

# ИНФО БИЛТЕН



Фонд за здравствено осигурување  
на Македонија

Инфо билтен издание бр. 20/2012



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



## Содржина

1	Новини во подрачната служба Скопје .....	3
1.1	Отворање на истурени канцеларии во Драчево и општина Ѓорче Петров .....	3
1.1.1	Услуги .....	3
1.2	Уреди за чекање .....	4
2	Оцени ја администрацијата .....	6
2.1	Табела 1 - Тренд анализа за последните три месеци на резултатите од семафорите.....	7
2.2	Табела 2 - Резултати добиени од гласовите за период 25.05.2012-30.06.2012 година .....	7
3	Нови референтни цени на здравствени услуги од специјалистичко консултативна здравствена заштита од областа нефрологија и фармакологија .	8
4	Нови референтни цени на здравствени услуги во болничка здравствена заштита за акутни случаи .....	13
5	Промена на образци.....	15
5.1	Промена на образецот „Предлог за оцена на привремена спреченост за работа над 15 дена“ Образец – ПСР .....	15
5.2	Нов образец „Барање за надомест (рефундација на средства) за ортопедски и други помагала Образец на барање Р4 .....	16
6	Трета годишна ревизија на референтни цени на лекови 84% лекови по заштитено име без доплата или со минимална доплата .....	18
6.1	Ефекти за лекови на рецепт по незаштитено (генеричко) име.....	18
6.2	Ефекти за лекови на рецепт по заштитено име.....	19
6.3	Потрошувачка на лекови на рецепт во периодот 2008 – 2011 година .	20
6.4	Ефекти за лековите од болничката позитивна листа и инсулините .....	20
6.5	Генерални заклучоци.....	21

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



## 1 Новини во подрачната служба Скопје

### 1.1 Отворање на истурени канцеларии во Драчево и општина Ѓорче Петров

Тргувајќи од барањето на фирмите, избраните матични лекари и пред се осигурениците, Фондот за здравствено осигурување на Македонија во изминатиот период превзеде активности да отвори свои претставништва-истурени канцеларии во некои општини во градот Скопје. Притоа општини во кои ќе се реализира оваа активност се населените места Драчево и општина Ѓорче Петров. Благодарение на Директорката на Здравствен дом Скопје беа обезбедени простории во рамките на поликlinikите во двете населени места. Канцелариите ќе бидат сместени во просториите на здравствениот дом Скопје, односно поликlinikите Драчево и Ѓорче Петров. Во моментот се работи на доопремување на просториите со потребниот канцелариски мебел и потребната компјутерска опрема и соодветна обука на вработените.

**Територија која ќе ја опфатат истурените канцеларии е следнава:**

- истурениот шалтер во Драчево: дел од општина Кисела вода (нас. Драчево и Пинтија), с.Лисиче, општина Студеничани, Зелениково и Петровец
- истурениот шалтер во Ѓорче Петров ќе ги опфати општините Карпош, Ѓорче Петров и Сарај

**Напомена: Користењето на услугите е флексибилно односно било кој граѓанин или ЗУ од Скопје може да биде услужен во овие канцеларии независно каде живее, работи.**

#### 1.1.1 Услуги

Во двата истурени шалтери ќе се одвиваат 5 процеси, односно осигурениците/фирмите ќе можат да добијат 5 услуги, кои се воедно и најфреквентните. Шалтерските услуги кои ПС Скопје ги обезбедува на осигурениците а кои ќе бидат обезбедени во истурените канцеларии во Драчево и Ѓорче Петров се следниве:

Процес/Услуга	Опфат
Пријави - одјави	Сите пријави - одјави на територијата која ја покриваат истурените шалтери. Пријавите и одјавите (ЗО 1 обрасци) во здравствено осигурување ќе може да се остваруваат во овие канцеларии.
Прием на ИЛ обрасци	Пријава/одјава на ИЛ обрасци за сите избрани лекари кои се наоѓаат на територијата која ја покриваат истурените шалтери



<b>Печатење на сини картони</b>	Само дупли картони за осигуреници (вклучително и невработени) од територијата која ја покриваат истурените шалтери, како и прво печатење на картони за фирми до 10 вработени на истата територија
<b>Потврди за платен придонес</b>	Сите осигуреници/фирми од соодветната територија може да добијат потврда дека придонесот за здравствено осигурување им е платен
<b>Потврди за ослободување од партиципација во цената на здравствените услуги за крводарители и лица со посебни потврди</b>	Издавање на соодветни потврди за ослободување од партиципација во цената на здравствените услуги за крводарители и лица со посебни потврди

Со отворањето на истурените канцеларии на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во наведените општини од една страна ќе се растерети гужвата во подрачната служба Скопје на Фондот, а од друга страна ќе се скрати непотребното губење на време на фирмите и осигурениците кои патуваат од наведените локации до центарот на градот за да ги остварат своите права и правата на своите вработени од областа на здравственото осигурување. Исто така, отворањето на истурените канцеларии ќе им ја олеснат работата и на избраните матични лекари кои гравитираат кон наведените населени места, кои сега нема потреба да патуваат подолго време за да ги евидентираат новите пријави/одјави на ИЛ образци.

Со овој чекор Фондот за здравствено осигурување на Македонија станува се поблизок до своите осигуреници и им овозможува полесно остварување на своите права како негови осигуреници.

### **1.2 Уреди за чекање**

Фондот за здравствено осигурување на Македонија во интерес на своите осигуреници во подрачната служба Скопје, имплементира т.н „систем за чекање на шалтер“. Системот се состои од пултови преку кои може да се одбере бараната услуга и од дисплеи со редниот број над секој од шалтерите. При секоја најава на пултот од страна на осигуреникот се испечатува ливче на кое што го пишува редниот број со кој осигуреникот го завзема своето место во редот за чекање. На ливчето покрај редниот број има информација за називот на одбраната услуга, време на земање на ливчето, број на осигуреници кои веќе чекаат за таа услуга.



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

На дисплејот на секој од шалтерите се гледа моменталниот реден број за таа услуга. Вработените по секое опслужување на осигурениците на соодветниот шалтер со помош на тастер ќе го ажурираат редниот број на дисплејот што се наоѓа над нивниот шалтер. Секоја услуга која осигурениците ја добиваат на шалтерите во подрачната служба може да биде групирана на повеќе шалтери. Во склоп на овој проект во подрачната служба се поставени и три монитори на кои осигурениците ќе може да добијат разни информации кои се однесуваат на правата на осигурениците, начинот и потребните документи за остварување на некое право и услуга од страна на Фондот и останати информации кои се делокругот на работа на Фондот за здравствено осигурување на Македонија.



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

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



## 2 Оцени ја администрацијата

Во текот на 2011 година Фондот за здравствено осигурување на Македонија беше вклучен во првите институции од проектот на Министерството за информатичко општество и администрација, „Оцени ја администрацијата“ или популарно наречена семафор. Во летото 2011 или пред околу една година во просториите на подрачната служба Скопје на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, на 14 шалтери беа инсталирани т.н семафори. Фондот за здравствено осигурување беше вклучен во првите институции на Министерството за информатичко општество и администрација во кои беа инсталирани уредите и беше имплементиран проектот „Оцени ја администрацијата“.

Оценката која што осигурениците – корисници на услугата може да ја искажат на овие уреди може да биде: задоволен, неутрален и незадоволен. Истите оценки се даваат со притискање со едно од копчињата на семафорот обоени со зелена, жолта и црвена боја соодветно за претходно наведените типови на оценки. Резултатите кои се добиваат од осигурениците преку семафорите и специјалниот софтвер, се обработуваат на неделна основа. Потоа овие резултати се анализираат од менаџментот на Фондот и се превземаат соодветни мерки за подобрување на услугите на шалтерите на Фондот.



Со анализата на податоците во изминатиот период може да се забележи дека задоволството на осигурениците е над 80%-задоволни, а сосема мал дел (помалку од 5%) се незадоволни од пружените услуги на вработените, во последните три месеци. Во изминатиов период од кога е во употреба системот имало случаи кога имало многу гужви на шалтерите (поради законските измени и пререгистрацијата на неосигурените лица) и не често осигурениците го искажувале своето незадоволство со давање на оценка „незадоволен“ не поради квалитетот на дадената услуга тука за други работи кои не зависеле од вработениот кој го опслужил. Но и покрај објективните причини, сепак резултатите се задоволителни и никогаш процентот на незадоволни осигуреници не бил над 7%. На графиконот подолу е прикажана една тренд анализа со компаративна анализа на резултатите постигнати во претходните 3 месеци односно за период од 26.03.2012 до 26.06.2012 година.

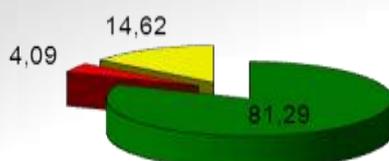
Во наредниот период Фондот планира инсталација на нови уреди (семафори) и изработка на софверското решение преку кое ќе се . Во првата фаза од инсталацијата на новите уреди ќе бидат вклучени покрај подрачната служба Скопје и подрачните служби на Фондот во Штип, Битола и Охрид.

**2.1 Табела 1 - Тренд анализа за последните три месеци на резултатите од семафорите**



**2.2 Табела 2 - Резултати добиени од гласовите за период 25.05.2012-30.06.2012 година**

Вкупно гласови	%Задоволен	%Незадоволен	%Неутрален
342	81.29	4.09	14.62





### 3 Нови референтни цени на здравствени услуги од специјалистичко консултативна здравствена заштита од областа нефрологија и фармакологија

На седницата на УО на ФЗОМ одржана на 18 јуни 2012 година беа воведени 7 нови референтни цени за здравствени услуги од областа нефрологија и 16 нови цени за фармакологија. Новите референтни цени се објавени во Службен весник на РМ бр. 84 од 04.07.2012 година и истите стапуваат на сила осмиот ден од денот на објавување во Службен весник на РМ односно од 12.07.2012 година.

#### 1) референтни цени на услуги од областа нефрологија

Шифра	Назив на услуга	Референтна цена
ХДФ	Хемодијафилтрација	7.700
ХПА	Хемоперфузија	27.850
КПД	Континуирана амбулаторна перитонеална дијализа (КПД)- месечно	82.350
АПД	Автоматизирана перитонеална дијализа (АПД) – месечно	98.950
КБТ	Континуирана заместителна бубрежна терапија	101.750
ПЛФ	Плазмофереза	22.030
ПВК	Поставување на привремен централен венски катетер како пристап за хемодијализа	5.600

Со заедничка работа на Комисијата за утврдување на референтни цени на здравствени услуги и Универзитетската клиника за нефрологија, се контатираше дека е потребно дефинирање на референтни цени за 7 услуги кои се однесуваат на областа нефрологија и тоа: хемодијафилтрација, хемоперфузија, континуирана амбулаторна перитонеална дијализа, автоматизирана перитонеална дијализа, континуирана заместителна бубрежна терапија, плазмофереза и поставување на привремен централен венски катетер како пристап на хемодијализа.

Услугата **хемодијафилтрација**, претставува метода за лекување на пациенти со терминална бубрежна слабост. **Методата е слична со хемодијализата, но студиите покажале супериорност во лекувањето со хемодијафилтрација**, споредено со хемодијализата. Со оваа метода се елиминираат и токсините од



редот на тн. средни молекули како и малите молекули. Со хемодијализата се елиминираат само малите молекули на уремичните токсини. **Супериорноста на хемодијафилтрацијата се должи на фактот дека таа користи два физички принципи: конвекција и дифузија, за разлика од хемодијализата која го користи само принципот дифузија.** Хемодијафилтрацијата се користи за болни коишто се долготрајно на дијализа, со цел да се намалат несаканите ефекти од дијализната заместителна терапија, а тоа се невропатијата, автономната дисрегулација и последичната хронична хипотензија, како и секундарната амилоидоза којашто ги зафаќа зглобовите и тетивите и го инвалидизира пациентот.

**Хемоперфузија** претставува метода за **лекување на труењата со лекови и отровни печурки.** Клиниката за нефрологија ја употребува оваа метода повеќе од две децении. Со оваа метода крвта се прочистува со помош на капсула која содржи **медицински јаглен.** Крвта минува низ капсулата, притоа токсините или лековите се лепат и се задржуваат на активниот јаглен, а прочистената крв се враќа во пациентот. При детоксикацијата од лекови (претежно од групата на бензодиазепини, минор транкиланси и антиепилептици), лекувањето со хемоперфузија трае 6 до 8 часа, односно до моментот на будење на пациентот од кома.

**Континуирана амбулаторна перитонеална дијализа (КПД)** претставува алтернативна метода на хемодијализата. Се употребува **за лекување на болните со терминална бубрежна слабост.** Со хируршка интервенција се поставува **траен катетер во стомачната празнина** на пациентот и низ него се внесува стерилна дијализатна течност (2 литри). Дијализата се врши во стомачната празнина, а дијализна мембрана претставува перитонеумот (внатрешната стомачна обвивка). По 4 часа од внесувањето на течноста, пациентот ја вади течноста надвор во празна стерилна кеса, а веднаш потоа внесува нова стерилна течност. Оваа постапка се повторува 4 пати во текот на денот.

КПД има свои специфични индикации. Се употребува кај болни, кај коишто пристапите за хемодијализа се исцрпени, како и кај болните со лоши крвни садови, кај коишто формирањето на траен васкуларен пристап за хемодијализа е невозможно, како што е тоа честопати случај кај дијабетичните пациенти.

**Исто така, методата се употребува кај млади пациенти, кандидати за трансплантација, како и оние коишто имаат потреба и желба за поголема слобода на движење. Со оваа метода на пациентите им се овозможува нормално функционирање и можност за вршење на секојдневни активности.**



Оваа метода се врши во **домашни услови**, а пациентот и член на фамилијата се обучени да ја вршат сами, без помош од медицински лица (лекар или медицинска сестра). Овие пациенти имаат потреба од медицинска консултација еднаш месечно, при редовна контрола на нивната состојба и контрола на лабораториските резултати. КПД е комплементарна метода со хемодијализата за лекување на уремијата. Пациентите можат, по потреба, да преминуваат од КПД на хемодијализа и обратно, во зависност од потребата и здравствената состојба. За разлика од останатите услуги, референтна цена за КПД е на месечно ниво.

**Автоматизирана перитонеална дијализа (АПД)** претставува варијанта на перитонеалната дијализа којашто употребува машина за континуирана перфузија на перитонеумот со дијализна течност. Пациентот приклучува кеса со дијализатен раствор на машината за перфузија. Машината ја внесува и изнесува течноста од stomачната празнина во текот на ноќта. **Во вакви случаи, пациентот е слободен од дијализата во текот на денот.** АПД се употребува кога ќе се процени дека ефикасноста на КПД е намалена, односно дека болниот има потреба од поинтензивна дијализа. Референтната цена на услугата се однесува на месечно ниво.

**Континуирана заместителна бубрежна терапија (КБТ)** претставува метода за лекување на акутна бубрежна слабост кај **политрауматизирани болни, болни во шок или нестабилен и низок крвен притисок.** Овие пациенти, по правило се лекуваат во интензивните единици, често пати приклучени на машина за асистирано дишење. Методата е спора и долготрајна, трае со денови. Се употребува филтер, сличен на оној кај хемодијализата. Машината којашто ја опслужува КБТ, споро ја движи крвта од пациентот низ филтерот и обратно. Притоа оптеретувањето на кардиоваскуларниот систем е минимално. Меѓутоа компензаторно, методата трае со часови и денови, до опоравување на бубрежната функција. Една сеанса трае до 72 часа. Потоа, потрошниот материјал се отстранува, се монтира нов филтер и артериовенски линии и лекувањето продолжува. Лекувањето се прекинува кога ќе се верификуваат јасни знаци за опоравување на бубрежната функција.

**Плазмаферезата** претставува метода за замена на плазмата на пациентот со плазма од доброволни дарители. Се користи **специјален филтер** којшто ја пропушта плазмата, но не и оформените елементи на крвта (црвените, белите крвни зрнца и крвните плочки). За замена се користи плазма или албумин во количество од околу 3 литри. Плазмаферезата трае додека не се замени целокупното количество плазма (3 литри). Тоа претставува една сеанса и обично изнесува 3-4 часа. Се употребува за **лекување на неколку автоимуни**



**болести, коишто се живото-загрозувачки.** Тие се: Polyradiculoneuritis, Myasthenia gravis, Syndrome Moscovitz, Rapid progressive glomerulonephritis, Systemic lupus erythematosus, Thrombotic thrombocytopenic purpura, Hemolytic uremic syndrome, Goodpasture's syndrome, Wegener's granulomatosis, труење со печурки и др. Лекувањето започнува со 3 плазмаферези. Со воочување на клиничко подобрување, лекувањето може да продолжи до 12 или 15 сеанси, коишто се изведуваат по една секој ден или секој втор ден. Лекувањето со плазмафереза започнува по индикација на специјалист од специфичната област (невролог, хематолог, нефролог, реуматолог, инфектолог итн) и завршува исто така по индикација на специјалист.

**Сите наведени здравствени услуги за кои ФЗОМ вовеле нови референтни цени се однесуваат на пософистицирани здравствени услуги кои ќе им овозможат на пациентите подобра и поквалитетна здравствена услуга.**

## 2) Референтни цени на здравствени услуги од областа фармакологија

Шифра	Назив на услуга	референтна цена
ФА01	Определување на концентрација на активен Б12 во плазма	1.150
ФА02	Определување на концентрација на Б-тип на натриуретичен пептид (БНП) во плазма	1.600
ФА03	Следење на концентрација на дигоксин во плазма	830
ФА04	Следење на концентрација на карбамазепин во плазма	800
ФА05	Следење на концентрација на фенитоин во плазма	800
ФА06	Следење на концентрација на фенобарбитон во плазма	800
ФА07	Следење на концентрација на валпроична киселина во плазма	800
ФА08	Следење на концентрација на теофилин во плазма	800
ФА09	Следење на концентрација на гентамицин во плазма	800
ФА10	Следење на концентрација на ванкомицин во плазма	800
ФА11	Следење на концентрација на тобрамицин во плазма	800
ФА12	Следење на концентрација на фолат во серум и полна крв	1.000
ФА13	Определување на концентрација на серотонин во серум	1.850
ФА14	Определување на концентрација на катехоламини во урина	3.300
ФА15	Определување на концентрација на допамин транспортер во биолошки флуиди	4.000



ФА16	Определување на концентрација на антиинсулински антитела во серум и плазма	980
------	--	-----

Новите здравствени услуги од областа фармакологија до сега биле фактирирани до ФЗОМ според Ценовникот на здравствени услуги на РМ од 1992 година па оттука Комисијата заедно со претставници од Институт за фармакологија при Медицинскиот факултет - Скопје на работни средби дефинираше предлог референтни цени според утврдената методологија која ги опфаќа калкулативните елементи: трудот, режиски трошоци, потрошени материјали и лекови и останати трошоци.

При тоа, стручните лица од оваа област доставија до Комисијата за утврдување на референтни цени, за секоја поединечна анализа и цел на анализата согласно протоколи според медицина базирана на докази. Овие анализи како специфични ќе ги користат повеќе здравствени установи од областа на: нефрологија, кардиологија, гастроентерохепатологија, неврологија, психијатрија, педијатрија и други. Карактеристично за овие анализи е тоа што даваат висок процент на точност на резултатите.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



#### 4 Нови референтни цени на здравствени услуги во болничка здравствена заштита за акутни случаи

Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, на седницата одржана на 18 јуни 2012 година усвои **6 нови цени за ДСГ групи** за акутни случаи во болничка здравствена заштита. Новите групи се објавени во Службен весник на Република Македонија бр.84 од 04.07.2012 година и истите стапуваат на сила на 12.07.2012 година.

Така, утврдени се референтни цени за следниве услуги во болничка здравствена заштита за акутни случаи и тоа:

ДСГ шифра	ОПИС	Предлог цена
A10Z	Трансплантација на рожница	69.150
A11Z	Припрема на донор, мултиорганска експлантација и експлантација на ткиво	315.250
A12Z	Припрема на донор и мултиорганска експлантација	298.400
A13Z	Припрема на донор и експлантација на орган	307.100
A14Z	Припрема на донор и експлантација рожнице/очна јаболкница еднострана и/или двостран	15.570
A42Z	Серолошка обработка на донорот на органи/ткива	12.460

Комисијата за утврдување на референтни цени за услуги во болничка здравствена заштита за акутни случаи, континуирано работи на разгледување на барањата за воведување на нови и промена на висината на тековните референтни цени, врз основа на барањата и потребите на здравствените установи за искажување на здравствените услуги за пациентите.

Поради ефикасно и економично користење на комплексните дијагностички и терапевтски можности и унапредување на медицинските услуги Комисијата предлага воведување на 6 нови ДСГ групи за здравствени услуги, кои за првпат ќе почнат да се извршуваат во Македонија на товар на ФЗОМ:

1. A10Z Трансплантација на рожница
2. A11Z Припрема на донор, мултиорганска експлантација и експлантација на ткиво
3. A12Z Припрема на донор и мултиорганска експлантација
4. A13Z Припрема на донор и експлантација на органи
5. A14Z Припрема на донор и експлантација на рожница/очна јаболкница еднострана и/или двострана



## 6. A42Z Серолошка обработка на донорот на органи/ткива

Во сегашниот ДСГ модел којшто се базира на верзијата 5.2 на Australian Refined Diagnosis Related Group којашто е базирана на Меѓународната статистичка класификација на болести и сродни здравствени проблеми, Десетта ревизија, МКБ-10-AM, Австралиска класификација на здравствени интервенции (АКЗИ) и Австралиски стандарди за шифрирање (АСК), наведените здравствени интервенции не се предвидени и не се содржат во рамките на други ДСГ кодови.

Користејќи го искуството на земјите од регионот, а посебно искуството од Хрватска која го користи истиот ДСГ модел како што е во Македонија, каде овие здравствени услуги се додадени во посебни ДСГ кодови, Комисијата за утврдување на референтни цени предложи македонскиот ДСГ модел да се надгради и дополни со наведените 6 нови ДСГ групи.

Со воведувањето на новите ДСГ групи се обезбедува покривање на трошоците за изведување на следните здравствени услуги во Република Македонија: **трансплантација на рожница, припрема на донор, експлантација на органи, мултиорганска експлантација, експлантација на ткиво, експлантација на рожница/очна јаболкница и серолошка обработка на донорот на органи/ткива.**

Утврдените цени за новите ДСГ групи се пресметани по веќе утврдена методологија за формирање референтни цени за здравствени услуги искажани по ДСГ. Тие се базираат на:

- анализа на трошоците за овој вид на услуги (вграден и потрошен медицински материјал, здравствени услуги и лекови), направена од страна на стручните служби при ФЗОМ
- сугестии од јавните здравствени установи каде се извршуваат овие услуги,
- споредба со цените во земјите од регионот, особено Хрватска, Словенија и Србија.

По анализата на сите аспекти кои влијаат на потрошувачката на ресурсите за една здравствена услуга и земајќи ги предвид сите методи за формирање на цена Комисијата ги утврдува референтните цени кои го одразуваат просечниот трошок по пациент за горенаведените ДСГ услуги.



## **5 Промена на обрасци**

Од 25.06.2012 година, со Одлука за изменување и дополнување на Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување објавена во Службен весник бр. 79/2012, стапуваат на сила новите обрасци „Предлог за оцена на привремена спреченост за работа“ (образец - ПСР) и „Барање за надомест (рефундација на средства) за ортопедски и други помагала“ (образец на барање P4).

### **5.1 Промена на образецот „Предлог за оцена на привремена спреченост за работа над 15 дена“ Образец – ПСР**

1. Потребата за промена на образецот „Предлог за оцена на привремена спреченост за работа над 15 дена“ (образец – ПСР) произлезе од измените и воведувањето на новите Критериуми за дијагностичките постапки и оцена на привремената спреченост за работа поради болести и повреди или потребата за неа на болен член од потесното семејство, кои се составен дел на Правилникот за начинот, постапките и поблиските критериуми за утврдување на привремена спреченост за работа поради болест и повреда или потреба за неа на болен член од потесно семејство и за времетраењето на привремената спреченост за работа во зависност од видот на болеста и повредата, кои се применуваат од 01.04.2012 година.

Имено, согласно Критериумите Првостепената лекарска комисија дава мислење за оправданоста на отварање на боледување со иста дијагноза во рок од 30 дена по затварањето на боледувањето.

Со оваа надлежност на лекарската комисија предвидена во Правилникот за составот, надлежноста и начинот на работата на лекарските комисии на Фондот, како и во Критериумите кои се составен дел на Правилникот за привремена спреченост за работа поради болест и повреда и или неа на болен член на потесното семејство, се овозможува на избраниот лекар при повторното давање на оценката за привремена спреченост за работа на осигуреникот за иста дијагноза во рок од 30 дена, да побара верификација за истото од лекарската комисија, како стручно медицинско тело за давање наод, оценка и мислење.

Поради тоа се наметна потребата за измена во насловот на ПСР образецот ( бришење на текстот „над 15 дена“), со цел да може истиот да се користи од страна на избарниот лекар и при упатување за мислење по однос на оправданоста на отварање на боледување со иста дијагноза во рок од 30 дена, по затварањето на боледувањето.

Исто така, направена е и измена во насловот во делот на упатувањето, односно во текстот „ До Првостепената лекарска комисија на Фондот“ по зборот „Првостепенa“ со црта се додава „Второстепенa“, со што се овозможува избраниот лекар да може да го упати осигуреникот со истиот образец и до Второстепената лекарска комисија за



давање на наод, оценка и мислење во случаите кога осигуреникот ќе достави приговор изјавен против наодот, оцената и мислењето на Првостепената лекарска комисија.

Во делот на Критериумите за боледувања кој се однесува за привремена спреченост за работа **до 15 дена** е утврдено дека за издавање на боледување до 15 дена потребно е да се направат предвидени дијагностички постапки или преглед од соодветен специјалист – субспецијалист во согласност со Критериумите за боледување за соодветната дијагноза, за кои се издава соодветен медицински документ, а без кои не би требало да се издаде боледувањето.

Исто така, за боледување **над 15 дена**, Првостепената лекарска комисија одлучува врз основа на отпусно писмо и/или специјалистички извештаи за извршени дијагностички или терапевтски процедури согласно Критериумите. Додека пак, за привремена спреченост за работа над 60 дена согласно временската рамка на Критериумите, Првостепената лекарска комисија одлучува врз основа на конзилијарно мислење издадено од болничка здравствена установа и потпишано од 3 специјалисти/субспецијалисти и директор на здравствената установа.

Врз основа на погоре наведеното, со измената направена на ПСР образецот се овозможува поле во кое се наведени медицинските извештаи од реализирани здравствени услуги (лабораториски наоди, РТГ, извештај од специјалист, конзилијарно мислење, отпусно писмо и друго) кои се потребни за издавање на боледувањето согласно Критериумите за боледувања.

#### **5.2 Нов образец „Барање за надомест (рефундација на средства) за ортопедски и други помагала Образец на барање P4**

2. Потребата од креирање на образецот „**Образец за рефундација на ортопедски и останати помагала**“ (**Образец – P4**), произлезе од донесувањето на Процедурата за постапување во врска со остварувањето на право на рефундација на средства за ортопедски и останати помагала, согласно Правилникот за остварување на право на ортопедски и други помагала и Списокот на ортопедски и други помагала, а кои произлегуваат од правото на основни здравствени услуги согласно Законот за здравствено осигурување.

Со Процедурата, за чија примен е креиран образецот - P4, се овозможува надминување на проблемот со постапката за рефундацијата на средства за ортопедски и останати помагала набавени со сопствени средства од страна на осигурениците.

Согласно Процедурата, рефундација на средства се врши за :



- ортопедски и други помагала за кои Фондот нема склучено договор за испорака со правен субјект, а истите се на Списокот на ортопедски и други помагала;
- ортопедски и други помагала за кои Фондот има склучено договор за испорака само со еден правен субјект, но од објективни причини правниот субјект не е во можност да изврши испорака, за што е доставено известување до Фондот.

Правото на надоместок на средства за ортопедски и други помагала се остварува врз основа на поднесено барање на пропишан образец – Барање за надомест за рефундација на средства за ортопедски и други помагала, за кое се наметна потребата од креирање на **Образецот Р4**.

Содржината на барањето е пропишана со Одлука за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување. Барањето ги содржи следните податоци:

- име и презиме на осигуреникот
- адреса (улица, број, место)
- телефон
- број на здравствена легитимација
- ЕМБГ на осигуреникот-носител на осигурување или единствен здравствен број на осигуреникот, односно носителот на осигурување
- ЕМБГ на осигурено лице-член на семејство или единствен здравствен број на осигуреното лице, односно член на семејство
- вработен во /осигурен преку, (фирма, институција преку која се остварува правото)
- број на трансакциска сметка (на носителот за осигурувањето за малолетници).

Во барањето е наведено која документација осигуреникот треба да ја приложи:

1. Потврда за потреба од ортопедско помагало (соодветна за помагалото), заверена во подрачната служба во која е осигурен осигуреникот носител на осигурувањето
2. Фискална сметка или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање за набавеното помагало
3. Копие од потписен картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.

Барањето содржи и место и дата на поднесување како и место за своерачен потпис на подносителот на барањето.

Осигуреникот го пополнува **образецот Р4** за барање за рефундација на средства само за оние ортопедски и други помагала кои ги набавил и платил со сопствени средства и кои се наоѓаат на Списокот на ортопедски и други помагала кој е составен дел на Правилникот за остварување на право на ортопедски и други помагала.



## **6 Трета годишна ревизија на референтни цени на лекови 84% лекови по заштитено име без доплата или со минимална доплата**

Фондот за здравствено осигурување на Македонија ја направи третата по ред годишна ревизија и утврди нови референтни цени за лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ, усогласени со цените на лековите во регионот и новите единствени одобрени цени на лекови во Република Македонија **без дополнителни финансиски импликации** за осигурениците и за Фондот. Деновиве се очекува објава на Одлуката за нови референтни цени на лекови во Службен весник на РМ, по што новите референтни цени на лекови ќе се применуваат од **1 август 2012 година**.

Утврдувањето на референтните цени на лекови е **транспарентен процес според интернационална компаративна методологија за цени на лекови на Фондот**. Се споредуваат цените на лековите во нашата држава и регионот (Р.Србија, Р.Бугарија, Р.Хрватска и Р.Словенија). Во првата фаза, Одлуката на Управниот одбор на ФЗОМ за предлог референтни цени на лекови се објавува на веб страната на Фондот, а носителите на одобренија имаат 15 дена рок за забелешки по што процесот завршува со преговори со цел зголемување на бројот на лекови без доплата, односно намалување на доплатата.

Во овој процес одржани се и средби за преговори со фармацевтски куќи кои обезбедуваат лекови во Р.Македонија. Со преговорите помеѓу ФЗОМ и фармацевтски компании, обезбедени се **дополнителни 54 лекови** по заштитено име без доплата, а тоа се лекови за бубрежни заболувања, дерматолошки заболувања, лекови за намалување на покачен крвен притисок, за срцева слабост, антибиотици, лекови кои се користат при трансплантација на органи, лекови за респираторен систем и др.

ФЗОМ направи целосна ревизија на референтните цени на лековите од Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ и утврди референтни цени за лекови од примарна и болничка позитивна листа и тоа: **726 лекови по незаштитено (генеричко) име со фармацевтска форма и јачина** (376 на примарна позитивна листа, а 343 на болничка позитивна листа, 7 инсулини) и **1568 лекови по заштитено име** (936 на примарната позитивна листа, а 598 на болничка позитивна листа, 34 инсулини).

### **6.1 Ефекти за лекови на рецепт по незаштитено (генеричко) име**

Како резултат на целокупниот процес, од вкупно 376 лекови по генеричко име од примарната позитивна листа, **267 лекови се обезбедени без доплата за осигурениците**, односно **71 %** од лековите за примарна здравствена заштита се обезбедени без доплата за осигурениците, што е највисок процент на вакви лекови досега (График 1). Минатата година лекови без доплата по генерики беа 257 од вкупниот број лекови на рецепт, што значи **пораст на оваа бројка од 10 лекови до овој момент, односно приближно 3% раст во 2012 година**. За споредба, во 2009 година бројката на лекови без доплата беше 77, и се бележи **значителен раст од 3,5 пати** на лековите без доплата по имплементација на компаративната методологија на Фондот за референтни цени на лекови (График 2). Сумарно, **од 2009 година кога бројката на лекови по генерики без доплата била 20%, во 2012 година е 71%**,

односно се бележи раст од 51%. Постои тенденција овој број да се зголемува и понатаму, со што ќе се намалува бројот на лекови со доплата.



График 1. Споредба на нови референтни цени на лекови по генерики 2012 година

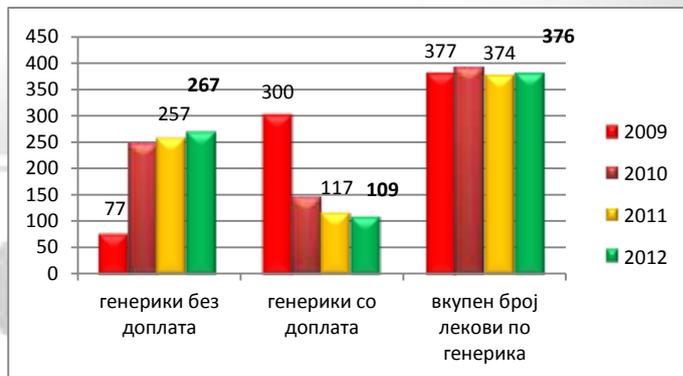


График 2. Споредба на лекови без доплата и со доплата 2009 – 2012 година

Оваа година со новите референтни цени за лекови на рецепт утврдени по Третата годишна ревизија на референтните цени на лековите од позитивната листа, Фондот ќе обезбеди и нови лекови без доплата, а тоа се лекови за бубрежни заболувања, дерматолошки заболувања, лекови за намалување на покачен крвен притисок, за срцева слабост, антибиотици, лекови кои се користат при трансплантација на органи, лекови за респираторен систем и др.

### 6.2 Ефекти за лекови на рецепт по заштитено име

Со оваа годишна ревизија на референтни цени на лекови за 936 лекови по заштитени имиња ефектите се следни: 41% лекови по заштитено име се без доплата, 43% се со доплата до 100 денари, 13% се со доплата од 100 до 500 денари, а останатиот минимален дел се лекови со доплата над 500 денари (График 3), односно 84% од лековите по заштитено име се без доплата или со минимална доплата.



График 3. Споредба на доплатата за лекови по заштитено име за ПЗЗ, 2009 – 2012

### 6.3 Потрошувачка на лекови на рецепт во периодот 2008 – 2011 година

Позитивните ефекти од имплементација на системот на референтни цени на лековите од позитивната листа и компаративната методологија на Фондот преку првите референтни цени на лекови по новата методологија во 2010 година, се значителни и видливи преку зголемениот број и количини на лекови кои се обезбедени за осигурениците преку аптеките и преку зголемените финансиски средства за таа намена. За илустрација, во 2008 година за обезбедување на осигурениците со лекови на рецепт во примарна здравствена заштита биле потрошени вкупно околу 1,3 милијарди денари, додека во 2011 година се потрошени 1,9 милијарди денари. Бројот на реализирани рецепти во 2011 година изнесува околу 16 милиони рецепти и истиот е зголемен за околу 60% во однос на 2008 година кога биле нешто повеќе од 10 милиони реализирани рецепти за лекови од примарната здравствена заштита (График 4 и График 5).



График 4: Вкупен износ за лекови на рецепт 2008-2011 година (милиони денари)



График 5: Број на реализирани рецепти 2008-2011 година (милијарди денари)

### 6.4 Ефекти за лековите од болничката позитивна листа и инсулините

Со оваа годишна ревизија се утврдени и нови референтни цени за лекови од болничката позитивна листа и инсулините, односно ревидирани се референтни цени за лекови утврдени во 2008 година. Утврдени се референтни цени за нови 61 лекови по генеричко име со фармацевтска форма и јачина, односно нови 239 лекови по заштитено име. Да потсетиме дека за лековите од болничката позитивна листа со последната измена на Листата на лекови на товар на Фондот, сите лекови на болничката позитивна листа се во сите регистрирани јачини во РМ што ја зголемува изборот и конкуренцијата на лековите со очекуван ефект од дополнително поефтинување на одредени лекови. Лековите од болничката позитивна листа се обезбедуваат преку здравствените установи и нивните цени немаат ефект за осигурениците.



## 6.5 Генерални заклучоци

Можеме со задоволство да констатираме дека Фондот успеа да обезбеди поголем број на лекови, повеќе лекови без доплата и со намалена доплата, без дополнителни финансиски импликации за осигурениците и за Фондот. Секако, од големо значење е и ефектот за дополнителното поефтинување на определени лекови во нашата држава.

Причини за подобрување на состојбата за лекови на рецепт се и следните:

- Намалени едиснтвени цени на лекови во РМ
- Зголемена конкуренција меѓу фармацевтските компании
- Следење на трендот на намалување на цените на леквите во регионот
- Континуиран партнерски однос меѓу Фондот и фармацевтските куќи за намалување на цените на лековите за доброто на осигурениците.

Фондот изразува задоволство од постигнатите ефекти и благодарност за позитивната соработка со фармацевтските куќи кои излегоа во пресрет на осигурениците на Фондот и обезбедија повеќе лекови без доплата или со намалена доплата. Од таа причина голема благодарност до Алкалоид, Реплек фарм, Јака 80, Крка - фарма, Плива, Медис (УСБ), Септима, Pharma Swiss, Glaxo Smith Kline и други.

Се надеваме и поттикнуваме и во иднина да продолжи и уште повеќе да зајакне позитивната соработка помеѓу сите инволвирани страни во овој процес, во интерес на осигурениците на Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk