



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

Адреса: Македонија бб, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 000
Централа.: 02 3289 000
Факс: 02 3289 048
Е-пошта: info@fzo.org.mk

Од: Фонд за здравствено осигурување на Македонија

До: ФЗО ПС _____
За Раководителот

Бр: 11-
15-04-2314

Предмет: Објаснување за хроничната потврда за потреба од ортопедски и други помагала и суплементи за дигестивни и метаболни заболувања

Фондот за здравствено осигурување на Македонија врз основа законските и подзаконските прописи во кои спаѓа и Правилникот за индикации и начинот на остварување на право на ортопедски и други помагала (Службен весник на РМ 10/2014) овозможи да избраните лекари пропишуваат потврди за потреба на ортопедски и други помагала на товар на ФЗОМ за 180 дена наеднаш за одредени групи на помагала од член 43 став 1 точка 1,2,5, став 2 и став 3.

Имено во правилникот по примерот на хроничниот рецепт за лекови, се овозможува издавање и заверување на потврди за 180 дневна количина на потребното помагало со само една посета на матичниот лекар, на која на осигуреното лице му се издаваат најмногу 6 потврди. Со овие шест потврди на осигуреникот треба да му се овозможи заверка со една посета на шалтерите во подрачната служба на ФЗОМ. Подигањето на помагалото во ортопедските куќи ќе биде на месечно ниво, односно осигуреникот ќе може да го подигне помагалото во ортопедската куќа од денот назначен во делот **дата на важност од.**

Со оваа измена се опфатени помагалата со месечно користење како:

- Пелени и влошки,
- Едноделен и дводелен систем за уростомата, колостомата и илеостомата,
- Нелатон катетер,
- постојан катетер, урин кеси со испуст и
- уринарен кондом.



[1] 11-6399/2 [2014]

www.fzo.org.mk



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

Адреса: Македонија бб, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 000
Централа.: 02 3289 000
Факс: 02 3289 048
Е-пошта: info@fzo.org.mk

На корисниците на овие помагала потврдата им ја издава избраниот лекар по препорака на лекар специјалист од соодветната специјалност, а првичната заверка на потврдата се прави врз основа на Наод оценка и мислење на лекарската комисија, согласно претходно утврдената деловна процедура.

Избраниот лекар/лекарот замена ортопедските помагала ги пропишува на товар на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на потврда за ортопедски и други помагала која треба целосно и уредно да се пополни.

Хроничната потврда е видоизменета во однос на старата потврда за потреба од ортопедско помалало, со тоа што е дополнета со поле за **датум на важност од** (истото се пополнува само при пропишување на помагало за кои се утврдени месечни количини), при тоа осигуреникот приложува најмногу до 6 потврди каде селективно се пополнети во полето **датум на важност од** датумот за соодветните 6 месеци.

Посебно внимание Ви обрнуваме на значењето на следните полиња од образецот „место и датум на пропишување“ се наведува датумот кога осигуреникот го посетил избраниот лекар/лекарот замена. Во полето „датум на важност од“ се внесува датумот од кога важи потврдата за секој месец соодветно. „Датата на важност **ОД**“ никако не може да биде пред датата на посета на осигуреникот кај избраниот лекар која се запишува во делот „место и датум на пропишување“ како на пример посета на осигуреникот на 05.02.2014 година, а дата на важност од 01.02.2014 година.

Прикажано сликовито, ако пациентот се јавил на преглед на 01.02.2014 година во полето „место и датум на пропишување“ на сите пропишани потврди ќе стои 01.02.2014 година. Во полето „датум на важност од (за помагала со месечно користење)“ на потврдата:

- за месец февруари ќе стои датум 01.02.2014,
- за месец март 03.03.2014,
- за месец април 02.04.2014,
- за месец мај 02.05.2014,
- за месец јуни 01.06.2014 и
- за месец јули 01.07.2014 година.



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

Адреса: Македонија бб, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 000
Централа.: 02 3289 000
Факс: 02 3289 048
Е-пошта: info@fzo.org.mk

ПОТВРДА ЗА ПОТРЕБА ОД ОРТОПЕДСКО ПОМАГАЛО

На осигуреното лице

Презиме, татково име и име на осигуреното лице

Адреса

Број на здравствена легитимација Единствен матичен број

со дијагноза Шифра

утврдена е потреба од Назив на помагалото

Место и дата на пропишување 20 год. МП Потпис на лекарот

Дата на важност од
*се пополнува само при пропишување на помагала за месечно користење

Во овој дел се пополнува почетниот датум од кој важи потврдата и се пополнува исклучиво со броеви ДД_ММ_ГГ за период од 30 дена

Во овој дел се наведува дата на кој е извршена посетата кај избраниот лекар

Издавањето на хронична потврда е алтернативно, односно на осигуреното лице избраниот лекар може да му издаде само една потврда која што понатаму во подрачната служба се заверува. На овие потврди делот „датум на важност од“ не се пополнува. Напоменуваме дека со дописот бр. 11-4405/1 од 11.03.2014 година заклучно со 30.06.2014 година е дозволена корекција на шифрите на помагалата од страна на референтите од подрачните служби, но не и корекција на „датумите на важност од“ пропишани од страна на избраниот лекар.

Во продолжение Ви посочуваме неколку примери на реално заверени потврди кои во иднина не смеат да се повторуваат бидејќи прават конфузија кај осигурениците и ортопедските куќи.

Примери:



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

Адреса: Македонија бб, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 000
Централа.: 02 3289 000
Факс: 02 3289 048
Е-пошта: info@fzo.org.mk

- корекција на „датата на важност од“ за да истата се совпадне со дата на заверката;
- пополнување на делот „датата на важност од“ со зборовите „6 месеци“
- пополнување на делот „датата на важност од“ со некој датум во иднина кој не е поврзан со месечните потреби на осигуреникот

7009/102
Образец ПОП

134

Назив на здравствена установа
Работна единица - Одделение
Број на лекарски дневник

**ПОТВРДА
ЗА ПОТРЕБА ОД ОРТОПЕДСКО ПОМАГАЛО**

На осигуреното лице
Презиме, татково име и име на осигуреното лице
Идентификационен број

Број на здравствена легитимација
Единствен матичен број

со дијагноза
утврдена е потреба од

Назив на помагалото

Место и дата на прописување
Дата на важност од

МП
Потпис на лекарот

се пополнува само при прописување на помагала за месечно користење

Дата на важност од не е во согласност со правилото за издавање на потврда за 30 дневна количина. Ако датата на прописување е 14.03.2014 год, I потврда треба да се испушти датум, II потврда - 13.04.2014, и III потврда 12.05.2014 а не 08.05.2014 год.



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

Адреса: Македонија бб, 1000 Скопје
Тел: 02 3289 000
Централа: 02 3289 000
Факс: 02 3289 048
Е-пошта: info@fzo.org.mk

ИМЕНИ НА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

Работна единица - Одделение

Број на лекарски листици

**ПОТВРДА
ЗА ПОТРЕБА ОД ГЕТОПЕКСКО ПОМАГАЛО**

На осигуреното лице

Прокиме, татково име и име на осигуреното лице

Адреса

Број на здравствена институција

Со дијагноза

Вид на потреба од

Имена на помагалото

Место и дата на прописување

Дата на валидност

Скопје, Македонија

17.02.2014 год.

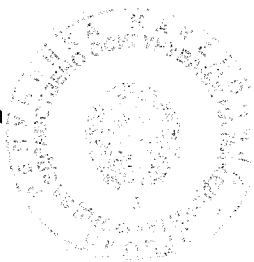
6 месеци

се пополнува само при прописување на помагала за месечно користење

Толето катун на валидност од се пополнува исклучиво со броеви (dd-mm-gg) а не со дато "6 месеци"

Согласно погоре споменатиот правилник избраниот лекар издава и потврда за потреба од нов вид на помагала т.н Суплементи со храна. Заверката на потврдата се врши во подрачната служба на ФЗОМ без да истата се разгледува на лекарска комисија, но со задолжително евидентирање на конзилијарното мислење кое е се издава еднаш во годината.

Директор
М-р Маја Парпарчиева Змејкова



Директор
Џемали Мехаз
Xhemali Mehazi

Комисија за ортопедски и други помагала

Бранко Аџигогов - претседател

Вера Митровска - потпретседател

Ана Филиповска - потпретседател

Љубинка Анастасова - секретар

Луиза Јакимовска - член

Татјана Ѓоргиева - член

Даниела Јовчевска Ѓуровска - член

Силвана Андов - член

Марија Петреска - член