



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

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

Адреса: Македонија бб, 1000 Скопје  
Тел.: 02 3289 076  
Централа.: 02 3289-000  
Факс: 02 3289 048  
Е-пошта: [info@fzo.org.mk](mailto:info@fzo.org.mk)

## **ТЕХНИЧКО УПАТСТВО ЗА НАЧИНОТ НА ФАКТУРИРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ВО СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА**

Март, 2014

Фонд за здравствено осигурување на Р.Македонија

## Содржина

1	Намена и цел на упатството .....	3
2	Примена на упатството .....	3
3	Техничко упатство за начинот на фактурирање на здравствени услуги во специјалистичка консултативна здравствена заштита.....	3
3.1	Вовед .....	3
3.2	Начин на достава на електронски фајлови .....	5
3.3	Начин на пресметување и плаќање на обезбедените здравствени услуги .....	6
3.3.1	Пресметка по осигурено лице е образец ПС кој содржи : .....	7
3.4	Електронски документи кои ќе бидат доставувани до надлежните подрачни служби на Фондот во xml формат .....	10
3.4.1	Структура на фајлот за спецификација .....	10
3.4.2	Извештај за надминат надоместок .....	16
3.5	Контроли на податоците од електронските фајлови .....	16
3.6	Формат и содржина на датотеките .....	17
4	Референтни документи .....	18
5	Записи .....	18

## **1 Намена и цел на упатството**

Со ова упатство се објаснува начинот на достава и изработка на електронски фајлови за завршените услуги од специјалистичко консултативна здравствена заштита од страна на здравствените установи до Фондот. Упатството ги објаснува содржината и формата на финансиските документи, фактурите и спецификациите за извршени здравствени услуги и описот на електронските фајлови како и начинот на достава на електронските фајлови преку Веб порталот на Фондот.

## **2 Примена на упатството**

Упатството се применува од 01.01.2014 година. Обврска на секоја здравствена установа која има склучено договор со ФЗОМ е да ги следи насоките согласно ова техничко упатство при генерирање на електронскиот фајл за спецификациите, како и насоките за содржината и формата на финансиските документи, како и начинот на достава на финансиските документи и останатата пропратна документација од страна на здравствените установи до ФЗОМ.

Упатството го применуваат здравствените установи кои што имаат склучено договори со Фондот, овластените лица од здравствените установи за достава на електронски фајлови преку Веб портал, раководителите на подрачните служби на фондот, секторските директори во Фондот и одговорните лица на процесите.

## **3 Техничко упатство за начинот на фактурирање на здравствени услуги во специјалистичка консултативна здравствена заштита**

### **3.1 Вовед**

Врз основа на Правилникот за критериумите за склучување на договори за начинот на плаќање за пружање на здравствените услуги во специјалистичко-консултативна здравствена заштита, меѓудржавни договори за социјално осигурување, општите акти на Фондот и определени програми за здравствена заштита, Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фондот) изготви техничко упатство за начинот на фактурирање на здравствените услуги во специјалистичко консултативна здравствена заштита (СКЗЗ) од страна на здравствените установи со кои Фондот има склучено договор.

Здравствените услуги од СКЗЗ се групирани во пакети на завршени епизоди на лекување, како збир од повеќе поединечни здравствени услуги (процедури) како и по завршени епизоди на лекување. Пакетите се утврдени како најчести групи на здравствени услуги кои осигурените лица ги обезбедуваат во СКЗЗ по упат на избран лекар или по друг вид на упат согласно постојаната законска регулатива. Утврдените пакети се однесуваат на повеќе одделни дејности и една заедничка група пакети или т.н општа група која може да се користи од сите дејности од СКЗЗ. Утврдени се пакети за следниве дејности:

## **Превентивна и примарна здравствена заштита**

- Итна помош
- Домашно лекување
- Дежурна служба
- Систематски преглед, вакцинации и советувашиште
- Превентивна стоматологија
- Итна стоматологија
- Патронажа по сестра
- Преглед и стручно мислење за здравствена состојба на осигуреникот од страна на лекарска комисија

## **Специјалистичко консултативна здравствена заштита**

- Лабораторија ЛУ1
- Медицина на труд
- Интерна медицина
- Инфектологија
- Онкологија и радиотерапија
- Дерматологија
- Медицинска рехабилитација
- Спортска медицина
- Неврологија
- Психијатрија
- Педијатрија
- Општа хирургија
- Максилофацијална хирургија
- Ортопедија
- ОРЛ
- Слух, говор и глас
- Очна медицина
- Гинекологија
- Протетика
- Ортодонција
- Болести на заби и ендодонтот
- Болести на уста и пародонтот
- Орална хирургија
- Детска и превентивна стоматологија
- Радиодијагностика
- Нуклеарна медицина
- Трансфузија
- Специјалистичка лабораторија
- Клиничка фармакологија со токсикологија
- Микрологија и паразитологија
- Медицинска и експериментална биохемија
- Имунобиологија и хумана генетика
- Медицинска хистологија и ембриологија

- Судска медицина и криминалистика
- БПО
- Патохистологија институти
- Дијализа
- Стационар
- Дневна болница
- АТД Диспанзер
- Превоз
- Ургентна медицина
- Медицинска рехабилитација со продолжено болничко лекување и др.

Исто така секоја дејност може да користи пакети од други дејности доколку според утврдените процедури и сродност тие пакети најмногу им одговараат согласно Упатството за фактурирање на здравствени услуги .

Пакетите се објавени со алфанумеричка шифра, нумеричка шифра, опис на пакетот и референтна цена.

На веб страната на Фондот постои посебен дел за специјалистичките пакети, упатство за имплементација, пример теркови за пресметка, спецификација, фактура и збирен рекапитулар, шифарник на пакети, ценовник на пакети и други документи.

Висината на **вкупниот надоместок** (како максимален износ) на здравствената установа се утврдува согласно Правилникот во зависност од средствата во Буџетот на Фондот утврдени за таа намена и тоа претставува **договорен надоместок** за специјалистичко-консултативни здравствени услуги што ќе бидат остварени во периодот на важење на договорот, за сите дејности за кои е склучен договорот.

Договорениот надоместокот се состои од надоместок според вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги во СКЗЗ по утврдени референтни цени, намален за износот на пресметаната партиципација.

**Напомена:** Начинот на кој се врши фактурирање на здравствените услуги е опишан во **Упатството за фактурирање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита во здравствени домови, специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита во сите здравствени установи кое е објавено на веб страната на Фондот.**

## 3.2 Начин на достава на електронски фајлови

Електронските фајлови секоја здравствена установа (ЗУ) ќе ги доставува преку Веб порталот на Фондот.

Обврска на секоја здравствена установа која има склучено договор со Фондот, а која за осигурениците нуди услуги за СКЗЗ, најдоцна до 10-ти во месецот за ПЗУ и до 15 во месецот за ЈЗУ, до Фондот да поднесе електронски фајлови за спецификации по дејности, со кои здравствената установа побарува средства од Фондот за направените услуги за месецот за кој фактурира. Структурата на електронските спецификации е дефинирана подолу. Секоја здравствена установа мора да овласти лице кое ќе врши достава на електронските фајлови преку Веб порталот на Фондот. Овластувањето се врши со доставување на пополнето барање ЕЛ-ОЛ1 во подрачните служби на Фондот.

Поднесувањето на електронските фајлови за спецификација, ЗУ ќе може да го направи со најава на Веб порталот. Можност за поднесување на електронските фајлови по дејности преку порталот има само овластеното лице од таа ЗУ. Овластеното лице по најава на портал избира за која дејност, месец и година поднесува фајлови за фактурирање. ЗУ може да поднесе фајл со електронска спецификација за фактурирање за дејност, месец и година за кои претходно не е поднесена фактура до Фондот.

По дефинирање на дејноста, месецот и годината за кои овластеното лице поднесува електронски фајл за спецификација, овој фајл се процесира и се врши валидација на податоците од истиот. Овластеното лице има преглед на ставките од спецификацијата, како и преглед на сите грешки кои се јавиле при контролата на тие ставки, односно преглед на сите валидни и невалидни ставки заедно со причините зошто некоја ставка е невалидна. За завршените пресметки овластеното лице ќе биде известено преку е-маил.

Доколку е се во ред со спецификацијата и овластеното лице се согласува со резултатите од валидацијата, за валидните ставки од спецификацијата се изготвува предлог фактура. Оваа предлог фактура овластеното лице може да ја потпише со својата електронска здравствена картичка и да ја испечати, а со самото потпишување оваа фактура станува достапна за понатамошна обработка во Фондот.

Доколку овластеното лице смета дека има потреба да направи некоја корекција на ставките од електронската спецификација, пред изминување на рокот за поднесување фактура до Фондот, ќе има можност да достави нов фајл за електронска спецификација за кој ќе се генерира фактура.

### 3.3 Начин на пресметување и плаќање на обезбедените здравствени услуги

Здравствената установа доставува спецификации во хартиена и електронска форма и фактури во хартиена форма до подрачната служба на Фондот каде е седиштето на здравствената установа. Фондот има 30 подрачни служби и податоци за нив можат да се најдат на веб страната [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk). Здравствената установа треба фактурите да ги групира согласно дефинираните дејности согласно шифрарникот за групи на дејности објавен на веб страната на Фондот.

Здравствената установа доставува **фактура/и со спецификација/ии** за извршени здравствени услуги по пакети на завршени епизоди на лекување по референтни цени за секоја дејност (колку дејности, толку поединечни фактури), најдоцна до 10 –ти, односно до 15 – ти од тековниот месец за претходниот.

Здравствената установа со фактурите и спецификациите изготвува и доставува **поединечни** пресметки за извршени здравствени услуги (пакети) по осигурено лице до матичната подрачна служба само за странските осигуреници. За останатите осигуреници пресметките остануваат во просториите на здравствените установи. Една пресметка содржи еден пакет, исклучок се пакетите од интерна медицина и/или пакети кои можат да се комбинираат со завршени здравствени услуги со референтни цени или со одредени пакети кои како исклучок може да се дополнуваат (лекови, преврски и сл. дадени во Прирачник за работа - Пакети на завршени епизоди на лекување во СКЗЗ), каде што во една пресметка може да има една или повеќе

од една пресметка или повеќе од еден пакет согласно Упатството за фактурирање на здравствени услуги објавено на веб страната на Фондот.

Доколку здравствената установа има повеќе дејности доставува **збирен рекапитулар** за сите дејности само во хартиена форма.

За секоја дејност се доставува посебна фактура со поединечни пресметки за секое осигурено лице, посебна спецификација со искажани сите поединечни пакети.

Износот на фактурата на товар на Фондот треба да е намалена за износот на пресметана партиципација која не е на товар на Фондот, но до висината на утврдениот договорен надоместок согласно упатствата на Фондот.

Осигуреното лице може да е ослободено од плаќање на партиципација согласно законски прописи и програми и истите се објавени на веб страната на Фондот:

#### **Основи за ослободување од партиципација.**

За основите од групата I.Закон, партиципацијата е на товар на Фондот за здравствено осигурување.

а) ако осигуреното лице е целосно ослободено од партиципација, здравствената установа ја пресметува, но не ја наплатува партиципацијата од осигуреното лице и фактурата не се намалува за овој износ.

б) ако осигуреното лице е делумно ослободено од партиципација, здравствената установа ја пресметува и ја наплатува разликата од пресметаната партиципација минус износот за ослободување од партиципација според решение од Фондот. Во овој случај од фактурата се одзема само наплатената партиципација од осигуреникот.

За основите од групата II.Пропис, партиципацијата е на товар на Министерството за труд и социјална политика и пресметаната партиципација се одзема од фактурата кон Фондот.

За основите од групата III. Програма, партиципацијата е на товар на Министерството за здравство и пресметаната партиципација се одзема од фактурата кон Фондот.

Хартиената верзија на фактурата, спецификацијата, збирниот рекапитулар се дадени во прилог на ова упатство (Прилог ФС, СС)

Спецификацијата до подрачната служба на Фондот треба да се доставува во електронска и хартиена форма.

Фактурата и збирниот рекапитулар се доставуваат само во хартиена форма до подрачната служба на Фондот.

#### **3.3.1 Пресметка по осигурено лице е образец ПС кој содржи :**

Прв дел

- Потребни податоци за осигуреното лице, име и презиме, ЕМБГ,ЕЗБО, број на здравствената легитимација, шифра на дијагноза по МКБ класификација (опис на дијагнозата не се пополнува поради заштита на податоци на пациентот)

Втор дел

- Вториот дел се однесува на извршените пакети на здравствени услуги, со шифра на пакетот, назив на пакетот и референтната цена. Под пакетот во

вториот дел од пресметката се искажува и пресметаната партиципација, која се пресметува согласно Одлуката за партиципација

- Доколку постои основ за ослободување од партиципација во соодветното поле се наведува основот за ослободување.
- На крајот на пресметката е вкупниот износ за наплата од Фондот ( пакетот по референтната цена намален за износот на пресметаната партиципација).

Трет дел

- Во третиот дел од пресметката се искажуваат здравствените услуги кои се составен дел на пакетот (процедури).

За здравствените услуги кои не се извршени во истиот ден, се наведуваат и датумите кога се извршени.

Пресметката е означена со број кој соодветствува со бројот на амбулантскиот дневник кога на осигуреникот му е започната епизодата на лекување по упат. Пресметката задолжително треба да има потпис и факсимил на лекарот што ја извршил услугата и потпис на осигуреното лице со кое потврдува дека здравствената услуга (пакетот) е извршен.

#### **Фактурите според образец ФС, задолжително содржат (хартиена форма):**

- Назив на здравствената установа;
- Останати податоци од здравствената установа
  - ЕДБ,
  - Трансакциска сметка,
  - адреса,
  - банка депонент
  - шифра на дејност
- Подрачна служба за која се однесува фактурата (матичната подрачна служба на ЗУ);
- Број на фактура;
- Месец и година за кои се однесува фактурата;
- Датум на фактура;
- Реден број на ставките во фактура;
- Шифра на пакетот на завршена епизода на лекување;
- Назив на пакетот;
- Број на пакети, односно завршени здравствени услуги;
- Референтна цена на пакетот;
- Вкупен износ на здравствените услуги;
- Износ на партиципација која не е на товар на Фондот;
- Преметана партиципација
  - На товар на министерство за труд и социјална политика
  - На товар на Министерството за здравство (Буџет на Р.М. - по програми)
  - На товар на осигуреник
  - На товар на Фондот
- Вкупен износ за наплата од Фондот.



Фактурата се потпишува од лицето кое ја изготвило и одговорното лице. Фактурата во печатена форма треба да има печат, потпис и заверка согласно прописите.

**Спецификацијата СС приложена кон фактурата содржи (хартиена форма):**

- Назив на здравствената установа;
- Останати податоци од здравствената установа (ЕДБ, трансакциска сметка, адреса, банка депонент и шифра на дејност);
- Подрачна служба за која се однесува спецификацијата;
- Број на спецификација – бројот е ист со бројот на фактурата;
- Месец и година на спецификацијата - исти како и на фактурата;
- Дата на спецификацијата - ист како и на фактурата ;
- Реден број на ставките во спецификацијата;
- Шифра на специјалистички пакет/услуга;
- Назив на специјалистички пакет/услуга;
- Количина;
- Дијагноза по МКБ 10
- Единствен матичен број на осигуреното лице за кое е извршена здравствената услуга;
- ЕЗБО – Единствен здравствен број на осигуреникот за кое е извршена здравствената услуга;
- Презиме и име на осигуреникот ;
- Број на пресметката од дневникот на здравствената установа под кој се води услугата ;
- Референтна цена на пакетот;
- Преметана партиципација;
- Вкупен износ на здравствените услуги;
- Преметана партиципација
  - На товар на министерство за труд и социјална политика
  - На товар на Министерството за здравство (Буџет на Р.М. - по програми)
  - На товар на осигуреник
  - На товар на Фондот
- Вкупен износ за наплата од Фондот.

Спецификацијата се потпишува од лицето кое ја изготвило. Спецификацијата треба да има печат и потпис односно заверка согласно прописите.

**\* ЗАБЕЛЕШКА:** Во електронскиот документ на спецификацијата мора да се содржани сите одделни ставки во состав на пресметката додека во печатената форма која ЗУ ја доставува до ПС, здравствените услуги како што се лабораториските услуги може да бидат прикажани збирно (пример: да не се наведуваат поодделно сите БА услуги , БА2/2, БА7/1 итн. туку да стои една ставка - лабораториски услуги со вкупен износ, како кај лековите).

Спецификацијата во електронска форма се доставува како xml датотека (во понатамошниот текст е даден опис и содржина на xml).

### Збирен рекапитулар (хартиена форма):

**Збирниот рекапитуларот** е финансиски документ во кој што се искажуваат сите доставени фактури од сите дејности кои ги има една здравствена установа, со збирните податоци од секоја поединечна фактура и вкупна вредност од сите фактури во рекапитуларот. Се доставува само во хартиена форма.

Рекапитуларот (Образец ЗРС) ги содржи следните податоци:

- Назив на здравствената установа;
- Останати податоци од здравствената установа
  - o ( ЕДБ,
  - o трансакциска сметка,
  - o адреса,
  - o банка депонент и др.)
  - o дејност
- Подрачна служба за која се однесуваат фактурите ( надлежната подрачна служба на здравствената установа);
- Месец и година за кои се однесува збирниот рекапитулар;
- Датум на збирниот рекапитулар;
- Реден број на ставките во збирниот рекапитулар;
- Број на фактура;
- Назив на дејноста за која се однесува фактурата;
- Вкупен износ на здравствените услуги од секоја фактура;
- Вкупен износ на партиципација од секоја фактура;
- Вкупен износ за наплата од Фондот.

Збирниот рекапитулар е со потпис и печат од здравствената установа. Збирниот рекапитулар е тој со чија помош се контролира договорениот месечен износ на ниво на здравствена установа.

## 3.4 Електронски документи кои ќе бидат доставувани до надлежните подрачни служби на Фондот во xml формат

Документите во електронска форма се доставуваат во xml формат преку веб порталот на Фондот.

### 3.4.1 Структура на фајлот за спецификација

**Табела 1: Табеларен приказ на XML шема на електронскиот фајл за спецификација**

Хиерархиски ID	Назив на елементот	Број на појавувања/повторливост	Дали елементот може да биде празен Тип
----------------	--------------------	---------------------------------	--

			<b>на елементот</b>
<b>1</b>	<b>Глава на спецификација</b>	<b>1</b>	<b>Не</b>
<b>2</b>	<b>Тело на спецификација-ставки</b>	<b>Н</b>	<b>Не</b>
<b>3</b>	<b>Тело на спецификација-партиципација</b>	<b>Н</b>	<b>Не</b>
<b>4</b>	<b>Тело на спецификација-лекови</b>	<b>Н</b>	<b>Да</b>

**Табела 2: Опис на елементите**

<b>Р. Бр</b>	<b>Xml таг</b>	<b>Име на елемент</b>	<b>Тип на податок</b>	<b>Опис</b>	<b>Задолжителн и полиња</b>
<b>&lt;specifikacija&gt; Спецификација</b>					
<b>&lt;glavaSpecifikacija&gt; Глава на спецификација</b>					
1	<edb>	ЕДБ на здравствената установа	xs:string		Задолжително
2	<sifraZU>	Шифра на здравствена установа	xs:string	Фондовска 8 цифрена шифра	Задолжително
3	<dejnost>	Дејност	xs:string пример: 20160	Прилог шифрарник на дејности	Задолжително
4	<brojFaktura>	Број на фактура	xs:string		Задолжително
5	<brojSpecifikacija>	Број на Спецификацијата	xs:string		Задолжително
6	<mesec>	Месец на спецификацијата	xs: int		Задолжително
7	<godina>	Година на спецификацијата	xs: int		Задолжително
8	<datum>	Датум на пресметка на спецификација	xs: string	Датум кога е направена пресметката на спецификацијата	Задолжително
<b>&lt;teloSpecifikacija&gt; Тело на спецификација</b>					
<b>&lt;epizoda&gt; Завршена епизода на лекување</b>					
9	<faktura>	Таг дали епизодата на лекување влегува во фактура или извештај	xs: int	0- Извештај 1- Фактура	Задолжително
10	<embg>	ЕМБГ на пациентот	xs:string		Задолжително
11	<ezbo>	ЕЗБО на пациентот	xs:string		Не е

					Задолжително
12	<imePrezime>	Име и Презиме	xs:string		Задолжително
13	<brojPresmetka>	Број на пресметката / број од дневникот	xs:string		Задолжително
14	<brojUpat>	Број на упат од избрниот лекар/специјалист или субспецијалист	xs:string		Задолжително
15	<datumIzdavanjeUpat>	Датум на издавање на упатот од избраниот лекар	xs:dateTime	GGGGMMDD	Задолжително
16	<faksimilUpat>	Факсимил на избран лекар/специјалист или субспецијалист	xs:int		Задолжително
17	<sifraDijagnoza>	Шифра на дијагноза по МКБ-10	xs:string	XXX.YYY Пример K07.0	Задолжително
18	<datumPocetok>	Датум на почеток на услугата	xs:dateTime	GGGGMMDD	Задолжително
19	<datumKraj>	Датум на завршување на услугата	xs:dateTime	GGGGMMDD	Задолжително
<b>&lt;faksimiliSpecijalisti&gt; Факсимили на специјалисти</b>					
20	<faksimil>	Факсимил на специјалист	xs:int	Се повторува онолку пати колку што лекари – специјалисти учествувале во епизодата на лекување	Задолжително
21	<sifraDrzavaVoStranstvo>	Шифра на странска земја	xs:int	Се пополнува доколку се работи за странско осигурено лице. Доколку не е странски осигуреник се пишува 000	Не е задолжително
22	<brojZdravstvenoOsiguruvanje>	Број на здравствено осигурување/идентификација	xs:string	Се пополнува доколку се работи за странско осигурено лице	Не е задолжително
23	<ENIC>	Број на ENIC картица	xs:string	Се пополнува доколку се работи за странско	Не е задолжително

				осигурено лице	
24	<presmetanaParticipacija>	Пресметан износ на партиципација	xs:decimal		Задолжително
25	<kodOsloboduvanje>	Код за ослободување од партиципација	xs: int		Задолжително
26	<naplatenaParticipacija>	Износ за наплатена партиципација	xs:decimal		Задолжително
27	<vkupenIznos>	Вкупен износ за наплата од Фондот	xs:decimal		Задолжително
<b>&lt;paketi&gt; Пакети</b>					
<b>&lt;paket&gt; Пакет</b>					
28	<sifraPaket>	Шифра на пакетот	xs:string		Задолжително
29	<kolicina>	Количина	xs: int		Задолжително
30	<referentnaCena>	Референтна цена на пакетот / референтната услуга	xs:decimal		Задолжително
31	<brojZaverenaPotvrda>	Број на заверена потврда	xs: int	Доколку нема заверена потврда се остава празен таг: <brojZaverenaPotvrda />	Не е задолжително
<b>&lt;lekovi&gt; Лекови</b>					
<b>&lt;lek&gt; Лек</b>					
32	<sifraLek>	Шифра на лек	xs:string		Задолжително
33	<kolicina>	Количина	xs: decimal		Задолжително
34	<referentnaCena>	Единечна цена на лек	xs:decimal		Задолжително
35	<ATC10>	АТЦ 10	xs: string		Задолжително

**1-ЕДБ** – се внесува даночниот број на здравствената установа која што ја доставува спецификацијата,

**2- Шифра на здравствена установа**- се внесува фондовската шифра на работната единица на здравствената установа која има склучено договор со Фондот за дадената дејност,

**3-Дејност** - се внесува шифрата на дејност од шифрарникот на дејности даден во прилог на упатството,

**4-Број на Фактура** – Број на фактура,

**5-Број на спецификацијата** - Редниот број на спецификацијата која се доставува за извршени здравствени услуги по дејност од секоја здравствена установа поединечно. Секоја фактура мора еднозначно да одговара на една спецификација по дејност,

**6-Месец** - Месец за кој се однесува спецификацијата според начинот на фактурирање на здравствените услуги од здравствените установи до надлежната подрачна служба,

**7-Година** - Годината за која што се однесува спецификација,

**8-Датум на спецификација** – се внесува датумот на пресметка на спецификацијата,

**9 - Таг дали епизодата на лекување влегува во фактура или извештај** – се внесува 1 ако епизодата на лекување влегува во фактура, додека доколку епизодата на лекување влегува во извештај овој таг се пополнува со 0.

**10-ЕМБГ** – се внесува ЕМБГ на осигуреникот на кој се извршува здравствената услуга – специјалистичкиот пакет. **Доколку се работи за странско осигурено лице од земјите со кои фондот има склучено договор за соработка матичниот број се внесува во формат ДДММГГГ000000**, каде ДДММГГГ е денот на раѓање на осигуреното лице а останатите места за матичниот број да достигне 13 цифри се пополнува со 0,

**11-ЕЗБО** - се внесува ЕЗБО од електронската здравствена картичка – ЕЗК на осигуреникот, доколку осигуреникот нема ЕЗК ова поле не се пополнува. Пример се <EZBO/>,

**12-Име и Презиме** – се внесува име и презиме на осигуреникот на кој му се извршува здравствената установа,

**13-Број на пресметката / број од дневникот**– се внесува редниот број од дневникот под кој што е заведен овој случај во здравствената установа каде што е направена здравствената услуга. Преку овој број ќе се види и во која пресметка е реализиран овој пакет,

**14-Број на упат од избраниот лекар, специјалист или субспецијалист** - се внесува бројот на упатот од избраниот лекар, специјалист или субспецијалист,

**15-Датум на издавање на упатот од избраниот лекар** - Овој датум е потребен за да се провери дали во моментот на издавање на упатот овој лекар е избран лекар на дадениот осигуреник во формат GGGGMMDD, каде што GGGG – година, MM-месец, DD – ден,

**16-Факсимил на избраниот лекар, специјалист или субспецијалист** - се внесува бројот на факсимилот на избраниот лекар или специјалистот кој го дал упатот за овој осигуреник,

**17-Шифра на дијагноза по МКБ-10** - се внесува шифрата на дијагнозата на пресметката според МКБ-10 за извршената здравствена услуга. Шифрата на дијагноза се запишува во следниот формат XXX.YYY. Пример S00, S00.0, S00.1 итн,

**18-Датум на почеток на епизода на лекување**- се внесува датумот на почетокот на специјалистичкиот пакет во формат GGGGMMDD, каде што GGGG – година, MM-месец, DD – ден,

**19-Датум на завршување на епизода на лекување** – се внесува датумот на затварањето на пакетот. Во принцип пакетот може да се реализира во повеќе денови и во датум на завршување на епизодата на лекување се запишува последниот ден. Се запишува во формат GGGGMMDD, каде што GGGG – година, MM-месец, DD – ден,

**20-Факсимил на специјалист.** Во една епизода на лекување може да учествуваат повеќе лекари специјалисти. Ова поле во xml фајлот може да се повторува и потребно е да се запишат сите факсимили на лекарите специјалисти кои учествувале во епизодата на лекување

Пример:

<faksimil>111111</faksimil>

<faksimil>222222</faksimil>,

**21- Шифра на странска земја** – се пополнува само за странските осигурени лица од шифрарникот на странски земји објавен на веб страната на Фондот,

**22-Број на здравствено осигурување/идентификација** – се пополнува само за странските осигуреници од земјите од табелата. Се внесува бројот од двојазичниот образец,

**23-Број на осигурување од EHIS** - европска здравствена картичка. Се пополнува само за странските осигуреници од земјите од табелата. Се внесува бројот од EHIS картичката,

**24-Пресметан износ на партиципација** - Се внесува збирот од пресметаната партиципација за сите ставки од тој пакет,

**25-Код за ослободување од партиципација** - Се внесува основ на ослободување од шифрарникот на основи на ослободувања кои ги дефинира Фондот и е даден во табелата на основи на ослободување објавен на веб страната на Фондот. Доколку не постои никаков основ на ослободување се пополнува со 0000000 или <kodOsloboduvanje />,</p></div><div data-bbox="102 302 886 336" data-label="Text"><p><b>26-Износ на наплатена партиципација</b> - Се внесува износот на наплатената партиципација на соодветната пресметка,</p></div><div data-bbox="102 336 886 386" data-label="Text"><p><b>27-Вкупен износ за наплата од Фондот</b> - Се внесува вкупниот износ кој што треба да го исплати Фондот за оваа пресметка и оваа дејност. Овој е износот намален за партиципацијата која не е на товар на Фондот,</p></div><div data-bbox="102 386 886 436" data-label="Text"><p><b>28-Шифра на специјалистичкиот пакет</b> се внесува шифрата на специјалистичкиот пакет кој што е направен за таа дејност од таа здравствена установа за тој период,</p></div><div data-bbox="102 436 886 469" data-label="Text"><p><b>29-Количина</b> се внесува бројот на извршени услуги за дневна болница. За останатите е 1,</p></div><div data-bbox="102 469 820 487" data-label="Text"><p><b>30-Референтна цена на пакетот</b> - се внесува референтната цена на пакетот,</p></div><div data-bbox="102 486 886 520" data-label="Text"><p><b>31-Број на заверена потврда</b> – се внесува бројот на заверената потврда за одредено помагало за дејноста стоматологија,</p></div><div data-bbox="102 520 886 586" data-label="Text"><p><b>32-Шифра на лек</b> – се внесува шифрата на лекот од шифрарникот на лекови од Листата на лекови објавен на веб страната на Фондот. Доколку во шифрарникот ја нема шифрата на лекот тогаш се пишува 999999 и во полето АТЦ 10 се пишува АТЦ 10 кодот на лекот,</p></div><div data-bbox="102 586 886 619" data-label="Text"><p><b>33-Количина</b> – се внесува количината на лекот кој се аплицирал со даден пакет. Ова важи само за услугите од дневна болница.</p></div><div data-bbox="102 619 794 637" data-label="Text"><p><b>34-Единечна цена на лек</b> – се внесува цената на лекот по единица парче.</p></div><div data-bbox="102 637 544 653" data-label="Text"><p><b>35-АТЦ 10</b> – Се внесува АТЦ 10 кодот на лекот.</p></div><div data-bbox="102 669 886 720" data-label="Text"><p>За лековите од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, во електронскиот фајл се внесува АТЦ-код на генерика (алфанумеричко поле чија максимална големина е 10 знаци).</p></div><div data-bbox="102 720 886 770" data-label="Text"><p>10-знаковната шифта на АТЦ кодот ја опишува генериката со конкретната дозажна форма и јачина. За овие генерики на Листата е дополнета со шифри на заштитените –продажни имиња на лековите од конкретен производител.</p></div><div data-bbox="102 786 886 886" data-label="Text"><p>Сценарио 1. Доколку во тековната Листа на лекови не можете да ја најдете шифрата на заштитеното име на лекот, но за конкретната генерика постои 10-знаковен АТЦ код тогаш се внесува 10- знаковен АТЦ и на местото на шифра на заштитено име на лек се внесуваат 999999. При тоа референтната цена треба да е иста како и референтната цена која ја имаат другите лекови од соодветната генерика со иста дозажна форма и јачина.</p></div></html>

Сценарио 2. За лековите од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, за чија што генерика со фармацевтска форма и јачина Фондот нема утврдено референтна цена се избира седумцифрениот АТЦ код проширен со три нули.

Во согласност со Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување на Македонија и другите законски прописи, за лековите од Листата на лекови кои се во промет во РМ, при фактурирање на лековите на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, цената на истите не смее да биде повисока од референтната цена на лекот утврдена од страна на Фондот, односно истата може да биде пониска во случај кога здравствената установа има набавено лекови со пониска цена од референтната цена на Фондот.

### 3.4.2 Извештај за надминат надоместок

Секоја здравствена установа може да фактурира здравствени услуги најмногу до износот на надоместокот утврден со Одлуката на Управниот Одбор на Фондот. Услугите кои се извршени над дозволеният надоместок од Фондот, здравствените установи ги искажуваат во Извештај со иста содржина како спецификацијата согласно упатствата на Фондот. Пресметките кои се пропратна документација на Извештајот се чуваат одделно на начин кој е предвиден и за останатата финансиска и медицинска документација. ЈЗУ не смеат да го надминат определениот годишен надоместок, додека ПЗУ не смеат да го надминат определениот квартален надоместок. Од 2013 година, ПЗУ ги искажуваат реализираните услуги над кварталниот надоместок (искажан согласно кварталната пресметка) во Извештај на квартално ниво, различно од претходниот договорен период кога реализираните услуги до и над надоместокот се искажуваа на месечно ниво.

Извештаите за надминат надоместок се доставуваат во електронска и хартиена форма.

**Напомена:** Здравствената установа нема потреба да креира посебен фајл за извештај како до сега.

Здравствената установа преку Веб порталот поднесува еден фајл со сите реализирани здравствени услуги. При контролата овој фајл се дели на два дела, еден дел од спецификацијата кој е со вкупен износ до договорениот надоместок, а останатиот дел доколку постои ќе се прикаже како извештај. Овластеното лице треба да ги потврди до 10-ти во месецот спецификацијата и извештајот доколку истиот постои.

## 3.5 Контроли на податоците од електронските фајлови

**Во спецификацијата ќе се вршат следните контроли:**

- Контрола на надоместок за тој месецот и годината за која се доставува спецификација
- Контрола на ЕМБГ (дали е осигуреник на Фондот)



- Контрола на избран лекар кој го пропишал упатот или пак специјалистот
- Контрола на специјалист кој ја направил услугата дали е активен со факсимил кај нас дека работи во таа ЗУ
- Контрола на придонес, се контролира ДВО на осигуреникот на датум на прием и датум на завршување на епизодата
- Контрола на шифра на пакет, цена на пакет според Ценовникот на референтни цени на специјалистичките пакети од СКЗЗ на денот на завршувањето на пресметката
- Контрола на пресметана, наплатена партиципација според Одлуката за утврдување на учество на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите
- Контрола на шифа на лек, цена на лек, АТЦ 10 и сл.
- Контрола на основ на ослободување
- Контрола на шифра на дијагноза
- Контрола на шифра на држава (за странски осигуреници)
- Контрола на задолжителни полиња

Со последната одлука за учеството на осигурените лица во плаќањето на здравствените услуги – партиципација – стана приход на здравствените установи и тие истата ја задржуваат. Тоа значи дека тие до Фондот го фактурираат износот на пакетите намален за износот на пресметаната, односно платената партиципација.

### 3.6 Формат и содржина на датотеките

**Називот на XML датотеките за електронски документи ќе се именуваат и нивниот облик ќе биде**

**XXXXX.XML за спецификацијата**

каде што:

**XXXXX** - Каде **XXXXX** е дејноста за која што се однесува електронскиот документ – 5 цифрен број избран од шифрарникот на дејности (Тех. Упатство страна 7-8)

Пример:

20100.XML - спецификација

**ЗАБЕЛЕШКА 1: Цените се запишуваат во формат со децимална запирка: пр. 1500,00.**

**ЗАБЕЛЕШКА 2:** Датумските полиња се запишуваат во следниот форма GGGGMMDD каде што GGGG е годината од датумот, MM е месецот од датумот и DD е денот од датумот.

Шифрарникот на специјалистички пакети, шифрарникот на основи на ослободување и шифрарникот за болничка листа се објавени на веб страната на Фондот за здравствено осигурување на Р.Македонија во делот **специјалистички пакети**.

## 4 Референтни документи

1. Упатството за фактурирање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита во здравствени домови, специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита во сите здравствени установи.
2. Договорите со здравствени установи кои даваат услуги од специјалистичка и болничка здравствена заштита.
3. Правилникот за критериумите за склучување на договори за начинот на плаќање за пружање на здравствените услуги во специјалистичко-консултативна здравствена заштита.
4. Меѓудржавни договори за социјално осигурување.
5. Правилникот за начинот на користење, пристап, издавање, чување и заштита на податоците од информациониот систем на ФЗОМ достапни на Веб потралот.

## 5 Записи

Име на запис	Ознака	Носител	А/Б
Фактура	/	Директор на сектор/ Раководител на одделение	Листа на документиран материјал со рокови за негово чување
Спецификација во електронска и печатена форма	/	Директор на сектор/ Раководител на одделение	Листа на документиран материјал со рокови за негово чување
Збирен рекапитулар	/	Директор на сектор/ Раководител на одделение	Листа на документиран материјал со рокови за негово чување
Пресметки	/	Директор на сектор/ Раководител на одделение	Листа на документиран материјал со рокови за негово чување
ЕЛ-ОЛ1 образец	/	Директор на сектор/ Раководител на одделение	Листа на документиран материјал со рокови за негово чување