

ИНФО БИЛТЕН



**Фонд за здравствено осигурување
на Македонија**

Инфо билтен издание бр. 17/2012



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



Содржина

1	Воведување на нови и измена на референтни цени на здравствени услуги	3
2	Поглед кон постапката на инвитро оплодување низ призмата во Фонд за здравствено осигурување	8
3	Нови рурални подрачја/ места на територија на Република Македонија и преглед на прогласените рурални подрачја/места со кои Фондот за здравствено осигурување на Македонија нема скучено договор	10
4	Анекс бр. 2 на договорот за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита за 2011 година	17
4.1	Договор за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита	17
4.1.1	Општа медицина	17
4.1.2	Стоматологија	18
4.1.3	Гинекологија	18
4.2	Договорот со аптеките за начинот на плаќање на здравствените услуги со кои се врши обезбедување на осигурениците лица со лекови на рецепт од листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот во примарна здравствена заштита	19
5	Акциски план за развојот на трансплантацијата во РМ, со осврт на подзаконските акти	20
6	Најчесто поставувани прашања од спроведената едукација за Критериумите за привремена спреченост за работа	21
6.1	Што претставува поимот потесно семејство?	21
6.2	Колку дена ретроактивно може да се отвори боледување?	21
7	Начин на утврдување на висина на договорен надомест за ПЗУ за специјалистичко консултативна здравствена заштита и ПЗУ лаборатории кои работат по упат од матичен лекар (ЛУ1) за втор, трет и четврт квартал 2012 година	28
8	Образложение за новите предлог квоти на аптеки	29

ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



1 Воведување на нови и измена на референтни цени на здравствени услуги

На седницата на Управниот Одбор на ФЗОМ, одржана на 5 април 2012 година, беа ревидирени 52 цени и усвоени 6 референтни цени за нови здравствените услуги кои се однесуваат на болничка здравствена заштита за акутните случаи по ДСГ методологија и за останати болнички здравствени услуги, а ќе стапат во сила после одобрување од МЗ и објавување во службен весник.

Така, со објава во Службен весник, здравствените установи ќе можат да користат уште **2 нови цени за дневна болница и болнички ден - стационар.**

Услугата, ДБ04 (Дневна болница за апликација на медикаментозна терапија под 4 часа) се однесува на дневна болница каде за апликација медикаментозна терапија во времетраење помалку од 4 часа. Со цените на здравствените услуги за дневна болница кои стапија на сила од 1 април (ДБ01, ДБ02 и ДБ03), овој вид на здравствена услуга на беше овозможен за евиденција. По укажување од страна на ЈЗУ, се хоспитализираат пациенти за апликација на медикаментозна терапија и при тоа пациентот не престојува повеќе од 4 часа во болницата. Оттука, ФЗОМ во најкраток рок превзема иницијатива за воведување и на оваа услуга. Другата референтната цена се однесува на болнички ден во стационар со вклучени здравствени услуги и медикаментозна терапија за болни во геронтологија, со шифра ДС04. Истата ги опфаќа здравствените услуги кои се пружаат на болните во геронтолошките установи. При тоа во референтна цена се содржани трошоците за болничкиот ден со вклучени здравствени услуги и медикаментозна терапија.

Што се однесува до **ДСГ услугите**, по предлог на Комисијата за утврдување на референтни цени за услуги во болничка здравствена заштита за акутни случаи, која интензивно работи на разгледување на барањата за нови и промена на висината на референтните цени доставени од страна на здравствените установи, се воведуваат дополнително **4 нови ДСГ групи (здравствени услуги) и тоа:**

ДСГ код	Вид на ДСГ услуга	Референтна цена
F22Z	Имплантирање на срцев пејсмејкер со хируршко поставување на електрода	87.840
F23Z	Кардиоторакални/ васкуларни процедури на деца до 10 години	732.000
F43A	Кардијално електрофизиолошко испитување со радиофреквентна аблација	75.695
F43B	Кардијално електрофизиолошко испитување	64.376

Првите две услуги (F22Z - Имплантирање на срцев пејсмејкер со хируршко поставување на електрода и F23Z - Кардиоторакални/ васкуларни процедури на деца до 10 години) се однесуваат на услуги кои **за прв пат ќе почнат да се извршуваат во Македонија на товар на**



ФЗОМ. Со овие ДСГ групи ќе се обезбеди покривање на трошоците за изведување на овие здравствени услуги во Република Македонија и ќе се спречи односно намали испраќањето на осигурениците на Фондот на лекување во странство.

Другите **2 нови ДСГ групи за здравствените услуги** (F43A Кардијално електрофизиолошко испитување со радиофреквентна аблација и F43B Кардијално електрофизиолошко испитување) и претходно се **изведуваа во Македонија, но беа евидентирани во други ДСГ групи** и не се искажуваа посебно. Така, овие две здравствени услуги кои до сега беа искажувани во рамките на другите ДСГ кодови, не беа реално прикажувани и здравствените установи не беа во можност правилно да ги фактурираат направените расходи. По направена анализа и проверка со поновите верзии на ДСГ методологија во понапредните држави, пред се во новата верзија на ДСГ методологијата во Австралија, потврдено е дека ваквите ДСГ кодови се искажуваат посебно.

Во однос на ревизија на останатите ДСГ цени, како резултат на анализите на фактурираните износи и средбите за преговори помеѓу ФЗОМ, Клиниката за урологија, Клиника за токсикологија, Клиника за тораковаскуларна хирургија, Клиника за очни болести, Клиника за дерматологија, Клиника за хематологија, Клиника за кардиологија и Клиниката за гинекологија, УО усвои корекција на **52 референтни цени во ДСГ методологијата** и тоа:

ДСГ код	Вид на ДСГ услуга	Стара референтна цена	Нова референтна цена	% на зголемување/ намалување на цената
A07Z	Алогенична трансплантација на коскена срж	520.000	756.280	45%
A08B	Автологна трансплантација на коскена срж без катастрофални КК	409.087	535.487	31%
A09B	Трансплантација на бубрег без трансплантација на панкреас, без катастрофални КК	581.389	685.452	18%
C16A	Процедури на леќата	32.700	27.900	-15%
C16B	Процедури на леќата истиот ден	30.950	26.150	-16%
E01A	Големи процедури на градниот кош со катастрофални КК	90.989	150.946	66%
E01B	Големи процедури на градниот кош без катастрофални КК	68.048	87.824	29%
E61A	Белодробна емболија со катастрофални или тешки КК	52.589	43.431	-17%
E61B	Белодробна емболија без катастрофални или тешки КК	37.411	30.938	-17%



E65B	Хронична опструктивна болест на дишните патишта без катастрофални или тешки КК	16.567	18.815	14%
F12Z	Имплантирање на срцев пејсмејкер	168.510	92.797	-45%
F17Z	Замена на срцев пејсмејкер	79.123	66.248	-16%
F18Z	Ревизија на срцев пејсмејкер освен замена на уредот	26.165	16.271	-38%
H60C	Цироза и алкохолен хепатитис без катастрофални или тешки КК	16.737	23.339	39%
J06A	Големи процедури за малигни состојби на дојките	34.746	38.197	10%
J07A	Мали процедури за малигни состојби на дојките	22.251	24.074	8%
J07B	Мали процедури за немалигни состојби на дојките	17.261	22.849	32%
J68A	Тешки пореметувања на кожата	17.618	23.005	31%
K06Z	Процедури на тироидна жлезда	31.930	35.702	12%
L03A	Големи процедури на бубрези, уретер и мочен меур поради неоплазми со катастрофални или тешки КК	131.086	193.722	48%
L03B	Големи процедури на бубрези, уретер и мочен меур поради неоплазми без катастрофални или тешки КК	80.229	134.824	68%
L04C	Големи процедури на бубрези, уретер и мочен меур поради не-неопластични болести без КК	41.410	50.506	22%
L40Z	Уретероскопија	20.122	26.582	32%
N11B	Други процедури на женскиот репродуктивен систем во операциона сала возраст <65 без малигна болест без КК	15.582	8.735	-44%
O60A	Вагинално породување со катастрофални или тешки КК	23.714	20.531	-13%
O60C	Вагинално породување, единечно, некомплицирано без други состојби	13.315	12.258	-8%
O61Z	По породување или по абортус без процедури во операциона сала	9.221	7.496	-19%
P01Z	Новороденче, починато или преместено во друга установа <5 дена од приемот со значајна процедура во операциона сала	72.015	32.461	-55%
P03Z	Новороденче тежина при прием 1000-1499 g со значајна процедура во операциона сала	297.598	211.396	-29%
P04Z	Новороденче тежина при прием 1500-1999 g со значајна процедура во операциона сала	176.789	130.171	-26%



P06A	Новороденче тежина при прием >2499 g со значајна процедура во операциона сала со повеќе големи проблеми	229.436	145.699	-36%
P62Z	Новороденче, тежина при прием 750-999 g	266.190	191.330	-28%
P63Z	Новороденче, тежина при прием 1000-1249 g без значајна процедура во операциона сала	139.261	130.045	-7%
P65C	Новороденче, тежина при прием 1500-1999 g без значајна процедура во операциона сала со друг проблем	49.564	43.528	-12%
P66C	Новороденче, тежина при прием 2000-2499 g без значајна процедура во операциона сала со друг проблем	22.799	16.684	-27%
P66D	Новороденче, тежина при прием 2000-2499 g без значајна процедура во операциона сала без проблем	10.581	4.212	-60%
P67B	Новороденче, тежина при прием >2499 g без значајна процедура во операциона сала со голем проблем	24.489	20.853	-15%
P67C	Новороденче, тежина при прием >2499 g без значајна процедура во операциона сала со друг проблем	12.424	8.930	-28%
P67D	Новороденче, тежина при прием >2499 g без значајна процедура во операциона сала без проблем	5.313	3.608	-32%
R01B	Лимфом и леукемија со големи процедури во операциона сала без катастофални или тешки КК	59.141	124.550	111%
R03A	Лимфом и леукемија со други процедури во операциона сала со катастофални или тешки КК	120.334	140.845	17%
R03B	Лимфом и леукемија со други процедури во операциона сала без катастофални или тешки КК	30.585	45.910	50%
R60A	Акутна леукемија со катастрофални КК	162.592	208.768	28%
R60B	Акутна леукемија со тешки КК	89.655	198.377	121%
R60C	Акутна леукемија без катастрофални или тешки КК	76.496	188.930	147%
R61A	Лимфом и неакутна леукемија со катастрофални КК	98.520	196.636	100%
R61B	Лимфом и неакутна леукемија без катастрофални КК	71.619	122.479	71%
R61C	Лимфом и неакутна леукемија, истиот ден	9.914	96.029	869%
R62A	Други неопластични пореметувања со КК	40.476	57.367	42%
R62B	Други неопластични пореметувања без КК	24.769	54.635	121%
V64Z	Пореметување поради употреба на други дроги и зависност	12.812	20.542	60%



X62B	Труење/токсични ефекти на лекови и други супстанции, возраст <60 без КК	8.559	9.969	16%
------	--	-------	-------	-----

Сите измени се базираат на анализа на трошоците (здравствени услуги и лекови, вграден и потрошен медицински материјал) внесени во ДСГ груперот, доставената евиденција за чинење на овој вид на услуги од јавните здравствени установи, каде се извршувале овие услуги, проверка на нивните реални расходи, како и споредба со цените во државите во соседството, направена од страна на стручните служби при ФЗОМ.

ФЗОМ ќе продолжи да ги следи и ревидира постојните референтни цени на здравствените услуги и соодветно ќе продолжи да превзема иницијативи за промена на истите доколку анализите на стручните служби на Фондот заедно со предлозите и барањата укажуваат дека има потреба од промена на цените со цел реално искажување на просечните трошоци за здравствените услуги во Македонија.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



2 Поглед кон постапката на инвитро оплодување низ призмата во Фонд за здравствено осигурување

Развојот во медицинската наука и технологија овозможи примена на нови методи во начинот на лекување на неплодноста како пошироко во светот така и во Македонија, со што се отвори можноста партнерите кои не можат да имаат свое потомство да можат да го остварат нивното природно право на родителство.

Со правното регулирање на правото за БПО – Биомедицинско потпомогнато оплодување се овозможи целосна заштита на идните родители, се оневозможи манипулација со половите клетки, злоупотреба на постапката и истражувања кои не се во прилог на оплодувањето. Согласно горенаведеното Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на ден 24.06.2010 година донесе ПРАВИЛНИК за критериумите за склучување договори и постапка за остварување на правото и начин на плаќање на здравствените услуги за биомедицинско потпомогнато оплодување во здравствените установи кои вршат специјалистичко-консултативна здравствена заштита. Осигуреното лице може да го оствари правото на инвитро оплодување најмногу до трет неуспешен обид за оплодување, но најмногу до првото успешно породување со живородено дете или деца, во рамките на трите обиди. Како резултат на постојаната работа на усовршување на условите и методите за добивање и спроведување на инвитро постапката, комисијата го надополни Правилниот за БПО објавен во Службен весник на Р.М број 99 на 22.07.2011 година. Најзначајна промена која се воведе во овој Правилник е можноста на лицата односно осигурениците кои се во брачна или вонбрачна заедница кои имаат пород со психичка и моторна ретардација, а кај нив постои секундарен стерилитет да го остварат правото на БПО оплодување.

Со тековното подобрување на процедурата за остварување на БПО, но и потребата од надминување на проблемите со кои се соочуваат нашите осигуреници, ФЗОМ направи контрола и увид на сите поплаки од осигурениците во здравствените установи кои имаат склучено договор со ФЗОМ за вршење на БПО постапката. Исто така ФЗОМ направи споредба со искуствата на другите европски земји како и детално анализирање на NICE гајдлајнсите. Во јануари 2012 година ФЗОМ побара од сите центри за Ин витро оплодување, Здружението за фертилитет како и Македонското лекарско друштво да изготват Протокол со стандарди и процедури за БПО овозможувајќи целосна заштита и поддршка на пациентите во овој за нив најтежок период.

Во согласност со горенаведеното во април 2012 година во Образец 2- се допрецизира Протоколот на БПО (Протокол за извршени здравствени услуги кои паѓаат на товар на сретствата на Фондот за биомедицинско потпомогнато оплодување) во кој се пресметани здравствените услуги, медицински потрошни материјал, хормонска терапија, лекови и нивна апликација. Тука спаѓаат:

Број 1. Гонадотропини кои се даваат во третиот ден од менструалниот циклус најмногу 30 ампули, број 2. Агонисти на гонадотропните хормони најмногу до 22 ампули, број 3. HCG – Amp. Pregnil или Amp. Horimon od 5000 IE најмногу до две ампули, број 4. Се аплицира краткотрајана интравенозна анестезија, број 5. Пункција на фоликули под ехографска контрола, број 6. IN VITRO или ICSI(се дополни со: *вклучувајќи дополнителна обработка на биолошкиот*



материјал), 7 ембриотрансфер и тоа најрано до 48 часа од пункцијата на овариумите, а најдоцна до петтиот ден под контрола на ултразвук се враќаат еден до три ембриони оценети по стандардни класификации. Под реден број 8 е фоликулометрија која се прави најмногу до три пати, под реден број 9 се хормоналните испитувања кои се прават најмногу до три пати. За сите овие ставки во Протоколот (материјали, лекови и нивна апликација) здравствената установа не смее да бара дополнителен паричен надомест од осигуреникот. Се што е надвор од овој Протокол за извршени услуги му се наплаќа приватно на осигуреникот

Со цел ФЗОМ успешно да ја проведува БПО постапката во Македонија, како и да биде во чекор со светските стандарди, од исклучително значење за нас е учеството на меѓународни семинари и симпозиуми специјализирани за оваа проблематика. За таа цел претставници од комисијата на инвитро оплодување и во оваа година беа гости во Р. Бугарија (Боровец) каде што со почеток на 8-ми март се одржа XIII Национален конгрес по стерилитет, контрацепција, хормон заместителна терапија и гинеколошка ендоскопија. На истиот беа презентирани предавања кои се директно поврзани со инвитро оплодувањето. На пример беше објаснета честотата на двојачена бременост кај пациентките лекувани со инвитро, потоа третирањето на ендометриозата медикаментозно и хируршки, тестирање на возраста на јајце клетките, методи за асистирана репродукција, ефектот на мио-инозитол при оваријалната стимулација, потребата од регистри на пациентки кои се лекуваат со БПО со цел следење на можните негативни ефекти. На овој симпозиум имаше предавање и доктор на медицина-специјалист гинеколог од ЈЗУ Универзитетската клиника во Македонија со цел пренесување на искуството на контрацептивното лекување на пациентите во репродуктивна возраст.

Претставниците на ФЗОМ воспоставија контакти со професори со кои разменија искуства на оваа тема. Од особено знаење е самиот факт што ФЗОМ стои доследен на своите одредби и протоколи што беше пофалено од останатите претставници од другите европски земји. По разговорот од проф. д-р Алан Пејсин, проф д-р Кристијан Де Геитер и проф д-р. Ван Дер Веен на наше огромно задоволство можеме да кажеме дека ФЗОМ воопшто не заостанува зад земјите во светот кои економски и финансиски се значително посилни. Истите го приложија и најновиот guidelines за инвитро оплодување.

Како плод на овој симпозиум се роди и последната промена во Протоколот за здравствените услуги кои паѓаат на товар на средствата на Фондот за биомедицински потпомогнато оплодување, во колона со реден број 6 по зборовите "In vitro или ISCI" се додаваат зборовите **"(вклучувајќи дополнителна обработка на биолошкиот материјал)"** која стапува на сила на 01.04.2012 година. Дополнителната обработка вклучува Assisted hatching (создавање на вештачки отвор во зона Pellucida), coculture (создавање на поприродна околина на ембрионот пред неговото имплантирање во утерусот), intracytoplasmic morphologically selected sperm injection (IMSI) кај олигоастенотератозооспермија, PGD (утврдување на личната карта на плодот во 8-ми ден од бременоста).

Со ова ФЗОМ целосно сака да ги заштити своите осигуреници, да ја спречи секоја манипулација, со што им ја скратува секоја можна дополнителна партиципација освен точно определената уште од самиот почеток која изнесува 6.000,00 денари.

ФЗОМ целосно им стои на располагање на своите осигуреници во врска со сите поплаки, прашања и забелешки на бесплатниот тел број 0800 33 222 или на bpo@fzo.org.mk.



3 Нови рурални подрачја/ места на територија на Република Македонија и преглед на прогласените рурални подрачја/места со кои Фондот за здравствено осигурување на Македонија нема скучено договор

Со Законот за здравствено осигурување едно од основните начела на кои се заснова здравствената заштита е начелото на достапност на здравствената заштита до сите осигурени лица. Согласно Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарната здравствена заштита, утврдени се поблиски критериуми врз основа на кои ќе може да се определи одредено подрачје/ место за рурално.

Фондот има дефиниран систем на финансирање на здравствените услуги пружени на осигурените лица, односно плаќање по принцип на капитација. Со Одлуката за утврдување на оддалечени рурални места се одредува за кои региони е потребно дополнително стимулирање на лекарите заради обезбедување здравствена заштита, односно финансирање врз основа на руралност.

Според Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарна здравствена заштита, во Република Македонија се утврдуваат најмногу 100 рурални подрачја/населени места. Во период по донесување на Одлуката за утврдување на рурални подрачја/места, Фондот има обврска најмалку два пати во годината да ги разгледува сите барања за утврдување на рурално подрачје/место .

Подносителот на барањето треба да достави докази дека одредено место ги исполнува условите за да биде утврдено како рурално подрачје/место и тоа:

- оддалеченоста на руралното подрачје/место до подрачна служба, односно до најблиската специјалистичка здравствена установа. Растојанието се мери од таблата која означува влез/излез од руралното подрачје/место до таблата која означува влез/излез до градот;
- растојание до најблиската здравствена установа од примарна здравствена заштита (ПЗЗ) од населеното место до здравствената установа;
- назив на населеното место до најблиската здравствена установа;
- дали има здравствена установа , пункт или е истата во изградба;
- тип на пат и
- број на жители од последниот попис од 2002 година.

Последно ажурирање на руралните подрачја, комисијата направи на 03 април.2012 година чии што предлози ги прифати управниот одбор, а кои ќе стапат во сила од 1 Мај 2012 година. Новопрогласени рурални подрачја/места се с.Иванковци во Велес, с.Ранковци во Крива Паланка и с.Горни Стубол во Штип. Воедно комисијата за утврдување на рурални подрачје/места направи измена на едно од руралните подрачја/места односно измената се однесуваше на изземање на с.Бродец од рурално подрачје Вешала, бидејќи во селото Шипковица има здравствена установа која е на 3,5 километри од селото Бродец, каде осигурените лица ќе можат да ја добијат здравствена заштита.



Фондот за здравствено осигурување на Македонија во соработка со локалните самоуправи се залага за изнаоѓање на лекари во овие прогласени рурални места/подрачја заради обезбедувањена континуирана здравствена заштита. Согласно горенаведеното Фондот за здравствено осигурување на Македонија ги повикува лекарите за склучување на договори во прогласените рурални места/подрачја. Прегледот на слободни прогласени рурални места /подрачја се во прилог:

Прилог: Табела на прогласени рурални места/подрачја со кои Фондот за здравствено осигурување на Македонија нема склучено договор (заклучно месец март)

ЛИСТА НА РУРАЛНИ ПОДРАЧЈА/МЕСТА СО КОИ ФЗОМ НЕМА СКЛУЧЕНО ДОГОВОР					
	назив на ПС	Нова шифра	ШИФРА МЕСТО	Насесени места	Дали здравствената установа има склучено договор со ФЗОМ
1	БИТОЛА	0203	401463	БАЧ	нема
			401463	БАЧ	
			400343	БРОД	
			400505	ВЕЛЕСЕЛО	
			400530	ГЕРМИЈАМ	
			400785	ДОБРОВЕНИ	
			400567	ЖИВОЈНО	
			400875	СКОЧИВИР	
			400764	СЛИВИЦА	
2	БРОД	0302	401951	ЛОКВИЦА	нема
			401951	ЛОКВИЦА	
			402176	ЦРЕШНЕВО	
			401935	КРАПА	
			401676	ВИР	
3	БРОД	0303	401692	ГОРНИ МАНАСТИРЕЦ	нема
			401692	ГОРНИ МАНАСТИРЕЦ	
			401765	ДОЛНИ МАНАСТИРЕЦ	
			402133	ТОМИНО СЕЛО	
			402087	СЛАТИНА	
			401986	МОДРИШТЕ	
			401714	ГОРНО КРУШЈЕ	
			401722	ГРЕШНИЦА	
			401781	ДОЛНО КРУШЈЕ	
			401790	ДРАГОВ ДОЛ	
			402141	ТОПОЛНИЦА	
4	ВЕЛЕС	2902	417670	ГОРНО ЈАБОЛЧИШТЕ	нема
			417670	ГОРНО ЈАБОЛЧИШТЕ	
			417769	ДОЛНО ЈАБОЛЧИШТЕ	



			417807	ДРЕНОВО	
5	ВЕЛЕС	2903	417971	ЛИСИЧЕ	нема
			417971	ЛИСИЧЕ	
			417661	ГОРНО ВРАНОВЦИ	
			418013	МЕЛНИЦА	
			417653	ГОЛОЗИНЦИ	
6	ВИНИЦА	0501	402656	ТРСИНО	нема
			402656	ТРСИНО	
			402559	ГРЉАНИ	
			402591	КАЛИМАНЦИ	
7	ГОСТИВАР	0708	403482	КАЛИШТЕ	нема
			403482	КАЛИШТЕ	
			403768	ПОЖАРАНЕ	
8	ДЕБАР	0802	404179	ГОРНО КОСОВРАСТИ	нема
9	ДЕБАР	0803	404322	НОВАК	нема
			404322	НОВАК	
			404101	БРЕШТАНИ	
			404209	ДОЛГАШ	
			404241	ЕЛЕВЦИ	
			404233	ЕВЛА	
			404284	КОЏАЦИК	
10	ДЕБАР	0804	404489	ЏЕПИШТЕ	нема
			404489	ЏЕПИШТЕ	
			404365	ОТИШАНИ	
11	ДЕЛЧЕВО	0901	404578	ДРАМЧЕ	нема
			405167	ДРАМЧЕ	
			405060	ВЕТРЕН	
			404870	ВРАТИСЛАВЦИ	
			404900	КИСЕЛИЦА	
			405043	ОЧИПАЛА	
			405230	СЕЛНИК	
12	ДЕЛЧЕВО	0902	404683	МОШТИЦА	нема
			404683	МОШТИЦА	
13	ДЕМИР ХИСАР	1001	405167	СЛОЕШТИЦА	нема
			405167	СЛОЕШТИЦА	
			405060	МРЕНОГА	
			404870	БОИШТЕ	
			404900	ВИРОВО	
			405043	ЛЕСКОВО	
			405230	ЦЕРОВО	
14	КИЧЕВО	1203	406147	ШУТОВО	нема
			406147	ШУТОВО	
			406473	ПРЕМКА	



			406597	СТРЕЛЦИ	
			405914	ГАРАНИ	
15	КРАТОВО	1401	407437	СЕКУЛИЦА	нема
			407437	СЕКУЛИЦА	
			407526	ШОПСКО РУДАРЕ	
			407208	ВАКУФ	
			407313	КОЊУХ	
			407461	ТАТОМИР	
			407470	ТОПОЛОВИК	
			407500	ФИЛИПОВЦИ	
16	КРАТОВО	1402	407445	СТРАЦИН	нема
			407445	СТРАЦИН	
			407224	ДИМОНЦЕ	
			407402	ПЕНДАК	
17	КРИВА ПАЛАНКА	1502	407917	МОЖДИВЈАК	нема
			407917	МОЖДИВЈАК	
			407577	БОРОВО	
18	КРИВА ПАЛАНКА	1503	407933	ОГУТ	нема
			407933	ОГУТ	
			407895	МЕТЕЖЕВО	
			407925	НЕРАВ	
19	КРИВА ПАЛАНКА	1504	407623	ЖИДИЛОВО	нема
			407623	КОСТУР	
			408069	КРКЛА	
			407801	МАЛА ЦРЦОРИЈА	
			407984	ТРНОВО	
				УЗЕМ	
20	КРИВА ПАЛАНКА	1505	408301	ЛУКЕ	нема
			408301	ЛУКЕ	
			408182	ПОДРЖИКОЊ	
			408115	ДОБРОВНИЦА	
21	ОХРИД	1903	409979	БЕЛЧИШТА	нема
			409979	БЕЛЧИШТА	
			410101	ГОРНО СРЕДОРЕЧИЕ	
			410136	ДОЛНО СРЕДОРЕЧИЕ	
			410179	ЗЛЕСТИ	
			410306	НОВО СЕЛО	
			410373	ПЕСОЧАНИ	
			410560	ЦРВЕНА ВОДА	
			409987	БОТУН	
22	ОХРИД	1904	410276	ТРПЕИЦА	нема
			410276	ТРПЕИЦА	
			410543	ЉУБЉНИШТА	



23	ОХРИД	1905	410225	КУРАТИЦА	нема
			410225	КУРАТИЦА	
			410322	ОПЕНИЦА	
			410438	РЕЧИЦА	
			410446	СВИНИШТА	
			410152	ЗАВОЈ	
24	ПРИЛЕП	2001	411116	КОСТИНЦИ	нема
			411116	КОСТИНЦИ	
			411701	ЦРНИЛИШТЕ	
			410845	ГОСТИРАЖНИ	
			411400	ПЕШТАЛЕВО	
			411531	СЕКИРЦИ	
			411647	СТРОВИЈА	
			411043	ЗРЗЕ	
			411582	СЛИВЧЕ	
			411299	МАРГАРИ	
			411574	СЛЕПЧЕ	
			410900	ДОЛГАЕЦ	
25	ПРИЛЕП	2004	411248	МАЛО КОЊАРИ	нема
			411248	МАЛО КОЊАРИ	
			410756	ВРБЈАНИ	
			411566	СЛАВЕЈ	
			410829	ГОЛЕМО КОЊАРИ	
			411051	КАДИНО СЕЛО	
			410772	ГАЛИЧАНИ	
26	РАДОВИШ	2201	412384	КАЛУЃЕРИЦА	нема
			412384	КАЛУЃЕРИЦА	
			412635	СУЛДУРЦИ	
			412201	ВОИСЛАВЦИ	
27	РАДОВИШ	2202	412384	КОНЧЕ	нема
			412384	КОНЧЕ	
			412635	ГАРВАН	
			412384	ЗАГОРЦИ	
			412635	ЛУБНИЦА	
			412201	С. СКОРУША	
28	РАДОВИШ	2203	412384	ЗЛЕОВО	нема
			412384	ЗЛЕОВО	
			412635	ДУКАТИНО	
			412384	ПОКРАЈЧЕВО	
				РАДИЧЕВО	
29	РАДОВИШ	2204	412384	АЛИ КОЧ	нема
			412384	АЛИ КОЧ	
30	СКОПЈЕ	2501	414581	ЈАБОЛЦИ	има



			414581	ЈАБОЛЦИ	
			414557	ДРЖИЛОВО	
			414565	ЕЛОВО	
			414638	НОВА БРЕЗНИЦА	
			414662	ОСИНЧАНИ	
			414727	ПАТИШКА РЕКА	
31	СКОПЈЕ	2502	414867	ЦВЕТОВО	има
			414867	ЦВЕТОВО	
			414603	МАЛЧИШТЕ	
			414611	МАРКОВА СУШИЦА	
			414832	УМОВО	
32	СКОПЈЕ	2503	414913	БЛАЦЕ - БУТЕЛСКО	нема
33	СКОПЈЕ	2505	414131	БОЈАНЕ	нема
34	СКОПЈЕ	2507	414883	ЦРН ВРВ	нема
35	СКОПЈЕ	2508	413925	КАТЛАНОВО	нема
			413925	КАТЛАНОВО	
			413747	БЛАЦЕ - ПЕТРОВЕЦ	
			413828	ГРАДМАНЦИ	
			413739	БАДАР	
			413933	КОЖЛЕ	
36	СКОПЈЕ	2509	414239	КОПАНИЦА	нема
			414239	КОПАНИЦА	
			414336	РАШЧЕ	
37	СТРУГА	2603	415421	МИСЛОДЕЖДА	нема
		0	415421	МИСЛОДЕЖДА	
			415090	БОГОЉЦИ	
			415111	БРЧЕВО	
			415383	ЛОКОВ	
			415529	ПОУМ	
			415545	Р'ЖАНОВО	
			415537	ПРИСОВЈАНИ	
38	СТРУГА	2604	415618	ФРАНГОВО	нема
			415618	ФРАНГОВО	
			415316	КАЛИШТА	
39	СТРУМИЦА	2701	416126	НОВО КОЊАРЕВО	нема
			416126	НОВО КОЊАРЕВО	
			415669	БАДОЛЕН	
			415677	БАЈКОВО	
			416363	СТИНИК	
			416355	СТАРО КОЊАРЕВО	
			416258	САМОИЛОВО	
40	ТЕТОВО	2801	416576	ВЕШАЛА	има
			416576	ВЕШАЛА	



			416541	БРОДЕЦ	
			416517	БОЗОВЦЕ	
41	ТЕТОВО	2804	416681	ГУРГУРНИЦА	нема
42	ТЕТОВО	2805	417351	ТЕНОВО	нема
43	ТЕТОВО	2808	416568	ВЕЈЦЕ	нема
44	ШТИП	3001	418803	ЛАКАВИЦА	нема
			418803	ЛАКАВИЦА	
			418498	БАЛТАЛИЈА	
			418510	БРЕСТ	
			418609	ДОЛАНИ	
			419079	СТЕПАНЦИ	
			419087	СУВО ГРЛО	
			419117	ТАНАТАРЦИ	
			419222	ЧИФЛИК	
			419257	ШОПУР	
			418552	ГОРАЧИНО	
			418919	НОВО СЕЛО	
			418986	ПУХЧЕ	
			418838	ЉУБОТЕН	
45	ШТИП	3002	418811	ЛЕСКОВИЦА	нема
46	ШТИП	3004	418978	ПРНАЛИЈА	нема
			418978	ПРНАЛИЈА	
			418641	ЕБЕПЛИЈА	
			418536	ВРТЕШКА	
			418790	КУЧИЦА	

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



4 Анекс бр. 2 на договорот за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита за 2011 година

Согласно законот за здравствено осигурување Фондот како купувач на здравствени услуги склучува и раскинува договори со здравствените установи, и тоа за период од 12 месеци од 1 април во тековната година до 31 март во наредната година, а доколку има нереализирани средства може да се склучат и за пократок период заклучно со 31 март наредната година. Со измените на законот за здравствено осигурување (Службен весник на РМ бр. 53 од 14.04.2011 година) предвидена е одредба која ќе се применува од 01.01.2013 година а со истата се уредува дека договорите ќе се склучуваат за период од 12 месеци од 1 јануари до 31 декември во тековната година, а доколку има нереализирани средства може да се склучат и за пократок временски период заклучно со 31 декември во тековната година. Согласно горенаведените измени на законот за здравствено осигурување Фондот одлучи договорите склучени за периодот од 1 април 2011 година до 31 март 2012 година да ги продолжи со анекс до 31.12.2012 година.

Фондот при конституирање на текстот на анексот за продолжување на договорот за 2011/2012 година спроведе преговори со сите комори кои ги претставуваат здравствените работници и имплементираше голем дел нивните барања но и самиот изготви одредби кои се во правец на олеснување на работењето на здравствените установи и нивната комуникација со Фондот.

На седница на управниот одбор на Фондот одржана на 05.04.2012 година, од страна на службите на Фондот беше предложен текст на анекс бр. 2 со кои се предвидуваат измени на договорите за извршување и плаќање на здравствените услуги во примарна здравствена заштита (општа медицина, гинекологија и стоматологија) и договорот со аптеките за начинот на плаќање на здравствените услуги со кои се врши обезбедување на осигурениците лица со лекови на рецепт од листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот во примарна здравствена заштита.

Со анексот бр. 2 се предвидуваат следните измени:

4.1 Договор за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита.

4.1.1 Општа медицина

- Во член 7 ставовите 3 и 4 кои се однесуваат на доставување на збирни фактури на крајот на секое тромесечје, и тоа една за фиксниот дел за месецот и една за износот на реализираните цели во тромесечјето, како и доставување на поединечни пресметки за капитација за секој избран лекар и извештаи за извршени здравствени услуги за секој избран лекар и за секој подрачна служба поединечно. Со оваа измена се намалува документацијата што ја доставуваат здравствените установи, времето за нејзина обработка, а со тоа и времето за пресметка на капитацијата.



- **Во член 9** се менува ставот 7 со што се предвидува дека целта се смета за постигната и во случај кога осигуреното лице нема да се јави на покана од избраниот лекар, а за истото постои доказ препорачано писмо со повратница.
- **Во член 25** во ставот 1 се додава нова реченица која се однесува на избраните лекари кои пружаат здравствена заштита во здравствени установи во рурални подрачја и села дека не се должни да се организираат да работат во смени со нивните замени заради специфичноста на подрачјето во кое се наоѓаат односно оддалеченоста од градот и седиштето на замената.
- **Во член 33** ставот 14 се намалува периодот по кој може да се склучи нов договор при раскинување на тековниот договор со изречена договорна казна од страна на Фондот, и тоа од 6 месеци на 1 месец што претставува големо олеснување за оние за кои е изречена договорна казна – раскинување на договор за 1 месец да можат повторно да склучат договор со Фондот. Овие лекари ќе започнат со нула осигуреници и за нив осигурениците ќе треба повторно да прават избор.

4.1.2 Стоматологија

- **Во член 6** ставовите 3 и 4 кои се однесуваат на доставување на збирни фактури на крајот на секое тромесечје, и тоа една за фиксниот дел за месецот и една за износот на реализираните цели во тромесечјето, како и доставување на поединечни пресметки за капитација за секој избран лекар и извештаи за извршени здравствени услуги за секој избран лекар и за секој подрачна служба поединечно. Со оваа измена се намалува документацијата што ја доставуваат здравствените установи, времето за нејзина обработка, а со тоа и времето за пресметка на капитацијата.
- **Во член 22** ставот 12 се намалува периодот по кој може да се склучи нов договор при раскинување на тековниот договор со изречена договорна казна од страна на Фондот, и тоа од 6 месеци на 1 месец што претставува големо олеснување за оние за кои е изречена договорна казна – раскинување на договор за 1 месец да можат повторно да склучат договор со Фондот. Овие лекари ќе започнат со нула осигуреници и за нив осигурениците ќе треба повторно да прават избор.

4.1.3 Гинекологија

- **Во член 7** ставот 3 кој се однесуваат на доставување на збирни фактури на крајот на секое тромесечје, и тоа една за фиксниот дел за месецот и една за износот на реализираните цели во тромесечјето, како и доставување на поединечни пресметки за капитација за секој избран лекар и извештаи за извршени здравствени услуги за секој избран лекар и за секој подрачна служба поединечно. Со оваа измена се намалува документацијата што ја доставуваат здравствените установи, времето за нејзина обработка, а со тоа и времето за пресметка на капитацијата.
- **Во член 9** се менува ставот 7 со што се предвидува дека целта се смета за постигната и во случај кога осигуреното лице нема да се јави на покана од избраниот лекар, а за истото постои доказ препорачано писмо со повратница.
- **Во член 25** во ставот 1 се додава нова реченица која се однесува на избраните лекари кои пружаат здравствена заштита во здравствени установи во рурални подрачја и села дека не се должни да се организираат да работат во смени со нивните замени заради



специфичноста на подрачјето во кое се наоѓаат односно оддалеченоста од градот и седиштето на замената.

- **Во член 30** ставот 13 се намалува периодот по кој може да се склучи нов договор при раскинување на тековниот договор со изречена договорна казна од страна на Фондот, и тоа од 6 месеци на 1 месец што претставува големо олеснување за оние за кои е изречена договорна казна – раскинување на договор за 1 месец да можат повторно да склучат договор со Фондот. Овие лекари ќе започнат со нула осигуреници и за нив осигурениците ќе треба повторно да прават избор.

4.2 Договорот со аптеките за начинот на плаќање на здравствените услуги со кои се врши обезбедување на осигурениците лица со лекови на рецепт од листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот во примарна здравствена заштита.

- **Во член 16** ставот 1 се менува при што со новата формулација се врши бришење на обврската аптеките да доставуваат поединечни фактури за издадени лекови по подрачни служби. Аптеките ќе имаат обврска да доставуваат 3 фактури за издадени лекови, и тоа за скапи лекови, за странски осигуреници за секоја држава посебно и фактура за останатите лекови од примарната позитивна листа. Со ова значително се поедноставува работењето и се намалува административната постапка.

Измената на членот 7 од општа медицина и гинекологија, членот 6 од општа стоматологија и измените во член 16 кај аптеките ќе се применуваат од 01.06.2012 година.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



5 Акциски план за развојот на трансплантацијата во РМ, со осврт на подзаконските акти

Фондот за здравствено осигурување на Македонија, подготви Акциски план за воведување на кадаверична трансплантација на бубрези во РМ.

Како прв чекор во овој акциски план е измена на Законот за земање и пресадување на делови од човечкото тело заради лекување, потоа следен чекор е донесување на подзаконските акти. Овие активности е планирано да се завршат до крајот на април оваа година.

Согласно Акцискиот план за трансплантација по измените на Законот и донесување на 13 уредби како подзаконски акти од страна на Владата, ќе следи и системско заокружување на процесот преку избор на Национален координатор, изготвување на клинички патеки на Клиниките кои се вклучени во процесот на трансплантација, добивање на решенија од МЗ за трансплантациони центри, лаборатории и координатори. Исто така како една од планираните активности е и добивање на меѓународни акредитации на установите вклучени во процесот на трансплантација и се разбира целиот процес треба да биде поддржан со медиумска кампања. Според акцискиот план очекувањата се дека најдоцна до јуни после долгогодишна пауза ќе биде направена трансплантацијата на орган од кадавер.

Во изминатиов период Фондот интензивно работеше на изготвување на 13 подзаконски акти од Законот за земање и пресадување на делови од човечкото тело заради лекување, кои беа презентирани вчера пред Министерот за здравство и пред експерти и медицински лица поврзани со трансплантацијата.

Предлог подзаконските акти од Законот за земање и пресадување на делови од човечкото тело заради лекување се изработени по примерот на Хрватска како лидер на трансплантацијата во Европа и според двете директиви на ЕУ од 2004-та и 2010 –та година за органи и ткива.

Овие уредби како подзаконски акти се ставени на web-страната на ФЗОМ за разгледување и се доставени до сите контакт лица од дваесетина здравствени установи кои имаат допирни точки со трансплантацијата, потоа се планирани состаноци каде би се добиле стручни мислења, консултации и сугестии од страна на стручњациите во областа на трансплантацијата, се со цел да не се испушти нешто што е важно, бидејќи се започнува со регулирање на еден нов систем во Република Македонија.

За оваа цел Фондот обезбеди средства за периодот 01.04.2012 до 31.12.2012 година, преку условни буџети за 5 трансплантации на детска хирургија на бубрези и црн дроб, 20 трансплантации на бубрези на урологија, 11 трансплантации на коскена срцевина на хематологија. Исто така обезбеди и дополнителни средства за 70 кадаверични трансплантации, а цената на една трансплантација е од 600.000 до 1 милион денар зависност од сложеноста на интервенцијата.



6 Најчесто поставувани прашања од спроведената едукација за Критериумите за привремена спреченост за работа

Во врска со измената на Правилникот за начинот, постапката и поблиските критериуми за утврдување на привремената спреченост за работа, ФЗОМ во периодот од 27.02.2012 година до 02.04.2012 година вршеше едукации на кои присуствуваа 568 лекари:

- 43 лекари вработени во Подрачните служби на Фондот,
- 40 лекари претставници од Здружението на приватни лекари на РМ
- 472 лекари специјалисти од јавните и приватните здравствени установи во РМ (Универзитетски клиники, Специјални болници, Општи болници, Здравствени домови, Приватни специјалички ординации и Приватни болници во РМ)
- 13 претставници од ДСЗИ од Министерството за здравство.

Едукацијата беше извршена со цел запознавање со новите Критериуми за боледување и измената на начинот и постапката за остварување на правото на привремена спреченост за работа, а со тоа и понатамошна правилна примена на истите.

Најчесто поставувани прашања на едукациите беа следните:

6.1 Што претставува поимот потесно семејство?

Согласно толкувањето од Секторот за правни работи на ФЗОМ добиено во Секторот за контрола со допис бр. 09-20518/3 од 26.03.2012 година како членови на потесното семејство на осигуреникот се сметаат: брачниот другар и децата родени во брак или вон брак, посиноците, посвоените деца, и децата земени на издржување, што значи дека од потесното семејство се исклучуваат бабата, дедото, внуците, свекорот, свекрвата и сл.

6.2 Колку дена ретроактивно може да се отвори боледување?

Согласно Правилникот за начинот, постапките и поблиските критериуми за утврдување на привремена спреченост за работа член 5 (сл. весник бр.95/2011), привремена спреченост за работа не може да се утврди ретроактивно освен во случај на болничко лекување и врз основа на извештајот на здравствената установа дека осигуреникот се наоѓа на болничко лекување или отпусно писмо по завршеното болничко лекување.



Како исклучок од погоре наведеното избраниот лекар може да утврди привремена спреченост за работа ретроактивно и во случај кога осигуреното лице направи посета кај избраниот лекар наредниот работен ден од денот на настанувањето на спреченоста за работа.

- **Дали за боледување до 15 дена треба да бидат направени сите дијагностички испитувања предвидени во Критериумот за соодветната дијагноза?**

Да.

- **Кој го издава Конзилијарното мислење?**

Конзилијарното мислење се издава на унифициран образец пропишан од ФЗОМ, во Јавни и Приватни здравствени установи кои вршат болничка дејност. Конзилијарното мислење треба да биде потпишано од страна на 3 специјалисти / субспецијалисти од иста или сродна специјалност и потпис од директорот од здравствена установа.

- **Дали треба Конзилијарното мислење да е од специјалисти од иста специјалност?**

Еден од потписниците на конзилијарното мислење треба да биде специјалистот/субспецијалистот кој го лекува осигуреникот. Другите двајца потписници може да бидат специјалисти од сродна специјалност доколку здравствената установа има дефицит од специјалисти од соодветната специјалност за лекување на дијагнозата за која е продолжено боледувањето со Конзилијарно мислење.

- **За осигурениците кои се оперирани во странство кој го издава Конзилијарното мислење за продолжување на привремена спреченост за работа над 60 дена?**

По предлог на избраниот лекар врз основа на фотокопија на медицинската документација издадена од здравствената установа во странство и доставен превод од истата, Првостепената лекарска комисија го продолжува боледувањето.

Осигуреникот по извршениот оперативен зафат продолжува да се лекува и следи неговата здравствена состојба во некоја од здравствените установи во Р. Македонија. Здравствената установа која го следи пациентот во постоперативниот период ќе го издава предлогот за боледување како и Конзилијарното мислење при потреба од продолжување на привремената спреченост за работа.



- **Дали Конзилијарното мислење за продолжување на привремената спреченост за работа над 60 дена за осигуреници на ФЗОМ ќе се прифаќа и од приватни здравствени установи кои немаат договор со ФЗОМ?**

Да, боледувањето може да се продолжи со отпусно писмо и/или специјалистички извештај и конзилијарно мислење од здравствени установи со болничка дејност кои немаат Договор со ФЗОМ, само доколку пациентот бил хоспитализиран и/или лекуван во таа здравствена установа. Конзилијарното мислење треба да биде издадено на образец пропишан од Фондот и истиот нема да се наплатува.

- **Кога има продолжување на боледувањето од лекарските комисии во подрачните служби на фондот кои заседаваат еднаш неделно, дали може тие веднаш да приговараат на периодот за кој е продолжено боледувањето (во образецот на ПЛК стои дека осигуреникот во рок од 3 дена по изрекувањето на решението треба да го обжали)?**

Доколку наодот, оценката и мислењето на ПЛК е негативен или пак е даден многу краток рок за продолжување на привремената спреченост за работа, осигуреникот може да го обжали истото во рок од 3 дена по изрекувањето.

Доколку во даден наод, оценка и мислење на ПЛК е назначен датумот на враќање на работа на осигуреникот а пред истекот на тој период се уште има потреба од боледување, по предлог на избраниот лекар, пред истекот на периодот одреден за боледување од ПЛК, повторно го праќа со нов предлог до ПЛК со можност за повторно продолжување на боледувањето согласно временската рамка.

- **За градовите каде што Лекарските комисии заседаваат само еднаш неделно, како ќе се отвори повторно боледување со иста шифра на дијагноза во рок од 30 дена, кога ПЛК треба да даде наод, оцена и мислење за оправданоста за отворање на тоа боледување, а притоа ПЛК заседава дури за 4-5 дена ?**

Во тој случај избраниот лекар го отвора боледувањето и дава предлог за боледување до ПЛК, и членовите на ПЛК даваат наод, оценка и мислење за продолжување или прекинување боледувањето.

Доколку наодот, оценката и мислењето на ПЛК е позитивно и боледувањето може повторно да се издаде со иста шифра на дијагноза и иста група избраниот лекар може да го издаде отвореното боледување.

Доколку наодот, оценката и мислењето на ПЛК е негативно, деновите од упатувањето до заседавањето на лекарските комисии не се оправдуваат, а избраниот лекар не го издава боледувањето. Од досегашната пракса и искуството од работата на Лекарските комисии, ова се инцидентни и спорадични случаи.

- **Во случај на отворање на боледување со иста шифра на дијагноза и иста група на дијагноза во рок пократок од 30 дена по затворање на претходното**



боледување, дали новото боледување е продолжување на претходното боледување и важат истите критериуми или тоа е ново боледување со прв ден на спреченост за работа?

Избраниот лекар отвора боледување со нов прв ден на спреченост за работа и од првиот ден осигуреникот го упатува на ПЛК која дава наод, оцена и мислење за оправданоста на повторното издавање на боледувањето.

- **Ако избран лекар го отвори боледувањето и потоа замине на боледување, годишен одмор итн. Дали неговата замена треба да го издаде боледувањето (или обратно)?**

Во случај на долготрајно отсуство на избраниот лекар неговата замена треба да го издаде боледувањето согласно Критериумите за боледување со направени дијагностичките испитувања и прегледи за боледување согласно критериумот за соодветната дијагноза и истите треба да бидат евидентирани во амбулантскиот дневник, компјутер и здравствената легитимација на осигуреникот. Доколку боледувањето е отворено и издадено од замената тој треба да го извести избраниот лекар со цел да биде евидентирано и во здравствениот картон на осигуреникот при првата посета на осигуреникот кај избраниот лекар.

Доколку осигуреникот има отворено боледување во ПЗУ на кое во меѓувреме му е раскинат договорот со ФЗОМ, осигуреникот потребно е да направи избор на нов матичен лекар кој врз основа на целокупната медицинска документација ќе го издаде боледувањето. Во изминатиот период ова особено беше нагласено кај избраните гинеколози кои имаа раскинат договор со Фондот поради непочитување на договорните обврски и осигурениците не можеа да ги остварат своите права. Чести се и случаеви на не прифаќање на нови осигуреници со образложение од матичните лекари дека имаат голем број на пациенти, што е спротивно од одредбите од договорот склучен со Фондот. Согласно законските прописи ниту еден доктор не треба да одбие осигуреник, доколку истиот сака да направи избор за матичен лекар со цел остварување на своите права од задолжителното здравствено осигурување.

- **Дали критериумит ќе се смета за исполнет ако е предвидено РТГ а е направено компјутер?**

Да, критериумот ќе се смета за исполнет доколку е направено рендген, компјутерско или магнетно иследување на соодветната регија.

- **Дали даден упат за одредено дијагностичко испитување се смета за исполнет?**

НЕ. За да се продолжи боледувањето согласно предвидената временска рамка потребен е резултат од дијагностичкото испитување.



- При појава на нова болест или повреда неповрзана со тековното боледување се отвора ново боледување со прв ден на спреченост за работа. Како ќе се извести работодавецот дека се затвора првото боледување кое е веќе продолжено од Лекарска комисија, а веќе во меѓувреме се затвора истото и се отвора ново со нова дијагноза?

За ново настанатата состојба болест или повреда избраниот лекар отвора ново боледување со нов прв дена на спреченост за работа по претходно затворање на првичното боледување и издавање на ИСП образецот со кој се известува работодавецот.

- Дали породилното боледување мора да почне 28 дена пред веројатниот термин за породување или може бремената жена да оди на работа до терминот за породување?

Согласно член 165 став 2 од Законот за работни односи (сл. Весник бр. 158/2010 година) “ Врз основа на наод од надлежниот здравствен орган, работничката може да го започне отсуството за бременост, раѓање и родителство 45 дена пред раѓањето, а задолжително 28 дена пред раѓање,„

Фондот постапува согласно истите, но не навлегува во делот кога е започнато породилното отсуство во смисла на ставот 2 од членот 165, ниту пак може истото да го цени. Имено, единствен релевантен факт за Фондот е породилното отсуство да започнало најдоцна од денот на раѓање на детето и истото може да трае 9 месеци, односно 270 дена.

- Кај боледување за нега на дете, доколку избраниот лекар на детето е педијатар дали критериумот ќе биде запазен ако прегледот е направен само од избраниот педијатар?

Ако во критериумот за боледување до 15 дена е предвиден преглед од специјалист/субспецијалист, за боледување за нега на дете прегледот може да го изврши педијатар од секундарна или терциерна здравствена заштита (СЗЗ, ТЗЗ), но не и од избраниот педијатар, бидејќи е лекар од примарна здравствена заштита (ПЗЗ). Односно лекарот од дејноста педијатрија има избрано да работи како матичен лекар од општа медицина во примарната здравствена заштита. Во минатото беше забележано дека многу од боледувањата за нега на дете и нега на член од потесното семејство се издавани од матичните лекари самостојно. Со измените во Критериумите за боледување до 15 дена предвиден е преглед од лекар специјалист, а како олеснителна околност при користење на боледување за нега на дете до 14 годишна возраст, Критериумот ќе се смета за исполнет доколку предвидениот



специјалистички преглед е направен и кај специјалист педијатар од СЗЗ/ТЗЗ

Ова значи доколку во критериумот за одредено заболување е предвиден лекар специјалист/субспецијалист инфектолог, трауматолог итн. критериумот ќе се смета за исполнет доколку прегледот е направен од лекар специјалист педијатар од СЗЗ/ТЗЗ.

- **Доколку е потребно да биде издадено боледување за дијагноза за која нема дефинирано критериум за боледување, дали може и до кога да се издаде боледувањето?**

Кога лекарот специјалист/субспецијалист треба да даде предлог за боледување за групите на МКБ – 10АМ за кои нема дефинирани критериуми за привремена спреченост за работа, истиот постапува врз основа на усвоени доктринарни ставови, дијагностички и терапевтски постапки, согласно медицина базирана на докази, само при постоење на објективни медицински индикации потврдени со дијагностички иследувања. Доколку боледувањето за кое нема дефиниран критериум според препораката на специјалистот треба да продолжи после 60-от ден потребно е конзилијарно мислење.

Сите специјалисти при издавање на препорака за боледување за кое нема дефинирано критериум за привремена спреченост за работа можат да достават предлог за дијагностички испитувања и временска рамка на e-mail silvanaa@fzo.org.mk.

- **Доколку боледувањето е отворено пред 1-ви април, каква е постапката за продолжување на боледувањето?**

Сите боледувања кои се отворени пред 01.04.2012 година доколку има потреба од продолжување на боледувањето по овој датум ќе продолжат во согласност со временската рамка утврдена во новите Критериуми и дијагностичките постапки предвидени во истите. Доколку боледувањето потребно е да биде продолжено над 60-тиот ден, а е во согласност со временската рамка утврдена во новите Критериуми, потребно е да биде доставено Конзилијарното мислење до Лекарската комисија на 30.05.2012 година, односно 60 дена од стапување на сила на новите Критериуми.

Доколку при продолжување на боледувањето по 01.04.2012 има надминување на утврдената временска во новите Критериуми истото може да се продолжи по доставено Конзилијарно мислење, обновена медицинска документација и наод, оценка и мислење на Лекарската комисија. Конзилијарното мислење потребно е да биде доставено до Лекарската комисија од првиот ден на надминување на временската рамка.



- **Кој ќе биде задолжен да го упатува осигуреникот за конзилијарно мислење?**

Избраниот лекар и/или специјалистот кој го лекува осигуреникот од СЗЗ доколку не е од ЗУ со болничка дејност. Доколку специјалистот е од ЗУ со болничка дејност истиот ќе учествува во потпишувањето и издавањето на конзилијарното мислење.

- **Осигуреник 20 дена лежи во болница, после 3 дена доаѓа кај матичен лекар. Каде треба да се упати на Комисија или на конзилиум, и дали треба да направи нови испитувања?**

Осигуреникот е должен да се јави кај избраниот лекар најдоцна во рок од 5 дена по завршување на хоспитализација за да се издаде боледување за хоспиталниот период. За продолжување на боледувањето по хоспиталниот период осигуреникот треба да се упати на ПЛК.

- **Кој се членови на конзилиумот и кој го формира конзилиумот?**

Формирањето на конзилиумот го одредува директорот и стручниот колегиум на здравствената установа од каде се издава конзилијарното мислење.

Секоја здравствена установа треба да изготви патека на движење за обезбедување на потребното конзилијарно мислење на осигурениците.

- **Дали при дневноболничко лекување покрај потврдата за дневноболничко лекување треба и конзилијарно мислење по 2 месеца?**

Покрај потврдата за дневноболничко лекување која треба да биде доставена до Лекарската комисија на секои 30 дена, по 60-от ден потребно е да биде доставено и конзилијарно мислење.

ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



7 Начин на утврдување на висина на договорен надомест за ПЗУ за специјалистичко консултативна здравствена заштита и ПЗУ лаборатории кои работат по упат од матичен лекар (ЛУ1) за втор, трет и четврт квартал 2012 година

Согласно доставените известувањата за продолжување на договорите со ФЗОМ, доставени од ПЗУ кои обезбедуваат специјалистичко консултативна здравствена заштита (сите дејности освен специјалистичка стоматологија) и ПЗУ лабораториите кои работат по упат од матичен лекар (ЛУ1), усвоени се договорени надоместоци за 2, 3 и 4 квартал 2012 година за **155 ПЗУ специјалисти и 105 ПЗУ лаборатории** кои работат по упат од матичен лекар.

Со цел да се обезбеди правилна и пропорционална распределба на средствата помеѓу ПЗУ-ата при определувањето на договорениот надомест за 2, 3 и 4 квартал 2012 година за ПЗУ и лабораториите, пресметките се базираат на следните параметри:

- вредност по тим во износ од 72.000 денари месечно
- договорениот надоместок за 2,3,4 квартал за 2011 година
- износ на реализирани здравствени услуги **над** вредноста на тимот и вредноста на договорениот надомест за 2011 година кои се искажуваа во посебни извештаи од страна на секое ПЗУ.

Така, за секоја ПЗУ договорениот надомест е утврден со износ за секој тим од 72.000 денари месечно и плус додаток кој се утврдува врз основ на структурното учество на обемот на искажани услуги над тимот односно договорениот надомест во 2011 година.

Едноставно кажано, фзо за прв пат вовеле транспарентна формула за утврдување на буџети на ПЗУ од СКЗЗ и лаборатории, каде тежините односно поголема прераспределба има кај оние ПЗУ-а кои работеле со сини картони многу повеќе отколку што им бил даван буџет.

Врз основа на овие параметри, утврден е надоместок за вкупно 105 лаборатории во износ од 100.4 милион денари. Според бројот на тимови со кои ФЗОМ има склучено договор во рамките на правните лица, надоместокот за 2,3 и 4 квартал 2012 година изнесува 89.4 милион денари додека 11 милиони денари се распоредени согласно процентуланото учество на секоја ПЗУ во структурата на реализирани здравствени услуги **над надоместокот**.

На ист начин утврден е надоместок за вкупно 155 ПЗУ кои обезбедуваат специјалистичко консултативна здравствена заштита (сите дејности освен специјалистичка стоматологија) во износ од 150.1 милион денари. Според бројот на тимови со кои ФЗОМ има склучено договор во рамките на правните лица, надоместокот за 2, 3 и 4 квартал 2012 година изнесува 120.7 милион денари додека 29.3 милион денари се распоредени согласно процентуаното учество на секоја ПЗУ во структурата на реализирани здравствени услуги **над надоместокот**.

Вкупната вредност на распоредените средства за осите овие ПЗУ е на исто ниво како и за претходниот период.



Фондот очекува со вреднување на секој поединечен тим со еднаков износ и учеството на реализираните услуги над надоместокот за 2011 година, дека ќе се утврди **правилен распоред на средствата** помеѓу сите ПЗУ кои имаат склучено договор со Фондот и им пружаат здравствени услуги на осигурениците.

8 Образложение за новите предлог квоти на аптеки

Почнувајќи **од 1 април 2012** започнува нов договорен период при што соодветно и подеднакво е извршена распределбата на месечниот износ на средства (квотите) за аптеките.

Уسوените квоти се добиени врз основа на дефиниран **начин на пресметка што е содржан во Правилникот** за утврдување на постапка за определување на месечниот износ на средства кои здравствената установа може да ги добие за издадени лекови на рецепт од листата на лекови на товар на средства на Фондот.

Овој правилник е изготвен **во соработка со Фармацевтската комора на Македонија**.

Согласно правилникот распределбата на квотите на почетокот на секој нов договорен период претставува одново определување на **квотите според следните критериуми:**

-50% од средствата се распределени според кадарот што го има аптеката и деловните односи на аптеката со ФЗОМ и

-50% од се пресметани според просечниот број на реализирани рецепти во последните 6 месеци.

Минатата година при преговорите со Фармацевтската комора на Македонија за договорните од април 2011 година до март 2012, **Фондот предложи измена во Правилникот, со што основен критериум за утврдување на квотите би била вкупната вредност на реализација во претходниот период искажана во финансиски средства**, односно вкупно остварениот обем на рецепти во парични единици. Со ова Фондот сметаше дека ќе се обезбеди најдобра распределба на средствата за лекови на рецепт и финансирање на аптеките соодветно на нивното работење и реализација во претходниот период.

Предложената измена, од страна на Фармацевтската комора на Македонија не беше прифатена и по нивно инсистирање беа задржани критериумите што во моментот се на сила. Фондот веќе неколку години наназад за сите правилници, одлуки и содржина на договорите соработува со соодветните комори кои што се претставници на сите лекари, стоматолози, фармацевти и итн. Од тие причини Фондот го прифати барањето на комората и на тој начин и оваа година ја направи



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

распределбата на средствата за квоти.

Од причина што Фондот и понатаму смета дека распределбата според реализацијата во парични единици е најдобар начин за определување на квотите **повторно ќе го покрене прашањето за оваа измена на правилникот.**

Во интерес на осигурениците, а без разлика дали оваа предлог измена на правилникот ќе биде прифатена од страна на комората, **најдоцна во месец јули 2012 година Фондот ќе направи нова прераспределба на квотите со цел да ги распредели средствата кои не се искористени од страна на аптеките кон оние аптеки кои имаат повисока реализација, со што Фондот планира да постигне подобро обезбедување на осигурениците со лекови на рецепт на товар на Фондот**



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk