

ИНФО БИЛТЕН



**Фонд за здравствено осигурување
на Македонија**

Инфо билтен издание бр. 8/2011



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



Содржина

1	КРАТКА РЕТРОСПЕКТИВА ЗА РАБОТЕЊЕТО НА ФЗОМ.....	3
2	ОДГОВОРИ НА ЧЕСТО ПОСТАВУВАНИ ПРАШАЊА ОД ЈЗУ И ПЗУ ЗА ФАКТУРИРАЊЕ НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИТЕ ПАКЕТИ И БОЛНИЧКИ УСЛУГИ КОИ НЕ СЕ ФАКТУРИРААТ ПО ДСГ	12
3	РЕЗИМЕ НА КРАТКОРОЧНИ АКТИВНОСТИ И ОБВРСКИ ПОВРЗАНИ СО ПРОЕКТОТ -ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА (ЕЗК) И ИНТЕГРИРАНИОТ ЗДРАВСТВЕН ИНФОРМАТИЧКИ СИСТЕМ (ИЗИС).....	21
4	ПРАШАЊА И ОДГОВОРИ ПОВРЗАНИ СО РАБОТЕЊЕТО НА ПЗУ АПТЕКИ И ОРДИНАЦИИ.	30
5	ЕДУКАТИВНА СТАТИЈА ЗА ОСИГУРЕНИЦИТЕ -ОСЛОБОДУВАЊЕ ОД УЧЕСТВО НА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА СО ЛИЧНИ СРЕДСТВА ПРИ КОРИСТЕЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ	35

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



1 КРАТКА РЕТРОСПЕКТИВА ЗА РАБОТЕЊЕТО НА ФЗОМ

Почитувани осигуреници,

Почитувани здравствени работници,

Видливи промени се случија изминативе години во Фондот. Во текстов посебно би сакале да ги потенцираме покрупните, гледајќи од аспект на здравствени работници, осигуреници и обврзници за плаќање на придонес. Во овие 4 години здравствениот систем и ФЗОМ како финансиер на здравството се трансформира, реформира и унапреди. До сега сите директори на ФЗОМ биле критикувани затоа што институцијата не била насочена кон осигурениците, туку кон себе. Со напорна работа и со многубројните средби што се одржани со здруженијата на граѓани, здруженија на медицински/стоматолошки работници, граѓани и медицински комори веќе може да се каже дека ФЗОМ е институција која се грижи за своите осигуреници.

Како што за сè во животот е потребно време така и во изминативе 4 години Фондот го смени својот начин на работа. Оваа трансформација се одвиваше во повеќе фази и секоја од нив иако суштинска за начинот на работа на ФЗОМ и ПЗУ/ЈЗУ кои имаат склучено договори со фондот не беше многу видлива за осигурениците.

Сите ние како граѓани сакаме да имаме видливи резултати и унапредување во работата на институциите на Државата и многу не се интересираме за позадинските процеси кои се одвиваат во системот на таа институција. Затоа, преку ваков краток текст би сакале да потсетиме за повидливите проекти значајни за осигурениците, но и за некои проекти кои се значајни за самата институција.

Така, пред само неколку години најголемите подрачни служби и централата на ФЗОМ не беа пристапни-физички ни за телесно инвалидизирани лица. Само пред 1 година повеќето подрачни



служби добија репрезентативни шалтери и се заменува старите дотрајани повеќе од 30 години.

Следниве неколку проекти се од важност за осигурениците :

- Во 2008 год Владата на РМ преку ФЗОМ ги врати сите долгови во здравството, што беа предизвикани од лежерното работење и лично богатање на претходните менаџери во здравствениот систем. Со тоа се овозможи да здравството да биде функционално за граѓаните.
- ФЗОМ прерасна од институција која купувала (тендерирала) лекови и потрошен материјал и давала плати на државните болници и клиници, во купувач на здравствени услуги за осигурениците. Следна фаза е комплетно трансформирање во стратешки купувач на услуги, независно дали истите доаѓаат од јавно или приватно здравство, каде изборот ќе биде врз основа на квалитетна услуга.
- Се воведоа референтни цени на лекови според европска методологија. Ова значеше помалку пари за веледрогерите и повеќе лекови за граѓаните. Со оваа методологија се увидоа, но и се прекина праксата на продажба на лекови и до 6 пати поскапи кај нас отоколку во странство.
- Се воведоа лек без доплата во аптеките. Во новите договори аптеките се обврзани задолжително да имаат лек без доплата од секоја група на лекови.
- На Позитивната листа на лекови се воведоа два лека од последната генерација на лекување или т.н. биолошка терапија. Која е многу скапа и ефективна за лицата заболени од карциноми, ревматски артрит и хронична миелоична леукемија.
- Во само една и пол година се изврши воведување на ДРГ системот и комплетно имплементирање во болниците, а на многу земји во Европа и регионот им беа потребни многу години за истото и некои сеуште го немаат имплементирано. Со ова се овозможува осигурениците да ги добијат сите потребни услуги од болницата/клиниката, а да не плаќаат повеќе пати, туку само еднаш во случаи на операции и хоспитализации.



- Со цел да ги слушнеме осигурениците и граѓаните за нивните поплаки и укажувања се воведоа : бесплатна тел. линија за поплаки од граѓаните, веб страница на која можете да најдете се за вашите права.
- Со цел брзо реагирање по претставките и поплаките на осигурениците во Фондот се формираа два тима, тим за мобилна контрола и тим за внатрешна контрола.
- Се воведоа во Здравствените домови нови тимови за брза помош во местата каде беше укината во 2005 година и се зајакнаа во поголемите градови.
- Во итната помош постепено се подобрува возниот парк, односно се обезбедија нови амбулантни возила и дополнително Јапонија донираше 50 возила.
- Се скратија роковите за исплата на надомест за породилно отсуство за повеќе од 3 пати. Просечното време за исплата било во 2005 година – 4 месеци, 2006 -2 месеци и во 2011 година во истиот месец на крајот на месецот и се ова само со еднаш доставување на документација во подрачната служба (до 2010 година за секој месец на исплата на породилниот надоместок, фирмата требаше да доставува документи секој месец. Сега тоа е минато. Потребно е само првично доставување на документи, на почеток на породилното отсуство).
- Се скратија роковите и за исплата на надоместоците по основ на боледувања на вработените лица, преку информатичко надградување во Фондот и намалување на администрацијата.
- Со цел максимална снабденост на лекови на товар на ФЗОМ, квотите за лекови се зголемија во овие години- двојно, на максимални 2 милијарди и 300 милиони денари во 2011 год.
- Се воведоа ин-витро како медицинска услуга на товар на ФЗОМ до три обиди, преку транспарентна постапка за заштита на осигурениците, а веќе од 2011 год нема ограничување на бројот на ин-витро постапките на годишно ниво на ниво на РМ.
- Покрај со една се склучи договор со втора кардиохирургија според ДСГ методологијата. Конкуренцијата овозможи намалување на цените и со тоа се обезбедија 30% повеќе



хируршки интервенции во рамки на буџетот кој изнесува околу 10 милиони евра за кардиохируршки интервенции. Овој новореформиран Фонд подржува конкуренција, бидејќи истата е само за доброто на осигурениците.

- Се ревидираат и се потпишуваат нови меѓународни договори за здравствено осигурување со земјите од Европската Унија и Земјите од југо-источна европа со цел Македонците да можат да добијат здравствени услуги во тие земји во моменти на итност и притоа да бидат третирани и да им се наплати како да се осигуреници од таа земја.
- Се донесе Закон за мирување на долговите во 2008 година, со цел конечно на секој што редовно плаќа придонес во наредните 3 години од донесување на законот, да му се избришат сите стари долгови кон Фондот за здравство по основ на главнина и камата (решено е историско прашање на долговите кон здравствениот фонд, а обезбедена е и навременост и дисциплинираност во тековните плаќања)
- За земјоделците овозможивме од 2011 год само еднаш во годината да дојдат во подрачните служби на ФЗОМ и да подгинат сини картончиња за цела година, (нема повеќе посети на 3 институции секој месец за да се добие доказ за платен придонес).
- Се вовеле нов основ во 2009 год за здравствено осигурување за сите претходно неосигурани лица. Веќе 30.000 лица се здравствено осигурани и имаат сини картони за кои државата плаќа здравствено осигурување за нив. До 2009 год тие луѓе можеа да користат здравствени услуги само во случаи на итност.
- Конечно се заврши кризата со инсулини во државата преку централизирана набавка од страна на државата и воедно се централизира набавката на фактори за коагулација за лицата со хемофилија. Централизираните набавки придонесуваат повеќе да нема застој во снабдување и дистрибуција на есенцијалната терапија за овие две категории на лица.



- Се склучија договори со две приватни очни хиругии во државата со цел осигурениците веќе да не патуваат во странство за очна хирургија.
- Во 2010 година конечно се надмина деценискиот проблем за пациентите на дијализа од Скопје, кои поради дефицитарност на капацитет, беа приморани да патуваат надвор од градот за дијализа. Фондот склучи договор со приватен центар за дијализа, а со тоа на среден рок, скопските осигуреници, до еден, се згрижени.
- Се воведуваат задолжителни стандарди за дијализа со што треба да се изедначи квалитетот на дијализиата во сите центри за дијализа во Р.Македонија, воедно значи и воведување на периодични задолжителни прегледи и анализи како што се екг, ехо, лабораториски испитувања и сл.

Фондот за здравствено осигурување во соработка со лекарите од сите нивоа на здравствена заштита, во соработка со **фармацевтите и стоматолозите и медицинските комори** во изминативе неколку години оствари голем напредок во меѓусебната соработка и комуникација. Ќе ги наброиме само мал број од заедничките достигнувања.

- Направивме рокот на исплата кон ПЗУ да биде 60 дена, наместо дотогашните 120 дена.
- Конечно после 10 години се зголеми капитацијата од 45 на 50 денари по бод на матичните лекари.
- Фондот ги отвори вратите за коморите, здруженијата и индивидуалните ПЗУ-а
- Го зголемивме лимитот на бодови од 2500 на 3000 бода кај гинекологите, вака гинекологите земаат повеќе пари т.е им се исплаќа повеќе капитација.
- Се воведе терминот руралност со цел економска исплатливост на докторите во прогласените рурални средини, во превод се плаќаат 100 доктори во руралните амбулатни по 85.000,00



денари месечно(1700 бода) без обзир на бројот на осигурениците, ова е направено со цел за поширок опфат на примарната здравствена заштита добро и за граѓаните по руралните места и самите лекари.

- Воведовме превентивни цели кај матичните лекари, со ова покрај за доброто за осигурениците се направи можност да матичните лекари вршат и превенција наместо дотогаш само лекување. Вака се откриваат безброј болести кои немало да бидат приметени и со тоа се овозможува побрзо и поефикасно лекување и излекување на истите.
- Ги реформиравме подрачните служби и контролорите да бидат достапни до здравствените работници за секакви консултации.
- ФЗОМ им обезбеди средства за набавка на ЕКГ апарати апарати на матичните лекари и колпоскопи на гинеколозите со цел откривање и рано детектирање на болести (кардиоваскуларни и рак на грло на матка).
- ФЗОМ ги намали на казните на матичните лекари. Само како потсетување, до и во 2007 година сите прекршоци на договорот од страна на ПЗУ беа санкционирани со раскин на договор, 2008 годин беа воведни парични казни, 2009 истите беа намалени, 2010 се воведо опомена во договорите, 2011 сите казни се преполовија. Покрај драстично намалената казнена политика на ФЗОМ спрема избраните лекари и сите медицински работници и поставување на партнерско- деловен однос со нив, ФЗОМ воведо комисија за казни како и второстепена комисија за казни поради објективност. Во двете комисии се одлучува мнозински, со вклучени претставници од соодветната медицинска комора.
- Го зголемивме рокот на отсуство кој матичните лекари, можат да го направат без да им се избришат пациентите до 60 дена.
- Овозможивме и предвидовме рокови за специјализација на матичните лекари со што слободно ќе можат да ја посетуваат наставата без притоа да има санкции поради отсуство од работа.



- Кај стоматолозите би сакале да напоменеме дека партиципација за пломбирање на заби од тогашни 90 денари се искачи на сегашни 450 и 600 денари. Ги олеснивме договорите исто како кај матичните лекари во поглед на казни. Ја интензивиравме соработката со стоматолошката комора и заедно формиравме работни групи за проценка на и изработка на модели за финансирање на стоматологијата во Р.Македонија.
- Се укинаа бандеролите за лекови со што покрај намалување на трошокот на добавувачите се скрати и времето на нарачката на лекови од страна на аптеките.
- Фондот започнува пилот проект-аптеки без квоти, а во моментот се прават финални анализи за изборот на градот кој ќе биде пилотиран
- Покрај стратешки што се обврзавме од 2007 год. да сме во константна комуникација со медицинските комори на централно ниво, воведовме во 2010 година и регионални средби со претставниците на комрите да задолжително еднаш месечно на локално ниво раководителите на ПС да одржуваат средби со претставниците на коморите во регионот.
- Се вовеле и нова функција на ФЗОМ во 2011 год, а тоа е да биде банка носител на платен промет- трезор со што се овозможува следење на парите на осигурениците и како се трошат од болниците и клиниките како и нивно ефикасно финансиско работење
- ФЗОМ го вовеле терминот во 2011 год УСЛОВНИ буџети. Ова значи дека Клиниките ќе мораат да обрнат внимание на пациентите, ќе мораат да прават конкретни специфични/дефицитарни операции ако сакаат дополнителни пари од ФЗОМ, во спротивно за нашите осигуреници ФЗОМ ќе ги префрли тие пари во приватните болници или за лекување во странство.
- Со цел поедноставување и стандардизирање на факурирањето на ЈЗУ-та и ПЗУ-та кон Фондот, фондот во изминатите две години вовеле пакети за болничките третмани, пакети за



амбулантските третмани, примарни и превентивни пакети. Сега е веќе јасно дека сите здравствени установи, фактурираат до Фондот на ист начин.

- Со цел усогласување на податоците на Фондот со оние на матилните лекари, овозможивме редовен увид на активните и пасивните осигуреници (како и причините)
- Во 2011 година започнавме порект за централизирање на најбитни бази на Фондот, со цел за 12 месеци матичните лекари да му фактурираат со само една фактура на Фондот, и тоа само до една подрачна, со чиста база на осигуреници.
- Ја менуваме позитивната листа на лекови, усогласувајќи ги медицинските индикации и режимот на пропишување, по укажувања на коморите, но и по меѓународна споредба на истите.
- Од 2010 год се воведоа официјални преговори за висината на буџетите меѓу Фондот и јавните установи
- Со цел подобрување на финансиската дисциплина во јавното здравство, Фондот од 2009 година воведе ex-ante контролири, а во 2011 година финансиски контролори

За крај, би потсетиле дека за работодавците пак придобивките во изминатиот период поврзан со здравственото осигурување се следниве, а со тоа се овозможи фирмите да се развиваат или пак полесно да се преброди економска криза.

- ♦ на поле на придонесите Владата во нејзината определба за реформирање на целиот сектор на придонеси од социјално осигурување и стапката од 9.2 ја намалуваше постепено на 7,3 % од бруто платата за здравствен придонес,
- ♦ се донесе закон за мирување на долговите со што се овозможи сите што имаат долг кон ФЗОМ до 2009 година да го стават во мирување и продолжат редовно да плаќаат и со тоа да добиваат сини картони.



- ♦ Со намалување на коефициентите на плати се овозможи малите претпријатија да можат да плаќаат помалку за здравствено осигурување за своите вработени.
- ♦ Се намали административната постапка за породилните надоместоци и другите боледувања (обврска за работодавците)
- ♦ Се ревидираат сите документи што работодавците ги доставуваат до Фондот, со цел во иднина комуникацијата да биде електронска, без доаѓање во Фондот



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



2 ОДГОВОРИ НА ЧЕСТО ПОСТАВУВАНИ ПРАШАЊА ОД ЈЗУ И ПЗУ ЗА ФАКТУРИРАЊЕ НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИТЕ ПАКЕТИ И БОЛНИЧКИ УСЛУГИ КОИ НЕ СЕ ФАКТУРИРААТ ПО ДСГ

Со цел да обезбеди правилно фактурирање кон подрачните служби на ФЗОМ, организирани се неколку средби со финансиските и медицинските контролори на ФЗОМ на кои се допрецизирани прашањата за начинот на фактурирање на определени здравствени услуги. Најчести прашања се околу правилната примена на пакетите, исправноста на пропратните документи и услугите во дневната болница:

1. Прашање:

За пациент е фактуриран пакет „АСК 13 - Прв живот но згрижувачки пакет“, со упат од службата за брза помош во прилог. Дали пресметката во фактурата ќе биде прифатена?

Одговор:

Пресметката за извршена здравствена услуга во ваков случај нема да биде прифатена. Пациентот е обврзан по завршување на итност да донесе упат издаден од матичен лекар и истиот упат е неопходно да биде во прилог на пресметката.

2. Прашање:

За физикална медицина, за одредена терапија препишана од специјалист во траење од 5 дена, фактурирана е пресметка за терапија од 5 дена со избран специјалистички пакет „АФМ1 - Стандарден пакет за физикален и рехабилитационен третман за 5 дена“. Во текот на истиот месец, по прекин од неколку дена повторно со упат од лекар за иста дијагноза, се одредува терапија и се избира ист специјалистички пакет. Дали во овој случај каде за ист месец, се фактурирани 2 пресметки со 2 упати за иста дијагноза, фактурираниот износ ќе се прифати од страна на Фондот?

Одговор:

Фактурата ќе се врати за корекција. Во случај кога во вратената фактура, ЈЗУ или ПЗУ повторно не изврши корекција фактурата треба да се сторнира



за износот на едниот од двата фактурирани пакети, односно за дополнителниот погрешно избран специјалистички пакет.

3. Прашање:

При фактурирање на извршени здравствени услуги се користат цени од стар ценовник. Дали ќе се прифаќаат нивните фактури?

Одговор:

Фактурите ќе се прифаќаат како такви само за фактурирани износи за услуги за кои нема дефинирана нова референтна цена. Здравствената установа е потребно да доставува предлози за формирање на нови пакети за здравствени услуги до Комисијата за референтни цени и истите може да ги доставува по пат на електронска пошта на адресата specijalisticki@fzo.org.mk

4. Прашање

Дали ќе се прифатат пресметки за извршени услуги кои се фактурираат задоцнето (на пример пресметки од месец јануари се прикажани во фактура од месец февруари)?

Одговор:

Ваквите пресметките ќе се прифатат. Пресметките може да се приложат во фактурата најдоцна до 60 дена по извршената услуга односно во фактурата од наредниот месец.

5. Прашање:

Трансфузионата крв не е вклучена во цената за еден дијализен третман. Како да се фактурира истата?

Одговор:

Трансфузионата крв ја примаат пациенти по индикации во текот на дијализните третмани. Фактурирањето на крв болниците треба да го вршат дополнително по референтната цена утврдена од страна на Фондот.

6. Прашање:

Лекот Еритропоедин е вклучен во цената на еден дијализен третман како лек кој се дава на пациенти по индикации. Меѓутоа, овој лек го примаат и



пациенти кај кои се уште не е започнат дијализниот третман. Како да се фактурира Еритропоетин за овие пациенти?

Одговор:

Лекот Еритропоетин кој им се дава на преддијализните пациентите, односно на пациенти кај кои се уште не е започната дијализа, треба да се фактурира во посебни фактури од дневна болница.

7. Прашање

Како се толкува услугата со шифра УС7 - Брис од вагина, брис од цервикс, уретрален брис, спермокултура - со ИИД и 1антибиограм?

Одговор:

Оваа шифра на услуга треба да се применува во случај кога се направени поединечно или брис од вагина или брис од цервикс или уретрален брис или спермокултура - со ИИД и 1 антибиограм.

8. Прашање:

Дали референтните цени на пакети објавени во службен весник стапуваат во сила на денот на објавување во службен весник или е дозволено ЈЗУ да фактурира по стара цена до крајот на месецот?

Одговор:

Референтните цени треба да започнат да се применуваат согласно објавата во службен весник т.е од денот на објава или 8 дена од објава во службен весник.

9. Прашање:

Во пресметки од рендген се фактурираат рендген услуги со и без контрастни средства. (на пр. РД0207 Компјутерска томографија на торакс со референтна цена од 3.060 денари и РД0209 Компјутерска томографија на торакс со контрастни средства со референтна цена од 3.950 денари). Како да се фактурира кога и двете услуги се извршени?

Одговор:

Ваквите услуги можат да се извршат на едно исто лице во ист ден, но доколку при второто снимање се употребат контрастни средства, тогаш



треба да се употреби референтната цена од 3.950 денари (Компјутерска томографија на торакс со контрасни средства) во која е вклучена претходната извршена услуга (Компјутерска томографија на торакс).

10. Прашање:

Кој е периодот на важност на упатот?

Одговор:

Упатот важи 30 дена од датумот на издавање, а не од 1-ви до 30-ти во месецот. Упатот треба да биде активиран во рок од 30 дена од датумот на издавање. По активирањето продолжува да важи се до завршувањето на епизодата на лекување. Пациентот за иста дијагноза се лекува со еден упат но неговото лекување треба да биде покриено со сини здравствени картони за целиот период на лекување од почетокот до завршувањето на здравствена услуга (пример: доколку лекувањето траело во период од април до мај, ќе треба да се достават картончиња и за двата месеци).

11. Прашање:

Во пресметките за извршени здравствени услуги од рендген, за секоја извршена здравствена услуга поединечно се пресметува партиципација. Потоа за сите извршени услуги се собираат износите на пресметана партиципација и вкупниот износ се одзема од вкупниот износ на извршени здравствени услуги пресметан по референтни цени. Дали ова е исправен начин на пресметка на партиципација?

Одговор:

Ваквиот начин е исправен начин за пресметка на партиципација.

12. Прашање:

Дали при фактурирањето спрема ФЗОМ треба да се намалува износот на пресметана партиципација за лица по програми од Министерство за здравство?

Одговор:

За програмите на Министерство за здравство каде определени осигуреници се ослободуваат од наплата на партиципација, ЈЗУ треба да ја пресметаат партиципацијата и за тој износ да се намали фактурираниот



износ спрема ФЗОМ, а пресметаната партиципација да се фактурира спрема Министерството за здравство на Р.М.

13. Прашање:

Дали ќе се прифаќаат пресметките од специјалистичко – консултативна здравствена заштита каде се применети специјалистички пакети во кои се вклучени контролни прегледи а при тоа нема податоци за извршената контрола?

Одговор:

Согласно Упатството за пакети на завршени епизоди на лекување во специјалистичко – консултативна здравствена заштита, доколку во текот на периодот на траење на упатот и пред да се заврши епизодата на лекување не е направен контролен преглед, тогаш пресметката треба да се преработи и треба да се избере пакет без контрола.

Пресметката се изработува по завршена епизода на лекување и треба да содржи датуми кога е извршена контрола. Во случај кога пациентот не дошол на контрола треба да се евидентира во амбулантскиот дневник дека пациентот бил повикан на контролен преглед, но по своја желба не дошол на контрола. Тогаш треба да се избере пакет без контрола.

Доколку здравствената установа дополнително оцени дека треба да се изврши контролен преглед, тогаш се побарува дополнителен упат за наредниот месец и за извршената здравствена услуга се фактурира единствено извршениот контролен преглед (АСК4 Контролен пакет со референтна цена од 150 денари).

14. Прашање

Како се пресметува партиципација за извршени рендген прегледи (комјутерска томографија), кога се извршени две услуги со еден упат?

Одговор:

Во член 4, точка 4 е дефинирано дека за нативни снимки (без разлика дали се направени една или повеќе), треба да се наплати 100 денари партиципација, додека за компјутерска томографска снимка со употреба



на контрастни средства се наплатува за секоја услуга партиципација во износ од 400 денари. Доколку се направени две или повеќе снимки повторно се наплатува 400 денари.

15. Прашање:

Во пресметки од лабораторија покрај услугата БА1 земање на крв со референтна цена од 50 денари се фактурира и БА2/2 Крвна слика со диференцијална крвна слика (со референтна цена од 140 денари). Дали ваквиот начин на фактурирање е правилен?

Одговор:

Ваквиот начин на фактурирање е погрешен бидејќи услугата БА2/2 ја вклучува услугата вадење на крв и затоа истата не треба да се фактурира дополнително во една иста пресметка. Оваа услуга не треба да се фактурира.

16. Прашање

За пресметки каде се употребени специјалистички пакети од физикална медицина, дали ќе се признаваат пресметки во кои дополнително се наплатени 50 денари за физикален специјалистички преглед?

Одговор:

Во пресметките со специјалистички пакети од физикална медицина, не треба дополнително да се наплатува за физикален преглед 50 денари, бидејќи прегледот е вклучен во цената на пакетот.

Во дневните болници каде што има физикална терапија, во пресметките треба да се дополни и да се евидентира датум на извршени прегледи.

17. Прашање

Дали ќе се прифаќаат пресметки со извршени услуги од лабораторија ЛУ2, а кои се со упат од матичен лекар?

Одговор:

Ваквите пресметки не треба да се прифаќаат. Услуги од лабораторија ЛУ2 треба да вршат со упат од лекар – специјалист. Матичните лекари не треба да издаваат упат за услуги од ЛУ2.



18. Прашање:

Согласно Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица за избран специјалистички пакет АСК1 Основен специјалистички пакет со референтна цена од 380 денари се наплатува партиципација во износ од 50 денари, додека за специјалистички пакет АСК2 Основен специјалистички пакет со контрола со референтна цена од 450 денари, се наплатува партиципација во износ од 40 денари. Дали оваа пресметка е исправна, бидејќи не е логично за услуга со повисока референтна цена да се наплатува пониска партиципација?

Одговор:

Овој начин на пресметка на партиципација е согласно Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица. Единствено за АСК1 се пресметува партиципација по преглед – 50 денари, додека за сите останати пакети партиципација се пресметува по скала.

19. Прашање:

Пациенти на кои им е пружена здравствена услуга од болничка здравствена заштита во ЈЗУ УК за радиотерапија и онкологија, се примаат со специјалистички упат. Дали пресметките од болничка здравствена заштита треба да се прифаќаат со специјалистички упат?

Одговор:

Во случај кога врз основа на упат од специјалистичко - консултативна здравствена заштита е извршена услуга од областа на болничка здравствена заштита, ваквиот упат не е соодветен бидејќи е од пониско ниво на здравствена заштита и пациентот треба да донесе болнички упат.

20. Прашање:

Како да се фактурира здравствена услуга уринокултура со употреба на антибиограм?

Одговор:

За извршена здравствена услуга уринокултура со употреба на антибиограм во една пресметка треба да се фактурира услуга со шифра УС8 Уринокултура и услуга со шифра ОА17 Антибиограм.



21. Прашање:

Во Клиника за психијатрија, за осигурениците лекувани во дневна болница се пресметува, односно наплатува партиципација, а во Бардовци не се пресметува, ниту наплатува партиципација, односно целиот износ се фактурира до Фондот врз основа на чл.34 став 4 од Законот за здравствено осигурување. Во овој член, односно став од Законот пишува, дека на товар на Фондот се ослободуваат душевни болни лица сместени во психијатриски болници. Дали осигурениците кои се лекуваат во дневни болници се сметаат за „сместени во болници“?

Одговор:

По законот за душевни болни овие пациенти се ослободени од партиципација и за нив не треба да се пресметува и фактурира партиципација до ФЗОМ.

Здравствената установа фактурира до Фондот за акутни пациенти до 30 дена, а над 30 дена треба да фактурира до МЗ.

Здравствената установа за хронично хоспитализирани болни до 180 дена, фактурира до Фондот, а над 180 дена фактурира до Министерство за здравство.

22. Прашање:

Фактурите над 30 дена за стационарното лекување на хроничните душевни болни, не треба да се примаат во ПС на Фондот, туку истите да се фактурираат до Министерство за здравство по Програма. Но, во случај кога овие лица се ослободени од партиципација врз основа на решение од Фондот, како фактурите да се доставуваат до Министерството за здравство?

Одговор:

Фактурите треба да се доставуваат во целост до Министерство за здравство.

23. Прашање:

Во пресметки од Психијатриска болница - Скопје, како прилог на пресметките се доставува и потврдата за платена партиципација. Дали потврдата за платена партиципација треба да биде приложена со пресметките?



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

Одговор:

Не треба да се бараат потврда од наплатена партиципација како прилог на пресметките за извршени здравствени услуги. Партиципација е приход на установата, а податокот кој е неопходен при фактурирање на здравствени услуги е пресметана партиципација.



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

www.fzo.org.mk



3 РЕЗИМЕ НА КРАТКОРОЧНИ АКТИВНОСТИ И ОБВРСКИ ПОВРЗАНИ СО ПРОЕКТОТ -ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА (ЕЗК) И ИНТЕГРИРАНИОТ ЗДРАВСТВЕН ИНФОРМАТИЧКИ СИСТЕМ (ИЗИС)

Министерството за здравство спроведува проекти за имплементација на Интегриран здравствен информатички систем (ИЗИС) и Систем за електронска здравствена картичка (СЕЗК). Фондот за здравствено осигурување на Македонија е еден од најважните учесници во имплементацијата на Интегрираниот здравствен информатички систем и Системот за Електронската Здравствена Картичка.

1.1 ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА - ЕЗК

Договорот за јавна набавка на СЕЗК е склучен меѓу Министерството за здравство и Агенцијата за комерцијални дејности (АКД)- Загреб, додека пак Договорот за Интегрираниот здравствен информатички систем е склучен меѓу Министерството за здравство и хрватската фирма С&Т. Иако Фондот не е една од договорните страни сепак најголемиот дел од работите поврзани со овие два проекти се спроведуваат или се поврзани во и со Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Со цел информирање на јавноста, а особено здравствените работници, како најприоритетни за овој проект, Фондот одлучи во овој билтен накратко да ги презентира плановите и обврските на краток рок, за што ќе продолжи да



информира на редовна основа, согласно акцискиот план и најчесто добиваните прашања од осигурениците и здравствените работници. Процесот на издавање и користење на ЕЗК е сложен и комплексен процес кој во себе опфаќа неколку сегменти :

- прибирање на барања за издавање на ЕЗК (рок 2011/2012)
- обработка на пристигнатите барања (рок 2011/2012)
- персонализација и дистрибуција на ЕЗК (Рок 2011/2012)
- користење на ЕЗК, како замена на сините картони (се очекува од септември 2011 постепено да започне замената, односно паралелно функционирање на двете можности, а од средина на 2012 комплетна замена на ЕЗК со сини картони)
- користење и интеграција на ЕЗК, со проектот за ИЗИС и замена на здравствената книшка (рок 2012-2013)

За целосна имплементацијата на СЕЗК покрај ФЗОМ треба да бидат вклучени сите институции во кои се пружаат различни видови на здравствени услуги за корисниците на здравствено осигурување .

1.1. Собирање на апликации за ЕЗК, обработка и печатење на ЕЗК

Фондот за здравствено осигурување, преку Владата на РМ изработи четири канали на дистрибуција на апликациите и картичките, а со цел минимизирање на потребата осигурениците да ја добијат ЕЗК



преку две доаѓање во подрачните служби (прво- за доставување на апликација, второ –за подигнување на картичката).

Прв канал на дистрибуција е комуникација на Фондот со работодавците (јавните институции и фирмите) и доставување на сите апликации за вработените и нивните фамилии преку одговорните лица на работодавецот, потоа Фонд да го реализира процесот на обработка и издавање на картички, а предавање на картичките да одат повторно преку работодавецот. За овој канал на дистрибуција, Фондот има изработено детален акциски план и директно ги или ќе ги комуницира работодавците постепено. Така, веќе два месеци комуникацијата е со ЈЗУ и Министерствата.

Втор канал на дистрибуција е за невработените лица, за кои процесот ќе се одвива преку комуникација со Агенцијата за вработување, со невработените и Фондот, во периодот јуни-септември 2011 год.

Трет канал на дистрибуција е за пензионерите, за кој Фондот комуницира со Лакарската комора да се реализира преку матичните лекари , постепено, во следните 6-8 месеци.

Четврт канал на дистрибуција е доставување на поединечни барања во подрачните служби. Овој канал во моментот евозможен само за приватните здравствени работници, а за сите останати ќе профункционира при крај на 2011 година и 2012 година.



Сите здравствени работници кои имаат Договор со Фондот се замолуваат да ги поднесат барањата за издавање на електронска здравствена картичка за себе и членовите од нивните фамилии, до 20.06.2011 година во подрачните служби на Фондот (апликациите и упатствата можат да се подигнат од подрачните служби или на web страницата на Фондот).

Ова особено се однесува за здравствените работници кои гравитираат кон подрачјето на подрачната служба Велес кои треба до 10.06.2011 да ги достават до подрачната служба Велес, за да може истите да учествуваат во пилот проектот.

1.2. Користење на ЕЗК-предуслови што треба да ги исполнат сите ЈЗУ и ПЗУ

За да може да се користи електронската здравствена картичка секоја ординација треба да поседува:

- компјутер со windows оперативен систем (минимум windows 2000 или понова верзија на windows)
- интернет пристап - од било кој провајдер на интернет
- читач на електронска здравствена картичка - по еден читач за електронска здравствена картичка обезбедува министерството за здравство (а дополнителени можат да се купат по цена од 2 евра)
- соодветни инсталациони драјвери за користење на читачот



- клиентски софтвер

НАПОМЕНА: Клиентскиот софтвер, инсталационите драјвери како и корисничките упатства за инсталација на софтверот и користење на електронската здравствена картичка може да се симнат од web страната на Фондот (<http://www.fzo.org.mk>) во делот на е-здравство и истите се бесплатни.

Министерството за здравство во соработка со лекарската комора односно координаторите од лекарската комора започна дистрибуција на бесплатните читачи (по еден за секој лекарски тим). Истите ќе може да ги подигнат приватните здравствени установи од кај регионалните координатори.

Министерството за здравство веќе ги дистрибуираше бесплатните читачи во јавните здравствени установи.

Рок за реализација на оваа фаза, односно за информатичка подготовка на сите ЈЗУ и ПЗУ за користење на Електронската здравствена картичка е септември 2011 година.

1.2 ПЕЧАТЕНИ РЕЦЕПТИ

Согласно Договорите склучени помеѓу Фондот и примарните лекари од **01.07.2011** година секој лекар е потребно да поседува по еден печатач за да може да ги печати рецептите, наместо досегашниот начин на рачно пишување на истите. Ова е од причина што во



досегашната пракса се покажа дека не секогаш кога осигуреникот оди во аптека, рачно напишаниот рецепт е читлив и поради тоа осигурениците се враќаат повторно кај нивните матични лекари. Во овој период секој лекар е должен во соработка со одржувачите на постојните апликативни решенија да ги прилагоди своите програми за оваа функционалност.

1.3 ИНТЕГРИРАН ЗДРАВСТВЕН ИНФОРМАТИЧКИ СИСТЕМ

Паралелно со проектот за електронска здравствена картичка Министерството за здравство го спроведува и другиот проект а тоа е Интегрираниот здравствен информационален систем. Од овој проект примарните лекари ќе добијат бесплатен софтвер (Medicus.Net) за работа, наместо постоечките кои ги користат и за кои секој месец плаќаат одредена сума на финансиски средства за одржување. Со овој софтвер ќе се изедначи евиденцијата на осигурениците помеѓу лекарите и Фондот за здравствено осигурување на Македонија. За да може да се користи овој софтвер лекарите потребно е да ја набават следнава препорачана опрема и интернет пристап од Министерството за здравство и изведувачот на софтверското решение:

- Компјутер со минимална препорачана конфигурација
 - Процесор: двојадрен со 2,0 GHz
 - Меморија : 2 GB RAM



- Тврд диск: 80 GB HDD

Монитор: препорачливо е 17” но не е задолжително, со резолуција од мин. 1024x768

- USB 2.0 портови, DVD/CD ROM

- Оперативен систем: Windows XP professional, Windows Vista, Windows 7 professional

- Антивирус – од било кој производител (Министерството за здравство обезбедува за секоја ординација бесплатен лиценциран антивирус)

- Останат софтвер: PDF Reader – постојат бесплатни верзии на интернет, Internet explorer 8 (истиот доаѓа со оперативниот систем)

- 2 читачи на електронски картички кои го задоволуваат PC/SC стандардот за паметни картички изработени по ISO 7816 стандардот (еден бесплатно обезбедува Министерството за здравство)

- Печатач: Монохроматски ласерски печатач со две фиоки (една за А4 а другата за А5 големина на хартија)

- Интернет пристап – интернет пристап со брзина на Download од 2048 Kbit/s и Upload од 256 Kbit/s и месечен сообраќај од 4 GB.

За оперативен систем се препорачува да се користи „professional“ верзија но не е и задолжително. Дали ќе се користи лиценцирана верзија на оперативниот систем тоа е оставено на самиот лекар. Имено Фондот нема да врши контрола на тоа дали се користи лиценциран софтвер за оперативен систем или пиратски. Ова не е во надлежност на Фондот и за користење на пиратски софтвери



самите лекари одговараат пред производителот на истиот а тоа е компанијата Microsoft и пред другите надлежни институции во Република Македонија. Препорачливо е заради подобра организација на работата во ординацијата да се поседуваат два компјутера, едниот за сестрата а другиот за докторот. Медицинската сестра при прегледот ќе го внесува административниот дел од податоците додека лекарот ќе ги внесува медицинските податоци од прегледот (дијагнози, наоди, упати..).

Подетални информации околу новиот софтвер за работа во примарните ординации може да добиете на web страната на Министерството за здравство: <http://moh.gov.mk/> или на следниве е-маил адреси: zaklina@izismk.org и riste@izismk.org.

НАПОМЕНА:

Сите матични лекари се должни до 01.09.2011 година да ги обезбедат потребните хардверски и софтверски компоненти за да може да ја користат новата програма Medicus.Net, која тогаш постепено ќе се воведува кај сите ПЗУ-матични лекари, освен за пилот ординациите од територијата на подрачната служба Велес каде е потребно овие активности да се завршат до 01.07.2011 година.

Лекарската комора во соработка со Microsoft Македонија има обезбедено попусти за набавка на лиценциран софтвер за оперативен систем. Се препорачува professional верзија на



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

оперативен систем од причина што Министерството за здравство планира воведување на таканаречен “e-directory” со што ќе се овозможи полесно информирање на лекарите за сите новости поврзани со софтверските решенија.

Обврските за ЈЗУ ги координира директно Министерството за здравство.

Во иднина сите ќе бидат информирани навремено, за кога и како, постепено ќе се воведуваат новите апликации во цело јавно и приватно здравство. Со тоа комплетно ќе се заменат различните апликации по здравствените установи (освен аптеките, каде ќе има интерфејси), со едни единствени за сите, за што процесот на одржување и надградба ќе го координира Министерството за здравство.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk



4 ПРАШАЊА И ОДГОВОРИ ПОВРЗАНИ СО РАБОТЕЊТО НА ПЗУ АПТЕКИ И ОРДИНАЦИИ.

ФЗОМ континуирано остварува средби со стручните комори во врска работењето на приватните здравствени установи (аптеки и ординации) кои имаат договор со ФЗОМ и контролата од подрачните служби на ФЗОМ, во интерес на квалитетно, ефикасно и унифицирано работење согласно договорните одредби и другите законски прописи се разгледаа неколку отворени прашања кои ги имале ПЗУ во врска со нивното работење, на средба со ФКМ се одговорија следните прашања.

- Прашање:

Што со непризнавањето на рецепти поради неназначена јачина кога лекот во промет е само со една јачина ?

Одговор: Во договорите и со лекарите и со аптеките е назначено дека треба да се наведе јачина за секој лек, како што беше и договорено со коморите за да се превенираат други проблеми кои се јавуваа, како и од правен аспект. Сега следува имплементација на договореното во пракса

- Прашање

Која цена треба да се пишува на рецептот (референтна, референтна со ДДВ, референтна со ДДВ и маржа? (различни информации од контролорите во подрачните служби на фзом)

Одговор: Во одлуката за референтни цени на лекови на ФЗОМ стои референтна цена со ДДВ, исто и квотите се дефинирани на истиот принцип. Ова е меѓупериод до воведување на електронската размена на податоци во интегриран систем и промена на рецептниот образец на ФЗОМ, кога ќе се надмине оваа обврска на аптеките.



- Прашање

Дали се прифаќаат рецепти со незначителни грешки во генеричко име (olanzepin - olansepin)?

Одговор: Се прифаќаат

- Прашање

Дали се прифаќаат рецепти каде шифрата на лекот е излезена од квадратчињата

Одговор: Се прифаќаат

- Прашање

Дали се прифаќаат рецепти каде има блед печат на ординација и на факсимил на лекар?

Одговор: Доколку не се читки и препознатливи и печатот и факсимилот, рецептите не можат да се прифатат. Мора да постои основа за контролата на ФЗОМ, и следливост, односно да се постапува согласно договорот.

- **ЗАКЛУЧОК:** полето за количина на лекот на рецептот аптеките треба да го пополнуваат за лекови чии пакувања се делат

- Прашање

Дали се прифаќаат рецепти каде на рецептот покрај генеричко напишано е и заштитено име



Одговор: Во договорот со лекарите и аптеките стои дека пропишувањето на лекот е по генерика, со одредена форма и јачина на лекот, не се споменува заштитено име на лек, како што беше договорено со коморите со цел да се избегнат проблеми во пракса и од аспект на контролата и за да се запази правото на избор на осигуреникот, особено за лекови кои се без доплата. Доколку до генериката е допишано заштитено име на лек, аптеката може да го издаде само тој готов лек со одредено заштитено име, со согласност од осигуреникот, т.е. без да се корегира рецептот.

- Прашање

Дали се прифаќаат рецепти каде не се читаат последните букви од факсимилот на фармацевтот (вска – ска или ски)

Одговор: Се прифаќа, но бројот на факсимилот да е целосен и препознатлив

- Прашање

Дали се прифаќаат рецепти каде има погрешни матични броеви на осигуреници

ЗАКЛУЧОК: При секое издавање на лековите со здравствената легитимација да се бара и личната карта на осигуреникот на увид. Доколку има разлики во матичните броеви, аптеките имаат право на селектираните неисправни рецепти да поднесат приговор до ПС и секој поединечен случај ќе се провери.

- Што со неажурирана листа на лекари (Штип, Гостивар, Тетово...)



Одговор: За секој поединечен случај да се информира централата на ФЗОМ која ќе постапи со контрола како во претходни случаи, со цел да се утврди фактичката состојба за да не се оштетат аптеките

- **Прашање**

Задоцнетата имплементација во аптеките на корегирани АТЦ кодови на 3 лекови по генерики на почетокот на мај 2011 год. заради неинформираност на одредени аптеки, неприсуство на фармацевтите од одредени аптеки заради посета на конгрес во Црна Гора, како и техничка неможност на информатичкиот систем на аптеки за навремено ажурирање. Како главен проблем се наметнува и прашањето дали рецептите кои се реализирани би требало да се корегираат.

Одговор: До ФКМ пратена е информација на ден 29 април 2011 година за претстојните измени на ПЛ со цел навремено информирање на аптеките во рок од 8 дена по објавување на одлуката во Сл.Весник на РМ да се извршат технички корекции на АТЦ кодовите на 3 лекови по генерики од ПЛ со АТЦ кодови: R03BA01, R03BA02, R03BA08. Заради аспектот на техничка имплементација на донесениот акт од ФЗОМ, со кој не се менуваат лековите и нивните цени, туку се врши техничка корекција на АТЦ код што повлекува корекција на шифри на лекови, за одреден период да се овозможи електронски прием на податоците само за тие лекови.

Сите аптеки да се адаптираат итно на овие технички измени и да побараат измени на софтверските решенија со цел флексибилно работење на аптеките.

ФЗОМ и Фармацевтската Комора на Македонија се согласија со заеднички напори да работат на максимално подобрување и



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

усогласување на работењето во аптеките, ординациите и контролата од подрачните служби. За таа цел е договорено да се организираат заеднички обуки во 5 поголеми градови во РМ, според агендата што дополнително ќе биде договорена. На овие обуки ќе бидат поканети и претставници од Лекарската комора на Македонија.



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

www.fzo.org.mk



5 ЕДУКАТИВНА СТАТИЈА ЗА ОСИГУРЕНИЦИТЕ - ОСЛОБОДУВАЊЕ ОД УЧЕСТВО НА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА СО ЛИЧНИ СРЕДСТВА ПРИ КОРИСТЕЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

Со Законот за здравствено осигурување се уредува здравственото осигурување на граѓаните, правата и обврските од здравственото осигурување, како и начинот на спроведување на здравственото осигурување.

Во Законот за здравствено осигурување се определени основните здравствени услуги на сите нивоа на здравствена заштита кои осигуреното лице може да ги оствари на товар на средствата на Фондот.

Осигурените лица при користење на здравствени услуги учествуваат со лични средства во цената на здравствените услуги. Здравствените услуги според Законот за здравствено осигурување ги опфаќаат: вкупните трошоци за пружената здравствена услуга, материјалните трошоци и лекови. Учеството на осигурените лица со лични средства при користење на здравствените услуги и лекови е утврдено со член 32 од Законот за здравствено осигурување, според кој осигурените лица учествуваат со лични средства при користење на здравствени услуги и лекови, но најмногу до 20% од просечниот износ на вкупните трошоци на здравствената услуга, односно лекови. Според став 2 на истиот член, за здравствените услуги за одобрено лекување во странство, осигуреното лице учествува со 20% од вкупните трошоци.

5.1 Ослободување од учество во цените на здравствените услуги според Законот за здравствено осигурување

Ослободувањето од учеството утврдено во член 32 од Законот за здравствено осигурување е уредено со членот 34 од истиот закон



според кој од учеството со лични средства при користење на здравствени услуги 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 психијатирски болници и ментално ретардирани лица без родителска грижа
- 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.

За осигурените лица кои остваруваат месечен 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.

Сите осигурени лица се ослободени од учество со лични средства за лекарски преглед кај избраниот лекар.

Сите осигурени лица се ослободени од учество со лични средства за итна медицинска помош.

Во случај на неоправдан повик за укажување на итна медицинска помош, осигуреното лице ги сноси трошоците на прегледот и превозот во полн износ согласно член 40 од Правилникот за



содржината на начинот на остварување на правата од задолжително здравствено осигурување.

Корисниците на постојана парична помош и лицата сместени во установи за социјална заштита или во други семејства и ментално ретардирани деца без родителска грижа здравствено се осигурени преку Центрите за социјални работи и кај овие осигуреници ослободувањето од учеството во здравствената легитимација го потврдува Фондот за здравствено осигурување со впишување на текст во здравствената легитимација “ ослободен од учество по член 34 став 1 алинеа 2 и 3 од Законот за здравствено осигурување“ со потпис и печат на подрачната служба на Фондот, а врз основа на Решение од Центарот за социјални работи.

5.2 Ослободување од учество во цените на здравствени услуги според Одлуката за утвдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови

Со член 34 став 1 алинеа 5 и став 2 од Законот за здравствено осигурување и според член 7 и 8 од Одлуката за утвдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови предвидено е ослободување од учеството на осигурениците во цената на здравствените услуги, но под одредени услови.

Според член 7 од Одлуката, осигурените лица кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита во износ повисок од 70% 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.



Според член 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.

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 натамошното користење на здравствени услуги, освен за лекови од Листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство.

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% 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.

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% од просечната месечна нето плата остварена во Републиката во претходната година, се ослободуваат од плаќање на учество при натамошното користење на здравствени



услуги, освен залековите од Листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекувањето во странство.

Ослободувањето учеството во цените на здравствени услуги од член 34 став 1 алинеа 5 и став 2 од Законот (член 7 и 8 од Одлуката) го врши Фондот за здравствено осигурување на Македонија, со решение, а врз основа на вкупниот приход во семејството и вкупниот износ на платеното учество за користени здравствени услуги во специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита.

Како вкупни приходи од семејството се земаат приходите од осигуреникот, брачниот другар и децата родени во брак или вон брак, посиноците, посвоените деца и децата земени на издржување кои се здравствено осигурени преку осигуреникот или брачниот другар.

5.3 Ослободување од учество по програми

Со член 6 од Одлуката за утвдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови е предвидено дека средствата за учество на осигурените лица во вкупните трошоци за лекување на одредени заболувања се утврдени со посебни превентивни програми кои на предлог на Фондот и Министерството за здравство ги донесува Владата на Република Македонија.

Со наведените превентивни програми, средствата за учество на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствени услуги (освен за лековите од Листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита, за лекување во странство и за ортопедски и други помагала), се обезбедени со тие Програми.

Ослободувањето од учеството на осигурените лица се однесува по видови на заболувања или по категории на осигуреници.



5.4 Ослободување од учество при итни постапки

Според член 5 од Одлуката за утвдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови, осигурените лица по исклучок од член 2, 3 и 4 од оваа Одлука, не плаќаат учество со лични средства во трошоците за лекови и услугите дадени при итни постапки во моментот на отстранување на непосредна опасност по живот.

5.5 Ослободување од учество по посебни прописи

Со прописите за заштита на учесниците во НОВ и воените инвалиди се ослободени од учество во трошоците при користење на здравствена заштита, освен за користење на лекови, незадолжителна имунизација и лекување со природни фактори.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

www.fzo.org.mk