

Михајло Костовски

Дијана Петреска

**П Р И Р А Ч Н И К
ЗА ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ**

П Р И Р А Ч Н И К
ЗА ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

П Р И Р А Ч Н И К

ЗА ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Содржината на ова издание не секогаш ги одразува погледите или ставовите на Мисијата на ОБСЕ во Скопје.

Авторски права:
Мисијата на ОБСЕ во Скопје
Октомвриска Революција бб
Скопје
www.osce.org/skopje

Изготвувачи:
Михајло Костовски,
Виш советник во Министерството за здравство
и
Дијана Петреска,
Стручен соработник за права од здравственото
осигурување
во Фонд за здравствено осигурување

НОЕМВРИ, 2011 година

СОДРЖИНА

ВОВЕД	11
I. ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	17
I.1. Осигуреници - лица опфатени со задолжително здравствено осигурување:	17
I.2. Осигурени лица – членови на семејства	19
I.3. Доброволно пристапување во задолжителното здравствено осигурување согласно член 5 став 2 од ЗЗО	19
II. ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ	23
II.1. Основни здравствени услуги	23
II.1.1. Остварување на права во Примарна здравствена заштита	24
II.1.2. Остварување на права од Специјалистичко - консултативна здравствена заштита	29
II.1.3. Остварување на права од Болничката здравствена заштита	29
II.2. ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ КОИ НЕ СЕ ОПФАТЕНИ СО ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	42
III. ПРАВА НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ	47
III.1. Надоместок на плата	47
III.2. Надоместок на патните трошоци	47

6	IV. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ, СОГЛАСНО ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	53
	IV.1. Утврдување на својство на осигуреник	53
	IV.1.1. Утврдување на својство на осигуреник за лицата опфатени со задолжителното здравствено осигурување	53
	IV.1.2. Утврдување на својство на осигуреник на невработени лица на кои им се променува основот на осигурување според член 5 став 1 точка 15 од ЗЗО за кои обврзник за плаќање на придонесот е Министерството за здравство	54
	IV.1.3. Утврдување на својство на осигуреник за лица кои доброволно пристапуваат во задолжително здравствено осигурување	57
	IV.2. Докажување на својството на осигуреник	58
	IV.3. Партиципација или лично учество на осигурените лица во цената на здравствената услуга	58
	V. ВЛАДИНИ ПРОГРАМИ	65
	VI. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ, СОГЛАСНО ЗАКОНОТ ЗА ОПШТА УПРАВНА ПОСТАПКА	71
	VI.1. Првостепено Решение	72
	VI.2. Жалба	72
	VI.3. Второстепено решение на Министерот за здравство	73
	VI.4. Поведување на управен спор	74
	VII. КОРИСНИ ЛИНКОВИ	79

В О В Е Д

В О В Е Д

Поради својата сложена природа, дејноста на здравствената заштита и системот на здравственото осигурување за секој жител посебно и за државата се од исклучително значење и во таа смисла за нивно одржување се наметнуваат високи барања за сите чинители кои на било кој начин во него учествуваат.

Во цел да обезбеди негова функционална примена, законодавецот обезбедил правни претпоставки кои самите по себе со сигурност не се гаранција и за негова применливост и ефикасност, но сепак обезбедуваат правна основа, па во таа смисла Уставот на РМ вели:

Член 9

Граѓаните на Република Македонија се еднакви во слободите и правата независно од полот, расата, бојата на кожата, националното и социјалното потекло, политичкото и верското уверување; имотната и општествената положба.

Член 39

На секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита. Граѓанинот има право и должност да го чува и унапредува сопственото здравје и здравјето на другите.“

Уставот на РМ, меѓународните акти, Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, подзаконските акти и другите правни прописи треба да обезбедат правна поддршка за гарантиран и одржлив здравствен систем, но реалноста покажува дека нема место за неумерен нормативен оптимизам.

Недоволното познавање на правата за здравствена заштита и осигурување за поголемиот број на претставници од ромската заедница најчесто претставува непремостлива пречка и го продлабочува социјалниот јаз и нееднаквост и директно влијаена лошата здравствената состојба на ромите и општата здравствена кондиција на целото население во државата.

Овој Прирачник за правата од здравственото осигурување има намера да ги даде основните насоки за снаоѓање низ правниот лавиринт на организацијата и функционирањето на системот на здравственото осигурување во државата,

- 12 или да служи поконкретно како помошна алатка во функционирањето на „Рома-информативните центри“ низ државата.
- Имајќи ја на ум идејата за тоа како да се олесни или поедностави постапката за остварување на правата од здравствената заштита и здравственото осигурување, Прирачникот содржински укажува само на поединечните права и ги содржи основните насоки за нивното остварување со упатување на практична примена на образците и во таа смисла тој претставува поедноставена и скратена интерпретацијата на законите и општите акти, но ја задржува содржинската изразност.
- Поттикнати од добрите желби и прагматичните потреби во состојба кога секојдневно се среќаваме со измени и дополненија на законите и општите акти, упатуваме на официјалните веб страници на Министерството за здравство www.moh.gov.mk и Фондот за здравствено осигурување на Македонија www.fzo.org.mk, за ажурирање на податоците и користење на обрасците за сите права и обврски од здравственото осигурување. Во таа смисла упатуваме на можноста за директно - он лајн пополнување на најновите обрасци на барањата за права од здравствено осигурување на веб страната на Фондот за здравствено осигурување.

Од авторите: м-р Михајло Костовски и Дијана Петреска

КРАТЕНКИ:

РМРепублика Македонија;
ФЗОМ.....Фонд за здравствено осигурување на Македонија;
ЗЗО.....Закон за здравствено осигурување.

ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

I. ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

- Задолжителното здравствено осигурување е воспоставено со цел да се обезбеди социјална сигурност на граѓаните во случај на болест или повреда.
- Здравственото осигурување се остварува преку обврската за редовно плаќање на придонес за задолжително здравствено осигурување во одреден процент на платата, пензијата односно на утврдена основица, а здравствена заштита користат осигурениците на кои истата им е потребна.
- Ова значи дека сите осигуреници плаќаат придонес, а здравствени услуги користат само оние кои за тоа имаат потреба.

Поради спроведување на задолжителното здравствено осигурување, со Законот за здравствено осигурување (“Сл.весник на РМ” бр.25/2000) основан е Фондот за здравствено осигурување на Македонија како самостојна финансиска институција која врши дејност од јавен интерес и јавни овластувања. ФЗОМ е организиран во една централна служба со 30 подрачни служби распоредени на целата територија на РМ.

Надзор над законитоста на работата на ФЗОМ врши Министерството за здравство. Надзор над примената на законите и прописите донесени врз основа на Законот за здравственото осигурување во однос на остварувањето на правата на осигурениците и осигурените лица врши Здравствената инспекција.

Што добивате од задолжителното здравствено осигурување?

Со задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедува право на здравствени услуги во случај на болест и повреда, право на надоместок на плата во случај на спреченост за работа поради болест или повреда или породилно отсуство, како и други парични надоместоци.

I.1. ОСИГУРЕНИЦИ - ЛИЦА ОПФАТЕНИ СО ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ:

1. Работник во работен однос кај правно лице, самовработено лице, установа, друго правно лице кое врши дејност на јавна служба, државен орган и орган на единиците на локалната самоуправа и градот Скопје;

- 18
2. Државјанин на РМ кој на територијата на РМ е вработен кај странски и меѓународни органи, организации и установи, кај странски дипломатски и конзуларни претставништва, во лична служба на странски дипломатски и конзуларни претставништва или е во лична служба на странци, доколку со меѓународен договор поинаку не е определено;
 3. Самовработено лице;
 4. Индивидуален земјоделец;
 5. Верско службено лице и припадник на верски редови, освен припадник на монаштво и сестринство;
 6. Привремено невработено лице додека прима паричен надоместок од осигурување во случај на невработеност;
 7. Државјанин на РМ вработен во странство, ако за тоа време не е задолжително осигуран кај странски носител на осигурување според законот на земјата во која е вработен, или според меѓународна спогодба, а имал живаелиште на територијата на РМ непосредно пред засновањето на работниот однос во странство – за членовите на семејството кои живеат во РМ;
 8. Корисник на пензија и надоместок на плата според прописите на пензиското и инвалидското осигурување;
 9. Државјанин на РМ кој прима пензија или инвалиднина од странски носител на осигурување додека престојува на територијата на РМ;
 10. Лице - корисник на постојана парична помош, лице сместено во згрижувачко семејство и во установа за социјална заштита, корисник на паричен надоместок за помош и нега и парична помош на лице кое до 18 години возраст имало статус на дете без родители и родителска грижа, согласно со прописите од социјалната заштита, ако не може да се осигура по друга основа;
 11. Странец кој на територијата на РМ е во работен однос или служба на странски физички и правни лица, меѓународни организации и установи или странски дипломатски и конзуларни претставништва, ако со меѓународен договор поинаку не е определено; 12. Странец кој се наоѓа на школување или стручно усовршување во РМ, ако со меѓународен договор поинаку не е определено;
 13. Лице на издржување на казна затвор, лице кое се наоѓа во притвор (ако не е осигурено по друга основа) и малолетно лице кое се наоѓа на извршување на воспитна мерка упатување во воспитно-поправен дом, односно установа;
 14. Учесник во Народноослободителната војна (НОВ) и учесник во Народноослободителното движење во Егејскиот дел на Македонија, воен инвалид и членовите на семејствата на паднатите борци и умерените учесници во НОВ, како и цивилните инвалиди од Втората светска војна, лицата прогонувани и затворани за идеите на самобитноста на Македонија и нејзината државност, на кои тоа својство им е утврдено со посебни прописи и членовите на семејството и родителите на лицата

- граѓани на РМ, загинали во војните при распаѓот на СФРЈ; и
15. Државјанин на РМ кој не е задолжително осигуран по една од точките од 1 до 14 на овој член.

Граѓаните кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување според став 1 на овој член можат да пристапат кон задолжителното здравствено осигурување заради користење на право на здравствени услуги од член 9 на Законот за здравствено осигурување (ЗЗО).

1.2. ОСИГУРЕНИ ЛИЦА – ЧЛЕНОВИ НА СЕМЕЈСТВА

Преку осигуреникот како носител на осигурувањето, здравствено се осигурени и членовите на неговото семејство, ако не се осигурени по друг основ и тоа: брачниот другар и децата родени во брак или вон брак, посиноци, посвоени и децата земени на издржување.

Децата на осигуреникот се здравствено осигурени до навршување на 18-годишна возраст, односно до навршување на 26 години, ако се на редовно школување.

Исто така децата преку својот родител се осигурени кога се на вонредно школување, ако поради природата на болеста не можат да посетуваат редовна настава, или ако се или станат неспособни за самостоен живот.

1.3. ДОБРОВОЛНО ПРИСТАПУВАЊЕ ВО ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ СОГЛАСНО ЧЛЕН 5 СТАВ 2 ОД ЗЗО

Ако немате здравствено осигурување, здравствените услуги ги плаќате во целост.

Ако не сте опфатени со задолжително здравствено осигурување по ниту еден основ на осигурување, според член 5 став 1 од точка 1 до точка 15 од ЗЗО можете да се осигурате со тоа што придонесот за здравствено осигурување треба сами да го плаќате, согласно член 5 став 2 од истиот закон.

Граѓаните на РМ кои не се опфатени со задолжително здравствено осигурување според член 5 став 1 од точка 1 до точка 15 од ЗЗО, можат согласно член 5 став 2 од ЗЗО доброволно да пристапат во задолжително здравствено осигурување поради користење на правото на здравствени услуги на товар на Фондот.

ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

II. ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

Со задолжително здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедува право на основни здравствени услуги под услови утврдени со овој закон во случај на:

1. Болест и повреда надвор од работа; и
2. Повреда на работа и професионално заболување.

II.1. ОСНОВНИ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

а) Во примарната здравствена заштита:

1. Здравствени услуги заради утврдување, следење и проверување на здравствената состојба;
2. Преземање на стручно медицински мерки и постапки за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болестите и други нарушувања на здравјето;
3. Укажување на итна медицинска помош, вклучувајќи и превоз со санитетско возило кога е тоа неопходно;
4. Лекување во ординација, односно во домот на корисникот;
5. Здравствена заштита во врска со бременост и породување;
6. Спроведување на превентивни, терапевтски и рехабилитациони мерки;
7. Превенција, лекување и санирање на болестите на устата и забите; и
8. Лекови според листата на лекови што со општ акт ја утврдува ФЗОМ, на кој министерот за здравство дава согласност;

б) Во специјалистичко-консултативната здравствена заштита:

1. Испитување и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба;
2. Спроведување на специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки; и
3. Протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и забнотехнички средства според индикации утврдени со општ акт на ФЗОМ, на кој министерот за здравство дава согласност.

в) Во болничката (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита:

1. Испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување,

- рехабилитација, нега, сместување и исхрана во болнички услови;
2. Лекови според листата на лекови што со општ акт ја утврдува ФЗОМ на кој министерот за здравство дава согласност, како и помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитарските и друг материјал потребен за лекување; и
 3. Сместување и исхрана на придружник при неопходно придружување на дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена.

г) Обдукција на умрени по барање на здравствени установи.

Основните здравствени услуги, ФЗОМ ги обезбедува на осигурениците во здравствени установи со кои склучил договор. Ако осигуреникот користи основни здравствени услуги во здравствената установа со која ФЗОМ нема склучено договор, трошоците ги плаќа осигуреникот.

II.1.1. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА ВО ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

а). Здравствени услуги кај избраниот лекар

Здравствените услуги во примарната здравствена заштита може да ги користите кај вашиот избран лекар.

Осигуреното лице заради користење на здравствена заштита во примарната здравствена заштита врши избор на лекар во дејноста на: општа медицина, медицина на трудот, педијатрија, училишна медицина, гинекологија и општа стоматологија, без разлика на местото на живеење, односно на работа.

Постапка за избор на лекар

Изборот на лекар не е само право туку и должност на осигуреното лице затоа што правата од здравствено осигурување можат да се остварат само преку избраниот лекар. Како избран лекар се смета лекар вработен во здравствена установа која врши примарна здравствена заштита каде Фондот обезбедил вршење на такви услуги и кој осигуреното лице го избрало за свој лекар. Изборот на лекар се врши со пополнување на изјава за избор на лекар на образец ИЛ-1 (Пријава за избор - Промена на лекар) и истата ја обезбедува избраниот лекар.

Промена на избраниот лекар осигуреното лице по негово барање може да врши најмногу два пати во текот на една календарска година.

Секој избран лекар е должен да определи друг лекар од својата или од друга најблиска здравствена установа која врши иста дејност, кој ќе го заменува, односно кој ќе му ги пружа здравствените услуги на осигуреното лице во случај на негова отсутност.

б). Итна медицинска помош

Како итна медицинска помош се смета пружање на дијагностички и терапевтски постапки кои се неопходни за отстранување на непосредна опасност по животот и здравјето на осигуреното лице.

Осигуреното лице остварува итна медицинска помош без упат од избраниот

лекар, кај најблиската здравствена установа која врши примарна здравствена заштита, односно во здравствена установа која има организирана служба за итна медицинска помош, според местото на живеење, односно според местото каде осигуреното лице се затекнало во времето на потребата од итна медицинска помош.

Итна медицинска помош се обезбедува и кога осигуреното лице не е во можност да го докаже својството на осигурено лице.

Својството на осигурено лице се докажува по престанувањето на итноста.

Во случај на потреба, по пружената итна медицинска помош, лекарот кој пружил итна медицинска помош е должен да повика превоз на осигуреното лице до болничката здравствена установа, водејќи сметка за видот на превозот зависно од здравствената состојба на осигуреното лице.

Здравствените установи кои пружаат примарна здравствена заштита на одредено подрачје се должни да обезбедат услови за превоз на болни во итни случаи.

Во случај на неоправдан повик за укажување на итна медицинска помош, осигуреното лице ги сноси трошоците на прегледот и превозот.

в). Право на превоз со санитарско возило

Осигуреното лице може да користи санитарско возило и кога не се работи за итен случај ако се работи за повреда поради неподвижност или ограничена подвижност, при што не може да се користи превоз со јавниот сообраќај.

Потребата за превоз со санитарско возило ја утврдува избраниот лекар или надлежен лекар од соодветна болничка здравствена установа.

г). Право на патронажна посета

Осигуреното лице има право на здравствена нега од страна на поливалентна патронажна сестра и тоа преку:

- патронажни посети на жени во репродуктивниот период;
- патронажни посети на бремени жени и леунки;
- патронажни посети на новородени, доенчиња и предучилишни деца.

д). Користење на лекови

Осигуреното лице може да оствари право на лекови само од лековите кои се наведени во Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ (Позитивна листа на лекови). Лековите кои не се на Позитивната листа се плаќаат во целост од страна на осигурените лица.

Осигуреното лице правото на лек го остварува врз основа на рецепт за пропишан лек, кој избраниот лекар или неговата замена е должен да го изготви, пополни и да го завери со факсимил и потпис на лекарот и со печат на здравствената установа.

Правото на надомест на трошоците за купени лекови од Листата на лекови кои се издаваат на рецепт во примарната здравствена заштита се остварува со поднесување на барање во форма на дадениот во прилог образец, комплетирано со следните прилози:

За лекови во примарната здравствена заштита:

- Рецепт за пропишан лек од избран лекар;
- Потврда од здравствената установа со датум на аплицирање, ако се работи за лек во ампуларна форма;
- Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки;
- Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;
- Копија од трансакциска сметка на барателот
- **За лекови од болничката листа:**
- Специјалистички извештај, или отпусно писмо со назначена терапија од здравствена установа со која Фондот има склучен договор;
- Потврда од соодветна здравствена установа со која Фондот има склучен договор за апликација на лекот, ако се работи за лек во ампуларна форма;
- Конзилијарно мислење, доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови;
- Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;
- Копија од трансакциска сметка.

БАРАЊЕ**за надомест (рефундација на средства) за лекови**

Од осигуреникот _____
 (за член на семејство _____)
 од населено место _____ Ул. _____
 бр. _____ телефон _____

Број на здравствена легитимација																						
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																						
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)																						
Вработен во/осигурен преку																						
Број на трансакциска сметка																						

Барам Фондот за здравствено осигурување – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести средствата потрошени за купени лекови од Листата на лекови.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

A.	За лекови на рецепт во примарната здравствена заштита	B.	За лекови од болничката листа
1.	Рецепт за пропишан лек од избран лекар;	1.	Специјалистички извештај или отпусно писмо со назначена терапија, од здравствена установа со која ФЗОМ има склучен договор;
2.	Потврда од здравствената установа со датум на аплицирање ако се работи за лек во ампуларна форма;	2.	Конзилијарно мислење (препорака од клинички конзилиум), доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови;
3.	Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки; ¹	3.	Потврда од здравствена установа, со која ФЗОМ има склучен договор, за апликација на лекот ако се работи за лек во ампуларна форма;
4.	Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;	4.	Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;

5.	Копија од потписен картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.	5.	Копија од потписен картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.
----	--	----	--

¹ по исклучок во оние населени места каде има помалку од три различни аптеки, бројот на потврдите може да биде помал од три.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:

II.1.2. Остварување на права од Специјалистичко - консултативна здравствена заштита

Специјалистичко-консултативна здравствена заштита опфаќа специјалистички прегледи, дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки според медицински индикации.

Ако избраниот лекар не е во можност да пружи соодветна здравствена заштита или ако за утврдување на здравствената состојба му се потребни дополнителни стручни мислења или дијагностички испитувања, осигуреното лице може да го упати во здравствена установа која врши соодветна специјалистичка дејност.

Специјалистичките здравствени услуги осигуреното лице ги остварува врз основа на упат од избраниот лекар до специјалистот. Избраниот лекар кон упатот за користење на специјалистички здравствени услуги должен е да ги приложи и медицинска документација.

Упатот до специјалистот важи 30 дена од денот на издавањето, во кој рок треба да се активира, но најмногу до 3 месеци доколку не е завршена дијагностичката постапка. По исклучок во случаите кога осигурените лица се упатени на здравствени услуги во врска со дијализа и вежби на видот, слухот и говорот надвор од местото на живеење упатот важи 12 месеци.

II.1.3. Остварување на права од Болничката здравствена заштита

Ако поради природата на заболувањето или повредата не е можно со успешен резултат да се спроведе амбулантно или домашно лекување на осигуреното лице во рамките на примарната здравствена заштита, осигуреното лице се упатува на болничко лекување во најблиската здравствена установа која врши здравствени услуги од соодветната дејност.

Болничкото лекување трае ограничено, при што во најкусо можно време треба да се извршат болничките здравствени услуги.

Болничкото лекување престанува кога ќе се постигне состојба за продолжување на лекувањето во домашни услови или амбулантски услови или ако е потребно тоа да продолжи како медицинска рехабилитација во специјализирани здравствени установи.

Болничкото лекување се остварува врз основа на упат од лекар специјалист од соодветна специјалност додека со упат од избраниот лекар само во следните случаи¹:

- дијагностицирани хронични заболувања;
- по проценка на избраниот лекар за итноста за здравствената состојба на осигуреното лице;
- кога упатувањето го врши педијатар за децата и гинеколог за женската популација.

а). Стандардни болнички услови

Под стандардни болнички услови се подразбира сместување на болно лице

¹ Во примена од 01.01.2012 година.

30 во болничка соба со два или повеќе болнички кревети. Ако се работи за опасност од пренесување на заразна болест, може да се изврши сместување на осигурено лице и во еднокреветна соба поради изолација од останатите болни.

б). Листа на чекање²

Здравствените услуги од специјалистичко-консулативната и болничка здравствена заштита осигурените лица ги остваруваат според временскиот редослед, кој е утврден во Листата на чекање донесена од здравствената установа.

Листата на чекање се составува врз основа на упат од избран лекар, специјалист односно субспецијалист, според редослед на пријавените осигурени лица и тоа за секој работен ден во месецот.

Листата на чекање не се однесува за итните случаи кај кои е неопходно отстранување на непосредната опасност по животот и здравјето на осигуреното лице.

Листата на чекање е транспарентна и секое осигурано лице со упат од избран лекар односно специјалност има право на увид.

в). Право на придружник

Придружник на хоспитализирано дете до тригодишна возраст има право на сместување и исхрана во болницата најмногу до 30 дена.

г). Болнички здравствени услуги во итен случај

Ако се работи за итен случај, осигуреното лице може да биде примено и без упат, како и во случај ако е упатен од лекар кој пружил итна медицинска помош. Болничката установа е должна веднаш да го прими на лекување осигуреното лице и без здравствена легитимација и потврда за платен придонес.

Упатот од избраниот лекар, здравствената легитимација и потврдата ќе се достават дополнително, по отстранување на непосредната опасност по животот и здравјето на осигуреното лице.

д). Породување во породилиште на здравствен дом

Во населените места каде што нема болничка здравствена установа со акушерско одделение, породувањето се врши од редот на избраните лекари - гинеколози во породилиштето на здравствениот дом.

Дежурството во породилиштето го организира здравствениот дом.

Доколку избраниот лекар гинеколог врши породување во породилиште, извршените здравствените услуги се сметаат како посебни услуги.

ѓ). Отпусно писмо

По завршеното болничко лекување, болничката здравствена установа на осигуреното лице му издава отпусно писмо и совет.

На осигуреното лице при напуштањето на болничката установа здравствената

установа му дава да потпише фактура за извршените здравствени услуги, која се доставува до ФЗОМ.

Здравствената установа е должна да му издаде на осигуреното лице и копија од фактурата.

Правото на надомест на трошоците за купени материјали кои се вградуваат во болничка здравствена заштита се остварува со поднесување на барање во форма на дадениот во прилог образец, комплетирано со следните прилози:

- отпусно писмо (копија) од здравствена установа со која Фондот има склучен договор за конкретна здравствена услуга;
- фискална сметка или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање на набавениот материјал сметкопотврда (фактура) за набавениот материјал со фискална сметка во оригинал.

БАРАЊЕ**за надомест (рефундација на средства) за вградени стандардни материјали или санитарски потрошен материјали**

Од осигуреникот _____
 (за член на семејство _____)
 од населено место _____ Ул. _____
 бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација																				
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																				
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)																				
Вработен во/осигурен преку																				
Број на трансакциска сметка																				

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести трошоците направени за купени материјали за болничко лекување.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗОМ има договор за конкретната (извршената) здравствена услуга;
2. Фискална сметка или фактура (во оригинал), со доказ за плаќање за набавениот материјал; и
3. Копија од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____

е). Право на вештачко оплодување

Осигуреното лице (жена) има право на вештачко оплодување.

Ова право осигуреното лице може да го користи најмногу до третиот обид.

ж). Право на медицинска рехабилитација

Осигуреното лице може да оствари право на специјализирана медицинска рехабилитација, како продолжено болничко лекување, кога по болничкото лекување и понатаму постојат функционални пречки за чие отстранување е неопходно да се продолжи со лекувањето и рехабилитација во специјални болници за специјализирана медицинска рехабилитација и тоа во следните случаи:

1. По завршување на болничко лекување на акутно заболување, состојба и повреда;
2. По завршување на болничко лекување на влошено хронично заболување.

Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се остварува врз основа на барање од осигуреното лице кое се поднесува:

- во рок од 1 месец по завршеното болничко лекување;
- во рок од 1 месец по неопходен контролен преглед; или
- во рок од 3 месеци по прележан инфаркт на срцето, хируршка интервенција на срцето и сите хируршки зафати на градниот кош со респираторна патологија.

Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се остварува со **Решение од Фондот**, врз основа на **отпусно писмо** за завршено болничко лекување, **конзилијарно мислење** од соодветната болничка установа во која се наоѓал на болничко лекување и врз основа на **наод, оценка и мислење на лекарска комисија на Фондот**.

Специјализирана медицинска рехабилитација може да трае најмногу **21 ден**. Осигуреното лице може да оствари право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување за утврдено заболување **само еднаш во текот на една година**, сметано од денот на утврдувањето на правото.

Медицинска рехабилитација треба да започне најдоцна 2 месеци од добивањето на решението.

Специјализирана медицинска рехабилитација во случај на церебрална парализа за децата до 14 годишна возраст се остварува со решение од Фондот, врз основа на отпусно писмо за завршено болничко лекување односно специјалистички извештај, конзилијарно мислење од соодветната болничка установа во која се наоѓале на болничко односно амбулантско лекување и врз основа на наод, оценка и мислење на лекарска комисија на Фондот.

Специјализирана медицинска рехабилитација во случај на церебрална парализа за децата до тригодишна возраст, рехабилитацијата може да трае до 30 дена и тоа до четири пати во текот на годината, а за деца од 4 до 14 годишна може да трае до 30 дена двапати во текот на годината, кога за време на рехабилитацијата е потребна обука на член на семејството.

БАРАЊЕ
за право на спец. Мед. Рехабилитација

Од осигуреникот _____
(за член на семејство _____)
од населено место _____ Ул. _____
_____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација																		
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																		
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)																		
Вработен во/осигурен преку																		

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на користење на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во здравствената установа _____.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Отпусно писмо за завршено болничко лекување од здравствената установа, со која ФЗОМ има склучен договор, каде е извршено болничкото лекување, односно специјалистички извештај од соодветната болничка установа во која се наоѓале на болничко, односно амбулантско лекување, ако се работи за церебрална парализа кај деца до 14 годишна возраст;
2. Конзилијарно мислење од соодветна болничка здравствена установа во која се лекувало осигуреното лице;
3. Наод, оценка и мислење од Лекарската комисија¹⁾.

1) за осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должност го обезбедува документот.

Напомена: Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се остварува во рок од 1 месец по завршеното болничко лекување, односно во рок од 1 месец по неопходен контролен преглед, односно во рок од 3 месеци по прележан инфаркт на срцето, хируршка интервенција на срцето и сите хируршки зафати на градниот кош со респираторна патологија.

Медицинската рехабилитација треба да започне најдоцна 2 месеци од добивањето на решението на ФЗОМ.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:

з). Право на ортопедски помагала

Осигуреното лице остварува право на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и забнотехнички средства на начин утврден со посебен Правилник на ФЗОМ, во кој поблиску се уредуваат видовите и индикациите за помагалата и средствата, стандардите за материјалите од кои тие се изработуваат, роковите на траењето, како и условите за изработка односно набавка на нови помагала пред истекот на утврдените рокови. Потребата за протези, ортопедски и други помагала ја утврдува лекар специјалист од соодветната специјалност. Потврдата за потребата од ортопедско или друго помагало се заверува во подрачната служба на ФЗОМ.

с). Право на здравствени услуги во странство

Осигуреното лице има право на лекување во странство:

- 1) Кога се исцрпени можностите за лекување во здравствените установи во Републиката (според содржината на конзилијарното мислење), за право на болничко лекување во странство;
- 2) Кога е упатен на привремена работа во странство и кога привремено престојува во странство; и
- 3) Итна медицинска помош во странство.

Во согласност со член 30 од Законот за здравственото осигурување, начинот и постапката за остварување на ова право се утврдено со посебен правилник.

1) Право на болничко лекување во странство, кога се исцрпени можностите за лекување во здравствените установи во РМ

Ова право се остварува со поднесување на барање во форма на дадениот во прилог образец до ФЗОМ преку Подрачната служба на ФЗОМ, комплетирано со:

- предлог за упатување на лекување во странство од соодветна клиника во Скопје;
- профактури од странски здравствени установи; и
- медицинска и друга документација.

БАРАЊЕ
за болничко лекување во странство

Од осигуреникот _____
_____ (за член на семејство _____)
од населено место _____ ул. _____
_____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација																				
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																				
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)																				
Вработен во/осигурен преку																				
Број на трансакциска сметка																				

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ме упати на болничко лекување во _____.

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

Кон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи):

1. Предлог за упатување на лекување во странство од соодветна универзитетска клиника во Скопје;
1. Медицинска документација за текот на лекувањето;
2. Профактури од странски здравствени установи;¹⁾
3. Решение од Министерството за труд и социјална политика - центар за социјални работи (доколку осигуреното лица има својство на дете со посебни потреби)²⁾

¹⁾ Профактури од странски здравствени установи се приложуваат во случај на упатување на лекување во земја со која РМ нема склучено (преземено) Договор за социјално осигурување и во случај на упатување на лекување во земја со која РМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување, но не е регулирана можноста за упатување на лекување или странската здравствената установа нема склучено договор со здравствена каса .

38 ²⁾ Доколку осигуреникот не го приложи решението, ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат на товар на осигуреникот.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:

2) Право на здравствени услуги во странство кога осигуреното лице е упатено на привремена работа во странство и кога привремено престојува во странство

Правото на користење на здравствени услуги во странство во случај на стручно усовршување, школување, службено или приватно патување (туристички, посета) се остварува на основа на двојазичен образец, потврда, што ја издава Подрачната служба на ФЗОМ каде што е поднесена пријавата за задолжително здравствено осигурување.

Осигурените лица кои привремено престојуваат (приватно или службено, студиски престој, школување и стручно усовршување, престој во врска со меѓународно - техничка, научна и културна соработка и сл.), во земји со кои РМ има склучено меѓународен договор за социјално осигурување, можат да користат бесплатна итна медицинска помош, врз основа на потврда што ја издава подрачната служба на ФЗОМ каде што е поднесена пријавата за задолжително здравствено осигурување.

Постапката за издавање на потврдата се поднесува по барање на осигуреното лице со обезбедување на следните документи:

- Потврда за здравствената состојба, издадена од избраниот лекар;
 - Наод, оценка и мислење на лекарската комисија на Фондот.
- Потврдата **не се издава** на осигурени лица за кои е утврдено дека боледуваат од акутни болести или акутни влошувања кај хронични болести.

Земја	Обрасци, потврди
Австрија	МК/А 3
Белгија	В.У.-11
Босна и Херцеговина	РМ/БиХ 3
Бугарија	РМ/РБ 114
Германија	Д/РМ 111
Италија	Ит-7
Луксембург	РМ/Л 101 и РМ/Л 128
Романија	Р/Уи-11
Словенија	РМ/СИ 3
Србија	РМ/СРЈ 111
Турција	РМ/ТР 4
Унгарија	Ј-М-3-1
Франција	SE-21-04 А
Холандија	РМ/НЛ 111
Хрватска	РМ/ХР 3
Црна Гора	РМ/СРЈ 111
Чешка	РМ/ЦЗ 111

3) Итна медицинска помош во странство

Осигурени лица кои привремено престојуваат во странство (било во земји со кои државата има склучено договор за социјално осигурување, но не ја спровеле постапката од гореспомената точка 2 или биле во земји со кои државата нема таков договор), а се нашле во случај да користат итна медицинска помош неопходна за отстранување на непосредна опасност по животот и здравјето, веднаш по завршување на итноста се должни да се вратат во земјата и да го продолжат лекувањето.

Правото на надоместок на вака платените здравствени услуги се остваруваат со користење на образец на барање Бр-3, за лекување во странство (итен случај).

БАРАЊЕ

за надомест на средства за искористени здравствени услуги во странство - итен случај

Од осигуреникот _____
 (за член на семејство _____)
 од населено место _____ ул. _____
 _____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација					-																					
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																										
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)																										
Вработен во/осигурен преку																										
Број на трансакциска сметка																										

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести направените трошоци за извршени здравствени услуги за време на престојот во _____
 (се наведува здравствената установа, градот и државата)
 во периодот од _____ до _____ година.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Медицинска документација за извршените здравствени услуги во странство преведена од овластен преведувач;
2. Сметки/фактури со доказ за плаќање за платените здравствени услуги преведени од овластен преведувач;
3. Копија од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:

II.2. ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ КОИ НЕ СЕ ОПФАТЕНИ СО ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Со задолжителното здравствено осигурување не се опфатени здравствените услуги:

1. Естетски операции кои не се медицински индицирани;
2. Користење на повисок стандард на здравствени услуги во болничката здравствена заштита над утврдените стандарди;
3. Бањско- климатско лекување;
4. Медицинска рехабилитација на дегенеративни заболувања според општ акт утврден од министерот за здравство, освен за деца до 18-годишна возраст;
5. Лекови кои не се опфатени со листите на лекови од член 9 на ЗЗО;
6. Протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и забнотехнички средства кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување или се изработени од надстандарден материјал;
7. Општа нега, сместување и исхрана во геронтолошка установа;
8. Специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги, без упат од избраниот лекар;
9. Прекинување на бременост, ако не е медицински индицирано;
10. Лекување како последица на непридржување на упатствата од лекарот; 10-а Вештачко оплодување по трет неуспешен обид за оплодување;
11. Издавање на сите видови лекарски уверенија;
12. Набавка на нови протетски и ортопедски справи и други помагала пред утврдениот рок;
13. Отрезнување и лекување од акутна алкохолизирана состојба, како и за намерни труења, кои не се предизвикани од душевни растројства;
14. Лекување во странство, ако е во прашање заболување кое не може да се лекува во земјата и ако лекувањето е извршено без одобрение од Фондот, за дел од трошоците кои се повисоки од трошоците на соодветните услуги од основните здравствени услуги во земјата;
15. Лекување кое е последица на кривично дело или прекршок што го сторил самиот осигуреник;
16. Прегледи, испитувања и упатувања до надлежниот орган за оценување на работната способност, според прописите за пензиското и инвалидското осигурување и според прописите за социјалната и детска заштита, кога тие се вршат по барање на осигуреникот, работодавецот или друг орган;
17. Незадолжително вакцинирање;
18. Лекување, односно рехабилитација од болести на зависност над 30 дена;
19. Прегледи на умрени и обдукција по барање на надлежни органи или граѓани;
20. Здравствени прегледи на вработените кои се упатуваат на работа во странство од страна на работодавците, како и прегледите и

превентивните мерки на здравствена заштита за патување во странство;

21. Лекување од последици на третман од надрилекари или употреба на надрилекарства; и
22. Други здравствени услуги кои според овој закон не паѓаат на товар на средствата на Фондот.

ПРАВА НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ

III. ПРАВА НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ

Во рамките на задолжителното здравствено осигурување се обезбедува право на парични надоместоци, и тоа:

1. Право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство; и
2. Право на надоместок на патни трошоци.

III.1. НАДОМЕСТОК НА ПЛАТА

Осигуреното лице има право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда, како и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство, под услов ако се работи за осигурено лице кое има засновано постојан работен однос - лице во работен однос (осигурени лица од член 5 став 1 точките 1, 2 и 3 од ЗЗО).

III.2. НАДОМЕСТОК НА ПАТНИТЕ ТРОШОЦИ

Осигуреното лице може да оствари право на патни трошоци во следните случаи:

-ако е упатено да користи здравствени услуги во врска со хемодијализа или вежби за рехабилитација на видот, слухот и говорот надвор од местото на живеење.

Правото на надомест на патните трошоци на товар на средствата на Фондот се остварува во висина на цената на средствата на јавниот патнички односно железнички превоз, врз основа на поднесено барање на образец Бр.4, со доставување на следните прилози:

- Потврда за бројот на извршени здравствени услуги во претходниот период издадена од здравствена установа која има склучено договор со Фондот каде се извршени здравствените услуги,
- Потврда од здравствената установа каде е извршена хемодијализата дека нема организиран превоз.

БАРАЊЕ**за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци**

Од осигуреникот _____
 (за член на семејство _____)
 од населено место _____ ул. _____
 _____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација						-															
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																					
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)																					
Вработен во/осигурен преку																					
Број на трансакциска сметка																					

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на надомест на патни трошоци за користење на здравствени услуги за хемодијализа, односно вежби за видот, слухот или говорот кои се извршени во здравствената установа _____, во _____, надвор од местото на живеење во периодот од _____ до _____ година .

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

1. Потврда за бројот на извршени здравствени услуги во претходниот период издадена од здравствената установа, која има склучен договор со ФЗОМ, каде се извршени здравствените услуги;
2. Потврда од здравствената установа каде е извршена хемодијализата дека нема организиран превоз;
3. Копија од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:

**ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА
ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ,
СОГЛАСНО ЗАКОНОТ
ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ**

IV. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ, СОГЛАСНО ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

IV.1. УТВРДУВАЊЕ НА СВОЈСТВО НА ОСИГУРЕНИК

Својство на осигуреник се стекнува со поднесување на образец за задолжително здравствено осигурување уредување **30-1 Пријава - Одјава за задолжително здравствено осигурување**.

IV.1.1. Утврдување на својство на осигуреник за лицата опфатени со задолжителното здравствено осигурување

Подносителот на пријавата **30-1** е должен кон неа да приложи и соодветни докази со кои се докажува законскиот основ за осигурување (за заснован работен однос, вршење на дејност, корисник на пензија, корисник на постојана социјална заштита или друг основ на осигурување).

Потребни документи за лица кои засноваат работен однос :

- М1 образец;
- 30 - 1 образец.

За членовите на семејство на осигуреник:

- 30-1 пријава за задолжително здравствено осигурување;
- Извод од матична книга на родени за деца;
- Извод од матична книга на венчани за сопруг-а;
- Решение од Центар за социјални работи за посвоени деца и деца земени на издржување; и
- Потврда за редовно школување за запишана нова учебна година за деца од 18 до 26 години;

За деца кои се или ќе станат неспособни за самостоен живот и работа, кон пријавата се поднесува **Решение од надлежен орган дека детето е неспособно за самостоен живот и работа**, според прописите за пензиско и инвалидско осигурување, односно за социјална заштита.

54 Потребни документи за евидентирање на лице корисник на постојана парична помош:

- 30 - 1 пријава заверена од Центарот за социјална работа;
- Решение од Центарот за социјална работа дека лицето е корисник на постојана парична помош.

Потребни документи за евидентирање на лице кое се занимава со земјоделство:

- 30 - 1 пријава за задолжително здравствено осигурување;
- Извод од матичната книга на родени односно венчани;
- Имотен лист, поседовен лист, договор за закуп;
- Лична карта - копија;
- Здравствена легитимација (со слика).

IV.1.2. Утврдување на својство на осигуреник на невработени лица на кои им се променува основот на осигурување според член 5 став 1 точка 15 од ЗЗО за кои обврзник за плаќање на придонесот е Министерството за здравство

Граѓанин кој не е дефиниран како обврзник за плаќање на придонес, може да ги оствари правата од здравствено осигурување доколку во претходната календарска година остварил приход кој не е поголем од 132.000,00 денари. Исто така, граѓанин кој не е дефиниран како обврзник за плаќање на придонес, може да ги оствари правата од здравствено осигурување и во случај ако во претходната календарска година остварил приход од 132.000,00 до 264.000,00 денари, но во изминатите два месеци остварил вкупен приход помал од 22.000,00 денари.

Во овие износи спаѓаат приходите на сите членови на потесното семејство, согласно ЗЗО и истите износи се усогласуваат на годишно ниво со порастот на платите од претходната година.

Децата на осигуреникот се здравствено осигурени преку осигуреникот до навршување на 18 годишна возраст, односно до 26 години доколку се на редовно школување.

Децата со навршени 18 односно 26 години кои не се на редовно школување се издвојуваат како посебни носители на здравственото осигурување и во Изјавата за остварени приходи не влегуваат приходите на нивните родители, без разлика на тоа што живеат заедно.

Правото на здравствено осигурување овие лица го остваруваат со поднесување на Изјава за остварен приход на пропишан образец.

**ИЗЈАВА
за остварени приходи**

Јас _____, со адреса на

_____ (име и презиме)

улица, број, _____, роден

во _____ со

_____ (место на живеење)

_____ (место на раѓање)

ЕМБР □□□□□□□□□□□□□□, под целосна кривична и материјална одговорност изјавувам дека:

1. Во _____ година НЕ СУМ остварил приход поголем од _____ денари.
2. Во _____ година СУМ остварил приход поголем од _____ денари, но помал од _____ денари, а во изминатите два месеци сум остварил вкупен приход помал од _____ денари.

Познато ми е дека давањето на невестинити податоци се санкционира во согласност со закон и се обврзувам за секоја промена во приходите која може да доведе до промена на основот на осигурување да ја известам подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување.

Доколку надлежен орган утврди дека податоците кои сум ги дал се нецелосни или невестинити согласен сум против мене да се поведе судски спор пред надлежен суд и да ја надоместам причинетата штета.

Место _____

Дата _____ 20__ година

Изјавил:

_____ (своерачен потпис)

**ИЗЈАВА
за остварени приходи**

Јас _____, со адреса на

_____ (име и презиме)

улица, број, _____,

роден во _____ со

_____ (место на живеење)

_____ (место на раѓање)

ЕМБР

□□□□□□□□□□□□

1. Во _____ година НЕ СУМ остварил приход поголем од _____ денари.

Познато ми е дека давањето на невистинити податоци се санкционира во согласност со закон и се обврзувам за секоја промена во приходите која може да доведе до промена на основот на осигурување да ја известам подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување.

Доколку надлежен орган утврди дека податоците кои сум ги дал се нецелосни или невистинити согласен сум против мене да се поведе судски спор пред надлежен суд и да ја надоместам причинетата штета.

Место _____

Дата _____ 20__ година

Изјавил:

(своерачен потпис)

Во изјавата за остварени приходи не влегуваат приходите остварени по основ на:

- 1) Награди што ги доделуваат меѓународните организации, награди за животни достигнувања во науката, културата и спортот, стипендии и кредити на ученици и студенти што ги доделуваат органите на државната управа и фондации во согласност со закон, награди на ученици и студенти за време на задолжителна практична работа и обука, награди на ученици и студенти освоени на натпревари во рамките на образовниот систем, награди на спортисти за постигнати резултати на официјални меѓународни натпревари и стипендии за спортисти;
- 2) Надоместок на лицата волонтери согласно со Законот за волонтерство;
- 3) Детски додаток, посебен додаток за дете, еднакратна парична помош за новороденче и родителски додаток;
- 4) Надоместок во случај на смрт;
- 5) Помош за претрпени штети од елементарни непогоди;
- 6) Права на парична помош од социјална заштита утврдени согласно со Законот за социјална заштита;
- 7) Надоместок за телесно оштетување;
- 8) Надоместок на штета по основа на осигурување на живот и имотни осигурувања;
- 9) Алиментации и надоместоци на штета по судска одлука и надоместок на штета како последица на несреќа при работа;
- 10) Надоместоци по основ на невработеност, обука, преквалификација, доквалификација и практиканство на невработени лица.

IV.1.3. Утврдување на својство на осигуреник за лица кои доброволно пристапуваат во задолжително здравствено осигурување

а) Осигурени лица кои доброволно пристапуваат во задолжително здравствено осигурување со плаќање на придонес на основица 50% од просечната плата во РМ, објавена во месец јануари во тековната година. Поради користење на правата на здравствени услуги дефинирани во законот кој го уредува системот на здравствено осигурување, граѓаните кои немаат основ на осигурување, а **остваруваат приход на годишно ниво поголем од 132.000,00 денари, а помал од 182.000,00 денари**, доброволно можат да пристапат во задолжително здравствено осигурување врз основа на поднесена Изјава за остварени приходи.

б) Осигурени лица кои доброволно пристапуваат во задолжително здравствено осигурување со плаќање на придонес на основица - просечната плата во РМ, објавена во месец јануари во тековната година. За граѓаните кои во претходната календарска година **оствариле приход над 182.000,00 денари, основицата на која се пресметува и уплатува придонесот за задолжително здравствено осигурување е просечната**

58 **плата** во РМ., објавена во месец јануари во тековната година. Со поднесување на споменатите изјави за остварени приходи, осигурениците се кривично и материјално одговорни, и за дадени лажни податоци ќе одговараат пред надлежните судски органи на РМ.

IV.2. ДОКАЖУВАЊЕ НА СВОЈСТВОТО НА ОСИГУРЕНИК

Својството на осигурено лице се докажува со здравствената легитимација и потврда за платен придонес (син картон) односно чек од пензија за пензионерите, односно со електронска картичка за здравствено осигурување. Потврдата за платен придонес ја издава Подрачната служба на ФЗОМ, според местото на живеење односно местото на осигурување, под услов придонесот редовно да се уплатува или со задоцнување од најмногу 60 дена, сметано од истекот на последниот ден од месецот за кој се плаќа придонесот.

IV.3. ПАРТИЦИПАЦИЈА ИЛИ ЛИЧНО УЧЕСТВО НА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА ВО ЦЕНАТА НА ЗДРАВСТВЕНАТА УСЛУГА

Согласно Законот за здравствено осигурување, осигурените лица учествуваат со лични средства во цената на здравствената услуга.

а). Плаќање на учество

- 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 лековите;
- За здравствените услуги за кои е одобрено лекување во странство, осигуреното лице учествуваат со 20% од вкупните трошоци;
- Осигурените лица учествуваат до 50% од утврдената цена на протезите, ортопедските и други помагала и санитарски средства изработени од стандарден материјал.

б). Ослободување од учество

Од учество согласно член 34 од Законот за здравствено осигурување се ослободуваат:

- Осигурените лица за лекарски преглед кај избраниот лекар и итната медицинска на повик;
- Децата со посебни потреби според прописите за социјална заштита;
- Корисници на постојана парична помош, лицата сметени во установи за социјална заштита и во друго семејство според прописите за социјална заштита, освен за лековите од листата на лекови и за лекување во странство;
- Осигурените лица кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита освен за лековите и лекување во странство, во износ повисок од 70% од просечната остварена плата во РМ во претходната година. Просечната исплатена нето плата за 2010 година изнесува 20.553,00 денари, според тоа осигурените лица кои оствариле месечен приход во

семејството од:

- 70% 20.553,00 денари, треба да платат 14.387,00 денари;
- 40% 20.553,00 денари, треба да платат 8.221,00 денари;
- 20% 20.553,00 денари, треба да платат 4.111,00 денари; за да добијат ослободување.

Ослободувањето од плаќање на партиципација според овој основ се добива со решение на подрачната служба на Фондот со важење до крајот на календарската година или до 31 декември во тековната година. Правото на ослободување од учество во трошоци на здравствени услуги во специјалистичко - консултативна и болничката здравствена заштита се остварува со поднесување на барање на образецот даден во прилог, комплетирано со следните прилози:

- Потврда за платен износ на партиципација во здравствената установа;
- Отпусно писмо за болничко лекување;
- Спецификација (пресметка за извршени здравствени услуги од здравствената установа);
- Доказ за вкупните примања на осигуреникот и членовите на неговото семејство (примања од плати, пензии, вршење на дејност и сл.);
- Извод од матична книга на родени за деца од 1-5 години (копија);
- Лична карта на увид за осигурени лица постари од 65 години;
- Здравствена легитимација на увид.

ВЛАДИНИ ПРОГРАМИ

V. ВЛАДИНИ ПРОГРАМИ

Законот за здравствено осигурување не предвидува ослободување од учество во цената на здравствената услуга (партиципација) според видот на заболувањата. Ослободување од партиципацијата за здравствените услуги од специјалитичко-консултативна и болничка здравствена заштита и лековите во врска со определени заболувања утврдени со посебни програми, освен за лекови од позитивната листа на лекови од примарна здравствена заштита и за лекувањето во странство, се обезбедуваат преку програмите со учество на Владата на РМ.

ФЗОМ, врз основа на начелата на ефикасно, ефективно и економично користење на средствата ги покрива трошоците за дел од мерките и активностите за спроведување на превентивните и други програми за лекување на одредени болести во случаите на лекување на осигурените лица. Согласно определените цели и глобални правци на развојот на здравствената заштита, Законот за здравствена заштита („Сл.весник на РМ“ бр.38/1991, 73/1992, 46/1993, 55/1995, 21/1998, 25/2000, 10/2004, 47/2004, 84/2005, 111/2005, 65/2006, 5/2007, 77/2008, 67/2009, 88/2010, 44/2011, 53/2011), на сите граѓани на РМ им обезбедува, по вид и обем, остварување со законот загарантирана здравствена заштита, со определување на посебни видови на превентивни и други куративни програми за лекување на одделни потешки заболувања.

Согласно приоритетите, утврдените потреби и интереси на општеството во здравствената заштита и здравственото осигурување, Владата на РМ согласно финансиски средства потребни за нивната реализација, секоја година донесува вакви програми кои се објавуваат во почетокот на годината и се наоѓаат во Службениот весник на РМ.

Во 2011 година во сила се следните програми:

- за превентивна здравствена заштита,
- за заштита на населението од СИДА,
- за превентивни мерки за спречување на туберкулозата кај населението,
- за задолжителна имунизација на населението,

- за рано откривање на малигни болести
- (*грлото на матката, на дојката, на колоректален карцином*),
- за здравје за сите,
- за испитување на појавата, спречувањето и сузбивањето на бруцелозата кај луѓето,
- за активна здравствена заштита на мајките и децата за 2011 година,
- за здравствена заштита на лицата со болести на зависност,
- за здравствена заштита на лицата со душевни растројства,
- за обезбедување на инсулин,
- за обезбедување на трошоци за болни кои се третираат со дијализа, согласно спогодбата и други мерки и активности за пациенти со хемофилија,
- за целосно здравствено осигурување,
- за систематски прегледи на учениците и студентите,
- за организирање и унапредување на крводарителството,
- за лекување ретки болести,
- за партиципација при користење на здравствена заштита при одделни заразни заболувања на граѓаните и здравствена заштита на родилките и доенчињата.

Според природата на секоја одделна програма, здравствените установи ги спроведуваат и доставуваат барања за реализирање на средства од извршените здравствени услуги до Министерството за здравство, како надлежен орган за надзор над спроведувањето на целите и активностите од програмите.

Во таа смисла, секој граѓанин на кој ќе му се укаже потреба е во можност да користи вакви здравствени услуги, во постапка која е во грижа и надлежност на здравствената установа која согласно природата на одделната програма и го спроведува. За сите неправилности во постапките за добивање на овие посебни видови на здравствена заштита граѓаните може да се обратат до Државниот санитарен и здравствен инспекторат при Министерството за здравство или неговите подрачни одделенија, како и до Секторот за контрола при подрачните служби на ФЗОМ, доколку работи за осигуреник или осигурено лице на Фондот.

**ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА
ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ,
СОГЛАСНО ЗАКОНОТ ЗА ОПШТА
УПРАВНА ПОСТАПКА**

VI. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ, СОГЛАСНО ЗАКОНОТ ЗА ОПШТА УПРАВНА ПОСТАПКА

- БАРАЊЕ

Правата од задолжителното здравствено осигурување утврдени со овој правилник осигурените лица ги остваруваат во управна постапка врз основа на уредно поднесено барање на пропишан образец, комплетирано со потребната документација.

Барањето се поднесува на два идентични обрасци со еден прилог на потребната документација (докази) до Подрачната служба на ФЗОМ.

При приемот на барањето, лицето вработено во Подрачната служба на ФЗОМ, овластено за прием на барањата со потпис го потврдува приемот на вториот примерок од барањето, кој останува кај осигуреното лице, со втиснување на приемен штембил и назначување на денот на прием и бројот на прилози кон барањето.

За фактите, односно податоците за кои ФЗОМ води службена евиденција и располага со истите се смета дека осигуреното лице ги има поднесено со барањето.

Овластеното лице кое ја води постапката е должно по службена должност да ги прибави податоците за фактите за кои ФЗОМ води службена евиденција.

За остварување на правата утврдени со овој закон се применуваат одредбите за застареност од Законот за облигационите односи, според кој побарувањата застаруваат за пет години или сите барања кои се доставуваатна предвидените и погоре споменати обрасци се прифатливи само доколку не го преминуваат општиот рок на застареност од настанување на случајот.

- НАДЛЕЖНИ ОРГАНИ ЗА ДОНЕСУВАЊЕ НА РЕШЕНИЕ ВО УПРАВНА ПОСТАПКА

По основ на стварна надлежност Решенијата за сите права од здравственото осигурување во прв степен ги донесуваат Подрачните служби на ФЗОМ.

Месната надлежност на Подрачните служби на ФЗОМ се определува според местото на осигурување на осигуреното лице т.е. во подрачната служба каде за него се уплаќа придонесот за здравствено осигурување.

72 За донесување на Решение за упатување на лекување во странство во прв степен надлежна е Централната служба на ФЗОМ, со тоа што барањето се поднесува преку Подрачната служба на ФЗОМ, според местото на осигурување на осигуреното лице.

Задонесувањена решениевовтор степен, надлежен е Министерот за здравство.

VI.1. ПРВОСТЕПЕНО РЕШЕНИЕ

Првостепениот орган ќе ја започне постапката за донесување на решение со утврдување на фактичката состојба врз основа на уредно поднесеното барање и доказите (прилозите) кон барањето (според форма и содржина на погоре приложените обрасци од ова упатство).

Доколку кон барањето не се доставени сите барани прилози (докази), истото нема да се отфрли, а првостепениот орган е должен да го повика осигуреното лице со покана и да му укаже да го уреди барањето, односно да го комплетира со потребните докази, за што му се остава и определен рок за комплетирање на барањето.

Ако осигуреното лице го комплетира барањето во оставениот рок, ќе се смета дека барањето е уредно поднесено.

Ако странката (осигуреното лице) во дополнително оставениот рок не поднела докази, односно не го уредила барањето, првостепениот орган не може поради тоа да го отфрли барањето како да не е поднесено, туку постапката продолжува и во согласност со правилата на постапката и материјалниот пропис се носи решение.

Решението се донесува во писмена форма.

Доколку Подрачната служба на ФЗОМ не го донесе решението за остварување на право одзadolжително здравствено осигурување, односно не донесе решение за одбивање на правото во законски утврдениот рок, подносителот на барањето има право во рок од три работни дена од истекот на законскиот рок за донесување на решението да поднесе барање на пропишан образец за донесување на решение, преку архивата на Фондот до Директорот на Фондот.

VI.2. ЖАЛБА

Правото на жалба е уредено со членот 226 став 1 од Законот за општата управна постапка, според кој против решението донесено во прв степен, странката има право на жалба, согласно со закон.

Против решението од прв степен осигуреното лице има право на жалба до Министерот за здравство, во рок од 15 дена од денот на приемот на решението. Рокот за жалба е преклузивен и неможе да се продожи, па жалбата изјавена по тој рок ќе биде ненавремена.

Што треба да содржи жалбата?

Во жалбата мора да се наведе решението кое треба да се побива, означување на називот што го донел решението што се обжалува и датата на решението. Доволно е жалителот да изложи во жалбата во кој поглед е незадоволен од решението, но жалбата не мора да ја образложи посебно. Во жалбата може

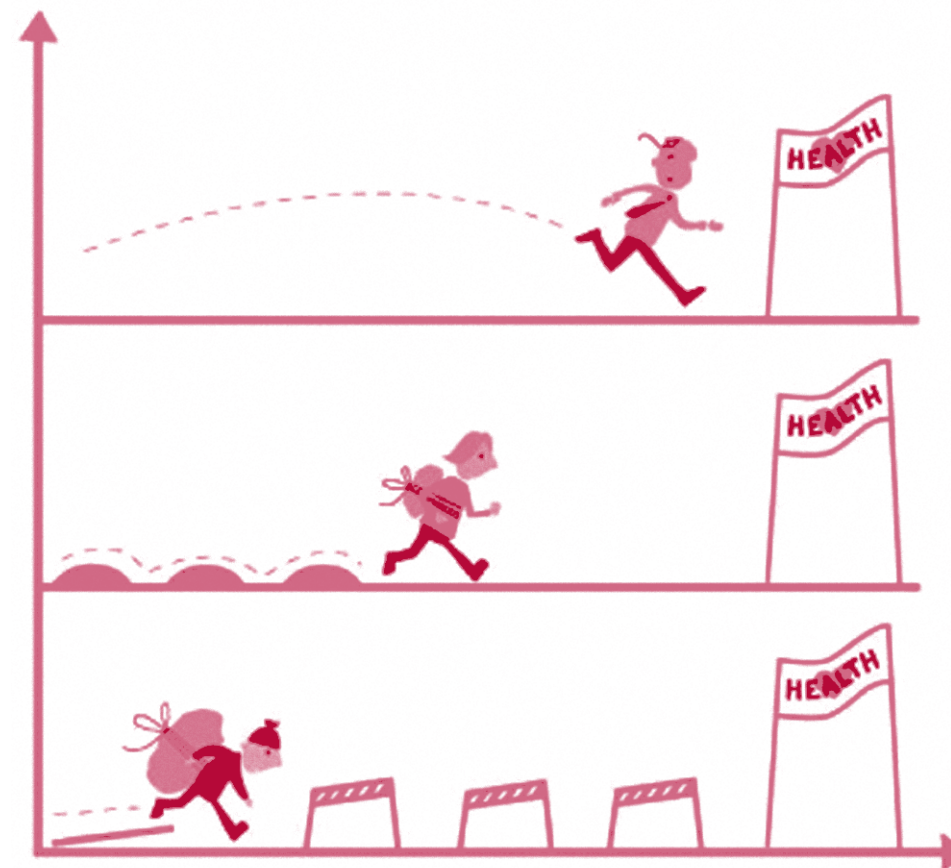
да се изнесуваат нови факти и докази, но жалителот е должен да образложи зошто не ги поднел во постапката.

VI.3. ВТОРОСТЕПЕНО РЕШЕНИЕ НА МИНИСТЕРОТ ЗА ЗДРАВСТВО

При решавање на второстепениот орган по жалба може жалбата да ја отфрли како недопуштена, ненавремена или изјавена од неовластено лице, ако тоа пропуштил да го стори првостепениот орган.

Второстепениот орган одлучувајќи по жалбата може:

- да ја одбие жалбата како неоснована;
- да го огласи првостепеното решение за ништовно;
- да го поништи првостепеното решение ,ако утврди дека го донел ненадлежен орган;
- може со свое решение да го поништи првостепеното решение и сам да ја реши работата;
- може да го измени решението.



VI.4. ПОВЕДУВАЊЕ НА УПРАВЕН СПОР

Управниот спор обезбедува судска контрола над законитоста на управните акти. Против конечното решение на Министерот за здравство во рок од 30 дена од приемот, странката може да се поведе управен спор со поднесување на тужба пред Управниот суд на РМ.

Во тужбата мора да се наведе името и презимето и местото на домувањето на тужителот, решението против кој е насочена тужбата, причините поради кои се тужи, како и во кој правец и обем се предлага поништување на управниот акт.

Кон тужбата мора да се поднесе решението во оригинал или во препис.

Против Пресудата на Управниот суд дозволена е жалба до Вишиот управен суд.

КОРИСНИ ЛИНКОВИ

VII. КОРИСНИ ЛИНКОВИ

За сите права и обврски од задолжителното здравственото осигурување и актуелностите во ФЗОМ може да прочитате на www.fzo.org.mk, како и да поставувате конкретни прашања на телефонската линија **080033222** (секој работен ден од 8.30-16.30 часот) и на инфо адресата info@fzo.org.mk.

За системот и организацијата на здравствената заштита, како и за законите и општите акти во надлежност на Министерството за здравство може да се информирате преку www.moh.gov.mk.

Содржината на сите прописи воопшто, како и прописите од областа на здравствената заштита може да ги најдете на www.pravo.org.mk.

За работењето на Управниот суд може да се информирате на <http://www.uskopje.mk> и на корисничките линкови на истата веб страна.

За обезбедување на еднаков пристап на граѓаните и другите лица до институциите на системот преку правото на бесплатна правна помош, може да се информирате преку http://nkt.mtsp.gov.mk/nkt/content/Documents/Zakon_za_besplatna_pravna_pomos_161_30122009.pdf.

За тоа кога и како се доставува претставка до Народниот правобранител за заштита на уставните и законските права на граѓаните кога сметаат дека тие права им се повредени од органите на државната управа и од други органи и организации што имаат јавни овластувања, може да се информирате на веб страната <http://www.ombudsman.mk/>.

За тоа како може да се покрене иницијатива и предлог за вршење на инспекциски надзор, кога во остварувањето на своите права, интереси и обврски кога ќе се согледаат одредени неправилности во работењето на органите во кои се води управната постапка, може да се информирате преку Државниот управен инспекторат, орган во состав на Министерството за правда на <http://www.pravda.gov.mk/tekstovi2.asp?lang=mak&id=zakoni>.

