

# ИНФО БИЛТЕН



Фонд за здравствено осигурување  
на Македонија

ИНФО БИЛТЕН ИЗДАНИЕ БР.24/2012



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

## Содржина

1	Сините картон одат во историјата .....	3
2	Новини за осигурени лица и фирми .....	6
2.1	Олеснување во издавањето на инсулин на пациентите што примаат инсулинска терапија .....	6
2.2	Дежурните служби во градот Скопје ќе работат и во сабота .....	8
2.3	Активности на здруженијата .....	9
3	Новини за давателите на здравствени услуги .....	10
3.1	Новини во договорите за 2013 година .....	10
3.2	Воведување на нови и измена на референтни цени на здравствени услуги .....	13
4	Права од здравствено осигурување .....	15
4.1	Право на лекување во странство .....	15
5	Електронски услуги на ФЗОМ – Веб портал .....	19
6	Полугодишен извештај за ДСГ (дијагностичко сродни групи) .....	21
7	Усовршување на знаењата и вештините на вработените во ФЗОМ за поефикасно и поекономично работење .....	25

## 1 Сините картони одат во историјата

Од 01 ноември 2012 година, за сите осигуреници кои имаат подигнато електронска здравствена картичка (ЕЗК) од Фондот, нема повеќе да се печатат сини картони. Имено ЕЗК е доказ за платено здравствено осигурување, односно ги заменува сините картони.



### Важно за сите осигуреници:

**Активирањето на ЕЗК** секој осигуреник го прави на следниот начин:

- При првото нејзино користење кај матичен лекар, во аптека или во друга здравствена установа, осигуреникот внесува 5 цифри (не симболи, не букви)
- Внесениот 5 цифрен број осигуреникот ќе треба да го запомни, бидејќи истиот ќе претставува лозинка (шифра) за користење на ЕЗК во иднина.



### Важно здравствените установи:

#### Потребни предуслови за користење на ЕЗК:

- Компјутер со минимална препорачана конфигурација со која може да се пристапи до интернет со Windows оперативен систем (Windows XP x86/x64, Windows Vista x86/x64, Windows 7 x86/x64)
- Интернет пристап од било кој провајдер со минимална брзина од 56 Kb/s (dial up, ADSL, кабелски, закупена линија – терестријален линк)
- Читач за електронски здравствени картички (компатибилни со електронската здравствена картичка) со инсталациони driver-и со следните карактеристики
  - Поддршка за ISO-7816 микропроцесорски паметни картички
- Софтверска апликација (бесплатна) која е јавно објавена на web страната на Фондот

[http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Instalacija\\_na\\_softver\\_za\\_proverka\\_na\\_datumo\\_na\\_vaznost\\_na\\_osiguruvawe.pdf](http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Instalacija_na_softver_za_proverka_na_datumo_na_vaznost_na_osiguruvawe.pdf)



**Воедно би сакале да упатиме повик до сите приватни правни субјекти да земат активно учество во постапката за поднесување на барање за издавање на електронска**

**здравствена картичка. Потребно е приватните фирми да достават податоци за сите свои вработени и членови на нивните семејства за ЕЗК до подрачните служби на Фондот.**

[http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Jave\\_n\\_povik\\_za\\_privatni\\_firmi%20za%20EZK.pdf](http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Jave_n_povik_za_privatni_firmi%20za%20EZK.pdf)

### Цена на картичката

Согласно правилникот на Министерството за здравство (Службен весник на РМ бр. 68/2012), цена на чинење за издавање на ЕЗК а различни категории осигуреници е следна:

Сите осигуреници плаќаат за електронска здравствена картичка по 250,00 денари, освен;

- Невработени лица, пензионери со нето пензија до 15.000,00 денари плаќаат за електронска здравствена картичка по 100,00 денари;
- Самохрани родители и деца без родители и родителска грижа до 18 години, како и за лицата осигурени преку нив плаќаат за електронска здравствена картичка по 100,00 денари, додека;
- За лицата кои се корисници на социјална помош и за членовите на нивните семејства, електронска здравствена картичка е бесплатна;
- За лицата корисници на постојана парична помош здравствената електронска картичка е бесплатна.

<http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Cena%20i%20nacin%20na%20plakjanje%20za%20EZK.pdf>

За сите осигуреници со ЕЗК кај матичен лекар ќе се вршат следниве проверки:

- При издавање на рецепт за лек на товар на ФЗОМ, избраниот лекар задолжително за лицата кои имаат ЕЗК го евидентира Единствениот здравствен број (ЕЗБО) од електронската здравствена картичка (9-

цифрен број сместен во централниот дел на предната страна на истата), покрај задолжително евидентирано број на здравствената легитимација на рецептниот образец.

- За осигурените лица кои имаат пропишана хронична терапија на рецептен образец на кој не е евидентиран ЕЗБО, а во меѓу време добиле ЕЗК, потребно е да им се издадат нови рецептни обрасци на погоре посочениот начин, при што задолжително треба да се понишат претходно издадените.

А сите осигуреници со ЕЗК во приватните и јавните здравствени установи обезбедени се:

- Минимум два читачи за ЕЗК, за секој лекарски тим според карактеристики наведени на web страната на ФЗОМ (Во изминатиот период читачите ги дистрибуираше Министерството за здравство бесплатно). Од вкупно 10.000 читачи, сеуште има околу 1.000 до 1.500 во Министерство за здравство, така што оние јавни и приватни установи кои не обезбедиле читач, ќе треба преку соодветните комори да упатат барање и да добијат. Доколку се подигнат сите читачи од Министерството за здравство, понатаму болниците, аптеките и другите здравствени установи ќе треба да си обезбедат читачи на сопствен трошок.

[http://www.fzo.org.mk/wbstorage/files/instalacija\\_na\\_draiver\\_za\\_omniki\\_citac\\_ezk.pdf](http://www.fzo.org.mk/wbstorage/files/instalacija_na_draiver_za_omniki_citac_ezk.pdf)

[http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/HID\\_OMNIKEY3x21\\_x86\\_R1\\_2\\_6\\_5.exe](http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/HID_OMNIKEY3x21_x86_R1_2_6_5.exe)

За сите осигуреници кои немаат ЕЗК:

- Останува досега утврдениот начин на обезбедување на здравствени услуги на осигурениците на товар на ФЗОМ, каде проверката за валидноста на

осигурувањето ќе се прави со приложување на сини потврди за платен придонес.

**Следните категории осигуреници ќе добијат ЕЗК после јавната и државната администрација:**

- Приватните фирми (во континуитет)
- Невработените (од јануари до април 2013 година)
- Пензионерите (март-април 2013 година),

**Воведувањето на ЕЗК треба да заврши до јуни 2013 година.**

Сите дополнителни информации околу начинот на достава на барањата за издавање, подигнување на електронски здравствени картички, како и потребните обрасци се објавени на web страната на Фондот [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk) во делот на е-здравство. Дополнителни информации може да се добијат на следнава меил адреса: [helpdesk@fzo.org.mk](mailto:helpdesk@fzo.org.mk) или на телефонските броеви: 02 3289-041 и 02 3289-061.

## 2 Новини за осигурени лица и фирми

### 2.1 Олеснување во издавањето на инсулин на пациентите што примаат инсулинска терапија

Еден од резултатите од средбите на ФЗОМ со Сојузот на здруженија на дијабетичари и Здружението за деца со дијабет – Баланс - Д беше промената во начинот на издавање на инсулинската терапија. Со цел да се поедностави постапката за издавање на инсулинската терапија, да се намали бројот на посетите кај избраните лекари и да се олесни патот на пациентите, Фондот за здравствено осигурување го поедностави начинот на издавање на инсулинската терапија.



Благодарение на соработката помеѓу ФЗОМ, Здруженијата на граѓани, специјалистите од Центрите за дијабет како и Министерството за здравство, од 1 декември 2012 година на инсулин зависните пациенти ќе им се овозможи издавање на инсулинска терапија само врз основа на Барање за издавање на инсулинска терапија кое ќе го издава лекарот специјалист/субспецијалист (интернист/ендокринолог) во Центарот за дијабет.

Новиот начин на подигнување на инсулинската терапија ќе биде следниов:

- Еднаш годишно посета кај матичниот лекар за обезбедување на специјалистички- субспецијалистички упат до специјалист интернист/ендокринолог во Центарот за дијабет;
- Посета и преглед кај лекар специјалист/субспецијалист (интернист/ендокринолог) кој по извршениот специјалистички-субспецијалистички преглед го внесува пациентот во електронскиот Регистар за дијабетес со пропишаната терапија по вид и количина и издава Специјалистички-субспецијалистички извештај од извршениот преглед и Барање за издавање на инсулинска терапија најмалку еднаш годишно;
- Со Барањето за издавање на инсулинска терапија пациентот директно се јавува во инсулинската аптека да ја подигне терапијата пропишана од лекарот специјалист/субспецијалист. На Барањето потребно е да се евидентира датата на подигнување на инсулинската терапија, потпис на пациентот дека ја подигнал и потпис на одговорното лице во инсулинската аптека. Барањето за издавање на инсулинска терапија е со важност најмногу од една година, односно до датата на закажаниот контролен преглед во кој рок пациентот потребно е истото да го чува и приложува при секое подигнување на инсулинската терапија. При губење на Барањето за издавање на инсулинска терапија потребно е повторно да се јави

кај лекарот специјалист/субспецијалист и да му издаде ново;

Придобивките од ваквиот начин на подигање на инсулинската терапија се:

- За осигурените лица се намалува бројот на посети кај избраниот лекар, како и непотребно загубеното време и финансиски средства;
- За избраните лекари се намалува бројот на непотребни посети на пациентите, создавање на редови во чекалните и непотребно печатење на рецептни обрасци;
- За инсулинските аптеки се намалува непотребното собирање и чување на рецептни обрасци на месечно ниво;

- Се намалуваат гужвите во здравствените установи со што се овозможува намалување на трансмисијата на инфективните агенци особено на оваа ранлива група пациенти каде што секое ново заболување може дополнително да ја искомплицира состојбата на пациентот;

ФЗОМ е целосно посветен да овозможи поголема достапност на здравствените услуги на пациентите кои се на инсулинска терапија како и подигнување на квалитетот на пружените услуги на што повисоко ниво.

## 2.2 Дежурните служби во градот Скопје ќе работат и во сабота

Во изминатиот период осигурениците кои имаа потреба од медицинска помош во периодот на викендите и државните празници беа згрижувани во Дежурната служба при ЈЗУ Здравствен дом Скопје, која во дежурствата ги вклучуваше само лекарите вработени во јавната здравствена установа.

Во согласност со потребите на населението и со цел обезбедување на квалитетна и навремена здравствена заштита, Фондот за здравствено осигурување на Македонија одржа работен состанок со ЈЗУ Здравствен Дом Скопје и Здружението на приватни лекари на Македонија во врска со обезбедување на лекарски тимови и организирање на дежурствата во сабота од 07:30 до 19:30 часот. На состанокот е договорено дека сите избрани лекари кои имаат склучено Договор за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита, односно сите матични лекари ќе бидат вклучени во дежурствата кои се организирани од страна на ЈЗУ Здравствен дом Скопје. На овој начин ќе се институционализира обавувањето на дежурствата на матичните лекари во ЈЗУ Здравствен дом Скопје.

Целта на овие дежурства е да се пружи здравствена заштита на осигурениците на кои им е потребна неопходна медицинска помош особено за акутни состојби како што се: дехидратација, состојби со висока температура, покачен крвен притисок, главоболка, градна болка, гушење, бубрежна болка, повреди и друго. Предвидено е дежурните лекари да можат да пропишат рецепти на дванаесет генерики на лекови на товар на Фондот за горенаведените состојби и заболувања кои осигуреникот може веднаш да ги подигне во аптека.



За таа цел се известуваат сите осигурени лица дека заклучно од 1-ви декември 2012 година можат да добијат здравствена заштита во дежурните служби при ЈЗУ Здравствен дом Скопје од страна на дежурни тимови на матични лекари во сабота од 07:30 до 19:30 часот. Дежурната служба ќе работи континуирано и во ноќните часови, недела и државни празници. Истите ќе бидат организирани во повеќе општини на територијата на град Скопје и тоа во:

- Поликлиника Чаир,
- Поликлиника Шуто Оризари,
- Поликлиника Бит Пазар,
- Поликлиника Јане Сандански,
- Поликлиника Драчево,
- Поликлиника Ѓорче Петров и
- Поликлиника Ченто.

Со обезбедување на континуирана здравствена заштита во ноќните часови, сабота, недела и државни празници ФЗОМ ја продолжува својата агенда на целосна посветеност кон осигурениците и подигнување на квалитетот на здравствените услуги на повисоко ниво.



### 2.3 Активности на здруженијата

Во изминатите месец дена, здруженијата на граѓани со кои ФЗОМ активно соработува, одбележаа два значајни датуми. На 12 октомври, здружението „Нора“ го одбележа „Светскиот ден на артритисот“, а на 13 октомври, здружението „Нефрон“ го одбележа „Европскиот ден на органодарителството“.

Активностите што ги преземаат овие здруженија се од особена важност за нашиот здравствен систем. Од тие причини ФЗОМ преку редовната соработка активно ги вклучува здруженијата во своето работење и во рамките на своите можности вложува максимални напора да излезе во пресрет на нивните потреби и барања.

Така, и на одбележувањето на овие датуми кои се од особена важност за овие здруженија, ФЗОМ со своето присуство ја потенцираше својата поддршка за нивните активности.

ФЗОМ и во иднина ќе продолжи да ја унапредува соработката со овие здруженија



и да ги подржува нивните проекти.

Се надеваме дека заеднички ќе ги унапредиме превенцијата и лекувањето на ревматолошките заболувања и ќе ја помрднеме Македонија од дното во трансплантацијата на органи.



## 3 Новини за давателите на здравствени услуги

### 3.1 Новини во договорите за 2013 година

Како резултат на преговорите што ФЗОМ ги водеше со претставниците на лекарите (Лекарската комора на Македонија ЛКМ и Здружението на приватни лекари на Македонија ЗПЛРМ), новите договори со матичните лекари и специјалистите, што ќе важат од јануари 2013 година ќе се содржат подолу наведените измени.



#### 3.1.1 Општа медицина

- Воведување на нова цел - Превентивни активности за рано откривање на малигни болести на дебелото црево (КРК - Колоректален карцином) на популација од 50 до 74 годишна возраст. Овие заболувања се многу значајни, бидејќи се со висок морбидитет (честота на јавувања) и висок процент на смртност. Осигуреникот кај својот матичен лекар пополнува анкетен прашалник, а врз основа на одговорите за одредени симптоми и знаци матичниот лекар го упатува на понатамошно испитување кај лекар специјалист, со што се овозможува превенција и рано откривање на малигните болести на дебелото црево,

како и превземање итни мерки за лекување.

- Превенција на кардиоваскуларни болести – во рамките на оваа цел се воведува и дополнително испитување на проценка на бубрежната функција со пресметување на вредноста на глобуларна филтрациона рата (ГФР), со цел за утврдување на степенот на оштетувања на бубрежната функција. Придобивка за осигурениците од превенција на кардиоваскуларни болести е што со ЕКГ и биохемиските лабораториски и други испитувања се откриваат не само заболувања на срцето, туку и на другите органи (бубрези, мозок и др.)
- За остварување на целта Рационално користење и рационално пропишување на лекови од Листата на лекови на товар на Фондот, има измена на просечен годишен лимит и тоа од 550,00 на 330,00 денари по поен.
  - Просечен годишен лимит од 330,00 денари по поен на годишно ниво со изземање на лековите со режим на пропишување на лекови на рецепт по препорака на лекар специјалист, субспецијалист и конзилиум на лекари од Листата на лекови на товар на Фондот, освен за групата антибиотици.

Придобивки за осигуреници се непречено пропишување на лековите кои се по препорака на лекар специјалист, субспецијалист и конзилиум на лекари (освен за групата антибиотици) без ограничување, кои во договорот за 2012 година беа

ограничени со лимитот 550,00 денари по поен на годишно ниво.

**Придобивки за матичните лекари** е што лимитот од 330,00 денари по поен на годишно ниво се однесува само на лековите пропишани од матичен лекар (најчесто користените лекови за покачен притисок и зголемен шеќер во крвта како: Enalapril, Skopril, Radomin, Glibedal и други), освен за групата антибиотици.

**Просечниот годишен лимит за пропишување на лекови на рецепт од групата антибиотици и анксиолитици да изнесува 150,00 денари по поен на годишно ниво, се однесува на пропишани анксиолитици по препорака на матичен лекар (најчесто користените анксиолитици како: Diazepam, Lexilium, Helex и други). Потоа за антибиотици по препорака на матичен лекар (најчесто користени антибиотици како: Cefalexin, Amoksiklav). Исто и за лекар специјалист или субспецијалист (најчесто користени антибиотици како: Sumamed, Klaritromicin).**

Оваа измена се очекува да доведе до намалување на нерационалната употреба на антибиотиците, со што би се избегнало зголемувањето на резистиненцијата (осетливоста) на микроорганизмите на антибиотиците.

Мерките и активностите истовремено ќе придонесат во намалување на зголемената употреба, но и злоупотребата на анксиолитици – лекови кои се најчесто пропишувани на пациентите со депресивни растројства.

- Со специфичната медицинска едукација на избраните лекари од дејноста општа медицина ќе се овозможи доусовршување на знаењата и запознавање со новините во дијагностиката и третманот на заболувањата, согласасно упатствата на медицина заснована на докази. Со темите на едукацијата опфатени се

заболувањата кои се многу чести кај населението, а се и значајни во изборот на методите на дијагностика и лекување.

**Избраниот лекар е должен во текот на 2013 година да посетува четири работилници во рамките на континуирана медицинска едукација на тема:**

- Хронична обструктивна белодробна болест и Бронхијална астма предизвикана од алергени од различно потекло
- Депресија предизвикана од стрес како животен стил (дијагноза и терапија)
- Рационално пропишување на антибиотска терапија согласно упатствата на медицина базирана на докази
- Кардиоваскуларни ризици (превенција, дијагноза и терапија)

Заради подобрување на квалитетот на здравствените услуги во секоја ординација од општа медицина задолжително треба да има ЕКГ апарат. Прегледот за ЕКГ е бесплатен.

### 3.1.2 Гинекологија

- За постигнување на целта микробиолошкиот брис која се остварува кај сите осигурени бременни жени, пролонгиран е рокот за земање и тоа од 12 до 30 недела од бременоста. Во договорите за 2012 година рокот за земање на микробиолошкиот брис беше од 12 – 14 недела на бременост, што беше кус период за да се опфатат сите бременни жени.
- Заради подобрување на квалитетот на здравствените услуги во секоја гинеколошка ординација задолжително треба да има ЕХО апарат. ЕХО прегледот е бесплатен.

Да напоменеме дека земањето на микробиолошкиот брис, како и ПАП – тест

кај матичните гинеколози се бесплатни. Партиципација се наплатува за сите микробиолошки испитување во лабораторијата во вкупен износ од 250,00 денари, а за цитолошкото испитување за ПАП – тест партиципацијата изнесува 60,00 денари.

- Со специфичната медицинска едукација на избраните лекари од дејноста гинекологија ќе се овозможи освежување на знаењата и запознавање со новините во дијагностиката и третманот на заболувањата, согласно со упатствата на медицина заснована на докази.

Избраниот гинеколог е должен во текот на 2013 година да посетува четири работилници во рамките на континуирана медицинска едукација на тема:

- Скрининг во прв триместар на бременост.
- Превенција и предикција на предвремено породување.
- Скрининг на цервикален карцином (рак на грлото на матката).
- Скрининг на оваријален карцином (рак на јајници).

Да напоменеме дека треба да биде истакнато пред гинеколошките ординации

дека прегледите, ехо и колпопскопија се бесплатни, со цел да не бидат оштетени осигуреничките.

### 3.1.3 Специјалисти

Новина во договорите за специјалистичко – консултативна здравствена заштита за 2013 година е тоа што фактурите до Фондот се доставуваат на квартално ниво, односно наместо досегашниот (во 2012 година ) месечен договорен надоместок, сега ќе имаат тромесечен. Ова значи дека лекарот специјалист ќе може да оди на годишен одмор, без да се грижи дали ќе го оствари месечниот надоместок, бидејќи ќе има време во другите два месеци на тромесечјето да го оствари кварталниот надоместок.

Значајно е и дека во новите договори за 2013 година Фондот изврши измени и во казнените одредби. Некои од паричните казни се преиначени во опомени, а исто така има и намалување на дел од паричните казни.

ФЗОМ е целосно посветен да овозможи поголема достапност на здравствените услуги како и подигнување на квалитетот на пружените услуги на што повисоко ниво.

### 3.2 Воведување на нови и измена на референтни цени на здравствени услуги

На седницата на Управниот Одбор на ФЗОМ, одржана на **9 октомври 2012 година**, се усвои Одлука за дополна на одлуката за утврдување на референтни цени за **пакети на завршени епизоди на лекување во специјалистичко - консултативна здравствена заштита** како и Одлука за измена на одлуката за утврдување на референтни цени за **дневна болница и болнички ден** во болничка здравствена заштита.

Со првата одлука за дополна на пакетите во специјалистичко консултативна здравствена заштита, се воведоа **повторно во употреба интернистичките услуги за пулмологија** како единечни пакет/услуги со референтна цена.

Потребата за враќање во употреба на горенаведените интернистички услуги, се констатираше од направените финансиски контроли на јавните здравствени установи од Одделението за буџетска и финансиска контрола и барањата на Клиниката за пулмологија и алергологија, Специјалната болница за белодробни заболувања Јасеново и Здравствените домови.

Така, со воведување на респираторните и алерголошките пакети, се оневозможи здравствените установи меѓусебно да ги фактурираат поединечните интернистички услуги. Истовремено дел од јавните здравствени установи не располагаат со комплетна апаратура, кадар и слично за да ги реализираат сите поединечни услуги од респираторните и алерголошките пакети што предизвикува **неправилно фактурирање/избор на пакет од оваа дејност.**

Така, услугите со шифра од АИМ11 до АИМ18 и АИМ31 (табела 1) кои беа исклучени со Одлука објавена во Службен весник на РМ бр

171/2010, повторно се во употреба од **14.11.2012 година** (објавено во Службен весник бр.138 од 06.11.2012 година)

Шифра	ИНТЕРНИСТИЧКИ УСЛУГИ ОД ПУЛМОЛОГИЈА	Референтна цена
АИМ11	Епикутан тест ( до 30 теста)	490
АИМ12	Тест по Прик ( до 20 теста)	490
АИМ13	Неспецифичен бронхопровокационен тест	460
АИМ14	Комплетна спирометрија	280
АИМ15	Спироергометрија	680
АИМ16	Спироергометрија со НБПТ	800
АИМ17	Бронхоскопија	2.500
АИМ18	Бронхоскопија со биопсија	2.700
АИМ31	Гасни анализи	550

Со втората Одлука усвоена на истата седница на Управниот одбор на ФЗОМ, се **ревидираа референтните цени на пакетите на услугите од областа на психијатриската дејност** кои се однесуваат на **дневна болница и болнички ден во болничка здравствена заштита.**

Зголемувањето на висината на референтната цена (Табела 2) е резултат на комплетен предлог со финансиски калкулации од страна на ЈЗУ Психијатриска болница –Скопје, ЈЗУ Психијатриска болница –Демир Хисар и ЈЗУ Психијатриска болница –Негорци, кои на неколку наврати се обратија до Комисијата за утврдување на референтни цени со образложение дека утврдените референтни цени кои се во примена од 1 април 2012 година, предизвикуваат сериозни потешкотии во финансиското работење на истите.

## ИНФО БИЛТЕН НА ФЗОМ

Со Објава во Службен весник на РМ бр. 138  
од 06.11.2012 година, новите референтни

цени стапуваат на сила од 14.11.2012  
година.

Шифра	НАЗИВ НА ПАКЕТ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ	СТАРА РЕФЕРЕНТНА ЦЕНА	НОВА РЕФЕРЕНТНА ЦЕНА
<b>ДБ03</b>	Дневна болница (сместување, оброк и труд на персоналот) за психијатрија со вклучени здравствени услуги и медикаментозна терапија <b>над 4 часа</b>	560	<b>700</b>
<b>ДС01</b>	Болнички ден во стационар (сместување, оброци и труд на персоналот) со вклучени здравствени услуги и медикаментозна терапија во <b>психијатрија за болните</b>	710	<b>960</b>

## 4 Права од здравствено осигурување

### 4.1 Право на лекување во странство

Сигурно во моментот кога сте се здобиле со статус осигурено лице на Фондот за здравствено осигурување сте се запрашале кои се Вашите права кои произлегуваат од системот на задолжителното здравствено осигурување и како истите можете да ги остварите.

Правата кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување покрај Законот за задолжително здравствено осигурување, голем дел од нив се регулирани и во Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување

**Напомена:** Законот за задолжителното здравствено осигурување и погоре наведениот Правилник можете да ги најдете и на нашата web страница [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk) во делот на законски прописи.

Фондот со цел да Ви помогне што полесно и поефикасно да ги остварите своите права, вовеле нова рубрика во Инфо билтенот, со која ќе Ве информира за секое право поединечно.

- **Законска регулатива**

Оваа рубрика во Инфо билтенот ќе ја започнеме со остварување на Правото на болничко лекување во странство на осигурените лица на Фондот.

Ова право е регулирано во членот 30 став 1 од Законот за здравственото осигурување во кој е наведено дека осигуреното лице може да користи болничко лекување во странство со одобрение на Фондот, ако е во прашање заболување кое не може да се лекува во Републиката, а во земјата во која

осигуреникот се упатува постои можност за успешно лекување на тоа заболување.

Според став 2 на истиот член, осигуреното лице под условите утврдени во став 1 на овој член, може да користи во странство и здравствени услуги на контролни прегледи кои се однесуваат на веќе извршено болничко лекување во странство одобрено од страна на Фондот, а кои не можат да се извршат во Република Македонија.

Постапката за остварување на правото на болничко лекување во странство е подетално разработена во Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство („Службен весник на Република Македонија“ бр. 45/2012 година).

**Важно:** Сите обрасци кои се предвидени во погоре наведениот Правилник, можете да ги најдете во Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги во странство.

- **Постапка за остварување на правото за болничко лекување во странство**

За да ја започнете постапката за лекување во странство, потребно е да ги преземете следните чекори:

- Најпрвин треба соодветната универзитетска клиника при Клиничкиот центар во Скопје да Ви издаде Предлог за упатување на лекување во странство (Образец –ПЛС) во кој е точно наведена земјата и здравствената установа во која се упатува осигуреното лице, како и здравствената установа во една од референтните земји (Бугарија, Србија,

Хрватска и Словенија), доколку во истите се врши лекувањето. Предлогот за упатување на лекување во странство го дава клинички конзилиум од најмалку тројца лекари субспецијалисти/специјалисти и директорот на соодветната универзитетска клиника во Скопје **и важи шест месеци од денот на издавањето**. Тој ги содржи основните податоци за осигуреното лице, почетокот и текот на болеста, начинот на лекувањето, лабораториските, радиодијагностички и други дијагностички испитувања врз основа на кои е поставена дијагнозата, мислење дека заболувањето не може со успех да се лекува во Републиката, како и мислење во која земја и странска здравствена установа постојат можности за успешно лекување на тоа заболување и здравствени установи во кои лекувањето може да се изврши. Во предлогот за упатување на лекување во странство од страна на клиничкиот конзилиум, осигуреното лице може да биде упатено на лекување во:

- А) земја со која Република Македонија нема склучено (превземено) Договор за социјално осигурување, или има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување, но во истиот не е регулирана можноста за уплатување на лекување во странство;
- Б) земја со која Република Македонија има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување и во кој е регулирана можноста за упатување на лекување во странство;
- В) во странска здравствена установа со која Фондот има склучено Договор за утврдена листа на здравствени услуги и
- Г) во приватна здравствена установа во Република Македонија со која Фондот има склучено рамковен договор за здравствени услуги кои не се вршат во јавните здравствени установи.

2. По добивањето на Предлогот за упатување на лекување во странство потребно е да поднесете Барање за болничко лекување во странство (Образец Л1) до Фондот за здравствено осигурување на Македонија преку подрачната служба во местото каде што сте пријавени во задолжителното здравствено осигурување. Кон барањето потребно е да ја приложите следната документација:

- Предлог за упатување на лекување во странство од соодветната универзитетска клиника во Скопје;
- Медицинска документација за текот на лекувањето;
- Најмалку две профактури од странски здравствени установи од кои една задолжително од земјите Република Словенија, Република Хрватска, Република Бугарија и Република Србија).

Во координација со клиничкиот конзилиум потребно е да прибавите и доставите две профактури од странски здравствени установи, но доколку истото не сте во можност да го направите потребно е да доставите доказ (е-маил, факс, допис) дека истите се побарани, но не се доставени од страна на здравствените установи. Исто така може и Првостепената односно Второстепената лекарска комисија при Фондот по службена должност да ги побара истите во најкус можен рок.

• **Кога не се доставуваат профактури од референтните земји?**

Профактури од странски здравствени установи од земјите Република Словенија, Република Хрватска, Република Бугарија и Република Србија не се доставуваат во случаи кога во овие земји не се врши потребната здравствена услуга или кога во предлогот за упатување на лекување во странство од соодветната универзитетска клиника е наведено дека потребната



здравствена услуга се врши единствено во предложената странска здравствена установа или кога се работи за потреба од реоперативен зафат или продолжување на лекување, односно следна фаза на лекување, во странска здравствена установа каде претходно бил упатен осигуреникот, односно било извршено лекувањето.

- **Откако ќе го доставите барањето со погоре наведената документација,**

3. Врз основа на предлогот за упатување на лекување во странство и бараната документација, оценката и мислењето за потребата од лекување во странство ја дава Првостепената односно Второстепената лекарска комисија за лекување во странство при Фондот.

Оценката и мислењето на Првостепената односно Второстепената лекарска комисија за лекување во странство при Фондот, содржи податоци за следното:

- дали се исцрпени сите можности за лекување во земјата,
- дали постојат можности за успешно лекување на заболувањето во странство, во која земја, односно во која странска болничка здравствена установа;
- вид на лекување кое се предлага и времето потребно за лекување во странство;
- дали на осигуреното лице му е потребен придружник, односно стручен придружник и за кое време (само при заминување, само при враќање, при заминување и враќање или за сето време на лекувањето во странство);
- погодно превозно средство (воз, автобус, авион, кола за санитарски превоз) и начинот на превозот;
- потребата од продолжување на болничкото лекување во странска здравствена установа.

Позитивните наоди на Првостепената лекарска комисија задолжително ги

преиспитува и Второстепената лекарска комисија во рок од 7 дена.

Доколку во Предлогот за упатување на лекување во странство е наведено дека се работи за **итен случај** првостепената и второстепената лекарска комисија заседаваат во истиот ден.

4. Врз основа на приложената документација, по добиената согласност од странската здравствена установа за прифаќање на лекувањето во која е одреден термин за прием на лекувањето и по добиената оценка и мислење на првостепената односно второстепената лекарска комисија, треба да извршите уплата на лично учество од доставената профактура на странската здравствена установа, за лекување во странство, освен ако спаѓате во категорија на осигурени лица кои се ослободени од учество.

- **Важни одредби од Законот за здравствено осигурување**

Согласно член 32 став 2 од Законот за здравственото осигурување за здравствените услуги за одобрено болничко лекување во странство осигуреното лице учествува со 20% од вкупните трошоци.

- **Новина што ќе се применува од 01.01.2013**

Сметано од 01.01.2013 година ќе стапат во сила измените и дополнувањата на Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 26/2012 година) каде во членот 32 став 2 е предвидено дека за здравствените услуги за одобрено лекување во странство, осигуреното лице учествува со 20% од вкупните трошоци, но не повеќе од 200 евра во денарска противвредност.

- **Лица кои се ослободени од плаќање на учество со лични средства при користењето на здравствените услуги по одобрено болничко лекување во странство**

Според член 34 став 1 алинеја 2 од Законот за здравственото осигурување од учеството утврдено во член 32 на овој закон се ослободуваат и децата со посебни потреби, според прописите за социјална заштита.

Според член 21 став 6 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство, од учество со лични средства во вкупните трошоци се ослободуваат деца со посебни потреби, според прописите за социјална заштита, согласно член 34 став 1 алинеја 2 од законот, а својството на дете со посебни потреби се докажува со решение од надлежниот Центар за социјална работа при Министерството за труд и социјална политика.

- **Донесување на решение од страна на Фондот**

Фондот донесува решение за упатување на лекување во странство по оценката и мислењето од првостепената и второстепената лекарска комисија и извршената уплата на учеството од страна на осигуреното лице.

Против решението на Фондот, осигуреното лице може да поднесе жалба до Управниот одбор на Фондот, во рок од 15 дена по приемот на истото.

- **Право на продолжено болничко лекување во странство и надомест на дополнителни трошоци**

Лекувањето во странство осигуреното лице го остварува најдолго во траење утврдено со решението.

Ако постојат оправдани причини за продолжување на лекувањето на предлог на странската здравствена установа во која осигуреното лице се лекува и доколку за лекувањето настанат дополнителни трошоци, Фондот може да му признае право на продолжување на одобреното лекување и надомест на дополнителните трошоци за лекувањето по спроведување на постапка.

При тоа е потребно да ги доставите следните документи:

- барање за продолжување на лекување во странство ( Образец Л2),
- предлог на странската здравствена установа за оправданоста на причините за продолжување на лекувањето,
- потребната медицинска документација и друга документација за текот на лекувањето и
- оценка и мислење од првостепената односно второстепената лекарска комисија на Фондот за потребата од продолжување на болничкото лекување во странската здравствена установа.

Фондот се надева дека со воведувањето на оваа нова рубрика во Инфо билтенот кој пред се е наменет за Вас како осигурени лица, ќе Ви го олесни начинот како да ги остварите правата што произлегуваат од системот на задолжителното здравствено осигурување и како да ги искористите привилегиите што Ви ги нуди истиот.

## 5 Електронски услуги на ФЗОМ – Веб портал

Фондот за здравствено осигурување како круцијална алка во здравствениот систем во изминатиот период интензивно работеше усовршување и унапредување на услугите кои може да ги пружи на своите осигуреници. Со воспоставување на новиот централизиран информатички систем во сите 30 подрачни служби, Фондот покажа дека цврсто чекори кон новите предизвици наложени од широката експанзија на информатичката и телекомуникациската ера.

Електронските услуги преку ВЕБ порталот кои ФЗОМ ќе ги овозможи од крајот на оваа година и наредната ќе ја олесни административната работа во остварувањата на своите права на осигурениците и правните лица како и работата во подрачните служби.

Бидејќи преку порталот ќе се пружаат повеќе различни типови на услуги, со цел да се овозможи полесен пристап до истите направена е одредена систематизација на истите и тоа:

- Услуги за осигуреници
- Услуги за правни лица
- Услуги за здравствени установи

### Фази на спроведување на услуги

Услугите на порталот на ФЗОМ што ќе бидат овозможени се тесно поврзани со веќе утврдените фазите за централизација на системот. Во **првата фаза** на реализација се опфатени неколку типови на услуги за осигурениците, правни лица и здравствените установи и тоа:

#### **Услуги за осигурени лица**

- Проверка на статус на осигурување
- Проверка на важност на осигурување т.е. платени придонеси
- Проверка на избран лекар
- Поднесување на барање за промена на избран лекар (одјава)

- Поднесување на барање за издавање на ЕЗК



#### **Услуги за Правни Лица**

- Поднесување на барање за 30 пријава, 30 одјава за свои вработени и членови на нивните семејства
- Проверка на евиденцијата на здравствено осигурени лица и членови на нивните семејства
- Поднесување на барање за издавање на електронска здравствена картичка за осигурени лица и членови на нивните семејства

#### **Услуги за Здравствени установи**

- Поднесување на понуда за склучување на договор со Фондот за специфична дејност, услуга и лекарски тим
- Склучување на договор со Фондот
- Електронско доставување на фактури, спецификации и пресметки за извршени здравствени услуги
- Поднесување за барање за измени-анекси кон основниот договор

Откако ќе заврши првата фаза од услугите веднаш започнува реализација на **втората фаза** во која се опфатени услуги и тоа:

#### **Услуги за осигурени лица**

- Поднесување на барање за надоместок за боледување по типови и дијагнози

- Поднесување на барање за повраќај на средства за лекови на рецепт
- Поднесување на барање за повраќај на средства за болничко лекување
- Поднесување на барање за повраќај на средства за ортопедски помагала
- Поднесување на барање за повраќај на средства за патни трошоци
- Поднесување на барање за повраќај на средства за повеќе наплатена партиципација
- Поднесување на барање за решение за медицинска рехабилитација
- Барање за добивање решение за ослободување од партиципација по различни основи
- Барање за право на користење на ортопедско помагало

### Услуги за Здравствени установи

- Размена на податоци за издадени боледување
- Препорака за ортопедско помагало
- Пропишан рецепт од избран лекар
- Реализација на рецепт во аптеки кои имаат договор со Фондот
- Упатување на повисоко ниво на здравствена заштита

Осигурениците, правните лица и здравствените установи кои по електронски пат преку порталот на ФЗОМ побарале некаква услуга или доставиле барање, со најава на порталот преку својот кориснички профил ќе можат да ги следат статусите на реализација на своите барања.

### Со имплементација на овој проект ФЗОМ овозможува :

- Осигурениците да немаат потреба да ги подигнуваат сините картони,
- Овластените лица ќе може да ги пријавуваат или одјавуваат вработените во нивните фирми (и членовите на нивните семејства) во здравствено осигурување преку интернет со користење на дигитални потписи,
- Матичните лекари ќе можат по електронски пат да ги пријавуваат новите пациенти и одјават старите,
- Здравствените установи електронски ќе ги доставуваат фактурите,
- Осигурениците ќе може да вршат избор и промена на избран матичен лекар електронски кај матичните лекари, без да се пополнуваат хартиени ИЛ обрасци и истите да се доставуваат во подрачните служби на Фондот со што самиот избор би се олеснил,
- Сите барања за остварување на одредени услуги кои осигурениците на Фондот ги поднесуваат во подрачните служби и централната служба ќе може да ги доставуваат и online во било кое време и од било кое место ( рефундации, боледувања, ортопедски помагала)

На овој начин ФЗОМ оди чекор понапред со цел да излезе во пресрет на своите осигуреници со што ќе го олесни патот кон остварување на нивните правата.

## 6 Полугодишен извештај за ДСГ (дијагностичко сродни групи)

Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ) на web страната го објави ДСГ извештајот за јануари - јуни 2012 година, изготвен од работната група за ДСГ на ФЗОМ. Во анализата се опфатени 58 здравствени установи, класифицирани спрема видот и обемот на здравствени услуги што ги пружаат, од кои 54 се јавни здравствени установи и 4 приватни здравствени установи.

Во периодот од јануари до јуни 2012 година евидентирани се вкупно 105.069 случаи, што е за 780 пациенти повеќе во однос на истиот период во 2011 година. Најголем број на пациентите се лекувани во клиниките и општите болници, 35% и 37%. Од анализата може да се забележи редистрибуција на пациентите кон општите болници, односно намалување на бројот на пациенти во универзитетските клиници во однос на 2011 година како резултат на новиот начин на упатување. Најголемо зголемување е во болницата 8ми Септември во Скопје, каде зголемувањето изнесува 30%, проследено со зголемувањата во Општата болница Гостивар, со над 10%, и Општата болница Кавадарци, околу 8%.

Комплексноста на случаите (Case Mix Index - CMI) е главен показател за сложеноста на пациентите и потрошувачка на болничките ресурси и истата на национално ниво изнесува 1,08, односно 1,13 со терцијар/трансфер. Комплексноста е на слично ниво како и во 2011 година, но износот е повисок во споредба со истиот период во 2010 година, кога комплексноста на случаите изнесувала 0,91. Терцијарот е воведен од април 2011 година како дополнително вреднување на услугите во клиниките.

Преку Case Mix-от може да се види колкаво е остварување на болницата и колку потрошувачка на ресурси има болницата за лекување на пациентите во однос на другите болници. Case Mix-от ја определува ефикасноста на болницата во контекст на природата и комплексноста на здравствените услуги во истата. Што е повисок Case Mix-от тоа е повисок број на покомплексните лекувања односно повисоко остварување.

Кога се споредуваат клиниките меѓу себе, највисок Case Mix имаат клиниките за хематологија 3,74, неврохирургија 3,47 и дигестивна хирургија 2,96, а најнизок клиниките за дерматологија 0,79, токсикологија 0,79 и пластична и реконструктивна хирургија 0,73.

Во однос на клиничките и општите болници највисок Case Mix имаат болницата 8ми Септември 1,23, болницата во Битола 0,88 и болницата во Прилеп 0,87, а најнизок болниците во Дебар 0,52, Кичево 0,61 и Кавадарци 0,61.

Над 56% од сите ДСГ услуги се однесуваат на една од следните главни дијагностички категории: Бременост, породување и пуерпериум; Болести и пореметувања на респираторниот систем; Болести и пореметувања на циркулаторен систем; Новороденчиња; Болести и пореметувања на дигестивниот систем.

Вкупно остварени болнички денови на престој во сите 58 здравствени установи изнесува 609.333 дена, што е помалку за околу 6.000 дена во однос на истиот период во 2011 година. Просечниот престој на пациентите во болниците (ALOS) на национално ниво изнесува 5,8 денови што е слично со 2011 година, но е понизок просек во однос на 2010 година, кога истиот

изнесувал 5,9 дена. По видот на здравствената установа просечниот престој изнесува: 6,1 во клиниките, 5,5 во клиничките болници, 5,6 во општите болници, 5,9 во специјалните болници, 16 во психијатриските болници и 5,6 во приватните болници.

Истодневните пациенти, односно оние пациенти кои доаѓаат и заминуваат истиот ден, се уште се со мал процент, 5%, или 5.296 пациенти.

Во однос на типот на нега, во сите 58 здравствени установи 30% се однесуваат на хируршки процедури, додека 66% се интернистички, а 3% се останати здравствени услуги. Во однос на географската распределност на хируршките интервенциите, 61% од сите хируршки интервенции се изведуваат во Скопје.

Во возрастната структура на пациенти, најзастапена е возраста од 45-64 години со 24.8%. Со возраста на пациентите расте и висината на просечниот престој во болницата, па така пациентите со возраст над 65 години имаат највисок просечен престој, до 7.5 дена во просек.

Во извештајот обезбедени се податоци и прегледи како на национално така и на ниво на здравствени установи за бројот на случаите, вкупниот и просечниот престој, главните дијагнози, комплексноста, возраста на пациентите, компаративни прегледи за истиот период од 2009 до 2012 година, како и други податоци кои се генерираат од ДСГ груперот.

До ДСГ извештајот за јануари – јуни 2012 година можете да пристапите преку веб страницата на ФЗОМ [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk) во делот на извештаи, анализи и прегледи.

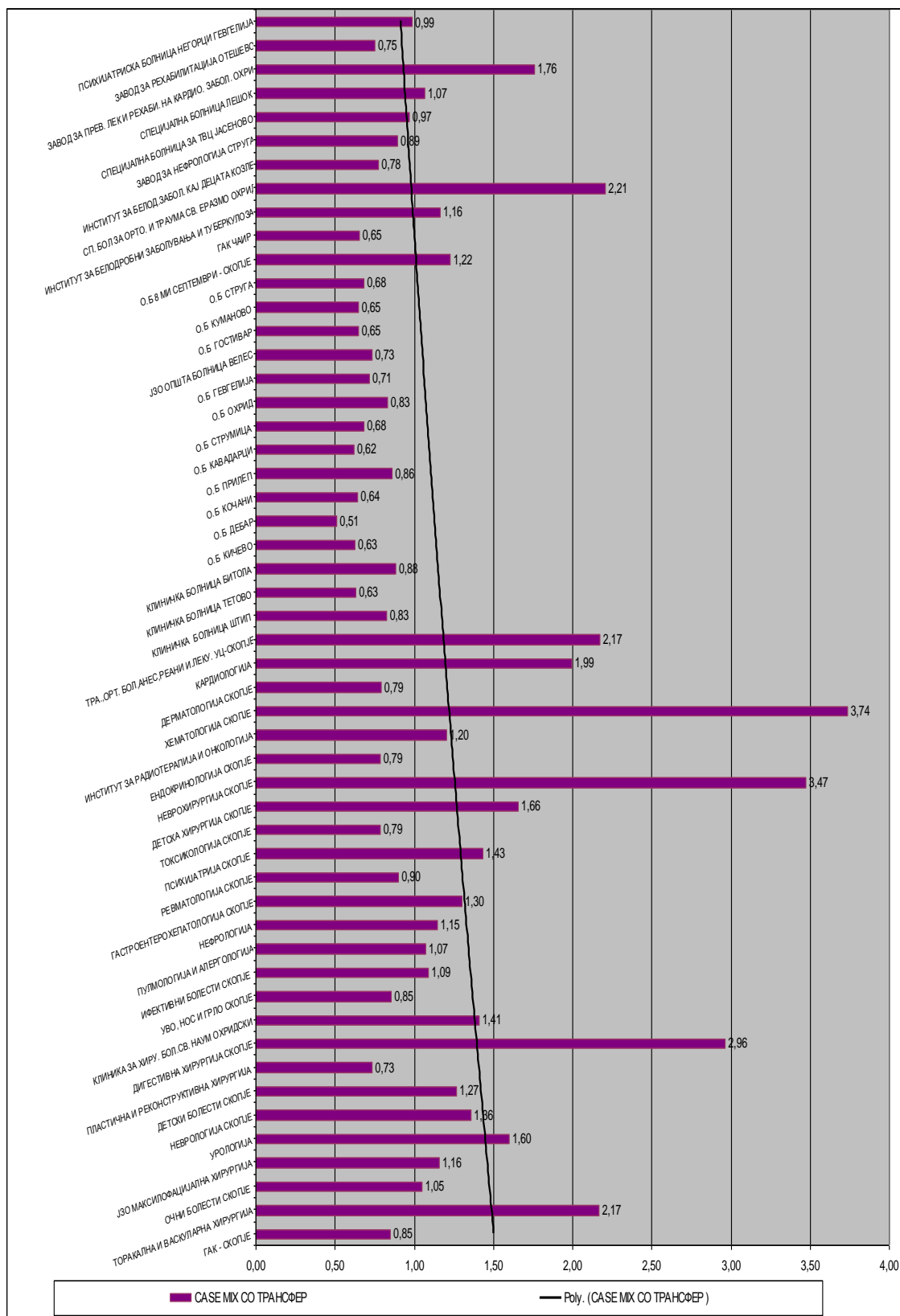
Табела: Вкупен број на случаи по здравствена установа

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	Број на случаи	% бројот на случаи	Просечен престој	Просечна возраст	ДСГ тежина (без терцијар/трансфер)	Case mix index (без терцијар/трансфер)	ДСГ тежина со терцијар/трансфер	% ДСГ тежина со терцијар/трансфер	Case mix index со терцијар/трансфер
КЛИНИКА ЗА ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО СКОПЈЕ	8.492	8,08%	4,3	25	6.538	0,77	7.191	6,08%	0,85
КЛИНИКА ЗА ТОРАКАЛНА И ВАСКУЛАРНА ХИРУРГИЈА СКОПЈЕ	826	0,79%	8,3	52	1.627	1,97	1.790	1,51%	2,17
КЛИНИКА ЗА ОЧНИ БОЛЕСТИ СКОПЈЕ	1.303	1,24%	2	59	1.244	0,95	1.368	1,16%	1,05
КЛИНИКА ЗА МАКСИЛОФАЦИЈАЛНА ХИРУРГИЈА СКОПЈЕ	424	0,40%	5,1	42	446	1,05	490	0,41%	1,16
КЛИНИКА ЗА УРОЛОГИЈА СКОПЈЕ	1.059	1,01%	4,8	58	1.539	1,45	1.693	1,43%	1,6
КЛИНИКА ЗА НЕВРОЛОГИЈА СКОПЈЕ	1.015	0,97%	11,3	54	1.253	1,23	1.378	1,17%	1,36
КЛИНИКА ЗА ДЕТСКИ БОЛЕСТИ СКОПЈЕ	3.008	2,86%	7	4	3.141	1,04	3.810	3,22%	1,27
КЛИНИКА ЗА ПЛАСТИЧНА И РЕКОНСТРУКТИВНА ХИРУРГИЈА СКОПЈЕ	1.348	1,28%	2,6	48	898	0,67	988	0,84%	0,73
КЛИНИКА ЗА ДИГЕСТИВНА ХИРУРГИЈА СКОПЈЕ	1.157	1,10%	7,7	54	3.115	2,69	3.427	2,90%	2,96
КЛИНИКА ПО ХИРУРШКИ БОЛЕСТИ СВ. НАУМ ОХРИДСКИ СКОПЈЕ	2.787	2,65%	5,5	46	3.570	1,28	3.927	3,32%	1,41
КЛИНИКА ЗА УВО, НОС И ГРЛО СКОПЈЕ	1.277	1,22%	2,9	34	991	0,78	1.090	0,92%	0,85
КЛИНИКА ЗА ИНФЕКТИВНИ БОЛЕСТИ И ФЕБРИЛНИ СОСТОЈБИ СКОПЈЕ	1.417	1,35%	9,3	28	1.406	0,99	1.546	1,31%	1,09
КЛИНИКА ЗА ПУЛМОЛОГИЈА И АЛЕРГОЛОГИЈА СКОПЈЕ	820	0,78%	7,9	61	799	0,97	879	0,74%	1,07
КЛИНИКА ЗА НЕФРОЛОГИЈА СКОПЈЕ	1.053	1,00%	6	61	1.100	1,04	1.210	1,02%	1,15
КЛИНИКА ЗА ГАСТРОЕНТЕРОХЕПАТОЛОГИЈА СКОПЈЕ	947	0,90%	6,5	57	1.120	1,18	1.232	1,04%	1,3
КЛИНИКА ЗА РЕВМАТОЛОГИЈА СКОПЈЕ	323	0,31%	9,5	52	264	0,82	290	0,25%	0,9
КЛИНИКА ЗА ПСИХИЈАТРИЈА СКОПЈЕ	243	0,23%	31,5	40	282	1,16	348	0,29%	1,43
КЛИНИКА ЗА ТОКСИКОЛОГИЈА СКОПЈЕ	345	0,33%	7,6	47	246	0,71	271	0,23%	0,79
КЛИНИКА ЗА ДЕТСКА ХИРУРГИЈА СКОПЈЕ	840	0,80%	5,7	6	1.123	1,34	1.391	1,18%	1,66
КЛИНИКА ЗА НЕВРОХИРУРГИЈА СКОПЈЕ	611	0,58%	9,3	49	1.927	3,15	2.120	1,79%	3,47
КЛИНИКА ЗА ЕНДОКРИНОЛОГИЈА СКОПЈЕ	367	0,35%	5,1	56	262	0,72	289	0,24%	0,79
КЛИНИКА ЗА ОНКОЛОГИЈА И РАДИОТЕРАПИЈА СКОПЈЕ	1.032	0,98%	14,3	57	1.127	1,09	1.239	1,05%	1,2
КЛИНИКА ЗА ХЕМАТОЛОГИЈА СКОПЈЕ	507	0,48%	13,1	52	1.722	3,4	1.894	1,60%	3,74
КЛИНИКА ЗА ДЕРМАТОЛОГИЈА СКОПЈЕ	151	0,14%	11,9	51	108	0,72	119	0,10%	0,79

## ИНФО БИЛТЕН НА ФЗОМ

КЛИНИКА ЗА КАРДИОЛОГИЈА СКОПЈЕ	3.690	3,51%	3,7	61	6.686	1,81	7.354	6,22%	1,99
КЛИНИКА ЗА ТРАУМАТ,ОРТОПЕД.,АНЕСТЕЗ.,РЕАНИМ.ИНТЕЗ. УЦ-СКОПЈЕ	1.645	1,57%	7,7	52	3.246	1,97	3.571	3,02%	2,17
<b>ВКУПНО КЛИНИКИ</b>	<b>36.687</b>	<b>34,92%</b>	<b>6,1</b>	<b>40</b>	<b>45.783</b>	<b>1,25</b>	<b>50.909</b>	<b>43,06%</b>	<b>1,39</b>
КЛИНИЧКА БОЛНИЦА ШТИП	5.367	5,11%	6,4	43	4.456	0,83	4.440	3,76%	0,83
КЛИНИЧКА БОЛНИЦА ТЕТОВО	8.286	7,89%	4,2	30	5.217	0,63	5.211	4,41%	0,63
КЛИНИЧКА БОЛНИЦА БИТОЛА	5.950	5,66%	6,5	46	5.278	0,89	5.259	4,45%	0,88
<b>ВКУПНО КЛИНИЧКИ БОЛНИЦИ</b>	<b>19.603</b>	<b>18,66%</b>	<b>5,5</b>	<b>39</b>	<b>14.952</b>	<b>0,76</b>	<b>14.910</b>	<b>12,61%</b>	<b>0,76</b>
ОПШТА БОЛНИЦА КИЧЕВО	1.315	1,25%	4,3	34	828	0,63	825	0,70%	0,63
ОПШТА БОЛНИЦА ДЕБАР	932	0,89%	5	34	482	0,52	477	0,40%	0,51
ОПШТА БОЛНИЦА КОЧАНИ	2.051	1,95%	5,5	40	1.335	0,65	1.322	1,12%	0,64
ОПШТА БОЛНИЦА ПРИЛЕП	3.781	3,60%	5,9	41	3.264	0,86	3.256	2,75%	0,86
ОПШТА БОЛНИЦА КАВАДАРЦИ	2.572	2,45%	4,7	39	1.605	0,62	1.599	1,35%	0,62
ОПШТА БОЛНИЦА СТРУМИЦА	4.740	4,51%	5,2	32	3.257	0,69	3.238	2,74%	0,68
ОПШТА БОЛНИЦА ОХРИД	958	0,91%	7,3	50	798	0,83	795	0,67%	0,83
ОПШТА БОЛНИЦА ГЕВГЕЛИЈА	1.322	1,26%	4,8	44	947	0,72	945	0,80%	0,71
ОПШТА БОЛНИЦА ВЕЛЕС	3.550	3,38%	6,3	35	2.615	0,74	2.608	2,21%	0,73
ОПШТА БОЛНИЦА ГОСТИВАР	4.057	3,86%	5,1	37	2.640	0,65	2.629	2,22%	0,65
ОПШТА БОЛНИЦА КУМАНОВО	4.634	4,41%	5,6	28	3.014	0,65	3.004	2,54%	0,65
ОПШТА БОЛНИЦА СТРУГА	3.687	3,51%	3,8	30	2.527	0,69	2.513	2,13%	0,68
ГРАДСКА ОПШТА БОЛНИЦА 8 МИ СЕПТЕМВРИ - СКОПЈЕ	5.222	4,97%	7,9	57	6.394	1,22	6.390	5,40%	1,22
<b>ВКУПНО ОПШТИ БОЛНИЦИ</b>	<b>38.821</b>	<b>36,95%</b>	<b>5,6</b>	<b>38</b>	<b>29.706</b>	<b>0,77</b>	<b>29.600</b>	<b>25,03%</b>	<b>0,76</b>
СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ПО ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО ЧАИР- СКОПЈЕ	3.553	3,38%	3,8	20	2.320	0,65	2.317	1,96%	0,65
ИНСТИТУТ ЗА БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛУВАЊА И ТУБЕРКУЛОЗА СКОПЈЕ	444	0,42%	9,9	63	516	1,16	516	0,44%	1,16
СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЗА ОРТОПЕДИЈА И ТРАУМАТОЛОГИЈА СВ. ЕРАЗМО ОХРИД	809	0,77%	8,3	49	1.785	2,21	1.785	1,51%	2,21
ИНСТИТУТ ЗА БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛУВАЊА КАЈ ДЕЦАТА КОЗЛЕ	1.607	1,53%	7,6	2	1.114	0,69	1.247	1,05%	0,78
ЗАВОД ЗА НЕФРОЛОГИЈА СТРУГА	284	0,27%	4,9	57	254	0,9	254	0,21%	0,89
СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЗА БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛУВАЊА И ТУБЕРКУЛОЗА ЈАСЕНОВО	537	0,51%	9,7	65	520	0,97	520	0,44%	0,97
СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЗА БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛУВАЊА И ТУБЕРКУЛОЗА ЛЕШОК	398	0,38%	10,9	63	424	1,07	424	0,36%	1,07
ЗАВОД ЗА ПРЕВЕНЦИЈА, ЛЕКУВАЊЕ И РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА КАРДИО. ЗАБОЛУВАЊА ОХРИД	899	0,86%	2,3	62	1.582	1,76	1.579	1,34%	1,76
ЗАВОД ЗА ПРЕВЕНЦИЈА, ЛЕКУВАЊЕ И РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛ, ОТЕШЕВО	138	0,13%	8	63	103	0,75	103	0,09%	0,75
<b>ВКУПНО СПЕЦИЈАЛНИ БОЛНИЦИ</b>	<b>8.669</b>	<b>8,25%</b>	<b>5,9</b>	<b>32</b>	<b>8.620</b>	<b>0,99</b>	<b>8.747</b>	<b>7,40%</b>	<b>1,01</b>
ПСИХИЈАТРИСКА БОЛНИЦА НЕГОРЦИ ГЕВГЕЛИЈА	22	0,02%	16	43	21	0,99	21	0,02%	0,99
<b>ПСИХИЈАТРИСКИ БОЛНИЦИ ВКУПНО</b>	<b>22</b>	<b>0,02%</b>	<b>16</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>0,99</b>	<b>21</b>	<b>0,02%</b>	<b>0,99</b>
СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ПО ХИРУРШКИ БОЛЕСТИ -КАРДИОХИРУРГИЈА ФИЛИП ВТОРИ СКОПЈЕ	651	0,62%	6,3	62	8.867	13,62	8.867	7,50%	13,62
СИСТИНА - КЛИНИЧКА БОЛНИЦА-КАРДИОХИРУРГИЈА СКОПЈЕ	307	0,29%	9,2	63	4.755	15,49	4.755	4,02%	15,49
СИСТИНА ОФТАЛМОЛОГИЈА СКОПЈЕ	172	0,16%	0	67	233	1,36	233	0,20%	1,36
ОЧНА БОЛНИЦА ЕВРОПА- СКОПЈЕ	137	0,13%	1	65	195	1,42	195	0,17%	1,42
<b>ВКУПНО ПРИВАТНИ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ</b>	<b>1.267</b>	<b>1,21%</b>	<b>5,6</b>	<b>63</b>	<b>14.051</b>	<b>11,09</b>	<b>14.051</b>	<b>11,88%</b>	<b>11,09</b>
<b>ВКУПНО</b>	<b>105.069</b>	<b>100%</b>	<b>5,8</b>	<b>39</b>	<b>113.133</b>	<b>1,08</b>	<b>118.239</b>	<b>100%</b>	<b>1,13</b>

Графикон: Case mix индекс





## 7 Усовршување на знаењата и вештините на вработените во ФЗОМ за поефикасно и поекономично работење

ФЗОМ утврди програма за потребата од дополнителни знаења и вештини за вработените во Стручната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија со цел вработените да ги извршуваат своите работни задачи со поголем степен на ефикасност и економичност.

ФЗОМ се однесуваат на новините и услугите кои ФЗОМ ги дава кон корисниците на услуги.

Генеричките вештини се однесуваат примарно на осовременување на работењето на вработените во ФЗОМ преку зголемување на степенот на познавање во

Вид на обука	Вкупен број на вработени	Забелешка
1 Основно ниво на Word	223	24 подрачни служби
2 Основен Excel	288	264 подрачни ( 26 подрачни служби) и 24 лица од централа
3 Средно ниво на Excel	16	Централна служба
4 Напредно ниво на Excel	61	Централна служба

Целта на оваа програма е преку внатрешни и надворешни обуки да обезбеди современи практики и знаења кои вработените во ФЗОМ ќе ги применуваат во секојдневното работење а. Тоа ќе влијае да се зголеми степенот на квалитет на услугите кои ги даваат кон осигурениците, Јавните здравствени установи, Приватните здравствени установи, како и другите корисници на услуги на ФЗОМ (во понатамошниот текст корисници на услуги). Исто така преку реализирање на овие обуки ќе се подигне степенот на ефикасност и економичност во работењето на ФЗОМ.

Потребите од обуки се утврдени преку партиципативен пристап во кој беа вклучени раководните структури на ФЗОМ.

Обуките кои ќе бидат реализирани со ангажирање на внатрешни капацитети на

областа на компјутерските вештини поврзани со канцелариското работење. Овие обуки ги опфаќаат следните области:

Секторите во ФЗОМ имаат координативна улога при реализирање на стручните обуки во различните области при што ќе се користат внатрешни капацитети. Додека Раководителите на Подрачните служби имаат улога да го подржуваат реализирањето на истите преку логистички ангажман и суштинско вклучување во истите.

Согласно програмата за обука на вработените во ФЗОМ за периодот од 2012 година до 2013 година, одредени обуки се веќе завршени, додека други се во тек и ќе бидат завршени во текот на 2013 година.

**Завршени обуки**

1. До сега се обучени 63 вработени за напредно ниво на excel
2. 15 вработени за средно ниво на excel
3. 20 вработени на основно ниво на excel
4. 152 вработени за постапување со клиент
5. 2 стратешки работилници со раководниот тим на ФЗОМ за стратешко планирање

**Обуки во тек:**

1. Основно ниво на word – 223 вработени до крајот на 2012 година
2. Основно ниво на excel – 260 вработени до средината на 2013 година
3. 20 вработени за постапување со клиенти
4. Основно ниво на excel - 260 вработени до јули 2013 година
5. 70 лица обука за менаџерски и комуникациски вештини до крај на годината

**Завршени тестирања:**

- Тестирани се 89 вработени во областа на боледувањата, како една од позначајните услуги кои Фондот ги обезбедува на различни групи на корисници на услуги

**Планирани тестирања:**

- На 2 ноември 2012 година ќе бидат тестирани 85 вработени во областа на архивското работење, како една од клучните законски обврски на секоја институција. Архивското работење е тесно поврзано со правата и обврските кои произлегуваат од Законот за здравствено осигурување.
- На 16 октомври 2012 година, одреден број на вработени ќе бидат тестирани во областа на ортопедски помагала