

ИНФО БИЛТЕН



Фонд за здравствено осигурување
на Македонија



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

Инфо билтен издание бр. 18/2012



Содржина

1	Условни надоместоци за Јавните Здравствени Установи	3
2	Резултати од посети и анкети на ФЗОМ во Приватните Здравствени Установи општи ординации и Аптеки од Примарна Здравствена Заштита	6
3	Известување до сите избрани лекари и нивните замени	8
4	Измена на Одлука за Партиципација	9
5	Воведување на нови и измена на Референтни Цени на Здравствени Услуги	10
6	Складирање на документација во просториите на здравствената установа	12
7	Годишен Извештај за работата на ФЗОМ за 2011 година	13
8	Ослободување од учеството (Партиципација) во трошоците на здравствените услуги	15
9	Постапување по претставки од осигурениците за зголемување на нивото на доверба во ФЗОМ	19
10	ФЗОМ во извештаите на ДРЖАВНИОТ ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА –некогаш и сега-	23
11	Нов сервис за проверка на осигурување на ФЗОМ „Мое осигурување, мој догктор“	24
12	Најчесто поставувани прашања за сервисот на Фондот за здравствено осигурување „Мое осигурување, мој доктор“	25



1 Условни надоместоци за Јавните Здравствени Установи

Воведувањето на специфичен вид и обем како составен дел на договорите со дел од јавните здравствени установи за периодот од април 2011 до март 2012 година, ја постигна целта да се стимулираат здравствените установи да ги обезбедат оние услуги кои беа дефицитарни или несоодветно планирани. Имено, сите здравствени установи кои како составен дел на договорот имаа и план за специфичен вид и обем, во најголем дел истиот го реализираа и ги добија дополнителните условени средства.

На тој начин на осигурените лица им беа обезбедени одредени услуги во зголемен обем и квалитет, вклучително и современи методи на лекување со современа терапија, но се намалија и листите за чекање за одредени здравствени услуги. Исто така се зголеми одговорноста на конкретните ЈЗУ и се стимулираа директорите и докторите за отчетност и оправдување на сработеното. На тој начин се зајакна улогата на Фондот како стратешки купувач на здравствени услуги.

Поради тоа Фондот за здравствено осигурување при склучување на новите договори со јавните здравствени установи за обезбедување и извршување на здравствени услуги на осигурените лица за периодот од април 2012 заклучно со декември 2012 година, ја прошири листата на здравствените установи со кои договори и специфичен вид и обем, прикажан на посебен образец „План за специфичен вид и обем“, кој е прилог на договорот.

Оваа година листата се прошири најмногу со здравствени установи кои во изминатиов период добија нова опрема од Министерството за здравство, како што се компјутерски томографи и ангиографи во клиничките болници, а со цел да се поттикнат што поскоро да ја стават во функција во интерес на осигурените лица. Исто така, на почетокот од 2012 година се усвоија стандардите за дијализа и упатство за третман на лицата на дијализа, согласно медицина базирана на докази. Како резултат на тоа Фондот ги задолжи со условен надоместок сите центри за дијализа да ги вршат, односно оние центри кои немаат сопствени лаборатории и кабинети да ги упатуваат пациентите на задолжителните периодични испитувања.

Остварувањето на специфичниот вид и обем на здравствени услуги е директно поврзано со износот на договорениот надоместок за видот и обем на здравствените услуги од специфичниот план, а истите здравствената установа мора во целост да ги исполни на квартално ниво, за да го обезбеди договорениот надоместок.

Следењето на остварувањето на здравствените услуги утврдени во Планот за специфичниот вид и обем се спроведува на квартално ниво врз основа на фактурираните здравствени услуги и пресметката за остварениот планиран специфичен вид и обем, по истекот на секој квартал. Овие податоци потоа се споредуваат со податоците на Фондот добиени од ДСГ



груперот за ДСГ услугите како и со податоците од контролите спроведени на терен во здравствените установи.

Доколку здравствената установа не ги изврши планираните здравствени услуги, определени во планот за специфичен вид и обем, Фондот по истекот на секој квартал или шестмесечје ќе ги намали неискористените средства за таа намена.

Но, на здравствените установи им се дава можност доколку во наредните квартали остварат износ повисок од предвидениот, односно доколку ги остварат и здравствените услуги предвидени во Планот за специфичниот вид и обем за изминатите квартали, покрај планираните за наредните квартали, Фондот да им ги врати средствата.

За периодот април 2012 заклучно со декември 2012 година План за специфичен вид и обем на здравствени услуги е договорен со следниве 21 здравствени установи:

1. ЈЗУ Универзитетска клиника за торокална и васкуларна хирургија - за 59 васкуларни процедури, 162 процедури на граден кош и дигестивен тракт во вкупен износ од 23 милиони денари;
2. ЈЗУ Универзитетска клиника за хематологија - за 11 трансплантации на коскена срцевина во вкупен износ од 4.9 милиони денари;
3. ЈЗУ Универзитетска клиника за ревматологија - за третман на 85 лица со ревматоиден артрит со специфична терапија во вкупен износ од 20 милиони денари;
4. ЈЗУ Универзитетска клиника за детска хирургија - за 5 трансплантации на бубрези и црн дроб во вкупен износ од 3.3 милиони денари;
5. ЈЗУ Универзитетска клиника за урологија - за 20 трансплантации на бубрези во вкупен износ од 17.4 милиони денари;
6. ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести - за третман на 120 деца со цистична фиброза и третман на 100 деца со хормон за раст во вкупен износ од 67.7 милиони денари;
7. ЈЗУ Универзитетска клиника за очни болести - за 450 оперативни зафати на катаракта со фако метода во вкупен износ од 14.4 милиони денари;
8. ЈЗУ Универзитетска клиника за уво нос и грло - за вградување на 3 кохлеарни импланти во вкупен износ од 3.3 милиони денари;
9. ЈЗУ Универзитетска клиника за неврологија - за третман на 205 лица заболени од мултипна склероза со имуномодулаторна терапија во вкупен износ од 7.4 милиони денари;
10. ЈЗУ Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство – за биомедицинско потпомогнато оплодување за 40 осигуреници во вкупен износ од 3.2 милиони денари;
11. ЈЗУ Институт за трансфузиона медицина – за ХЛА ДНК типизација на 110 случаи при трансплантации на ткива и органи во вкупен износ од 2.8 милиони денари;
12. ЈЗУ УК за хируршки болести Св. Наум Охридски – за 420 испитувања со интравенска урографија и 1.800 испитувања со магнетна резонанца во вкупен износ од 15 милиони денари;
13. ЈЗУ Градска општа болница 8 Септември –за 470 оперативни зафати на катаракта со фако метода и 250 литотрипси на уринарни камења во вкупен износ од 22.2 милиони денари;



14. ЈЗУ Клиничка болница Битола – за 390 ангиографски интервенции и 90 литотрипсији на уринарни камења во вкупен износ од 19.4 милиони денари;
15. ЈЗУ Клиничка болница Тетово – за 180 ангиографски интервенции во вкупен износ од 12.5 милиони денари;
16. ЈЗУ Општа болница Прилеп - за 30 оперативни зафати на катаракта со фако метода во вкупен износ од 981.000 денари;
17. ЈЗУ Општа болница Гостивар – 540 ехокардиографски, 150 ендоскопски, 120 КТ испитувања, 22 лапароскопски операции и 3 ендоскопски процедурор за крваречки езофагеални варикси во вкупен износ од 2.4 милиони денари;
18. ЈЗУ Општа болница Куманово – 90 ендоскопски, 90 КТ испитувања, 22 лапароскопски операции и 3 ендоскопски процедурор за крваречки езофагеални варикси во вкупен износ од 1.6 милиони денари;
19. ЈЗУ Завод за превенција, лекување и рехабилитација на кардиоваскуларни заболувања Охрид – за 10 електрофизиолошки испитувања, 13 имплантации или замени на пејсмејкер, 225 перкутани коронарни интервенции и 30 хируршки процедури на вени во вкупен износ од 19.1 милиони денари;
20. ЈЗУ Институт Медицини факултет – за 500 ХЛА ДНК типизации на доброволни дарители за матични клетки во вкупен износ од 15 милиони денари;
21. ЈЗУ ЗД Скопје – за работата на 4 првостепени и 1 второстепена лекарска комисија во вкупен износ од 5.7 милиони денари;

Покрај овие, сите 19 центри за дијализа кои се во рамките на болниците се условени за вршење на задолжителни периодични испитувања на лица кои се на хронична дијализа, согласно медицина базирана на докази.

Заедно со специфичните планови за вид и обем на здравствени услуги, Фондот по прв пат вовеле и посебен образец за искажување на ургентни пациенти кои се со некомплетна документација за сите ЈЗУ кои имаат ургентни оддели. Преку доставување на увид на кварталниот Извештај Фондот ќе може подобро да ги следи пациентите кои немаат уредни документи за здравствено осигурување и поради тоа не можат да ги фактурираат до Фондот. Овој извештај не е врзан за средства преку условниот надоместок, тој служи само за евиденција и следење.

Фондот останува **доследен во спроведување на сите активности и мерки за обезбедување на навремени и квалитетни здравствени услуги кои се неопходни за осигурениците.**



2 Резултати од посети и анкети на ФЗОМ во Приватните Здравствени Установи општи ординации и Аптеки од Примарна Здравствена Заштита

Основна цел на Фондот за здравствено осигурување на Македонија е унапредување на здравствената заштита во РМ преку зголемување на квалитетот на здравствените услуги, како и имплементација на законските и договорните одредби. За таа цел ФЗОМ превзема мерки за подобрување на комуникацијата и соработката со сите субјекти во системот на здравствена заштита во Република Македонија и спроведува преговори со стручните комори и други субјекти со цел за формулирање на договорните одредби за правата и обврските на здравствените установи согласно законските одредби.

Едни од мерките воведени во 2011 година за подобрување на квалитетот на здравствените услуги кои се на товар на ФЗОМ се:

- Печатен рецептен образец на ФЗОМ кој се применува од 1 јули 2011 година, и
- Нов рецептен образец на ФЗОМ со примена од 1 декември 2011 година.

Со цел да се утврдат ефектите од овие мерки, ФЗОМ во април и мај 2012 година направи посети и анкети во ординации и аптеки од примарна здравствена заштита.

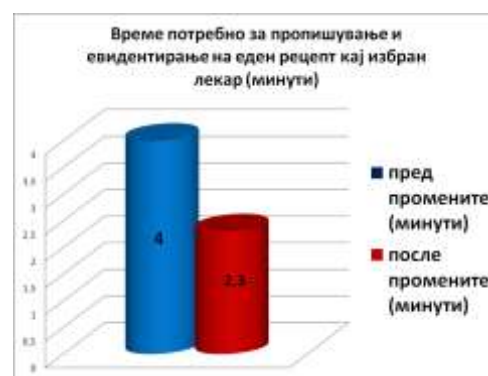
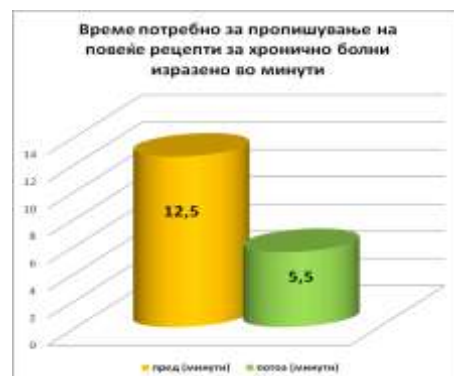
Анкетата во ординациите опфати:

- истражување на времето потребно за пропишување на рецепт за лек на товар на ФЗОМ,
- истражување на времето потребно за административно работење при посета и преглед на пациентот.

Анкетата во аптеките опфати:

- Истражување на времето потребно за обработка на еден рецепт и издавање на лек во аптека,
- Истражување на состојбата со враќање на осигуреници кај лекарот за корекција на рецептот.

Резултатите од посетите и анкетата во ординациите од примарна здравствена заштита покажаа дека просечното време за пропишување на рецепт кај избраниот лекар е намалено кај 94% од испитаниците. Сите анкетирани избрани лекари се изјаснија дека времето потребно за пропишување на повеќекратна терапија (месечна/тримесечна/шестмесечна) за хронично болни пациенти е значително намалено во однос на времето потребно да се пропише истата пред воведувањето на печатениот рецепт и новиот рецептен образец на ФЗОМ. Времето поминато кај избраниот лекар по осигуреник е намалено кај 35% од испитаниците. Резултатите се прикажани во следните графיקони:



Резултатите од посетите и анкетата во аптеките покажаа дека времето потребно за обработка и издавање лек на рецепт во аптеките е намалено кај 72% од испитаниците. Двојно е намален и бројот на осигуреници вратени за корекција на рецепт кај избраниот лекар. Резултатите се прикажани во следните графикони:

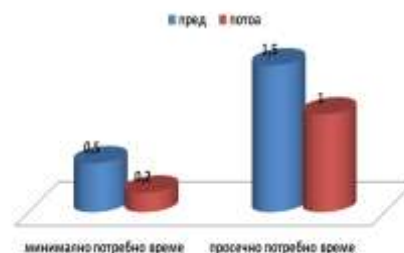
Споредба на времето потребно за издавање на лек на рецепт на товар на Фондот по испитаници



Од резултатите по спроведените анкети во ординации и аптеки од примарна здравствена заштита може да се заклучи дека:

- Печатениот рецепт значително го поедноставува, уточнува и забрзува изготвувањето на рецепт за лек на товар на ФЗОМ
- Квалитетот и времето на подготовка на рецепт за лек на товар на ФЗОМ директно зависи од начинот на организација на работењето во ординацијата
- Времето потребно за административно работење на избраниот лекар е намалено во корист на прегледот на пациентот, особено за хронични заболувања за кои дополнително се скратува времето преку можноста за пропишување рецепт за хронична терапија за 6 месеци
- Двојно е намалено времето просечно потребно во аптека за издавање на лек на рецепт на товар на ФЗОМ, со што е зголемено времето за подобра фармацевтска услуга на осигурениците
- Двојно е намален бројот на осигуреници кои од аптеките биле враќани кај лекарот за корекција на рецепт.

Споредба на времето потребно за обработка на рецепт и издавање на лек претходно и сега (минимум и просек во минути)



Осигуреници со неисправен рецепт или документација/просечно месечно



Фондот за здравствено осигурување на Македонија и понатаму ќе продолжи со активности и тоа со претстој во ординациите и набљудување на работењето во ординации кои имаат договор со ФЗОМ и со континуирана комуникација и обуки на стручниот кадар од ординациите и аптеките, се' со цел превземање на соодветни мерки за скратување на административната постапка и поквалитетна услуга за осигурениците на Фондот.



3 Известување до сите избрани лекари и нивните замени

Во врска со пропишувањето на лекови на рецепт од Листата на лекови кои се на товар на ФЗОМ за примарна здравствена заштита и со цел осигурените лица непречено да ја добиваат потребната терапија на товар на Фондот, по добиени поплаки и информации од осигуреници, ве информираме и укажуваме дека е потребно да обратите внимание при вашето секојдневно работење на следното:

- Избраниот лекар или неговата замена има право да врши пропишување на лекови на рецепт од Листата на лекови (позитивна листа) за примарна здравствена заштита, според условите наведени во истата, вклучително и за режимот на пропишување на лек и индикации за одредени лекови од истата,
- Избраните лекари пропишуваат терапија за осигурено лице по сопствено мислење и според мислење од лекар специјалист/ субспецијалист/ лекарски конзилиум соодветно. За лековите на рецепт од Листата на лекови на товар на Фондот кои се пропишуваат по предлог на лекар специјалист / субспецијалист или лекарски конзилиум, предлогот важи до денот на закажаниот контролен преглед, но не подолго од 1 година.
- Доколку терапијата препорачана од лекарот специјалист/субспецијалист/лекарски конзилиум е наведена по заштитено име на лек, **избраниот лекар е должен наведената терапија да ја пропише на рецептен образец на Фондот под соодветното генеричко име на лекот, според законските прописи и договорните одредби со ФЗОМ и не треба да го враќа осигуреното лице за корекција на документацијата.**

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



4 **Измена на Одлука за Партиципација**

На седницата одржана на 05.03.2012 година, Управниот одбор на ФЗОМ ја донесе Одлуката за измена и дополна на одлуката за одредување на висината на учеството на осигуреното лице во вкупните трошоци на здравствени услуги.

Оваа Одлука е објавена во Службен весник на РМ бр.54 од 27.04.2012 година и истата стапи на сила од **1 мај 2012 година**.

Измените кои се содржани во оваа одлука се однесуваат на следново:

- промена во *член 4 став 1 точка 4* во кој се прецизира дека учество на осигурените лица во вредноста на здравствената услуга (партиципација) ќе изнесува **20% од утврдената референтна цена САМО** кај лабораториските услуги - биохемиски анализи од БА1 до БА10 и БА13.
- за сите останати лабораториски услуги, вклучувајќи ги останатите биохемиски анализи и микробиолошки анализи, партиципацијата ќе се пресметува по скала.

Во случај кога за едно лице се вршат комбинирани анализи кај кои има различен пристап за пресметување на висината на партиципацијата (дел од услугите одат по скала а дел со 20% учество) во тој случај партиципацијата за вкупната вредност на услугите **се пресметува по скала**.

Со овој начин на регулирање на висината на партиципацијата, микробиолошката дејност и биохемиските анализи од ЛУ2 ќе бидат подеднакво третирана како и сите останати специјалистичко консултативни дејности. Истовремено со овој приод значително ќе се намалат средствата со кои осигурениците учествуваат во вредноста на здравствената услуга.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



5 Воведување на нови и измена на Референтни Цени на Здравствени Услуги

Како резултат на континуирана работа на Комисијата за референтни цени, направена е дополна и измена кај дел од референтните цени кои се однесуваат на здравствените услуги од специјалистичко консултативна здравствена заштита.

1. Во Службен весник на РМ бр.54 од 27.04.2012 година, објавена е Одлука за измена и дополна на одлуката за утврдување на референтни цени во специјалистичко консултативна здравствена заштита. Измената се однесува на повлекување од употреба на дел од здравствените услуги кои се однесуваат на микробиолошките анализи. Имено, во соработка со Здружението на микробиолози, беше утврдено дека услугите кои се повлекуваат всушност веќе се содржани во другите здравствени услуги и можат да се искажуваат на друг начин. Оттука, од 1 мај 2012 година НЕ СЕ во примена следниве услуги:

Шифра	Назив	Референтна цена
PC2	Брис од грло, брис од нос, брис од јазик, брис од усна шуплина со 1ИД и 1антибиограм	2.000
PC4	Култура на бронхиален аспират; култура на спутум со 1ИД и 1антибиограм	2.200
OU2	Брис од конјуктива; брис од ангулус на усна шуплина; брис од очи со 1ИД и антибиограм	2.200
OU4	Брис од ангулус на усна шуплина со 1ИД и 1антибиограм	2.000
DC2	Култура на гастричен аспират, копрокултура стандардна, ректарен брис со 1ИД и 1 антибиограм	2.200
UC4	Брис од вулва со 1ИД и 1антибиограм	2.000
UC7	Брис од вагина, брис од цервикс, уретрален брис, спермокултура - со 1ИД и 1антибиограм	2.200
OA2	Брис од дојка, брис од кожа со 1ИД и 1антибиограм	2.000
OA4	Култура на ексудат, брис на рана, култура на пунктат, брис од тубус-со 1ИД и 1 антибиограм	2.200
OA6	Брис од тубус со 1ИД	2.200
OA12	Хемокултура аеробна со 1ИД И 1 антибиограм	2.000
OA14	Хемокултура анаеробна со 1ИД и 1антибиограм	2.500
OA16	Идентификација по микроорганизам	580
OA17	Антибиограм	550
OA28	IMULITE	2.000



2. Во Одлуката за утврдување на референтни цени на пакети на завршени епизоди на лекување за специјалистичко – консултативна стоматолошка здравствена заштита на специфични и комплексни случаи, направена е дополна со нова група на пакети кои се однесуваат на областа на болести на заби и ендодонтот. Имено во првичната одлука беа донесени пакети со референтни цени за две групи и тоа: пакети на завршени специјалистичко - консултативни услуги од областа на детска стоматологија и пакети од областа на орална патологија и пародонтологија (болести на устата и парадонтот). Со цел да бидат опфатени сите здравствени услуги кои се однесуваат на комплексни и специфични случаи од областа на стоматологијата, донесени се следниве пакети:

Шифра	Назив на здравствена услуга	Референтна цена
Б301	Ендодонтска терапија на еднокорен заб	1.500
Б302	Ендодонтска терапија на повеќекорен заб	1.950
Б303	Терапија на интерен гранулом	1.900
Б304	Ендодонтска терапија на компликации од протетска рехабилитација	1.400
Б305	Ендодонтски третман на периапикални лезии	2.100
Б306	Ретретман на ендодонтски третирани заби	2.200
Б307	Третман на рест пулпит	1.600
Б308	Подготовка на заб за интраканален имплант	2.100
Б309	Поставување на парапупални колчиња кај витални заби со дефинитивно полнење	1.000

Референтните цени на пакетите и услугите од специјалистичко - консултативната здравствена заштита од областа на болести на забите и ендодонтот ќе стапат на сила со денот на објавување во Службен весник на Република Македонија (се очекува да бидат објавени во Службен весник).

ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



6 Складирање на документација во просториите на здравствената установа

Почнувајќи од **1 април 2012 година**, согласно измените во начинот на фактурирање на здравствени услуги, здравствените установи кои пружаат услуги во специјалистичко консултативна и дневна болница започнаа со чување и складирање на пресметките со пропратната оригиналната документација во сопствени простории.

По исклучок, здравствените установи кои немаат можност за складирање на документацијата во почетокот на имплементација на ваквиот начин, ФЗОМ овозможи и понатаму пресметките и пропратната документација да се доставуваат до подрачните служби се до моментот на обезбедување на услови, но **не подоцна од 1 септември 2012 година**.

Со цел да се има соодветна евиденција, ФЗОМ достави прашалник до сите ЈЗУ во кој здравствените установи беа должни да се произнесат за начинот на чување на документацијата. Така од вкупно 112 јавни здравствени установи, од 1 април 2012 година 70 установи се изјаснија дека ќе ја чуваат документацијата во сопствени простории додека останатите 42 ќе продолжат да ја носат документацијата во подрачните служби на ФЗОМ се до моментот додека не обезбедат соодветен простор за чување на истата.

Со воведување на оваа новина, ФЗОМ очекува да се намалат трошоците на здравствените установи за транспорт на документацијата, да се елиминира можноста за губење на дел од пропратната документација при транспорт, намалување на трошоците за умножување на документите и слично.

Во таа насока, за да се дефинира и унифицира начинот на складирање на документацијата како и начинот на контрола на истата, ФЗОМ усвои две упатства и тоа:

1. Упатство за здравствени установи за начинот на контрола и складирање на оригинална документација од пружени здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничката здравствена дејност достапен на веб страната на ФЗОМ:

(<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Upatstvo%20za%20zdravstveni%20ustanovi%20za%20kontrola%20i%20skladiranje%20na%20dokumentacija%20-%2028-03-12.pdf>) и

2. Упатство за начинот на контрола на оригинална документација од пружени здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена дејност.

Со првиот документ се определува начинот на чување и складирање на документацијата додека вториот документ има за цел да го појасни начинот на контрола на складираната документација во просториите на здравствените установи.

При тоа, здравствените установи се задолжени да ја чуваат документацијата на начин кој ќе обезбеди:

- достапност
- прегледност
- хронолошка подреденост

Исто така, документите од последните 6 месеци мораат да бидат достапни за контрола од страна на Фондот, додека по извршената контрола документацијата може да се пакетира и чува во период од 5 години, согласно Законот за архивско работење.



7 Годишен Извештај за работата на ФЗОМ за 2011 година

На седницата на Управниот одбор, одржана на 26 април 2012 година, беше усвоен Годишниот извештај за работата на ФЗОМ во 2011 година.

Годишниот извештај ги презентира трендовите во врска со правата на осигурениците и користењето на средствата од здравственото осигурување. Покрај тоа, презентирани се сите активности преземени од страна на ФЗОМ во претходната година.

Новина во овој извештај е тоа што изобилува со анализи на трендовите и споредби со останатите земји за одредени појави, како и потенцирање на најуспешните проекти од претходната година, што во најголем дел се посебно истакнати во извештајот.

Во првиот дел од годишниот презентирано е движењето на бројот на осигурениците и нивната структура од повеќе аспекти.

Вториот дел е наменет за остварените права од страна на осигурениците, како што се направените превентивни прегледи од матичните лекари, услугите направени во специјалистичко-консултативната и болничка здравствена заштита, остварените права за биомедицинско потпомогнато оплодување, издадените лекови и помагала, надоместоците за боледување и породилни и останатите права кои произлегуваат од здравственото осигурување.

Во третиот дел се прикажани податоци за склучените договори меѓу ФЗОМ и давателите на здравствени услуги, нивната вредност и податоци за утврдувањето на референтите цени на ФЗОМ.

На крај четвртиот дел се однесува на работењето на ФЗОМ, што вклучува приказ на финансиски податоци за ФЗОМ, правните постапки, трезорското работење, контролната функција на ФЗОМ, управувањето со човечките ресурси, информатичкиот систем, работата на Управниот одбор и друго.

Од аспект на податоците што се презентирани во извештајот би ги истакнале следните значајни движења:

➤ Во однос на претходната година за околу 11% зголемени се остварените превентивни прегледи од матичните општи лекари и гинеколози, а со ваквиот континуитет се очекува генерално подобрување на здравјето на осигурениците.



- За 1,7% намален е бројот на болничките денови што укажува на подобрена ефикасност на здравствените установи во споредба со претходната година.
- Во споредба со 2010 година, за околу 7% зголемен е бројот на реализирани рецепти и износот за лекови на рецепт.
- Во 2011 година здравствените услуги ги обезбедуваа вкупно 3.533 приватни и 111 јавни здравствени установи.
- Во соработка со здравствените установи беа ревидирани или донесени како нови, вкупно 889 цени на здравствени услуги, лекови и помагала.
- Средствата со кои располагаше ФЗОМ во 2011 година беа за околу 6% повисоки во споредба со претходната година, но истите во однос на БДП беа пониски и тоа од 4,64% на 4,60%.

Според бројот и важноста на активностите што беа спроведени, генерален е заклучокот дека минатата 2011 година беше успешна за ФЗОМ. Имено, успешно беше воведено трезорското работење на јавните здравствени установи, со „условните буџети“ и „терцијарот“ се направи уште еден чекор кон целта на ФЗОМ за стратешки купувач на здравствени услуги, а се востанови и пракса на редовна комуникација со здруженијата и коморите кои значајно влијаеја врз проектите што ги спроведува ФЗОМ. Покрај наведените, во извештајот подетално презентирани сите останати активности на ФЗОМ во 2011 година.

Повеќе информации за сите активности на ФЗОМ, како и податоци за правата на осигурениците, договорите и финансиските средства, можете да се погледнат во Годишниот извештај за работата на ФЗОМ за 2011 година на следнава интернет адреса:

http://www.fzo.org.mk/Godisen_izvestaj_za_2011_godina

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



8 Ослободување од учеството (Партиципација) во трошоците на здравствените услуги

Ослободувањето од учество на осигурените лица со лични средства при користењето на здравствени услуги и лекови е уредено со членот 34 од законот, според кој од учеството утврдено во член 32 на овој закон се ослободуваат:

- осигурените лица за лекарски преглед кај избраниот лекар и итна медицинска помош на повик;
- децата со посебни потреби, според прописите за социјална заштита;
- корисници на постојана парична помош, лицата сместени во установи за социјална заштита и во друго семејство, според прописите за социјална заштита, освен за лековите од листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство;
- душевно болни лица сместени во психијатриски болници и ментално ретардирани лица без родителска грижа и
- осигурените лица кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита, освен за лековите од листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство, во износ повисок од 70% од просечната остварена месечна плата во Републиката во претходната година.

Просечната плата во претходната 2011 година изнесува 20.847 денари.

Оваа одредба се однесува за осигурените лица кои оствариле вкупен приход во семејството еднаков или поголем од просечната плата во РМ (= или > од 20.847 денари) или 70% од 20.847 денари изнесува 14.593 денари и кои во текот на оваа година платиле учество во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита

Со ставот 2 на членот 34 е уредено дека за осигурените лица кои остваруваат месечен нето приход во семејството помал од просечната плата во Републиката во претходната година, како и за одредени возрасни групи, Фондот со општ акт, на кој министерот за здравство дава согласност, ќе определи понизок износ за ослободување од плаќање на партиципација од износот утврден во став 1 алинеја 4 на овој член.

Оваа одредба има социјален карактер, односно според висината на остварените приходи во семејството се утврдува максимумот на учеството што треба да го плати осигуреното лице во една календарска година, а исто така со оваа одредба се заштитуваат одредени старосни популации на населението (деца од 1-5 години, односно од 5 до 18 години и лица постари од 65 години) без оглед на тоа што остварените приходи во семејството се поголеми од просечната плата остварена во Република Македонија во претходната година.

Оваа одредба од законот е до разработена со членот 8 од **Одлуката за учество на осигурениците во трошоците на здравствените услуги и лекови,**

Според став 1 на членот 8 од одлуката,, осигурените лица чиј месечен приход во семејството е помал од просечната нето плата остварена во Републиката во претходната година, кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко - консултативната и болничката



здравствена заштита во износ повисок од 40% од просечната месечна нето плата остварена во Републиката во претходната година, се ослободуваат од плаќање на учество при натамошното користење на здравствени услуги, освен за лекови од Листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство.

Оваа одредба се однесува на осигурените лица кои во претходната година оствариле вкупен приход во семејството помал од просечната плата во РМ (20.847 денари) и кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко - консултативната и болничката здравствена заштита во износ повисок од 40% од просечната месечна нето плата кое изнесува 8.399, денар ($20.847 \times 40\% = 8.399$)

Според став 2 на овој член, осигурените лица чиј месечен приход во семејството е помал од 60% од просечната нето плата остварена во Републиката во претходната година, кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко - консултативната и болничката здравствена заштита во износ повисок од 20% од просечната месечна нето плата остварена во Републиката во претходната година се ослободуваат од плаќање на учество при натамошно користење на здравствените услуги, освен за лекови од Листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство.

Оваа одредба се однесува за осигурените лица кои оствариле вкупен приход во семејството помал од 60% од просечната плата во РМ ($20.847 \text{ денари} \times 60\% = 12.508$) односно оствариле приход помал од 12.508 денари и кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко - консултативната и болничката здравствена заштита во износ повисок од 20% од просечната месечна нето плата што изнесува 4.169 денари ($20.847 \times 20\% = 4.169$)

Според став 3 на овој член, осигурените лица деца од 1 до 5 години возраст, кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко - консултативната и болничката здравствена заштита во износ повисок од 20 отсто од просечната месечна нето плата остварена во Републиката во претходната година се ослободуваат од плаќање на учество при натамошното користење на здравствени услуги, освен за лековите од Листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство.

Оваа одредба се однесува за децата од 1 до 5 годишна возраст и се ослободуваат од учество ако во текот на календарската година платиле учество во специјалистичко - консултативната и болничката здравствена заштита во износ повисок од 20 отсто од просечната месечна нето плата, односно ако платиле износ повисок од 4.169 денари ($20.847 \times 20\% = 4.169$ денари)

Според став 4 на овој член, осигурените лица, деца од 5 до 18 години возраст и лица постари од 65 години, кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко - консултативната и болничката здравствена заштита во износ повисок од 40 отсто од просечната месечна нето плата остварена во Републиката во претходната година, се ослободуваат од плаќање на учество при натамошното користење на здравствени услуги, освен за лековите од Листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство.

Оваа одредба се однесува за децата од 5 до 18 годишна возраст и лицата кои се постари од 65 години и истите се ослободуваат од учество ако во текот на календарската година платиле учество во специјалистичко - консултативната и болничката здравствена заштита во износ



повисок од 40 % од просечната месечна нето плата, односно ако платиле износ повисок од 8.399 денари (20.847 x 40 % = 8.399 денари)

Од ова произлегува дека одредбите од ставот 1 и 2 на членот 8 од одлуката се однесува на осигурени лица чиј приход во семејството е помал од просечната плата остварена во Републиката во претходната година, односно нивниот приход е помал од 60% од просечната нето плата остварена во Републиката во претходната година и **имаат за цел да заштитат одредени социјални групи од населението.**

Според тоа за овие осигурени лица ослободувањето од натамошното учество го врши Фондот со решение, **врз основа на вкупните приходи во семејството.**

Од друга страна пак, одредбите од став 3 и 4 на член 8 од одлуката се однесуваат на одредени возрастни групи на осигурени лица и **имаат за цел да заштитат одредена популација од населението (деца од 5-18 години и лица постари од 65 години).**

Според тоа, за овие осигурени лица ослободувањето од натамошното учество го врши Фондот со решение **само врз основа на возраста на осигурените лица**, без разлика на остварените приходи во семејството, поради што како доказ се бара извод од книгата на родени за децата, односно лична карта во копија за лицата постари од 65 години..

Ставот 4 на членот 8 од одлуката (за деца од 5 до 18 години и за лица постари од 65 години) се применува само во случаите кога на овие осигурени лица треба да се примени алинејата 5 на став 1 од член 34 од Законот за здравственото осигурување (или членот 7 од одлуката), односно доколку истите имаат месечен приход во семејството повисок од просечната месечна плата остварена во Република Македонија во претходната година.

Но во случаите доколку овие лица оствариле месечен приход во семејството помал од 60% од просечната месечна плата во претходната година, односно помал од 12.508 денари , се применува ставот 2 на член 8 од одлуката при што доколку во текот на годината платиле учество во специјалистичко - консултативната и болничката здравствена заштита во износ повисок од 20% од просечната месечна плата во Република Македонија во претходната година, освен за лековите од листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство, се ослободуваат од плаќање на учество до крајот на тековната година.

Доколку осигуреното лице платило повисоко учество од учеството утврдено со Одлуката за учество на осигурениците во трошоците на здравствените услуги и лекови, може да побара од Фондот да му се надомести (рефундира) повеќе платениот износ.

Покрај ослободувањето од учеството според Законот за здравственото осигурување, за одредени заболувања (само во врска со тоа заболување) предвидени се ослободувања и со превентивните програми за здравствена заштита и програмата за крводарителите.



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

Исто така со прописите со кои се уредени посебните права на учесниците во НОВ и воените инвалиди, од учество во трошоците при користење на здравствена заштита, освен за користење на лекови, незадолжителна имунизација и лекување со природни фактори ослободени се:

- воените инвалиди
- корисници на семејни инвалиднини кои тоа право го оствариле како членови на семејството на паднат борец
- носители на “партизански споменици 1941“
- носители на орден народен херој



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

www.fzo.org.mk



9 Постапување по претставки од осигурениците за зголемување на нивото на доверба во ФЗОМ

Согласно Статутот на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, Фондот ги спроведува правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување, односно во делокругот на работа обезбедува остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица, се грижи за законито остварување на нивните права и им дава стручна помош при остарувањето на нивните права и интереси.

Во тој контекст и во име на грижа и заштита на осигуреникот, Фондот навремено постапува по сите претставки од осигурениците, доставени по електронска пошта (e-mail), телефонско јавување и писмено доставени претставки, за максимално овозможување на осигурениците да им се излезе во пресрет во остварување на нивните права дадени со Законот за здравствено осигурување.

За таа цел, во 2007 година е отворен инфо-меилот (info@fzo.org.mk) и во 2008 година е отворена бесплатна инфо-линија (080033222) за совети, информации и претставки од осигурениците.

Покрај доставување на претставки по електронски пат, осигурениците почесто се определуваат за писмено доставување на претставките преку архивата на Фондот, на кои Фондот постапува и одговара согласно законскиот рок од Законот за постапување по претставки и предлози.

На почетоците на отворањето на електронската комуникација со Фондот во 2008 година дневно се регистрираа во просек по 20 повици и се добиваа по петнаесеттина мејлови, додека сега овие бројки се далеку поголеми. Имено, во текот на денот во просек има по 50 повици, а на инфо мејлот пристигнуваат по 30 прашања.

Во периоди кога во ФЗОМ се реализираат одредени проекти или измени на законската регулатива поврзана со работењето на Фондот, јавувањето на осигурениците на инфо линијата и на инфо мејлот, како и на претставките на осигурениците значително се зголемуваат.

Во текот на 2011 година на инфо линијата вкупно се регистрирани 13.356 повици, а на инфо мејлот се пристигнати 14.625 прашања, а преку архивата на Фондот пристигнати се во пишана форма 136 претставки од осигуреници.

Оваа бројка на јавувања и претставки од осигуреници покажува за зголеменото ниво на доверба во Фондот, со оглед на тоа што по извршените контроли, констатациите и постапувањето по нив се најчесто во корист на остварување на правата на осигурениците.

Осигурениците се интересираат за најразлични прашања од сферата на здравственото осигурување, кои се најчести во периодот на измени и новини во законската регулатива на Фондот, како на пример: како да го променат избраниот лекар, кога треба да се отвори породилното боледување, дали на рефундирање подлежат сите или само лековите од позитивната листа и многу други прашања.



Меѓутоа, покрај прашања на инфо линијата и на инфо мејлот често пати пристигнуваат и поплаки и претставки од осигурениците Тие најчесто се однесуваат на забележани неправилности во работењето на избраните (матичните) лекари и на избраните гинеколози.

Имено, осигурениците се жалат дека и покрај тоа што согласно законот прегледот кај избраниот лекар е бесплатен, истиот им се наплаќа во дел од ординациите на избраните лекари.

Претставките особено се евидентни во однос на избраните лекари – гинеколози, кои на осигуреничките им наплаќаат за ехо преглед иако истиот е бесплатен, а за пап тест и микробиолошки брисеви со син картон им наплаќаат над сумата што ја определува Фондот. Потоа, им ги наплаќаат бесплатните прегледи на трудниците или, пак, ги условуваат осигуреничките со еден приватен преглед кој го наплаќаат, доколку сакаат да бидат пријавени како матични пациенти кај определен гинеколог. Има поплаки и во однос на тоа дека, и покрај договорната обврска, матичните гинеколози не сакаат да примаат нови осигуреници.

Осигурениците неправилностите во работењето на ординациите најчесто ги пријавуваат анонимно преку телефон. За да може контролата на Фондот да постапи по одредена телефонски добиена претставка, осигурениците се охрабруваат да ја поднесат истата до ФЗОМ преку инфо мејлот или во архивата на Фондот, со основните потребни податоци и докази за неправилностите. Оттаму, претставките се препраќаат во Секторот контрола при ФЗОМ, каде, исто така, се јавуваат осигурениците или директно ги доставуваат претставките.

За таа цел во Секторот контрола во почетокот на 2009 година е формирано Одделението за мобилна и дежурна контрола, во чија надлежност се контролите по претставки добиени од осигурениците, како и контроли по укажувања, сознанија и информации за неправилности во работењето на здравствената установа. Во делокругот на работа на ова одделение се и контролите на боледувања по барањ ана работодавецот.

Потребата за формирање на Одделението за мобилна и дежурна контрола произлезе од грижата и одговорноста за осигуреникот, односно давање можност на осигуреникот во секое време да се обрати и да добие одговор и стручна помош при остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување дадени со Законот.

Во контекст на गरेкажаното е и податокот што од 02.04.2012 година, во Одделението за мобилна и дежурна контрола отпочна со работа втора смена, со работно време од 12h – 20h, со отворена инфо линија за пријавување на претставки, со можност веднаш да може да се постапи по добиената претставка.

ФЗОМ своите мобилни контроли ги остварува по пријава на осигурениците кои укажуваат за неправилност при остварување на здравствена услуга во здравствена установа која што има договор со Фондот, како и по сознанија и сомнеж за неправилности во работењето на здравствените установи.



Меѓутоа, треба да се нагласи дека на инфолинијата откако во разговорот ќе им се укаже на осигурениците дека треба да поднесат претставка за да се изврши контрола во некоја од ординациите, тие многу често се обесхрабруваат да го сторат истото, плашејќи се дека ќе го „налутат“ избраниот лекар.

Токму од тие причини, во 2011 година само 83 од вкупно 287 поплаки на инфо линијата завршиле со писмено доставени претставки.

Во контролите по претставки на осигуреници, покрај овластените лица за контрола од Одделението за мобилна и дежурна контрола, постапуваат и останатите овластени лица од Секторот за контрола (од Одделот за примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита) во зависност од тоа од кое ниво на здравствена заштита е ординацијата за која е доставена претставка

Контролата по претставки ја вршат најмалку две овластени лица за контрола согласно Правилникот за овластувања и начин на работа на контролата на ФЗОМ.

Пред да се изврши контролата на терен, односно во здравствената установа за која е доставена претставка, овластените лица за контрола превземаат подготвителни активности во смисол на прибирање на информации од базата на податоци во Фондот, релевантни и потребни за вршење на контролата.

Податоци за извршени контроли и постапување по претставки за 2011 година

Во текот на 2011 година до **Секторот контрола** пристигнати се **136** претставки, и тоа: **118** претставки преку архива во пишана форма и **18** претставки по e-mail и за истите е постапено со извршена контрола во здравствената установа.

Од страна на **Одделението за мобилна и дежурна контрола** извршени се **50 контроли**, (42 по добиени претставки во пишана форма преку архива и 8 по добиени претставки по e-mail).

Од страна **Одделите за примарна, специјалистичка и болничка здравствена заштита на Сектор контрола** извршени се **86 контроли** (76 по добиени претставки во пишана форма преку архива и 10 по добиени претставки по e-mail).

Најчести неправилности констатирани при контролите од страна на **Сектор контрола** по претставки на осигуреници, се:

- Наплата на дополнителни средства кај избраните гинеколози за Ехо-преглед, колпоскопски преглед – спротивно на Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување;
- Наплата на дополнителни средства за ПАП –тест и микробиолошки брисеви, над дефинираниот износ за партиципација согласно Одлуката за партиципација;



- Наплата на дополнителни средства за преглед кај избран лекар по општа медицина, спротивно на Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување;
- Наплата на дополнителни средства за аплицирање на задолжителната ампуларна терапија, спротивно на пропишаната партиципација согласно Одлуката за партиципација;
- Наплата на партиципација на крводарител, воен инвалид, спротивно на законските акти на ФЗОМ;
- Користење на факсимилот на избраниот лекар од друго лице;
- Претставка за несоодветно однесување на избраниот лекар;
- Присуство на неовластено лице во ординацијата на избраниот лекар ;
- Во здравствената установа пружени се здравствени услуги на осигурениците за дејност која не е соодветна на дејноста за која е регистрирана здравствената установа со решение од МЗ.
- Пропишана терапија спротивно на режимот на пропишување од позитивната листа на лекови
- Неиздавање на медицинска документација за потврда на здравствената состојба на осигуреното лице (ДСГ образец, Конзилијарно мислење)
- Непоседување на лек од позитивната листа на лекови и медицински потрошен и вграден материјал кој здравствените установи се обврзани да ги имаат.

По сите **186 претставки** дадени од осигуреници извршени се контроли во здравствените установи од страна на овластени лица за контрола, при што се **констатирани неправилности во 61 здравствена установа**, на кои им се изречени договорни казни од страна на Комисијата за оценување на услови за изрекување на договорни казни.

По извршените контроли, на **12 здравствени установи** од страна на Фондот **им е наложено да ги вратат парите на осигурениците** за дополнително наплатени средства, констатирани при контролите по добиените претставки.

За останатата наплата на дополнителни средства констатирана при контролите, не беше возможно враќање на средствата на осигурениците бидејќи претставките беа анонимни.

ФЗОМ ги охрабрува осигурениците да ги пријавуваат во нашата институција сите неправилности на здравствените установи при остварување на нивните права од задолжителното здравствено осигурување.

Тоа може да го сторат писмено во архивата на Фондот, на бесплатната инфо линија (080033222), на бројот 078/339 180 и преку инфо мејлот на Фондот: info@fzo.org.mk

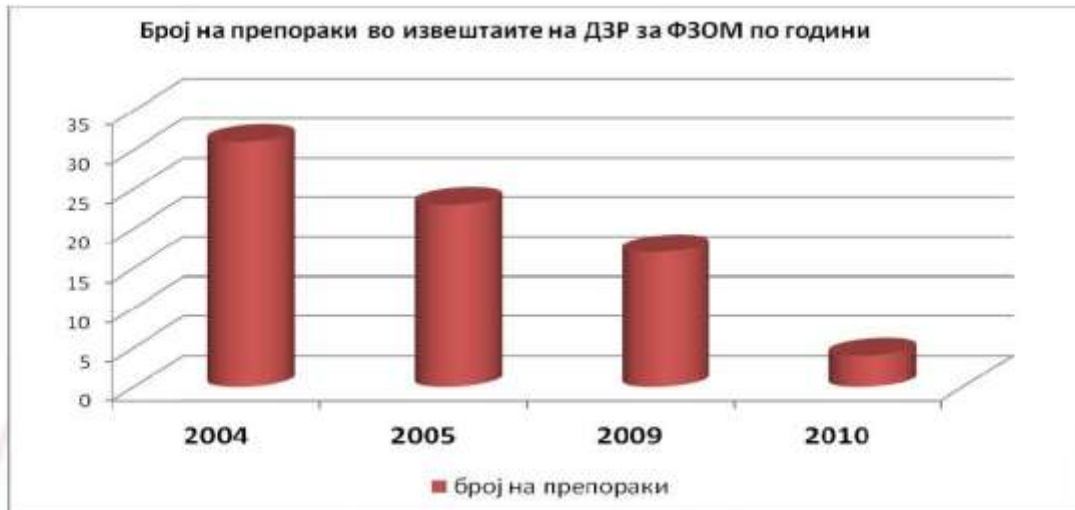


**ФЗОМ во извештаите на ДРЖАВНИОТ ЗАВОД ЗА РЕВИЗИЈА
- некогаш и сега-**

ГРАЃАНИТЕ ТРЕБА ДА ЗНААТ ЗА ПОЗИТИВНИТЕ ДВИЖЕЊА!

Реформите во Фондот за здравствено осигурување конечно имаат видливи ефекти. Ова е повеќе од очигледно во Извештајот на Државниот завод за ревизија (ДЗР), објавен во март 2012 година, за финансиските извештаи на Фондот за 2010 година, каде бројот на препораки што ги дава ревизорот за подобрување на работењето се сведе само на 4!

Фондот стана прва државна институција во РМ, која нема никакви забелешки од ДЗР за процесот на водење на јавните набавки.



Наоди и забелешки во извештаите на ДЗР за работењето на ФЗОМ*	година		
	2004	2005	2010
<i>опис</i>			
Неправилна примена на правните акти на Фондот (правни пропусти)	Има	Има	Нема
Работење спротивно на одредбите од Законот за буџетите, Законот за здравствено осигурување и Правилникот за изготвување и утврдување на буџет на Фондот (правни и финансиски пропусти)	Има	Има	Нема
Неправилна примена на сметководствени политики и начела (во делот на побарувањата и обврските) (финансиски пропусти)	Има	Има	Нема
Неправилности во искажувањето на приходите/расходите (финансиски пропусти)	Има	Има	Нема
Ненаменско и незаконско користење на средства (правни и финансиски пропусти)	Има	Има	Нема
Направени расходи без претходно обезбедени средства со буџет (правни и финансиски пропусти)	Има	Има	Нема
Направени расходи спротивно на законските прописи (правни и финансиски пропусти)	Има	Има	Нема
Неприменување на постапките од Законот за јавни набавки (правни и финансиски пропусти)	Има	Има	Нема

Извор: Државен завод за ревизија (http://www.dzr.gov.mk/Uploads/KOMPLET_2010_FZOM_Budzet.pdf)

За 2010 година Државниот ревизор искажува позитивно ревизорско мислење, односно мислење без резерва во однос на усогласеноста на активностите и финансиските трансакции со релевантната законска регулатива, упатства и воспоставените политики за 2010 година.

СО ОВА КОНЕЧНО ФЗОМ СТАНА ИНСТИТУЦИЈА ЗА ПРИМЕР-КАКО ТРЕБА ДА СЕ КРЕИРА ВНАТРЕШЕН СИСТЕМ НА ПРОЦЕДУРИ И КОНТРОЛИ ЗА ДА СЕ ОНЕВОЗМОЖАТ ГРЕШКИ
Менаџментот на Фондот им се заблагодарува на сите вработени кои со неколкугодишна макотрпна работа учествуваат во реформите во Фондот за позитивните промени да почнат да се забележуваат (потврдени и од врвниот финансиски авторитет во државата (ДЗР)).



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

11 Нов сервис за проверка на осигурување на ФЗОМ „Мое осигурување, мој доктор“

Во изминатиов период произлезе идејата за воведување на веб сервис за проверка на здравственото осигурување на осигурениците. Основната цел на овој сервис е скратување на времето, намалување на гужвите и полесно остварување на правата како на осигурениците така и на избраните лекари.

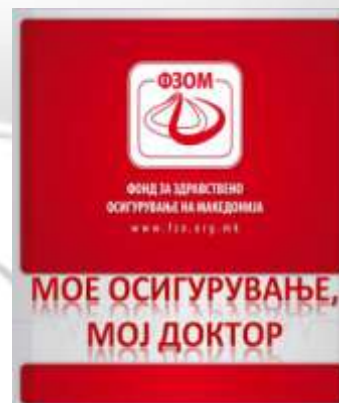
Токму ваквиот начин на работа овозможува бесплатна проверка на здравственото осигурување на осигурениците (т.е on-line) без притоа да доставуваат сино картонче до избраниот лекар за да го докажат сопствено осигурување. На овој начин се продлабочува соработка и довербата помеѓу осигурениците, избраните лекари и Фондот.

За да се користат овие услуги потребно е да се има само компјутер интернет и мало познавање за истите.

Откако ги поседува неопходните алатки за работа се впишува следната адреса <http://moeosiguruvanje.fzo.org.mk/> и се пристапува кон работа со сервисот, а начинот на пребарувањето може да се изврши преку матичен број на осигуреникот, број на здравствена легитимација и т.н.

И за крај повторно ќе посочиме дека основната цел на овој проект (веб сервис) е:

- Чекор кон укинување на сините картони
- Чекор кон воведување на е-здравство
- Полесно остварување на правата



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



12 Најчесто поставувани прашања за сервисот на Фондот за здравствено осигурување „Мое осигурување, мој доктор“

- Каде можам да го најдам мојот Едиствен Здравствен Број на Осигуреник (ЕЗБО) ?
 - Едиствениот Здравствен Број на Осигуреник (ЕЗБО) се наоѓа на Електронската здравствена Картичка (ЕЗК)
- Каде можам да го најдам мојот Број на здравствена легитимација?
 - Бројот на здравствената легитимација се наоѓа на првата страна од здравствената легитимација на осигуреникот
- Дали мора да се внесат сите податоци во сервисот за тој да функционира?
 - Да, сите податоци се задолжителни, со можност на избор за помеѓу ЕЗБО или БЗЛ.
- Каде можам да пријавам грешни податоци кои се појавуваат во сервисот?
 - Доколку грешните податоци се однесуваат за основните податоци кои се појавуваат во сервисот, потребно е да се консултирате во подрачната служба на Фондот која ја имате избрано како матична подрачна служба
 - Доколку грешките се однесуваат на техничкиот карактер како што се: Не функционирање на сервисот, потребно е да се обратите во секторот информатика на Фондот за здравствено осигурување на следната **e-mail** адреса helpdesk@fzo.org.mk со **Subject:** „Мое osiguruvanje, moj doktor“
- Како може да знам дали имам право на здравствено осигурување?
 - Осигуреникот има право на здравствено осигурување доколку полето **моментален статус на осигурување** е означен со зелена боја, доколку моменталниот статус на осигурување е обележан со црвена боја, тоа значи дека во тој момент осигуреникот нема право на здравствено осигурување.
- Во кои случаи осигуреникот нема право на здравствено осигурување?
 - Здравственото осигурување зависи од повеќе услови:
 - Дали осигуреникот има одјава од здравствено осигурување?
 - Дали осигуреникот има член кој има повеќе од 26 години, освен за деца неспособни за самостоен живот и работа во смисла на прописите на пензиско и инвалидско осигурување, односно за социјалната заштита
 - Дали осигуреникот има член, а за истиот нема доставено потврда за редовно школување
- Што значи полето **ВАЖНОСТ НА ОСИГУРУВАЊЕ**?
 - Во ова поле се појавува датум како резултат од последниот месец и година за кои се платени придонесите за здравствено осигурување плус 60 дена. Односно ако за осигуреникот последно се платени придонеси за месец април 2012 во ова поле се појавува 30.06.2012 година. Ова поле ја дава истата информација како и потврдите за платен придонес (сини картони).