



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

Адреса: Македонија бб, 1000 Скопје
Тел.: 02 3289 012
Централа.: 02 3289 000
Факс: 02 3289 009
Е-пошта: info@fzo.org.mk

Број: 09-
од 3.0.09-2014 година

УПАТСТВО ЗА НАЧИНОТ И ПОСТАПКАТА НА УТВРДУВАЊЕ НА ВИСИНАТА НА УЧЕСТВОТО НА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА ВО ВКУПНИТЕ ТРОШОЦИ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ И ЛЕКОВИ

Упатството стапува на сила со денот на донесување.

Со денот на донесувањето на ова Упатство престанува да важи Упатството за начинот и постапката на утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствени услуги и лекови бр.09-4164/1 од 07.03.2014 година.

Изработил: Емилија Божиновска

Согласен: Даниела Јовческа Ѓуровска

Бранислава Катушевска

Бранко Ацигогов

Директор,
М-р Маја Парнарџиева – Змејкова



Директор,
Хемали Мехазли
Xhemali Mehazi

Доставено до:

- Архива на ФЗОМ
- Директори на сектори во ФЗОМ
- Раководители на подрачни служби на ФЗОМ
- Одделение за внатрешна ревизија во ФЗОМ
- Одделение за внатрешна контрола во ФЗОМ

Директорите на сектори и раководителите на подрачни служби да го достават упатството до сите лица кои се инволвирани во процесот или треба да бидат информирани согласно работните задачи и задолженија

У 7.5/1-5:: Издание 3 :: 23.09.2014 :: Страница 1 од 20 ::

ОРИГИНАЛ



Содржина

1. НАМЕНА И ЦЕЛ НА УПАТСТВОТО	4
2. ПРИМЕНА НА УПАТСТВОТО	4
3. ТЕК НА АКТИВНОСТИ	4
3.1. Вовед	4
3.2. Здравствени услуги во примарната здравствена заштита	5
3.2.1. Учество за лекови на рецепт и ампуларни лекови	5
3.2.2. Учество за домашно лекување по посета	7
3.2.3. Превоз со санитетско возило според медицински индикации, освен за итна медицинска помош:	8
3.2.4. Превоз со санитетско возило по барање на граѓаните се плаќа полна цена на услугата	8
3.3. Стоматолошки здравствени услуги	9
3.3.1. Учество во примарна стоматолошка здравствена заштита	9
3.3.2. Здравствени услуги во специјалистичко – консултативната стоматолошка здравствена заштита	9
3.4. Здравствени услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита	9
3.5. Ослободување од учество при итни постапки	11
3.6. Ослободување од учество во цените на здравствените услуги според законот за здравствено осигурување	11
3.7. Појаснување за ослободувањата	12
3.7.1. Итна медицинска помош	12
3.7.2. Деца со посебни потреби, според прописите за социјална заштита	12
3.7.3. Корисници на постојана парична помош и лица сместени во установи за социјална заштита или во друго семејство според прописите за социјална заштита, освен за лековите издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекување во странство	12
3.7.4. Душевно болни лица сместени во психијатриски болници	13
3.7.5. Осигурени лица кои доброволно дарувале крв	13
3.7.6. Осигурени лица кои доброволно дарувале ткиво или орган	13
3.7.7. Ментално ретардирани деца без родителска грижа	13
3.7.8. Осигурени лица кои платиле учество во претходната година во износ повисок од утврдениот со одлуката	13
3.8. Ослободување од учество по програми	16

3.9. Ослободување од учество по посебни прописи.....	16
3.10. Учество на осигурените лица во цените на ортопедските други помагала	17
3.11. Спроведување на одлуката	18
3.12. Постапување на Подрачните служби при доставување на барање за ослободување на осигурениците од партиципација и изготвување на решение	18
3.12.1. Вовед:.....	18
3.12.2.Опис на постапката:	18
4.РЕФЕРЕНТНИ ДОКУМЕНТИ:.....	21
5.ЗАПИСИ	21

1. Намена и цел на упатството

Намената на упатството е да го опише начинот и постапката на утврдувањето и имплементацијата на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови како и ортопедски и други помагала.

Цел на Упатството е правилната примена на законската регулатива во спроведувањето на учеството на осигурените лица во цената на здравствените услуги (партиципација) при укажување на здравствени услуги во здравствените установи како и при постапување по основ на барања од осигурените лица поврзани со партиципацијата во подрачните служби на Фондот.

2. Примена на упатството

Упатството се однесува на: Здравствените установи кои имаат склучено договори со Фондот и во кои се укажуваат здравствените услуги на осигурените лица; Фондот со подрачните служби (директорите на сектори, раководителите на одделенијата, раководителите на подрачните служби и одговорните лица во спроведување на процесите во системот на здравственото осигурување кои се однесуваат на правата по основ на партиципацијата).

3. Тек на активности

3.1. Вовед

Со член 32 од Законот за здравственото осигурување (“Службен весник на Република Македонија“ бр.25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014 и 113/2014) предвидено е осигурените лица да учествуваат со лични средства при користењето на здравствени услуги и лекови, но најмногу до 20% од просечниот износ на вкупните трошоци на здравствената услуга, односно лековите. Висината на учеството се утврдува во фиксен износ обратно пропорционално од цените на услугите, ја утврдува Фондот со општ акт на кој Министерот за здравство дава согласност.

Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 11.05.2001 година донесе Одлука за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови и истата е објавена во „Службен весник на Република Македонија“ бр.48/2001 година. Од тогаш истата претрпе повеќе измени и дополнувања објавени во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 52/2000, 17/2005, 47/2005, 86/2007, 151/2007, 9/2009, 22/2009, 65/2010, 95/2011-пречистен текст, 20/2012, 26/2012, 54/2012, 98/2013 и 138/2014 година.

Според Законот за здравственото осигурување здравствените услуги се искажуваат во согласност со донесените референтни цени на Фондот кои се донесуваат како максимални цени за завршени здравствени услуги.

Фондот ги плаќа здравствените услуги на здравствените установи според бројот на осигурени лица (капитација) во примарна здравствена заштита и според фактурираните износи за здравствените услуги, но најмногу до утврдените договорни надоместоци за превентивна итна медицинска помош, дежурна служба, домашно лекување, во превентивна, специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита. Фактурите се искажуваат по референтните цени за извршените здравствени услуги на осигурените лица утврдени од Управниот одбор на Фондот според Методологијата за утврдување на референтни цени, кои по добивање на согласност од Министерот за здравство се објавуваат во Службен весник на РМ.

Во референтната цена на здравствена услуга се вклучени сите трошоци за завршена епизода на лекување на еден пациент, освен над стандардни услуги пропишани во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување кои не се опфатени во системот на здравственото осигурување.

Со Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови, донесена од Управниот одбор на Фондот, се утврдува висината на учеството на осигурените лица со лични средства (партиципација) во вкупните трошоци при користење на здравствените услуги и лековите, на начин опишан во ова упатство.

3.2. Здравствени услуги во примарната здравствена заштита

3.2.1. Учество за лекови на рецепт и ампуларни лекови

Учеството на осигурените лица во цената на лековите на рецепт и ампуларните лекови е регулирано со член 2 од Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци при користењето на здравствените услуги и лековите.

Осигуреното лице учествува во цената за секој издаден лек на рецепт од страна на Аптеката според Листата на лекови во примарната здравствена заштита и за секој ампуларен лек со шприцеви и игли (за целокупната терапија на одредено заболување по секој налог) во примарната здравствена заштита според вредноста на лекот прикажана во табелата од член 2 став 1 од Одлуката, или

Вредност на здравствените услуги – лековите	Партиципација
1. За секој лек од Листата на лекови издадени на товар на Фондот (за 1 рецепт) и за секој ампуларен лек со шприцеви и игли (за целосна терапија на одредено заболување по секој налог) во примарната здравствена заштита	
- за вредност до 25,00 денари	-
- за вредност од 26,00 до 50,00	5,00
- за вредност од 51,00 до 75,00	10,00

- за вредност од 76,00 до 100,00	15,00
- за вредност од 101,00 до 150,00	20,00
- за вредност од 151,00 до 200,00	25,00
- за вредност од 201,00 до 300,00	40,00
- за вредност од 301,00 до 400,00	50,00
- за вредност од 401,00 до 500,00	70,00
- за вредност од 501,00 до 700,00	90,00
- за вредност од 701,00 до 1.000,00	120,00
- за вредност од 1.001,00 до 1.500,00	160,00
- за вредност од 1.501,00 до 2.000,00	240,00
- за вредност од 2.001,00 до 2.700,00	280,00
- за вредност од 2.701,00 до 3.000,00	300,00
- за вредност од 3.001,00 до 3.500,00	340,00
- за вредност од 3.501,00 до 4.000,00	390,00
- за вредност од 4.001,00 до 4.500,00	500,00
- за вредност од 4.501,00 до 5.000,00	550,00
- за вредност над 5.000,00	600,00

НАПОМЕНА:

Правото на користење на лекови според Листата на лекови на товар на Фондот како и начинот на нивното пропишување е регулирано со одредбите на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 54/2012 година, 138/2012, 164/2012, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 119/2013, 145/2013, 172/2013, 34/2014 и 138/2014“).

Со членот 47 од Правилникот е уредено кој има право да пропишува лекови на рецепт и тоа:

Лекови на рецепт пропишува лекар – доктор на медицина, односно стоматологија, кој има статус на избран лекар во примарната здравствена заштита, според член 14 од овој правилник.

Лекарот определен како замена на избраниот лекар може да пропишува лекови на рецепт според договорот што Фондот го склучил со избраниот лекар.

Избраните лекари и нивните замени можат да пропишуваат лекови само од дејноста што ја вршат.

Избраниот лекар, односно замената на избраниот лекар е должен рецептниот образец по правило да го изготви, пополни и да го завери со факсимил и потпис на лекарот и со печат на здравствената установа.

Лекови на рецепт според Листата на лекови утврдена со одлука на Управниот одбор на Фондот, може да пропишува и дежурниот лекар во дежурната служба на здравствениот дом односно избраниот лекар кој дежура во дежурната служба што ја организира здравствениот дом.

Според член 48 од Правилникот, осигуреното лице може да оствари право на лекови на товар на средствата на Фондот според Листата на лекови врз основа на рецепт и доказ за платен придонес за здравствено осигурување.

Со членот 49 од Правилникот е уреден начинот на пропишување на лекови од листата на лекови, според кој:

На рецептот се пропишува само еден лек, за едно осигурено лице, во потребна количина за терапија до 8 дена за акутни случаи, со упатство за начинот на употреба.

Во случај на хронични болести можат да се препишуваат повеќе рецепти за лекови, но на еден рецепт еден лек за терапија најмногу до 30 дена.

За хронични болни избраниот лекар може да пропишува рецепти за 180 дена со означен датум на рецептот соодветно за секој месец.

Рецептот за пропишан лек за акутно заболување важи 5 дена, за пропишани наркотици и опојни средства 5 дена и за пропишан лек за хронично заболување важи 30 дена, сметано од денот назначен на рецептот како датум на пропишување.

Дежурниот лекар од член 47 став 5 на овој Правилник, може да пропише само еден лек на еден рецепт во потребна количина за терапија до осум дена за акутни случаи, со упатство за употреба на лекот, со тоа што овој рецепт важи само во денот кога е пропишан лекот од дежурниот лекар.

На рецептот за пропишан лек покрај свој факсимил, дежурниот лекар става и печат со број на шифра на дежурната служба.

За лековите на рецепт од Листата на лекови на товар на Фондот кои се пропишуваат по предлог на лекар специјалист/субспецијалист или лекарски конзилиум, предлогот важи до денот на закажаниот контролен преглед, но не подолго од 1 година.

Во учеството на ампуларната терапија влегуваат трошоците за ампулата, шприцот и иглата.

Здравствената установа од примарна здравствена заштита е должна да ја има целокупната задолжителна ампуларна терапија и терапијата за ургентни состојби.

НАПОМЕНА: СРЕДСТВАТА ЗА ПАРТИЦИПАЦИЈА ЗА ИЗДАДЕН ЛЕК НА РЕЦЕПТ СЕ ПРИХОД НА ФОНДОТ

3.2.2. Учество за домашно лекување по посета

За укажување на здравствени услуги при домашно лекување по посета, согласно Одлуката учеството од осигуреното лице (партиципацијата) изнесува 100,00 денари.

Потребата од домашното лекување е уредено со член 32 од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување

(“Службен весник на РМ“ бр.54/2012, 138/2012, 164/2012, 57/2013, 64/2013, 88/2013 119/2013, 145/2013, 172/2013, 34/2014 и 138/2014“) според кој домашно лекување осигуреното лице остварува кога не е неопходно болничко лекување или како продолжено болничко лекување во домашни услови, во случај на:

- неподвижни или слабо подвижни болни;
- хронична болест во фаза на влошување или компликации;
- после сложени оперативни зафати кои бараат превивање и нега на раната;
- продолжување на болничко лекување по предлог на болничката здравствена установа и
- кај болни во терминална фаза на болеста

Според член 33 од Правилникот, потребата од домашно лекување ја утврдува лекар специјалист или субспецијалист од соодветната специјалност.

Домашното лекување согласно член 34 од Правилникот, го спроведува избраниот лекар и /или медицинска сестра од тимот на избраниот лекар, односно специјализирана организациона единица за домашно лекување. Доколку избраниот лекар врши домашно лекување здравствените услуги се сметаат како посебни услуги.

Во референтната цена за примарен пакет тим за домашно лекување се опфатени сите трошоци за здравствени услуги, лековите, медицинскиот потрошен материјал и други трошоци поврзани со домашното лекување.

3.2.3. Превоз со санитарско возило според медицински индикации, освен за итна медицинска помош:

За превозот со санитарско возило според медицински индикации, освен за итна медицинска помош, осигурените лица плаќаат;

- на подрачјето на здравствената установа – 50,00 денари
- надвор од подрачјето на здравствената установа до 50км. Во еден правец – 200,00 денари
- надвор од подрачјето на здравствената установа над 50км. Во еден правец – 500,00 денари
- надвор од Република Македонија – 20% од утврдената референтна цена

3.2.4. Превоз со санитарско возило по барање на граѓаните се плаќа полна цена на услугата

За превоз со санитарско возило по барање на осигуреното лице се плаќа полната цена на услугата – превоз со санитарско возило.

Средствата наплатени по основ на учество на осигурените лица со лични средства во вкупните трошоци при користење на здравствени услуги и лековите во здравствената установа од примарна здравствена заштита каде што надоместокот за обезбедените здравствени услуги се плаќа по капитација не се пресметани во надоместокот за капитација. Средствата од партиципација остануваат во здравствената установа и се нејзин приход.

3.3. Стоматолошки здравствени услуги

3.3.1. Учество во примарна стоматолошка здравствена заштита

Осигурените лица учествуваат со лични средства во вкупните трошоци за стоматолошки здравствени услуги, за лекување и санирање на болестите на устата и забите во примарната здравствена заштита (освен заботехнички и забнопротетички средства предвидени со Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала) според табелата во член 3 на Одлуката и тоа:

Здравствени услуги во примарна здравствена заштита:	Партиципација
- вадење на млечен заб -	100,00
- вадење на траен заб	200,00
- тешко вадење на заб	300,00
- пломбирање на заб со амалгам (нонгама)	200,00
-пломбирање на заб со композитен материјал (композитна положба)	450,00
- пломбирање со двокомпонентна обична бела пломба	260,00
- ендодонска терапија	400,00
- останати стоматолошки услуги, освен превентивните	200,00
- прва помош (трепанција – апликација на лек)	150,00
- пломбирање со нано композит	600,00

3.3.2.Здравствени услуги во специјалистичко – консултативната стоматолошка здравствена заштита

Учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствени услуги во специјалистичко – консултативната стоматолошка здравствена заштита се пресметуваат во зависност од висината на здравствената услуга како завршена епизода на лекување согласно член 4 од Одлуката, освен за помагалата од Правилникот за индикации за остварување на право на ортопедски и други помагала.

3.4. Здравствени услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита

Осигуреното лице учествува во вкупните трошоци на здравствените услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита, согласно висината на утврдените референтни цени на здравствените услуги, односно на завршените епизоди на лекување и тоа:

1. За здравствени услуги во специјалистичко – консултативната и болничката здравствена заштита	
До 100,00 денари.....	–
Од 101,00 до 300,00 денари	20,00
Од 301,00 до 500,00 денари.....	40,00
Од 501,00 до 700,00 денари.....	60,00

Од 701,00 до 1.000,00 денари.....	80,00
Од 1.001,00 до 2.000,00 денари.....	150,00
Од 2.001,00 до 3.000,00 денари.....	250,00
Од 3.001,00 до 4.000,00 денари.....	350,00
Од 4.001,00 до 5.000,00 денари.....	450,00
Од 5.001,00 до 6.000,00 денари.....	550,00
Од 6.001,00 до 8.000,00 денари.....	700,00
Од 8.001,00 до 10.000,00 денари.....	900,00
Од 10.001,00 до 15.000,00 денари.....	1.250,00
Од 15.001,00 до 20.000,00 денари.....	1.700,00
Од 20.001,00 до 25.000,00 денари.....	2.200,00
Од 25.001,00 до 30.000,00 денари.....	2.700,00
Од 30.001,00 до 35.000,00 денари.....	3.200,00
Од 35.001,00 до 40.000,00 денари.....	3.700,00
Од 40.001,00 до 45.000,00.....	4.200,00
Од 45.001,00 до 50.000,00.....	4.700,00
Од 50.001,00 до 55.000,00.....	5.200,00
Од 55.001,00 до 60.000,00.....	5.700,00
Над 60.000 денари.....	6.000,00

2. За здравствени услуги во геронтолошки заводи по болнички ден..... 10,00

За рехабилитација како продолжено болничко лекување во специјализирана установа – по болнички ден.....
200,00

4. Лабораториски услуги (биохемиски анализи од БА1 до БА10 и БА13).....20% од утврдената референтна цена.

5. Хемодијализен третман согласно Упатството за начин на вршење на здравствената дејност која се однесува на лекувањето со дијализа..... 1 денар,
која ќе се применува од 01.01.2014 година

Во врска со член 4 Одлуката, под здравствена услуга во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита се подразбира целосна здравствена услуга за завршена епизода на лекување на пациентот. Во референтната цена на здравствена услуга се вклучени сите расходи за трудот на лекарот и стручниот тим, лекови и вграден и друг медицински потрошен материјал, како и останати трошоци.

Во референтните цени не се вклучени расходи за надстандардни здравствени услуги во согласност со Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување односно овие услуги не се во системот на задолжителното здравствено осигурување и за нив се плаќа полн износ на цената на услугата.

Согласно член 36 од Законот за здравственото осигурување, средствата од учеството на осигуреното лице со лични средства во цената на здравствените услуги, освен за лековите од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот и се издаваат на

рецепт во примарната здравствена заштита, се плаќаат во здравствената установа и се приход на здравствената установа, а Фондот врши контрола на наплатените средства.

Сите здравствени услуги пружени во специјалистичко консултативната и болничката здравствена заштита поединечно се прикажуваат во спецификација која е составен дел на фактурата, по референтните цени утврдени од Фондот за здравствено осигурување на Македонија со пресметана и наплатена партиципација согласно член 4 точка 4 од Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови, согласно Упатството за начинот на фактурирање на здравствени услуги.

3.5. Ослободување од учество при итни постапки

Според член 5 од Одлуката, осигурените лица по исклучок од член 2, 3 и 4 од оваа Одлука, не плаќаат учество со лични средства во трошоците за лековите и услугите дадени при итни постапки во моментот на отстранување на непосредна опасност по животот.

3.6. Ослободување од учество во цените на здравствените услуги според законот за здравствено осигурување

Ослободувањето од учеството во цените на здравствените услуги утврдено е во член 34 од Законот за здравственото осигурување.

Според став 1 алинеја 1, 2, 3, 4 и 5 на овој член од учество ослободени се сите осигурени лица за лекарскиот преглед кај избраниот лекар, сите осигурени лица за итна медицинска помош на повик, само за оние случаи кога итната медицинска помош е дадена надвор од здравствената установа (**не за време на дежурство**), децата со посебни потреби според прописите за социјална заштита, корисници на постојана парична помош, лицата сместени во установи за социјална заштита и во друго семејство, според прописите за социјална заштита, освен за лековите од Листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекување во странство, душевно болни лица сместени во психијатриски болници и ментално ретардирани лица без родителска грижа, и осигурените лица кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко – консултативната и болничката здравствена заштита, освен за лекови од Листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекување во странство, во износ повисок од 70% од просечната остварена месечна плата во Републиката за претходната година.

Почнувајќи од 1 јануари 2013 година, средствата за ослободување од учество за осигурениците од членот 34 став 1 алинеја 2, 3 и 4 од овој закон, на здравствената установа ќе ги надоместува надлежниот орган кој е обврзник за пресметка и уплата на придонесот.

3.7. Појаснување за ослободувањата

3.7.1. Итна медицинска помош

За итна медицинска помош на повик ослободени се сите осигурени лица, само за оние случаи кога итната медицинска помош е дадена надвор од здравствената установа (**не за време на дежурство**).

Во случај на **неоправдан повик за укажување на итна медицинска помош**, осигуреното лице ги сноси трошоците на прегледот и превозот во полн износ (член 41 од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување).

3.7.2. Деца со посебни потреби, според прописите за социјална заштита

На децата со посебни потреби на кои ова својство им е утврдено согласно прописите за социјална заштита ослободени се за сите видови на здравствени услуги од член 9 од Законот за здравственото осигурување (здравствени услуги и лекови на рецепт), како и за здравствени услуги извршени во странство со одобрение на Фондот.

Ослободувањето за овие осигурени лица се врши со потврда што ја издава подрачната служба на Фондот, а врз основа на решение од Центарот за социјални работи со кое на детето му е утврден статусот на дете со посебни потреби.

Со оглед дека можат да настанат промени во статусот на овие осигурени лица, потврдата се издава со важност од 1 година.

Согласно член 8 од Законот за заштита на децата, како деца со посебни потреби (деца со пречки во физичкиот и психичкиот развој) се сметат децата до наполнети 26 години на живот.

3.7.3. Корисници на постојана парична помош и лица сместени во установи за социјална заштита или во друго семејство според прописите за социјална заштита, освен за лековите издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и за лекување во странство

Корисниците на постојана парична помош и лицата сместени во установи за социјална заштита или во други семејства и ментално ретардирани деца без родителска грижа здравствено се осигурени преку Центрите за социјални работи (член 5 став 1 точка 10 од Законот за здравственото осигурување).

Ослободувањето за овие осигурени лица се врши со потврда што ја издава подрачната служба на Фондот, а врз основа на решение од Центарот за социјални работи.

Со оглед дека можат да настанат промени во статусот на овие осигурени лица, потврдата се издава со важност од 1 година.

3.7.4. Душевно болни лица сместени во психијатриски болници

За душевно болни лица сместени во психијатриски болници ослободувањето од партиципација го врши здравствената установа во која е сместено осигуреното лице и вкупниот износ на здравствената услуга со вклучена пресметана партиципација го фактурира кон Фондот.

3.7.5. Осигурени лица кои доброволно дарувале крв

Осигурените лица кои доброволно дарувале крв, односно се крводарители на крв над 10 пати, според програмата која се однесува на доброволното дарување на крв, донесена согласно Законот за здравствена заштита се ослободени од учество со лични средства (партиципација) при користење на примарна, специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита, освен за лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита и лекување во странство.

Потврдата која ја издава ЈЗУ Републички завод за трансфузиологија дека лицето е крводарител над 10 пати е трајна.

3.7.6. Осигурени лица кои доброволно дарувале ткиво или орган

Осигурените лица кои доброволно дарувале ткиво или орган според Законот за изменување и дополнување на Законот за здравственото осигурување (Сл.весник бр.112 од 25.07.2014) според програмата која се однесува на доброволното дарување на крв, донесена согласно Законот за здравствена заштита се ослободени од учество со лични средства (партиципација).

Од причина што програмата не е донесена од страна на Министерството за здравство, во која е потребно да се утврди што се ќе опфаќа ослободувањето од учество со лични средства (партиципација) за осигурените лица кои доброволно дарувале ткиво или орган, по нејзиното донесување ќе следат измени и дополнувања во овој дел на Упатството.

3.7.7. Ментално ретардирани деца без родителска грижа

За ментално ретардирани деца без родителска грижа пружените здравствените услуги исто како и за душевно болни лица се во целост на товар на Фондот.

3.7.8. Осигурени лица кои платиле учество во претходната година во износ повисок од утврдениот со одлуката

За осигурените лица кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита, **во износ повисок од 70%** од просечно остварената месечна плата во Републиката во претходната година, пресметката се врши на следниот начин:

За 2011 година просечно остварената месечна нето плата во Републиката изнесува 20.847 денари и осигуреното лице кое во текот на календарската 2011 година платило учество во вкупен износ поголем од 14.593 денари натаму се ослободува од плаќање на учество до крајот на 2012 година ($20.847 \text{ денари} \times 70\% = 14.593 \text{ денари}$).

Со ставот 2 на членот 34 од Законот за здравственото осигурување предвидено е можност за осигурените лица кои остваруваат месечен приход во семејството помал од просечната плата во Републиката во претходната година, како и за одредени возрасни групи, Фондот со општ акт, на кој министерот за здравство дава согласност, да определи понизок износ за ослободување од плаќање на партиципација од износот утврден во став 1 алинеја 4 на овој член.

Оваа одредба од законот е преточена во членот 8 (став 1, 2, 3 и 4) од Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови, според кој :

За осигурените лица кои остваруваат месечен **нето** приход во семејството помал од просечната плата во Републиката, ако во текот на календарската година платиле учество за здравствени услуги во специјалистичко -консултативна и болничка здравствена заштита **поголемо од 40%** од просечната плата остварена во Републиката во претходната година, пресметката се врши на следниот начин:

Според тоа осигуреното лице кое остварило месечен **нето** приход во семејството помал од просечно остварената плата во Републиката за 2011 година (20.847денари) и кое во текот на годината платило учество во вкупен износ поголем од 8.339 денари натаму се ослободува од плаќање на учество до крајот на 2012 година ($20.847 \times 40\% = 8339 \text{ денари}$).

За осигурените лица кои остваруваат месечен нето приход во семејството **помал од 60%** од просечната плата во Републиката, ако во текот на календарската година платиле учество во специјалистичко- консултативна и болничка здравствена заштита во износ повисок од 20% од просечната месечна плата остварена во Републиката во претходната година, пресметката се врши на следниот начин:

Според тоа осигуреното лице кое остварило месечен **нето** приход во семејството за 2011 година помал од 12.508 денари ($20847 \times 60\% = 12.508 \text{денари}$) и кое во текот на годината платило учество во вкупен износ поголем од 4.169 денари натаму се ослободува од плаќање на учество до крајот на 2012 година ($20847 \times 20\% = 4169 \text{ 00 денари}$).

За осигурените лица – деца од 1 до 5 годишна возраст ако во текот на календарската година платиле учество во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита во **износ повисок од 20%** од просечната месечна плата остварена во Републиката во претходната година, пресметката се врши на следниот начин:

Според тоа осигурените лица од 1 до 5 години кои во текот на 2011 година платиле учество во вкупен износ поголем од 4169 денари натаму се ослободува од плаќање на учество до крајот на 2012 година ($20.847 \times 20\% = 4.169 \text{ денари}$).

За осигурените лица – деца над 5 до 18 годишна возраст и осигурените лица постари од 65 години, ако во текот на календарската година платиле учество во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита **во износ повисок од 40%** од просечната месечна плата остварена во Републиката во претходната година, пресметката се врши на следниот начин:

Според тоа осигурените лица над 5 до 18 години кои во текот на годината платило учество во вкупен износ поголем од 8.339 денари натаму се ослободува од плаќање на учество до крајот на 2012 година ($20847 \times 40\% = 8.339$ денари).

Ослободувањето за осигурените деца од 5 до 18 години и за лица постари од 65 години се применува само во случаите кога истите имаат месечен **нето** приход во семејството повисок од просечната месечна плата остварена во Република Македонија во претходната година.

Во случаите доколку овие лица оствариле месечен **нето** приход во семејството помал од 60% од просечната месечна плата во претходната година, и имаат платено партиципација повеќе од 20% од просечната месечна плата во Република Македонија во претходната година, тогаш се применува наведеното ослободување за 60% од просечна месечна плата.

НАПОМЕНА: Износите на пресметките за осигурени лица кои платиле учество во претходната година во износ повисок од утврдениот со одлуката е различен за секоја наредна година. Во ова упатство е опишан само пример како истиот се пресметува врз база на користени податоци од 2011 година, без детално да се навлегува во целокупниот финансиски процес, бидејќи цел на ова Упатството е правилната примена на законската регулатива во спроведувањето на учеството на осигурените лица во цената на здравствените услуги (партиципација) при укажување на здравствени услуги во здравствените установи како и при постапување по основ на барања од осигурените лица поврзани со партиципацијата во подрачните служби на Фондот.

Ослободувањето од учеството во цените на здравствените услуги го врши Фондот за здравствено осигурување на Македонија, со решение а врз основа на вкупниот **нето** приход во семејството и документација за вкупниот износ на платеното учество за користење здравствени услуги на лицето кое користело здравствени услуги. Вкупниот нето приход во семејството се утврдува врз основа на податоците од Годишната даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход – образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството која се доставува во копја со приемен печат од Управата за јавни приходи.

Од овие причини здравствената установа е должна за наплатеното учество на осигуреното лице да му издаде потврда за платено учество, а осигуреното лице треба да ја чува оваа потврда заради докажување на висината на вкупно платеното учество (член 10 од Одлуката за партиципација).

Потврдата за платеното учество во цената на здравствените услуги содржи: реден број на потврдата, презиме и име на осигуреното лице, матичен број, број на здравствената легитимација, број на лекарскиот дневник, вид на извршена здравствена услуга, износ на наплатено учество, дата, потпис на овластено лице и печат на здравствената установа.

3.8. Ослободување од учество по програми

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

Со наведените програми за здравствена заштита (превентивни и други), кои секоја година ги донесува Владата на Република Македонија, средствата за учество на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги (освен за лековите од Листата на лекови издадени на рецепт во примарната здравствена заштита, за лекувањето во странство и за ортопедски и други помагала), се обезбедени со тие Програми од Буџетот на РМ.

Во наведените програми ослободувањето се врши:

- по видови на заболувања и
- на одредена категорија на осигурени лица и тоа:

Ослободувањето на осигурените лица по програми го врши здравствената установа која ја укажала здравствената услуга.

Во овој случај здравствената установа ја фактурира здравствената услуга со намалена пресметана партиципација, исто како што ги фактурира здравствените услуги за осигурените лица кои немаат ослободување.

Истовремено, здравствената установа партиципацијата ја фактурира и надоместува од Министерството за здравство.

Програмите на Министерството за здравство се објавуваат на почетокот на секоја година во Службен весник на Република Македонија и истите се задолжителни за здравствените установи.

3.9. Ослободување од учество по посебни прописи

1. Со прописите за заштита на учесниците во НОВ и воените инвалиди од учество во трошоците при користење на здравствена заштита, освен за користење на лекови, незадолжителна имунизација и лекување со природни фактори ослободени се:
 - воените инвалиди
 - корисници на семејни инвалиднини кои тоа право го оствариле како членови на семејството на паднат борец
 - носители на “партизански споменици 1941“
 - носители на орден народен херој

Ослободувањето од наведеното учество за овие осигурени лица го врши надлежниот Општински орган на Министерството за труд и социјална политика со тоа што на последната страница во здравствената легитимација на овие осигурени лица е отпечатен текстот:

“Ослободен од учество при користење на здравствени услуги согласно:

- член 55 од Законот за правата на воените инвалиди (“Сл.весник на РМ” бр.13/96);
- член 2 од Законот за правата на носителите на “партизански споменици 1941” и народни херои (“Сл.весник на РМ” бр.75/93)

Пропишаното учество (партиципација) ќе го плати по доставена фактура одделението за труд и социјална политика на општина _____, од Буџетот на Републиката

Бр. _____
(на решение со кое е признат за воен инвалид, паднат борец, број на споменицата, односно народен херој“)

Потпис и печат

Според тоа учеството (партиципацијата) во трошоците на здравствените услуги за овие осигуреници го плаќа Министерството за труд и социјална политика врз основа на доставена фактура на здравствената установа.

Со целосното имплементирање на системот на електронската здравствена картичка ќе се изнајде начин на евидентирање на овие лица во самиот систем во моментот, кога целосно ќе се замени здравствената легитимација со електронската здравствена картичка.

3.10. Учество на осигурените лица во цените на ортопедските други помагала

Висината на учеството на осигурените лица во цената на ортопедските и други помагала е утврдена со член 33 од Законот за здравственото осигурување и изнесува до 50% од утврдената цена на ортопедското помагало а учеството во цената на секое помагало посебно е утврдено со Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала.

Ослободувањето од учество во цената на ортопедските и други помагала е регулирано со член 35 од Законот за здравственото осигурување, според кој од учеството утврдено во член 33 на овој закон се ослободуваат децата до 18-годишна возраст и осигурените лица кои имаат потреба од протези за долни и горни екстремитети, слушни протези, ортооптички помагала и инвалидска количка и од медицински помагала за функција на физиолошките празнења.

Правното лице кое врши производство или промет со ортопедски помагала, на Фондот ја фактурира референтната цена на ортоподското пмагало, намалена за износот на утврденото учество на осигуреното лице во цената на ортопедското помагало.

За помагалата кои се ослободени од учество или за осигурените лица кои се ослободени од учество во цената на ортопедското помагало, на Фондот се фактурира утврдената референтна цена на помагалото во полн износ.

Платеното учество на осигуреното лице утврдено во Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала не се зема во предвид при пресметувањето на вкупното учество за ослободување според член 7 и 8 од Одлуката за партиципација. Ова произлегува од одредбите на член 33 и 35 од Законот за здравственото осигурување со кои е регулирано учеството односно ослободувањето од учеството во цената на ортопедските и други помагала.

3.11. Спроведување на одлуката

Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите ја спроведуваат здравствените установи, а контрола на нејзиното спроведување обезбедуваат директорот на здравствената установа и Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Здравствените установи се должни да ја истакнат Одлуката за партиципација на видно место со цел осигурените лица да бидат запознаени со одредбите на Одлуката.

Подрачните служби на Фондот се должни да ги следат сите измени и дополнувања на Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите и истата да ја применуваат во своето работење. Одлуката и сите измени се објавуваат на веб страната на Фондот.

3.12. Постапување на Подрачните служби при доставување на барање за ослободување на осигурениците од партиципација и изготвување на решение

3.12.1. Вовед:

Правата од задолжителното здравствено осигурување се остваруваат во управна постапка согласно член 31 и член 31-а од Законот за здравственото осигурување, врз основа на поднесено барање на пропишан образец комплетирано со пропишана документација (прилози кон барањето).

На ист начин се постапува и со барањето за ослободување од партиципација во трошоците на здравствените услуги. Образецот на барањето е пропишан со Одлуката за утврдување на обрасците предвидени со правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (Службен весник на Република Македонија бр. 133/2011, 5/12, 29/12, 79/12, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 105/2013, 119/2013, 138/2013, 165/2013, 34/2014 и 138/2014), како „Барање за ослободување од партиципација - Образец П1.“

3.12.2.Опис на постапката:

- Прием на барањето на пропишан образец и архивирање (упишување)
- Проверка на комплетноста на доставената документација (прилози) кон барањето

- Утврдување на фактичка состојба
- Внес во модул и изготвување на решение
- Доставување на странката

Чекор 1. Барањето на пропишан образец на барање П1 (Барање за ослободување од партиципација) осигуреното лице го поднесува до Подрачната служба на Фондот каде што е осигурено. Барањето се поднесува во два примерока, при што едниот примерок останува за осигуреното лице. Кон барањето осигуреното лице приложува:

- Потврда / и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и,
- Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која Фондот има договор за услугата,
- Спецификација / и (пресметка/и) со фискална/и смета/и и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и,
- Годишна даночна пријава за утврдување на персонален на доход – образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копија со приемен печат од Управата за јавни приходи),
- Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)
- Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

Барањето со доставената документација (прилози кон барањето) се заведува во Уписникот за предметите од првостепената управна постапка – Образец УП-1, од страна на овластено лице – архивар вработено во Подрачната служба. Заведувањето треба да е согласно Правилникот за содржината, начинот и формата на водење евиденција во управната статистика, како и содржината на извештаите од управната постапка („Службен весник на Република Македонија“ бр. 2/2009 година).

Барањето се заведува со приемен штембил под УП-1број__ - ____/1 и на него се става датум на приемот на барањето и број на прилози.

Имено, на двата примерока од барањето овластеното лице за прием на документацијата од Архивата на Подрачната служба на Фондот втиснува приемен штембил. На приемиот штембил, архиварот задолжително покрај доделениот архивски број и датум на прием, го внесува и бројот на прилози кон барањето (се внесува соодветната цифра, на пример доколку кон барањето се поднесени четири документи во прилог, во полето за прилози на штембилот се внесува цифрата „4“).

Еден примерок од барањето со втиснат датум на прием се враќа на осигуреното лице (подносителот на барањето).

Чекор2. Од архивата во посебна доставна книга барањето заедно со прилозите се доставува до лицата кои се овластени да постапуваат по предметите во управна постапка.

Чекор 3. Лицето овластено да постапува по предметите во управна постапка со преземањето на предметот води сметка дали истиот е комплетиран со сите потребни прилози и дали треба за одредени факти да се обрати до службите во Фондот или да

се произнесе некој друг сектор или одделение или да се обрати до некој друг орган со цел по службена должност да ги прибави податоците. Доколку недостасуваат одредени докази кон барањето кои не можат да се прибават по службена должност овластеното лице ја известува странката во рок од 8 дена да ја комплетира документацијата.

Чекор 4. Доколку барањето е компетирано овластеното лице пристапува кон решавање на предметот имајќи го во предвид законскиот рок од 30 дена.

Овластеното лице, вкупниот нето приход во семејството го утврдува врз основа на податоците од Годишните даночни пријави за утврдување на персонален данок на доход – образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и за секој од членовите на семејството кои се доставуваат во копја со приемен печат од Управата за јавни приходи во прилог на барањето за ослободување од партиципација – образец П1.

Утврдувањето на нето приходот се врши на следниов начин:

Износот прикажан во линијата 21 колона 1 од образецот ПДД-ГДП се намалува за износите во линија 21 колона 2 и линија 21 колона 3, а зголемува за износот во линијата 20 и линијата 19 од истиот образец.

ВНП= Л21К1-Л21К2-Л21К3+Л20+Л19

ВНП- вкупен нето приход

Л21К1-линија 21 колона 1 од образецот ПДД-ГДП

Л21К2-линија 21 колона 2 од образецот ПДД-ГДП

Л21К3-линија 21 колона 2 од образецот ПДД-ГДП

Л20- линија 20

Л19-линија 19

По утврдувањето на вкупниот приход и споредба на истиот со просечната нето плата осигуреникот доколку ги исполнува условите се сместува во соодветната категорија за ослободување од учество согласно горенаведената Одлуката.

Доколку не е компетирано барањето и бараните докази не можат да се обезбедат по службена должност, а странката по доставеното известување не ги доставила, овластеното лице во законскиот рок ќе донесе Решение со кое барањето ќе се одбие како неосновано согласно член 140 став 2 од Законот за општа управна постапка.

Решението се изготвува под УП број _____ - _____/2 и го содржи датумот на донесувањето.

Образецот на решението за ослободување од партиципација, односно решението со кое барањето се одбива како неосновано се внесени во модулот.

Во образложението на Решението се наведуваат сите прилози наведени во образецот на барањето.

Чекор 5. Изготвеното решение се доставува до шефот на одделението за парафирање и до Раководителот на подрачната служба за потпис.

Чекор 6. Донесеното решение се заведува во Уписникот (образец – УП-1), при што се забележува денот на донесувањето на решението и денот на доставувањето до осигуреното лице.

Чекор 7. Решението се доставува препорачано со доставница со која се потврдува приемот на решението.

Доколку осигуреното лице лично го подигнал решението, приемот го потврдува со потпис и датум на примерокот од решението кое останува во предметот.

По истекот на рокот од 15 дена за жалба решението станува конечно. Конечноста на негативните решенија референтот ја констатира со запишување на датумот на конечноност, што се означува со посебен штембил за конечно решение.

Доколку пристигне жалба по конечноста на решението, односно по истекот на законски дозволеният рок за жалба од 15 дена, референтот со решение ја отфрла жалбата како ненавремена и истото го доставува до осигуреникот.

4.РЕФЕРЕНТНИ ДОКУМЕНТИ:

Упатството за начинот и постапката на утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови се уредува со одредбите на:

- Законот за здравственото осигурување и подзаконските акти за спроведување на Законот за здравственото осигурување
- Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови

5.ЗАПИСИ

Име на записот	Ознака	Носител	А/Б
Барање – ослободување од партиципација	Образец 1	Раководител на подрачна служба/ Раководител на одделение/Одговорно лице за процесот	Листа на документиран матерјал со рокови на негово чување
Решение за ослободување од партиципација	Образец 2	Раководител на подрачна служба/ Раководител на одделение/Одговорно лице за процесот	Листа на документиран матерјал со рокови на негово чување