предвидена е договорна казна доколку здравствената установа - аптека во рокот предвиден во Техничкото упатство од Фондот не изврши усогласување на компјутерската програма.

1.4.2 Анекс на договор и Договор за извршување и плаќање здравствени услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита



Предвидена е обврска за здравствената установа да изготви и достави до Фондот и Министерството за здравство најмалку 4 клинички патеки согласно образецот на Министерството за здравство за првите 4 најчести дијагнози според последниот годишен ДСГ извештај патологија и истите да ги доставува по завршетокот на секое тромесечје и да изготви и достави до Фондот најмалку 2 клинички протокола за примена на специфични и скапи лекови во соодветната установа;

Предвидена е договорна казна доколку здравствената установа не ги почитува протоколите за лекување и упатствата утврдени од Министерството за здравство (одредбата се однесува само Универзитетските клиници).

1.4.3 Анекс на договор и Договор за извршување и плаќање на лабораториски испитувања во специјалистичко - консултативна здравствена заштита по упат на избран лекар

1. За биохемиската лабораториска здравствена услуга -Тест за бременост б-НСГ во „урина“ се заменува со зборовите „серум“. Оваа услуга се врши само доколку здравствената установа има соодветна опрема и кадар –лекар специјалист по медицинска биохемија.

1.4.4 Анекс на договор и Договор за издавање на ортопедски помагала

1. Предвидено е ракинување на договор доколку ортопедската куќа за производство и/или промет :

- Издава надстандарни помагала, а не ги нуди на осигуреното лице стандардните помагала;
- Добавувачот не обезбедува за осигурениците стандардни ортопедски или други помагала;



1.4.5 Анекс на договор и Договор со здравствени установи кои вршат примарна и специјалистичко - консултативна здравствена заштита.

Покрај заедничките одредби кај овие здравствени установи исплата на надоместокот се врши само за извршени здравствени услуги на осигурени лица по вид и обем.

1. ЈЗУ Стоматолошки клинички центар врши примарна и специјалистичко консултативна стоматолошка здравствена заштита.

Исплата на капитација за осигурениците кои избрале лекар од дејноста општа стоматологија вработен во клиничкиот центар не се врши. Здравствената установа е должна секој месец да доставува наместо фактура извештај со поединечна пресметка за секој избран лекар.

2. Поликлиника при универзитетот Св. Кирил и Методиј врши примарна и специјалистичко консултативна здравствена заштита

За Поликлиниката при Универзитетот „Св.Кирил и Методиј“ Фондот нема да врши исплата на капитација за избраните лекари по општа медицина.

Здравствената установа е должна секој месец да доставува наместо фактура извештај со поединечна пресметка за секој избран лекар.

3. Воено медицински центар (ВМЦ) врши примарна и специјалистичко консултативна здравствена заштита

За здравствените услуги кои се пружаат на ВМЦ од страна на Фондот не се обезбедуваат средства (освен што центарот си ги задржува приходите остварени по основ на наплатена партиципација за извршените услуги), бидејќи трошоците за функционирање на центарот се на товар на Министерството за одбрана.

Здравствената установа е должна секој месец да доставува наместо фактура извештај со поединечна пресметка за секој избран лекар,



како и извештај за извршени специјалистичко – консултативни здравствени услуги.

1.4.6 Анекс на договор за пружање и плаќање на здравствени услуги за биомедицинско – потпомогнато оплодување.

Во договори со здравствени установи кои пружаат здравствени услуги за БПО, предвидена е обврска здравствените установи да доставуваат извештај за секој квартал со податоци за успешност во постапката на Образец УБПО во електронска форма на следниот e-mail bpo@fzo.org.mk.

Предвидена е казна доколку здравствената установа наплатува средства од осигурените лица на Фондот за користење на методи за дополнителна обработка на биолошкиот материјал и било какви други процедури предвидени со протоколот.

Предвидена е и обврска да се изготвуваат и доставуваат до Фондот и Министерството за здравство најмалку 4 клинички патеки согласно образецот на Министерството за здравство за првите 4 најчести дијагнози според последниот годишен ДСГ извештај патологија и истите да ги доставува по завршетокот на секое тромесечје.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



2 КРИТЕРИУМИ ЗА ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОСТАПКИ И ОЦЕНА ЗА ПРИВРЕМЕНА СПРЕЧЕНОСТ ЗА РАБОТА ПОРАДИ БОЛЕСТИ И ПОВРЕДИ ИЛИ ПОТРЕБАТА ЗА НЕГА НА БОЛЕН ЧЛЕН ОД ПОТЕСНОТО СЕМЕЈСТВО

Од 2006 за прв пат започна примената на Критериумите за боледување каде што беше точно одредено кои дијагностички испитувања и прегледи треба да се направат за да биде оправдано издавање на боледувањето.

Со овие Критериуми за едно боледување да биде оправдано потребно беше да биде исполнет дијагностичкиот минимум и да се почитува апсолутната спреченост на работа како временска период за издаденото боледување. Како можност да се продолжи боледувањето во лоши работни услови беше дадена релативната спреченост за работа која беше потврдена од доктор специјалист по медицина на трудот. Поради недостатокот на специјалисти по медицина на труд, обемноста на дијагностичките испитувања како и временскиот период за кои истите требаше да бидат исполнети се јавуваа проблеми при издавање на боледувањето.

Од страна на ФЗОМ во периодот од јануари до јули 2011 година извршени се вкупно 191 контроли на боледувања. Контролите се извршени во ординации од примарна здравствена заштита, ординации од специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита и во лекарските комисији на ФЗОМ. Од вкупниот број на извршени контроли во овој период во 43 констатирани се одредени неправилности. Неправилностите се однесуваат на незапазени дијагностички критериуми, неуредна евиденција и издавање на боледувањето ретроактивно.

Во првата половина од 2011 година, зголемена ангажираноста на ФЗОМ на одделението за мобилна и дежурна контрола во вршењето контроли, односно за половина година извршени се 88 контроли, што претставува 67% во споредба со вкупно 131 контрола за целата 2010 година.

Бројот на барања за контрола на боледувањата од страна на работодавачите за половина година е многу низок. Тоа се должи на поставеноста на системот, кој не ги стимулира работодавачите да бараат преиспитување и контрола на сомнителните боледувања и на нивното незнаење за ова право. Со зголемувањето на заинтересираноста од нивна



страна и зголемувањето на контролите би се намалил бројот на боледувања што се неоправдани, но од друга страна би била потребно и дополнително ангажирање на контролата на ФЗОМ.

При бројните контроли кои беа направени во периодот од стапувањето на сила на Критериумите, па се до сега беа утврдени бројни проблеми и тоа: за голем број дијагнози избраниот лекар не беше во можност самостојно да издаде боледување, во дијагностичкиот минимум беа предвидени низа дијагностички постапки и специјалистички прегледи кои имаат додатна финансиска импликација на Фондот, како и неможноста да се реализираат истите, непостоење на критериум за издавање на боледување за одредени дијагнози, злоупотреба на одредени дијагнози за издавања на долготрајни боледувања, недоволен број на специјалисти по медицина на труд

Направени се компаративни анализи на боледувањата во Р.Македонија и земјите од регионот и Европа.

Во светски рамки, од аспект на возрастната структура на корисниците на боледувањата, најмногу боледувања користат лицата над 55 години, а најмалку лицата од 25 до 35 години.

Табела 1 Боледувања по возрастна структура (јануар-април 2011година)

	Број на боледувања	Број на боледувања на 1000 вработени
18-25	511	13,54
25-30	1.353	19,58
30-35	1.152	15,49
35-40	616	8,80
40-45	460	6,80
45-50	564	8,68
50-55	603	10,38
56-60	458	10,74
над 61	139	7,91
Вкупно	5.856	12,00

Извор: ФЗОМ

Во табелата 1 прикажани се боледувањата во Република Македонија за првите 4 месеци од 2011 година, по возрастната структура на осигурениците. Во втората колона прикажани се боледувањата како апсолутен број, а во последната колона прикажан е бројот на боледувања на секои 1000 вработени осигуреници.

Според податоците од табелата структурата на боледувањата по возраст во Македонија е спротивна на тоа што е движење во светот. Имено, во Македонија најбројни корисници на правото на боледување се лицата од



25 до 35 годишна возраст, а кои би требало најмалку да го користат ова право. На секои 1000 вработени лица на возраст од 25 до 30 години отворени се скоро 20 боледувања, а на секои 1000 вработени на возраст од 30 до 35 години отворени се 15,5 боледувања, што е многу повисоко во споредба со просекот на државата кој изнесува 12 боледувања на секои 1000 вработени. Табела 2 Користење на боледувања пред и после користењето на породилното отсуство

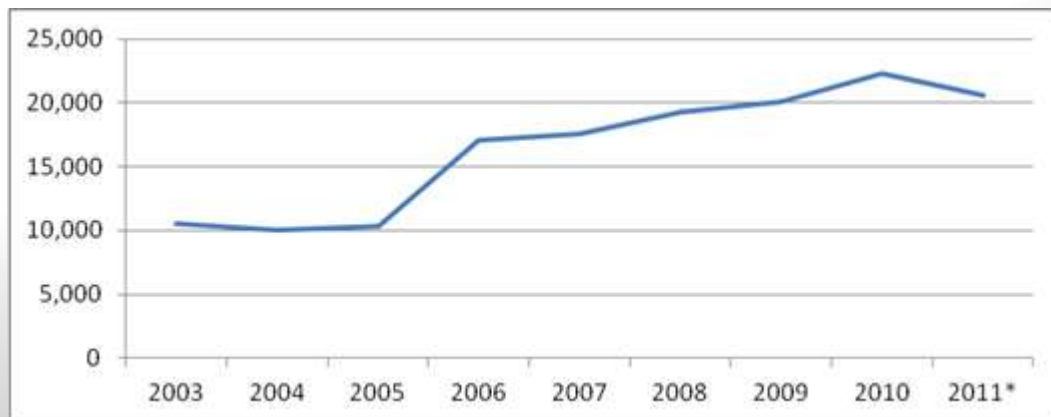
Патолошка бременост како % од вкупно породилни	24,40%
нега на дете како % од вкупно породилни	23,60%
Двете права како % од вкупно породилни	7,18%

Извор: ФЗОМ

Во Табелата 2 прикажан е процентот на осигуренички кои користеле надоместок за боледување пред отворањето на породилното и надоместоци за нега на член што се отворени веднаш по затворањето на породилното отсуство. Според податоците околу 24% осигуреничките што користеле породилно отсуство користеле боледување пред породувањето (патолошка бременост) и ист толкав процент користеле нега на член веднаш по завршувањето на надоместокот за породилно отсуство. Од друга страна 7,2% од осигуреничките користеле право на боледување пред породилното и нега на дете веднаш по завршувањето на истото. Трендот на користење на овие права во последните години постојано се повеќе се зголемува, што отвора простор за сомнеж дека осигуреничките се повеќе ги злоупотребуваат овие права.

Според податоците, една четвртина од бремените жени имаат компликации во бременоста, и ист дел имаат одредени заболувања и дополнителна нега и после 9 месечна возраст, што не е случај ниту во земји со далеку понеразвиено здравство од македонското.

Од комуникацијата со матичните гинеколози, една од причините поради што истите се повеќе ги издаваат боледувањата за време на бременост е поради несоодветните работни услови и работни задачи на осигуреничките. Графикон 1 Број на доделени права за боледувања



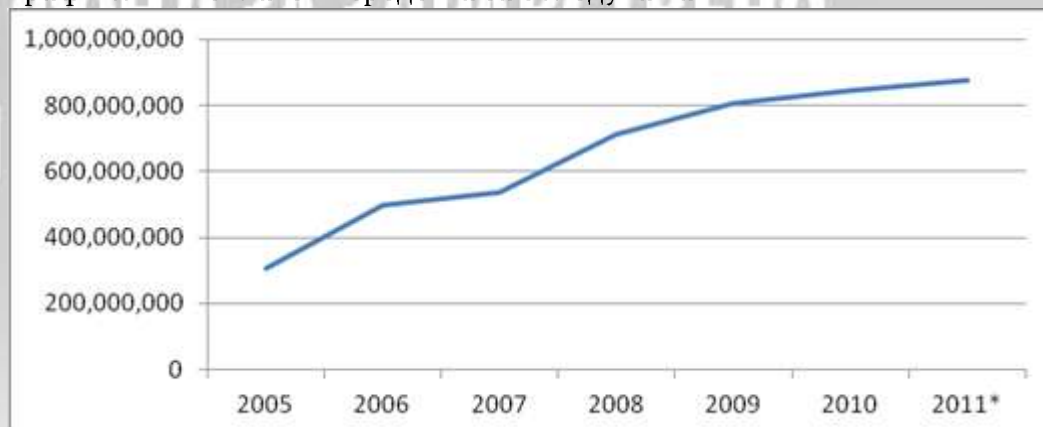
Извор: ФЗОМ

Од приказот во графикон 1 се забележува дека бројот на доделените права за боледувања во Република Македонија во период од 5 години (од 2005 до 2010 година) зголемен е за повеќе од двојно, односно од околу 10 илјади доделени права во 2005 година во 2010 година бројот на доделено права изнесува над 22 илјади.

Забрзаниот раст во 2006 година се должи на промената на регулативата, односно во таа година се намали периодот во кој надоместокот е на товар на работодавачот од 60 на 21 ден. Со таа мерка се зголеми бројот на боледувања што ги исплаќа ФЗОМ, и се намали заинтересираноста на работодавачите да ги контролираат боледувањата на своите вработени, односно помалата контрола придонесе од таа година бројот на боледувања постојано да расте.

Бројот на доделени права во 2011 година е намален, а тоа се должи на: доекипирањето, зајакнувањето на контролата во ФЗОМ и промените во подзаконската регулатива кои ФЗОМ ги подготвува.

Графикон 2 Исплатени средства за боледувања



Извор: ФЗОМ



Трендот на раст на бројот на доделени права е придружуван и со постојан раст на расходите на ФЗОМ за боледувања. Имено, според графиконот 2 од околу половина милијарда денари во 2006 година, расходите на ФЗОМ за боледувања во 2010 година достигнаа околу 850 милиони денари, што е зголемување за 75%. Спореден овој податок со растот на доделените права за истиот период од 30%, може да се констатира дека исплатените средства се многу повеќе во однос на зголемувањето на бројот на доделени права.

Една од причините за порастот на средствата е порастот на просечната плата во земјата, кој за анализираниот период изнесува околу 42%.

Наместо средствата да се користат за подобрување на квалитетот на здравствените услуги во земјата истите се користат за финансирање на лица кои неоправдано користат надоместок за боледување.

Направена е ревизија и измена со намалување на дијагностичките постапки со цел да се олесни постапката за издавање на боледување.

Притоа беа консултирани избрани лекари, специјалисти и субспецијалисти од:

- Лекарска комора на Македонија
- Здружение на приватни лекари
- Здружение на гинеколози
- Институт за медицина на труд
- Универзитетски клиници

Заради транспарентност во донесувањето на одлуките во ноември 2011 година, Новите Критериуми беа ставени на јавна расправа на веб сајтот на ФЗОМ. И за истите постоеше можност да се дадат забелешки и сугестии.

Со измените во Критериумите за привремена спреченост за работа е регулирана постапката при издавање на боледување:

За остварување на привремената спреченост за работа основ на критериумите е една шифра од МКБ – 10АМ Меѓународната статистичка класификација на болести и поврзани здравствени проблеми, десетта ревизија, Австралиска модификација.

Ако кај осигуреникот постојат повеќе дијагнози (шифри) во Извештајот за привремена спреченост за работа (ИСП образец) се избира основното заболување - водечката дијагноза (шифра).

Ако во тек на боледувањето отворено со работна дијагноза (почетна шифра во ИСП образец) се верифицира друга дијагноза која е поврзана со работната дијагноза, боледувањето продолжува со верифицираната



дијагноза и критериумите се однесуваат на истата (крајна шифра во ИСР образец).

Ако во тек на боледувањето отворено за една болест или повреда, се појави друга болест или повреда која не е поврзана со претходната дијагноза, а спреченост за работа сеуште постои, избраниот лекар задолжително отвора ново боледување со новата дијагноза на болест или повреда со нов прв ден на спреченост за работа.

Регулирана постапка за издавање боледување за неџа на деца до 14 години:

За издавање на боледувањето до 15 дена за неџа на дете до 14 годишна возраст, специјалистичкиот/субспецијалистичкиот преглед предвиден во критериумите може да го изврши педијатар од С33/Т33. За неџа на дете до 14 годишна возраст ИСР образецот го издава избраниот лекар на детето, а за неџа на член од потесното семејство над 14 годишна возраст ИСР образецот го издава избраниот лекар на осигуреникот кој го користи боледувањето.

Дијагностичките испитувања кои се ограничени со возраста на осигуреникот според медицина базирана на докази како што се РТГ снимки, спирометрија, ЕКГ и сл. не се обврзувачки за боледување за неџа на дете.

Регулирана постапката за повторно издавање на боледување:

Доколку во рок од 30 дена по затворањето на боледувањето се јави потреба за повторно отворање на боледување со истата дијагноза, избраниот лекар веднаш дава предлог за ПЛК која одлучува за оправданоста на отворање на боледување со иста дијагноза со нов прв ден на спреченост за работа.

Дефинирана важноста на резултатите од дијагностичките испитувања за хронични заболувања:

За веќе верифицирани дијагнози кај хроничните заболувања резултатите од дијагностичките испитувања може да се земат во предвид, според мислењето на лекарот специјалист/субспецијалист доколку истите не се постари од 6 месеци, освен за рентген дијагностика кои не треба да се постари од 1 година.

Во старите Критериуми постоеја термините Апсолутна спреченост за работа (како временски период за кои можеше да се издаде боледување и Релативна спреченост за работа (како можност да се продолжи боледувањето при постоење на лоши услови за работа), поради недостаток на специјалисти по медицина на труд и неможност да се утврди



релативната спреченост, и забуна при толкувањето на Критериумите, во новите Критериуми се заменија со терминот “временска рамка”.

Направена е измена во содржината на критериумите. Утврдени се временски рамки и дефинирано е нивото на здравствена заштита. И тоа до 7 дена, до 15 дена, над 15 дена и над 60 дена.

Боледување до 7 дена

Избраниот лекар може да утврди привремена спреченост за работа во траење до 7 дена без примена на критериумите, само врз основа на усвоени доктринарни ставови, дијагностички и терапевтски постапки.

Боледување до 15 дена

- Дефинирано ниво на здравствена заштита (ПЗЗ, СЗЗ, ТЗЗ)

За издавање на боледувањето до 15 дена потребно е да се направат предвидените дијагностички постапки и/или преглед од соодветен специјалист/субспецијалист во согласност со критериумите за боледување за соодветната дијагноза без кои не може да се издаде боледувањето.

Боледување над 15 дена:

-По наод, оценка и мислење на Првостепена лекарска комисија

Боледување над 60 дена:

За прв пат се воведува Образец за Конзилијарно мислење за продолжување на привремената спреченост за работа, со цел да се има подобра контрола на издадените боледувања, и да се утврди веродостојноста на истото.

За привремена спреченост за работа над 60 дена, согласно со временската рамка на критериумите, ПЛК одлучува врз основа на конзилијарно мислење издадено од 3 специјалисти / субспецијалисти (СЗЗ/ТЗЗ). Конзилијарното мислење е со важност до 60 дена. По истекот на важноста при потреба од понатамошно продолжување на боледувањето, потребно е да се достави ново конзилијарно мислење. Во конзилијарното мислење се наведува времетраењето на привремената спреченост за работа во зависност од тежината на заболувањето, но не повеќе од предвидениот временски период од критериумите за соодветната болест.

Образецот за Конзилијарно мислење за продолжување на привремената спреченост за работа е составен дел на Критериумите за дијагностички постапки и оценка на привремената спреченост за работа .

ИСКЛУЧОК: За продолжување на привремената спреченост за работа над 60 дена не е потребно конзилијарно мислење за осигурено лице со тешко заболување: малигни заболувања, цереброваскуларни



инсулти со тешки последици, мултипла склероза, политраума и терминална фаза од болеста.

Конзилијарното мислење се издава за:

Продолжување на привремена спреченост на работа над 60 дена од почетокот на боледувањето согласно временската рамка во критериумите (прв пат).

Повторно издавање на конзилијарно мислење согласно временската рамка во критериумите.

Продолжување на привремена спреченост на работа при потреба за надминување на временската рамка согласно критериумите.

Конзилијарното мислење е со важност од 60 дена.

Определената временска рамка во критериумите може да се надмине кога постои објективна спреченост за работа на осигуреникот, но истата потврдена со обновена медицинска документација, ново конзилијарно мислење и наод, оценка и мислење од Лекарска комисија, но најдоцна до 12 месеци, односно до упатувањето до надлежниот орган за утврдување на работна способност, според прописите за пензиско и инвалидско осигурување.

Во Специјалниот дел дефинирани се критериумите за издавање на боледување по групи на дијагнози.

За боледување до 15 дена направена е ревизија и измена со намалување на дијагностичките постапки, со цел да се намалат финансиските трошоци на товар на Фондот и да се олесни постапката за издавање на боледување.

Согласно новиот начин на упатување и листите на чекање а поради поедноставување на постапката за издавање на боледувањето дијагностичките испитувања кои беа предвидени во старите критериуми а за кои беше потребно повеќе време да се направат (магнетна резонанца , компјутерска томографија, сцинтиграфија итн), во новите Критериуми за повеќе групи на дијагнози се исклучени.

Согласно испитувањата потребни за дијагностицирање, тежината на клиничката слика и времетраењето на боледувањето одредени групи на дијагнози во новите Критериуми се раздвоени.

За шифрата на дијагнозата Z35 - Надзор на високоризична бременост, не следува спреченост за работа.

Во случај на патолошка состојба во текот на бременоста се користи шифрата на дијагнозата на основното заболување кое довело до патолошка состојба.



Спреченоста за работа трае согласно критериумите утврдени со шифра на дијагноза за основното заболување.

За таа цел во новите Критериуми за привремена спреченост има ново дефинирани критериуми за групи на дијагнози кои не беа опфатени во старите:

Венски компликации во бременсот (O22)

Дијабетес мелитус во бременоста (O24)

Грижа на мајката во врска со фетусот и амнионската празнина и можните породилни проблеми (O30-O47)

Мултипла гестација и компликации специфични за мултипла гестација(O30-O31)

Грижа на мајката кај позната или претпоставена неправилна положба на фетусот (O32- O33)

Полихидрамнион (O40)

Плацента превија (O44)

Абрупција на плацента (O45)

Лажно раѓање (O47)

Церебрална парализа (G80),

Хипотензија (I95),

Болести на усна празнина, плунковни жлезди и вилицы (K00-K20),

Други болести на цревата (K55- K63),

Синдрома на иритабилно црево (K58) и Други функционални цревни заболувања (K59),

Фисура и фистула на анална и ректална регија (K60) , Абцес на анална и ректална регија (K61), Други болести на анус и ректум (K62), Други болести на црево (K63)

Болести на перитонеум (K65-K66)

Пилонидална циста (L05)

Еритематозен лупус (L93)

Инфективни артропатии (M01-M03)

Системски заболувања на сврзното ткиво (M30-M36)

Акутна бубрежна инсуфициенција, хронична бубрежна инсуфициенција, неозначена бубрежна инсуфициенција (N17-N19)

Конгенитални малформации, деформации и хромозомски ненормалности (Q00-Q99)

Повреди што зафаќаат повеќе телесни регии (T00-T14)

Оплодување In vitro (Z31.2)

Воведени критериуми и за следните постоперативни состојби:



Хистероскопски интервенции

Лапароскопски интервенции,

Операции на срце - бај-пас, поправка и замена на срцеви валвули, хируршко затварање на септални дефекти (ASD, VSD) , затворање со „чадорче“и затворање на перзистентен дуктус (PDA),

Операции на големи крвни садови – операција на абдоминална, торакална или абдоминално-торакална аорта,

Операции на периферни крвни садови (периферен бај-пас) – каротида и крвни садови на екстремитети.

Критериумите не се упатства за лекување !

Лекарот ги прави сите испитувања кои смета дека треба да се направат за дијагностицирање на болеста, согласно медицина базирана на докази и утврдени протоколи, меѓутоа за да се оправда боледувањето треба да се исполнат оние дијагностички постапки кои се наведени во Критериумот за соодветната болест. Тоа се дијагностички испитувања кои се најосновни за дијагностицирање на соодветните болести и за кои не е потребен долг временски интервал за да се реализираат.

Критериумите се законска регулатива која треба да се почитува од страна на лекарите од примарна , секундарна и терциарна здравствена заштита

Казнена одлука за издавање на лажни боледувања, предвидена во Договорите со здравствените установи, а во согласност со Законот за здравствено осигурување.

Новите Критериуми се составен дел на Правилникот за привремена спреченост за работа (сл. Весник бр.29 од 28.02.2012 година) и ќе се применуваат од 01.04.2012 година.

Критериумите во електронска форма можат да се најдат на веб сајтот на ФЗОМ www.fzo.org.mk во посебно означен дел.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



2.1 ФЗОМ Образец – КМБ

Назив на здравствена установа _____

Одделение _____

Место _____

КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ ЗА ПРОДОЛЖУВАЊЕ НА ПРИВРЕМЕНА СПРЕЧЕНОСТ ЗА РАБОТА

Име и презиме _____

Адреса _____

ЕМБГ _____

ЕЗБО _____

Сериски бр. на ЕЗК / Бр. на здравствена легитимација _____

Пациентот се лекува во нашата здравствена установа со дијагноза _____

и _____

шифра на дијагноза по МКБ – 10 АМ _____

Конзилијарното мислење се издава со цел:

(Задолжително да се заокружува основот на издавање на конзилијарното мислење).

- 1) Продолжување на привремена спреченост за работа над 60 дена од почетокот на боледувањето согласно временската рамка во критериумите (прв пат).
- 2) Повторно издавање на конзилијарно мислење согласно временската рамка во критериумите.
- 3) Продолжување на привремена спреченост за работа при потреба за надминување на временската рамка согласно критериумите.

Конзилијарното мислење е со важност до 60 дена.

Конзилијарното мислење се издава за продолжување на боледувањето за период:

од _____ до _____

Образложение за причината за привремената спреченост за работа (со напомена да се наведе и во какво опкружување треба да биде истата)

Директор _____

Во _____

Дата _____

Лекарски конзилиум _____

1. _____

2. _____

3. _____

Образецот во вистинска форма можете да го превземете од web страната на фзом,
www.fzo.org.mk



3 КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ ЗА ПРОДОЛЖЕНО ЛЕКУВАЊЕ - МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Начинот и постапката за остварување на право на медицинска рехабилитација се утврдени во член 77, 78, 79 и 80 од Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување, објавен во Службен весник бр.105 од 1 август 2011 година.

Медицинската рехабилитација на болните и повредените се спроведува со цел да се спречи настанување или да се отстрани веќе настанатата намалена работна или функционална способност на осигурените лица.

Осигурените лица остваруваат право на физикална терапија и медицинска рехабилитација во амбулантно поликлинички и болнички услови, со упат од избраниот лекар.

Право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување, осигуреното лице може да оствари кога по завршување на болничкото лекување и понатаму постојат функционални пречки за чие отстранување е потребно да се продолжи со лекувањето и рехабилитацијата во специјални болници за специјализирана медицинска рехабилитација.

Ова право може да се оствари:

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

Осигуреното лице, правото на специјализирана медицинска рехабилитација го остварува врз основа на **барање** кое се поднесува во рок од еден месец по завршеното болничко лекување, односно во рок од еден месец по неопходен контролен преглед. Во случај на инфаркт или хируршка интервенција на срцето, како и во случај на хируршка интервенција на градниот кош со респираторна патологија,



барањето се поднесува во рок од три месеци по завршеното болничко лекување.

Во прилог на барањето кое се доставува до подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување потребно е да има отпусно писмо за завршено болничко лекување, конзилијарно мислење од соодветната болничка установа и наод, оценка и мислење на лекарска комисија на Фондот. По разгледување на барањето и документацијата во прилог, Фондот донесува **решение** за остварување на право на специјализирана медицинска рехабилитација, која може да трае најдолго до 21 ден. Медицинската рехабилитација треба да започне најдоцна два месеци од добивањето на решението, а осигуреното лице може да го оствари ова право за утврдено заболување само еднаш во текот на една година, сметано од денот на утврдување на правото.

Исклучок од ова правило има во случаите на церебрална парализа на деца до 14 годишна возраст, каде специјализираната медицинска рехабилитација се остварува со решение од Фондот, врз основа на отпусно писмо за завршено болничко лекување односно специјалистички извештај, конзилијарно мислење од соодветната болничка установа во која се наоѓале на болничко односно амбулантско лекување и врз основа на наод, оценка и мислење на лекарска комисија на Фондот. Специјализираната медицинска рехабилитација во случај на церебрална парализа кај деца до три годишна возраст може да трае до 30 дена и тоа до четири пати во текот на годината, а за деца над 3 до 14 години може да трае до 30 дена два пати во текот на годината. За време на рехабилитацијата потребно е да се направи обука на член од семејството.

Во прилог на барањето за остварување на правото на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување, потребно е **конзилијарно мислење** (пропишан образец – КММР) издадено од болницата/клиниката каде осигуреното лице се лекувало.

Конзилијарното мислење го издаваат јавните здравствени установи (болници/клиники) и приватните здравствени установи кои имаат склучено договор со ФЗОМ за здравствени услуги од



областа на кардиоваскуларната хирургија (ПЗУ Клиничка болница - Систина и ПЗУ Специјална болница за хируршки болест - Филип II).

Во конзилијарното мислење покрај генералиите на осигуреното лице се запишуваат латинскиот назив на дијагнозата, шифрата на дијагноза по МКБ-10 AM, називот на здравствената установа каде осигуреното лице треба да го оствари правото на продолжено болничко лекување – медицинска рехабилитација, потребата од придружник, времетраењето на рехабилитацијата, образложение за потребата од спроведување на истата и дата на негово издавање.

Уредно потполнето Конзилијарното мислење го потпишуваат 3 лекари специјалисти/субспецијалисти и директорот на здравствената установа каде осигуреното лице се лекувало. Без потребните потписи конзилијарното мислење е неважечко.

За издавање на конзилијарното мислење здравствената установа на осигуреното лице не треба да му наплати дополнителни парични средства.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



3.1 ФЗОМ Образец – КММР

Назив на здравствена установа _____

Одделение _____

Место _____

**КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ
ЗА ПРОДОЛЖЕНО ЛЕКУВАЊЕ - МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА**

Име и презиме _____

Адреса _____

ЕМБГ _____

ЕЗБО _____

Сериски бр. на ЕЗК / Бр. на здравствена
легитимација _____

Пациентот е примен во нашата здравствена установа со дијагноза _____ и шифра
на дијагноза по МКБ – 10АМ _____ .

Конзилијарното мислење се издава за остварување на право на продолжено лекување –
медицинска рехабилитација во _____ со придружник – без
придружник, во траење од _____ дена.

Конзилијарното мислење е со важност согласно член 79 од Правилникот за содржината и
начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено
осигурување.

Образложение _____

Директор _____

Лекарски конзилиум

Во _____

МП

1. _____

Дата _____

2. _____

3. _____

Образецот во вистинска форма можете да го преземете од web страницата на фзом,

www.fzo.org.mk

www.fzo.org.mk



4 КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ ЗА ЛЕКОВИ ОД ЛИСТАТА НА ЛЕКОВИ НА ТОВАР НА ФЗОМ

Со задолжително здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедува право на основни здравствени услуги утврдени со Законот за здравствено осигурување, со кој се опфатени и лекови според Листата на лекови што со општ акт ја утврдува Фондот на кој Министерот за здравство дава согласност.

Начинот и методологијата за утврдување и донесување на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот се утврдуваат со уредба што ја донесува Владата на Република Македонија на предлог на Министерството за здравство, а по претходно добиено мислење од Фондот.

Со новите измени на Законот за здравствено осигурување објавени во Службен весник бр. 26 од 21.02.2012 година, Листата на лекови ја утврдуваат 14 стручни комисии формирани од Владата на Република Македонија, согласно со меѓународната АТЦ класификација на лекови.

Доколку лековите од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, според режимот на пропишување се пропишуваат од избраниот лекар по препорака од клинички или болнички конзилиум, препорака од клиничкиот или болничкиот конзилиум се дава на конзилијарно мислење на пропишан образец – КМЛ.

Во конзилијарното мислење покрај генералиите на осигуреното лице се запишуваат латинскиот назив на дијагнозата, шифрата на дијагноза по МКБ-10 АМ, генеричкото име и фармацевтска дозажна форма со јачина на лекот и дозирањето како и образложение за потребата за лекување со соодветниот лек, уредно потполнето.

Конзилијарното мислење го потпишуваат 3 лекари специјалисти/субспецијалисти и директорот на здравствената установа каде осигуреното лице се лекувало. Конзилијарното мислење е со важност до денот на закажаниот контролен преглед, но



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

не подолго од 1 година. Без потребните потписи конзилијарното мислење е неважечко.

За издавање на конзилијарното мислење здравствената установа на осигуреното лице не треба да му наплати дополнителни парични средства.



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



4.1 ФЗОМ Образец – КМЛ

Назив на здравствена установа _____

Одделение _____

Место _____

КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ ЗА ЛЕКОВИ ОД ЛИСТАТА НА ЛЕКОВИ НА ТОВАР НА ФЗОМ

Име и презиме _____

Адреса _____

ЕМБГ _____

ЕЗБО _____

Сериски бр. на ЕЗК / Бр. на здравствена легитимација _____

Пациентот се лекува во нашата здравствена установа со дијагноза _____

и _____

шифра на дијагноза по МКБ – 10 АМ _____

Конзилијарното мислење се издава за следните лекови:

4) _____

5) _____

6) _____

(генеричко име и фармацевтска дозажна форма со јачина на лекот и дозирање)

Конзилијарното мислење е со важност до денот на закажаниот контролен преглед на _____, но не подолго од 1 година.

Образложение _____

Директор _____ Лекарски конзилиум

Во _____ МП 1. _____

Дата _____ 2. _____

_____ 3. _____

Образецот во вистинска форма можете да го превземете од web страната на фзом, www.fzo.org.mk

www.fzo.org.mk



5 ПРОМЕНА НА ОДРЕДБАТА ОД ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ЗА ДЕНОВИ НА ИСПЛАТА НА НАДОМЕСТОК НА ПЛАТА ЗА БОЛЕДУВАЊЕ НА ТОВАР НА РАБОТОДАВЕЦОТ

Почнувајќи од денот на влегување во сила на Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствено осигурување (Службен весник на Република Македонија бр. 26/2012, согласно член 5 со кој се менува член 18 став 1), односно 29.02.2012 година, надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда (боледување), која е во тек и не поминале повеќе од 21 ден од почетокот на истата заклучно со 29.02.2012 година, за првите 30 дена ќе го утврдува и исплатува работодавецот од своите средства.

Тоа значи дека доколку на 29.02.2012 година е 21-от ден, или помалку, од започнатото боледување на вработен, кој може да оствари право на надоместок на плата на товар на ФЗОМ, истиот до 30-тиот ден треба да продолжи да се исплатува на товар на работодавецот.

Практично, во овој пресек ќе влезат сите боледувања кои се започнати на 09.02.2012 година или по тој датум, а сите оние кои се започнати пред тој датум ќе се исплатуваат по старо, или 21 ден на товар на работодавецот.

За поедноставна примена на оваа одредба може да се користи оваа табела, т.е. математички приказ:

Датум на прв ден спреченост за работа (X)	Број на денови до 29.02.2012 година (Y)	Број на денови на надоместок на плата на товар на работодавецот (Z)
X	$Y \leq 21$	30
X	$Y > 21$	21

Примери за примена на табелата:



1. Боледувањето е започнато на 01.02.2012 година (прв ден спреченост за работа) и на 29.02.2012 година сеуште трае, надоместокот на плата работодавецот ќе го исплати за првите 21 ден (по старо), по кои останатите денови се на товар на ФЗОМ, доколку осигуреникот може да го оствари тоа право.

Ова математички ќе изгледа вака:

$$X = 01.02.2012$$

$$Y = 29.02.2012 - 01.02.2012 + 1 = 28 + 1 = 29$$

Ако $Y > 21$ тогаш $Z = 21$, во случајов $Y = 29$ што е > 21 , значи $Z = 21$

2. Боледувањето е започнато на 09.02.2012 година (прв ден на спреченост на работа) и на 29.02.2012 година сеуште трае, работодавецот ќе ги исплати првите 30 дена (по ново) бидејќи на 29.02.2012 година (пресечниот датум, односно датумот на влегување во сила на измените на законот) е 21-от ден од започнатото боледување.

Ова математички ќе изгледа вака:

$$X = 09.02.2012$$

$$Y = 29.02.2012 - 09.02.2012 + 1 = 20 + 1 = 21$$

Ако $Y \leq 21$ тогаш $Z = 30$, во случајов $Y = 21$ што е ≤ 21 , значи $Z = 30$

3. Боледувањето е започнато на 10.02.2012 година (прв ден на спреченост на работа) и на 29.02.2012 година сеуште трае, работодавецот ќе ги исплати првите 30 дена (по ново) бидејќи на 29.02.2012 година (пресечниот датум, односно датумот на влегување во сила на измените на законот) е 19-от ден од започнатото боледување.

Ова математички ќе изгледа вака:

$$X = 10.02.2012$$

$$Y = 29.02.2012 - 10.02.2012 + 1 = 19 + 1 = 20$$

Ако $Y \leq 21$ тогаш $Z = 30$, во случајов $Y = 20$ што е ≤ 21 , значи $Z = 30$



6 ПРОМЕНА НА ВИСИНАТА НА НАДОМЕСТОКОТ НАДОМЕСТОК НА ПЛАТА ЗА ВРЕМЕ НА БОЛЕДУВАЊЕ ПОРАДИ МАЛИГНО ЗАБОЛУВАЊЕ

Согласно член 17 од Законот за здравствено осигурување висината на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа, висината на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа ја определува работодавецот, односно Фондот со општ акт, но најмалку во висина од 70% од основицата за плата.

По исклучок од став 1 на овој член, висината на надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа предизвикана со повреда на работа, професионална болест, за време на давање крв, ткиво или орган, како и за време на отсуство поради бременост, раѓање и мајчинство изнесува 100% од основицата на надоместокот на плата утврдена според член 16 на законот.

Фондот за случаите од член 17 став 1 ја определува висината на надоместокот за привремената спреченост со член 85 од Правилникот за остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување, и таа е следната:

- за барањата за остварување на правото поднесени пред **1 февруари 2012 година** изнесува **85%**, а за барањата поднесени почнувајќи од **1 февруари 2012 година** изнесува **70%** од основицата утврдена согласно член 16 од Законот.
- со измените на Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување објавени во Слвесник бр.29/12 од претходното правило се прави исклучок **за лицата заболени од малигни заболувања додека трае лекувањето**, и за истите надоместокот се утврдува во висина од **85%**, со примена од **1 март 2012 година**.

Имајќи ги предвид овие одредби од Правилникот во практичната примена на истите, значаен е датумот на поднесување на барањето за надоместок на плата.

Имено, доколку датумот на поднесување на барањето за надоместок на плата е по 31 јануари 2012 година, без разлика за кој период се



однесува надоместокот, се применува висината од 70% од утврдената основица. Ова се однесува само за барањата кои се однесуваат за почеток на боледување (поднесени со **образец Н1**), но не и за барањата за продолжување на исплата на надоместок за боледувања кои продолжуваат да течат, поднесени со **образец ОП(Н1)**, а за кои веќе со решение е утврдена основицата за исплата на надоместокот во висина од 85%.

Во однос пак на одредбата која се однесува на малигните заболувања, постои одредена специфика во примената, односно за истите доколку барањето за надоместок на плата е поднесено во периодот 01.02.-29-02.2012 година, без разлика за кој период се однесува, надоместокот ќе се утврди во висина од 70% од основицата, но само за надоместоците кои се однесуваат за месеци пред 1 март 2012 година година, од кога пак и за овие барања ќе продолжи да се исплатува надоместок во висина од 85% од основицата, сè додека трае боледувањето, односно за месеците март, април...итн.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



7 НОВИ РЕФЕРЕНТНИ ЦЕНИ И ПАКЕТИ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ КОИ СТАПУВААТ НА СИЛА ОД 01.04.2012

Во текот на месец февруари (21-23.02.2012), ФЗОМ организираше интензивни обуки на кои присуствуваа сите јавни здравствени установи од Република Македонија. Овие обуки имаа за цел да се унифицира начинот на искажување на реализираните здравствени услуги, запознавање на здравствените установи со новите цени кои стапуваат на сила од 1 април 2012 година и се однесуваат на дневната болница и стационарот како и запознавање со измените во одлуката за партиципација и нејзина правилна примена.

Така, од досегашното искуство и соработка со здравствените установи, ФЗОМ ја детектираше потребата за издавање на единствен документ Упатство за фактурирање на здравствени услуги, кој беше презентираан на здравствените установи. Овој документ воедно претставува сублимат од сите досега издадени правила, упатства и начини за фактурирање на здравствените услуги, така што е конципиран во три одделни сегменти кои се однесуваат на примарна здравствена заштита во здравствени домови, специјалистичко консултативна здравствена заштита и болничка здравствена заштита. Овој документ ги содржи сите специфики во начинот на искажување на здравствените услуги. При тоа на крајот од секој дел, опфатени се најчестите прашања и одговори кои претставувале дилеми при работењето на здравствените работници (пр. Кој е правилниот избор на пакет за реализираната услуга, што ако пациентот не се врати на контрола, по кои цени се фактурираат сервисните услуги кај лежечки пациенти и слично).

Во Упатството опфатени се и новите цени кои стапуваат на сила од 1 април. При тоа со овие цени веќе се опфаќа и дневната болница и стационарот кои до сега беа искажувани по Ценовникот на здравствени услуги од 1992. Така, овој сегмент исто така ќе биде



опфатен со единствени референтни цени и посебни образци (пресметки) за искажување на услугите.

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

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk