Неофицијален пречистен текст

П Р А В И Л Н И К
ЗА НАЧИНОТ НА ПЛАЌАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ ВО ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

(Службен весник на РМ бр.42/2012, 176/2013, 47/2014, 7/2016, 122/2016, 14/2018, 129/2018, 160/2018 , Службен весник на РСМ бр. 188/2020 и Службен весник на РСМ бр. 251/2024, бр. 34/2025 и бр. 87/2026)

Член 1

Со овој правилник се утврдуваат критериумите за склучување на договори со здравствените установи и начинот на плаќање на здравствените услуги кои здравствените установи ги даваат на осигурените лица во примарната здравствена заштита на товар на средствата за задолжително здравствено осигурување на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд).

Член 2

Под здравствени услуги во примарната здравствена заштита (во натамошниот текст: услуги), чиј начин на плаќање се регулира со овој правилник, се сметаат:
а) основните здравствени услуги во примарната здравствена заштита дефинирани во Законот за здравственото осигурување и Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување што се обезбедуваат за осигурените лица кои се задолжително здравствено осигурени во Фондот и
б) здравствените услуги од примарната здравствена заштита опфатени со програмите за здравствена заштита.

Член 3

За обезбедување на здравствени услуги во примарната здравствена заштита на осигурените лица, Фондот склучува договори со здравствените установи кои вршат примарна здравствена заштита ако :
- укажува здравствени услуги што се во рамките на дејноста за која е регистрирана

- постојат услови за вршење на соодветната дејност (простор, опрема, кадар согласно Законот за здравствена заштита за која има одобрение за вршење на дејност од Министерството за здравство;
- да укажува здравствени услуги согласно Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Закон за евиденции во областа на здравството, меѓудржавни договори за социјално осигурување, подзаконските акти на Фондот и медицина базирана на докази,
- редовно се плаќаат придонесите за задолжително здравствено осигурување;
- негува добри деловни односи.

Договорите Фондот ги склучува по доставена понуда за склучување на договор со приложена потребна документација.

Член 4

Надоместокот за здравствените услуги се определува врз основа на:

- бројот и структурата на осигурените лица кои го избрале лекарот;
- според пол и возраст;
- превентивни мерки и активности што треба да се постигнат во однос на резултатите од извршената работа од страна на избраниот лекар;
- дополнителните стимули за обезбедени здравствени услуги на осигурените лица во руралните подрачја.

Член 5

Плаќањето на обезбедените здравствени услуги на здравствената установа за избраниот лекар се врши по склучување на договор според бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот помножен со соодветниот број на поени по возрасни групи и вредноста на поенот за капитација.
Надоместок за капитација од став 1 на овој член се исплаќа на месечно ниво на здравствената установа за комплетен тим за обезбедените здравствени услуги.
Тимот се состои од избран лекар од дејноста општа медицина (општа медицина, медицина на труд, педијатрија, училишна медицина и семејна медицина) односно гинекологија со медицинска сестра.

Член 6

Основната капитација за дејноста општа медицина за осигурено лице Фондот ја определува во зависност од возраста и полот, помножен со поени за секоја од овие категории осигурени лица и тоа за:
- деца до 6 годишна возраст - 3.1 поени ;
- деца постари од 6 години и помлади од 18 години – 1.2 поени;
- осигурени лица над 18 години и помлади од 34 години - 1.0 поен ;
- осигурени лица над 34 години и помлади од 65 години - 1.6 поени;
- осигурени лица постари од 65 години - 3.7 поени

Поените од став 1 на овој член се утврдени врз основа на податоците од претходниот период за потребите на осигурените лица, предвидувањата врз основа на медицина базирана на докази, и приоритетите во спроведувањето на превенцијата, заштитата на здравјето, грижа за заразни и незаразни заболувања и други утврдени цели.

Вредноста на поенот од став 1 на овој член го утврдува Фондот во зависност од планираните приходи во Буџетот на Фондот.

Во зависност од бројот на остварените поени за дејноста општа медицина (општа медицина„ медицина на труд, педијатрија, училишна медицина и семејна медицина) вредноста на поенот се пресметува на следниот начин:
- до 2500 поени 100% од утврдената вредност на поенот;
- за секој нареден поен од 2501 до 3500 поени, 70% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 3501 до 4500 поени, 45% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 4501 поени, 30% од утврдената вредност на поенот.

Член 6-а

Секој избран лекар е должен, да определи друг лекар од својата или од друга здравствена установа кој врши иста дејност, да го заменува односно да ги пружа здравствените услуги на осигурените лица во случај на негово привремено отсуство за време на користење на годишен одмор, краткотрајно боледување до 30 дена или краткотрајно службено отсуство.

На лекарот кој е редовна замена, не му се исплатува капитација за пружените здравствени услуги на осигурените лица на лекарот кој е привремено отсутен од работа.

По исклучок на став 1 и 2 на овој член, во случај кога лекарот по општа медицина кој е на подолготрајно боледување, односно на породилно отсуство и кога и по два неуспешни огласи не може да вработи нов лекар да го заменува, во период од 35 дена, но најмногу до 270 дена од настанување на спреченоста за

работа, здравствените услуги на осигурените лица ги пружа лекарот редовна замена.
Во пресметката на капитацијата за лекарот редовна замена влегуваат и осигурениците на лекарот кој е на подолготрајно боледување, односно на породилно отсуство.
Исплата на капитацијата на лекарот редовна замена се врши за осигурените лица на лекарот на подолготрајно боледување од триесет и првиот ден, а за лекарот кој е на породилното отсуство се исплаќа од првиот ден на спреченост за работа.
Исплата на капитацијата за осигурените лица на лекарот на подолготрајно боледувања/породилно отсуство, се врши на 70% фиксен дел. Лекарот редовна замена нема обврска да врши превентивни прегледи и да ги исполнува целите за осигурените лица на лекарот кој е на подолготрајно отсуство.[1]
Лекарот замена за подолготрајно отсуство изготвува посебна пресметка за исплата на капитација според бројот на поени пресметани за осигурените лица на лекарот кој е на подолготрајно отсуство, согласно критериумите утврдени во актите на Фондот [2]

Член 6-б

Во случај кога лекарот од дејноста општа медицина е на подолготрајно боледување над 30 дена, односно на породилно отсуство, и по два неуспешни огласи, не може да вработи нов лекар да го заменува, во период најмногу до 270 дена од настанување на спреченоста за работа, здравствените услуги на осигурените лица ги пружа лекарот редовна замена, со обврска за преземање на медицинската сестра.
Исплата на надоместокот за капитација за осигурените лица на лекарот на подолготрајно боледување/породилно отсуство, се врши на 70% основна капитација. Лекарот редовна замена нема обврска да врши превентивни прегледи и да ги исполнува целите за осигурените лица на лекарот кој е на подолготрајно отсуство.
Исплата на надоместокот за капитација на лекарот редовна замена се врши за осигурените лица од став 1 и 2 на овој член, за лекарот кој е на подолготрајно боледување од триесет и првиот ден, а за лекарот кој е на породилно отсуство од првиот ден на спреченост за работа. [3]

[1] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр, 7/2016
[2] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр, 14/2018
[3] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр, 188/2020

Член 7

Основната капитација за дејноста гинекологија за осигурени лица од женски пол на возраст над 12 години до крајот на животот, Фондот ја определува за:
- осигурени лица од женски пол – 1 поен и
- осигурени лица -бремени жени – 2 поена

Во зависност од бројот на остварените поени за дејноста гинекологија, вредноста на поенот се пресметува на следниот начин:[4]
- до 4000 поени 100% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 4001 до 5000 поени 70% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 5001 до 6000 поени 45% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 6001 поени 30% од утврдената вредност на поените [5]

Член 7-а

За избраниот лекар кој прв пат склучува договор со Фондот и за прв пат му е издадено одобрение за број на факсимил или има издаден број на факсимил од страна на Фондот кој не е активен повеќе од пет години, начинот на пресметување на капитацијата се врши стимулативно во вредност од 800 поени во времетраење од најмногу 18 месеци, под услов да има евидентирано осигурени лица кај него како избран лекар.[6]

За првото шестомесечје избраниот лекар добива стимулација во висина од 800 поени.

За второто и третото шестомесечје висината на капитацијата како стимулација се пресметува во зависност од бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот помножен со поени за секоја старосно категорија и тоа доколку:

За второто шестомесечје избраниот лекар продолжува со добивање на стимулација ако:

- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 199 поени се пресметува капитација по 800 поени;
- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 49 поени до 199 поени се пресметува капитација по 400 поени;
- вкупниот број на поени е до 49 поени не се применува принципот на стимулација туку се пресметува капитација според бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот.

---

[4] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр, 160/2018
[5] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр, 176/2013
[6] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр, 87/2026

За третото шестомесечје избраниот лекар продолжува со добивање на стимулација ако:

- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 399 поени се пресметува капитација по 800 поени;
- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 99 поени до 399 поени се пресметува капитација по 400 поени;
- вкупниот број на поени е до 99 поени не се применува принципот на стимулација туку се пресметува капитација според бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот.

Доколку износот на вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 800 поени, во тој случај Фондот продолжува со исплата на капитацијата согласно член 6 и член 7 од овој Правилник. [7]

Фондот престанува со исплата на капитација со стимулација и продолжува со исплата на капитација по број на поени од осигурените лица кои го избрале лекарот, во случај кога:

- лекарот користи подолготрајно отсуство од работа поради болест, повреда или бременост , раѓање и мајчинство, неплатено отсуство, специјализација, мирување на работен однос поради именување на вршење на јавна функција и други отсуства од работа согласно Законот за работни односи.
- лекарот е редовна замена со преземање на медицинска сестра на лекар кој користи подолготрајно отсуство поради болест, повреда или бременост, раѓање и мајчинство.

По престанок на причината за прекин на стекнатото право на стимулација, лекарот продолжува да добива капитацијата со стимулација за преостанатите месеци од денот на прекинување на правото на стимулација до истекот на 18 месеци, според условите наведени во став 7-а на овој член.

Утврдување на правото на стимулацијата од став 1 на овој член започнува од денот на потпишување на анексот на договорот. Начинот на пресметување на капитација со стимулација се врши за деновите во соодветниот месец кога лекарот пружал здравствени услуги на товар на средствата на Фондот.

Лекарот кој остварил право на капитација со стимулација, не може истовремено да користи право на исплата на капитација по основ на руралност. [8]

Член 8

Во руралните подрачја согласно критериумите определени од Фондот, со само еден лекар во примарната здравствена заштита, вкупниот ,износ на капитација

[7] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр, 176/2013
[8] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 129/2018

Фондот го зголемува со поени по основ на рурални подрачја во зависност од бројот на осигурени лица кои извршиле избор најмногу до 2100 поени.[9] [10]

Утврдувањето на вкупниот износ на поените од став 1 се врши според одредбите на член 9.

Руралното подрачје го опфаќа населеното место во кое има еден лекар кој пружа примарна здравствена заштита на осигурените лица и кон кое гравитираат повеќе населени места што немаат здравствени установи.

Како рурални подрачја односно рурални населени места можат да се утврдат оние кои ги исполнуваат следните услови:

- најмалку 5 километри оддалечено од населеното место во кое се наоѓа најблиската здравствена установа од примарната здравствена заштита;
- најмалку 15 километри оддалечено од населено место во кое се обезбедува специјалистичко - консултативна здравствена заштита со итна медицинска помош, а по исклучок на оддалеченост од населеното место од најмалку 5 километри за тешко пристапен терен кој може да биде непристапен во определен период од годината, и
- самото рурално место односно рурално подрачје има најмалку 50 жители.

По исклучок од ставот 4 на овој член, како рурални подрачја односно места, може да се утврдат:

- населените места во кои се наоѓа здравствена установа изградена согласно Одлуката на Владата на Република Македонија за изградба на амбуланти во рурални подрачја, доколку исполнуваат еден од условите предвидени во став 4 на овој член;
- населените места определени со одлука на Министерството за здравство, во кои се наоѓа приватна здравствена установа од примарна здравствена заштита, која користи простории на јавна здравствена установа под закуп и во која согласно член 60 став (3) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ бр. 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15, 154/15, 192/15, 17/16 и 37/16) ќе се укажува здравствена заштита без учество на медицинска сестра во тимот.[11]

Населените подрачја односно места што ги исполнуваат условите предвидени во овој член, со одлука на Управен одбор на Фондот се утврдуваат како рурални подрачја односно населени места и не можат да бидат повеќе од 100 рурални места и подрачја.

За обезбедување на континуирана здравствена заштита на населението, во руралното подрачје што има повеќе населени места кои гравитираат едно кон

[9] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 176/2013
[10] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 34/2025
[11] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр, 122/2016

друго, доколку се затвори здравствената установа, а се отвори нова здравствена установа во некое од населените места кои се дел од руралното подрачје, во тој случај тоа населено место станува носител на руралноста.

Доколку во определените од Фондот рурални подрачја односно населени места се зголеми бројот на лекари од примарна здравствена заштита, капитацијата престанува да се исплаќа според руралност и истата продолжува да се исплаќа според бројот на осигурените лица што ги избрале лекарите.

Член 9

Капитацијата за руралните населени места односно подрачја се исплатува само за осигурените лица од руралното подрачје односно населено место кои го избрале лекарот.
Висината на капитацијата се пресметува во зависност од бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот помножен со поени за секоја старосна категорија и тоа доколку:
- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е помал од 100 поени се исплатува 1500 поени;
- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 100,01 до 300 поени се исплатува 1600 поени;
- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 300,01 до 350 поени се исплатува 1700поени;
- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 350,01 до 700 поени се исплатува 1800 поени;
- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 700,01 се исплатува 2100 поени.
Доколку износот на вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот во руралното подрачје е поголем од 2100 поени, во тој случај Фондот продолжува со исплата на капитацијата согласно член 6 од овој правилник. [12]

Член 10

Фондот на здравствената установа за избраниот лекар исплатува до 100% месечен надоместок во кој влегуваат 70% фиксен износ на капитација и 30% променлив износ во зависност од исполнување на целите.
Избраните лекари кои се исплаќаат согласно член 9 став 2 односно кога износот на вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот

[12] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр. 42/2012 и Сл.весник на РСМ бр. 251/2024

во руралното подрачје е помал од 2100 поени, истите не се обврзани да ги реализираат превентивни мерки и активности (цели) од член 11 алинеја 1. [13]
Избраните лекари кои се исплаќаат согласно член 9 став 3 односно кога износот на вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот во руралното подрачје е поголем од 2100 поени, истите се обврзани да ги реализираат превентивни мерки и активности (цели).[14] [15]
Во месечниот надоместок за капитација утврден согласно членовите 6, 7 и 8 од овој правилник, вклучени се трошоците за:

- одржување на ординацијата и опремата по соодветни стандарди;
- обезбедување континуирана примарна здравствена заштита за акутните случаи во текот на 24 часа секој ден за осигурените лица кои избрале лекар во здравствената установа;
- исплата на плата на лекарскиот тим (лекарот и , медицинската сестра;
- патување до и од местото на живеење на осигурените лица за обезбедување здравствени услуги;
- одржување на неопходната медицинска опрема;
- водење на компјутерска евиденција и доставување на податоци и извештаи до Фондот и центрите за јавно здравје;
- лекови , медицински и други немедицински потрошни материјали;
- такси за комунални услуги, и
- други редовни трошоци.

Член 11

Превентивните мерки и активности со цел за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болести и други нарушувања на здравјето, се вршат од страна на избраниот лекар. Видот и начинот на вршење на превентивните мерки и активности (цели), како и начинот на нивното плаќање е утврдено со Упатство на Фондот и се поделени на општи цели и специфични цели.
Променливиот износ на надоместокот за капитација се исплатува секој месец и тоа за:
-рано откривање на заболувања
-рационално пропишување на лекови на рецепт
-рационално издавање на упати
- рационално и оправдано издавање на боледување до 15 дена
Здравствената установа, односно избраниот лекар, задолжително превзема активности за постигнување на превентивните мерки и активности (цели).

[13] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр. 42/2012 и Сл.весник на РСМ бр. 34/2025
[14] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр, 47/2014
[15] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр. 42/2012 и Сл.весник на РСМ бр. 34/2025

Извештаите за планирани и извршени мерки и активности за исполнување на целите, Фондот ги контролира еднаш годишно, а за дејноста гинекологија на квартално ниво. Доколку со контрола се констатира неизвршување на мерките и активностите, односно неисполнување на целите, во определениот процент, променливиот износ на надоместокот за капитација се намалува за соодветниот процент за определената цел.[16]

Член 11-а

Здравствената установа за постигнување на превентивните мерки и активности (целите) изготвува план на активности, а репланирање на планот се врши при промена на бројот на осигурените лица кај избраниот лекар и промена на нивната старосна структура.[17]

Член 11-б

Реализација на целта за рецепти во дејноста општа медицина се извршува по основ на просечен годишен лимит од 480,00 денари по поен, со изземање на лековите со режим на пропишување по препорака на лекар специјалист, субспецијалист и конзилиум на лекари од Листата на лекови на товар на Фондот .
Просечниот годишен лимит за пропишување на антибиотици и анксиолитици изнесува 180,00 денари по поен во рамките на утврдениот износ од 480,00 денари.
Остварувањето на оваа цел се оценува врз основа на реализираните рецепти за лековите од Листата на лекови на товар на Фондот. Реализацијата на оваа цел се однесува за сите осигурени лица кои го избрале лекарот.[18]

Член 11-в

Заради остварување на целите, избраниот лекар од дејноста гинекологија е овластен на осигурените лица кои го избрале, да им пропишува лекови на рецепт, согласно Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот и тоа за женска популација на возраст над 12 години за гинеколошко–акушерска примарна здравствена заштита. Остварувањето на оваа цел се оценува врз основа на реализираните рецепти за лековите од Листата на лекови на товар на Фондот. Реализацијата се однесува за сите осигурени лица кои го избрале лекарот.[19]

---

[16] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр, 47/2014 и во Сл. весник на РСМ бр. 188/2020
[17] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр, 188/2020
[18] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр, 188/2020
[19] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр, 188/2020

Член 11-г

Во случај на прогласена епидемија, во согласност со Фондот, се зголемува бројот на дозволениот износ, во зависност од подрачјето на кое е прогласена епидемијата и посебно издадените рецепти по осигурено лице и лекови определени според прогласената епидемија. Здравствената установа е должна да поднесе извештај до Фондот за извршени работи по прогласена епидемија.[20]

Член 11-д

Избраниот лекар од дејноста општа медицина кај осигурените лица кои го избрале утврдува привремена спреченост за работа поради болест и повреда (боледување) до 15 дена, согласно општите акти на Фондот.

Остварувањето на оваа цел се оценува врз основа на издадените боледувања до 15 дена, кои се евидентирани во медицинската документација, секој квартал. Реализацијата се однесува за сите осигурени лица по старосни групи кои го избрале лекарот.[21]

Член 12

За учениците и студентите на возраст помеѓу 7 и 26 години, кои покрај избраниот лекар избираат уште еден лекар во местото каде што се школуваат односно студираат, фиксниот износ на надоместокот за капитација се распределува со следниов сооднос:
а) 70% за избраниот лекар во местото каде што ученикот односно студентот се школува односно студира;
б) 30% за избраниот лекар во местото каде што ученикот односно студентот има постојано место на живеење.

Променливиот износ на надоместокот за капитација му се исплаќа само на избраниот лекар во местото на школување односно студирање.

Член 13

Во подрачја каде нема организирано итна медицинска помош со дежурна служба или истата не може да се спроведува поради тоа што нема доволен број на лекарски тимови и со тоа не ги исполнува условите предвидени во Правилникот за простор, опрема и кадар истата се врши со дежурства на

[20] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр, 188/2020
[21] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр, 188/2020

избраните лекари од тоа подрачје кои ги организира јавната здравствена установа.

Јавната здравствената установа склучува посебен договор со избраните лекари заради обезбедување на услови за извршување на континуирана здравствена заштита.
Плаќањето на надоместокот за дежурство на избраните лекари го врши здравствениот дом согласно Одлуката за утврдување на цени за дежурство, остварување на приправност и породување во здравствените домови

Член 14

Надоместокот за остварената приправност на избраниот лекар каде што нема организирано итна медицинска помош или истата не може да се спроведува поради тоа што нема доволен број на лекарски тимови и со тоа не ги исполнува условите предвидени во Правилникот за простор, опрема и кадар се исплаќа од здравствениот дом, врз основа на доставената фактура согласно Одлуката за утврдување на цени за дежурство, остварување на приправност и породување во здравствените домови.

Член 15

Во подрачјата каде што домашното лекување го врши избраниот лекар од тоа подрачје, по налог на лекар специјалист, извршените услуги ги обезбедува Фондот и се надоместуваат врз основа на фактура доставена од здравствената установа на избраниот лекар согласно Ценовникот за здравствени услуги на Република Македонија.
За извршените породувања во породилиштата што ги врши избраниот гинеколог како и прегледите на педијатарот плаќањето на надоместокот го врши здравствениот дом согласно Одлуката за утврдување на цени за дежурство, остварување на приправност и породување во здравствените домови.

Член 16

Здравствените установи на избраниот лекар кои имаат договор со Фондот да обезбедуваат примарна здравствена заштита во согласност со овој правилник, можат да обезбедуваат здравствени услуги на осигурените лица кои имаат потреба од истите додека се на одмор или се надвор од местото на живеење, а не можат да користат здравствени услуги од избраниот лекар.
Фондот ќе му исплати на лекарот од став 1 на овој член, месечен износ на капитацијата за соодветното осигурено лице.

Надоместокот од став 2 на овој член Фондот го исплаќа на здравствената установа на лекарот кој ги извршил услугите по доставувањето на извештајот за извршените услуги до избраниот лекар и по добиената потврда од страна на избраниот лекар.

Член 17

За лицата опфатени со склучени меѓународни договори за социјално осигурување - странски осигуреници, здравствената установа од примарна здравствена заштита им обезбедува здравствени услуги врз основа на договорен меѓудржавен двојазичен образец односно европска картичка за здравствено осигурување (European Helth Insurance Card – EHIC.
Здравствената установа до подрачната служба на Фондот доставува посебна пресметка за пружени здравствени услуги според цените утврдени од Фондот со прикажана пресметана и наплатена партиципација.

Член 18

Овој правилник влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство а ќе се применува од 1 април 2012 година.

Член 19

(член 5 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 176/2013)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“ ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство, а ќе се применува од 1.1.2014 година.

Член 20

(член 3 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 47/2013)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство.

Член 21

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 7/2016)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство, а ќе се променува од 01.01.2016 година.

Член 22

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 122 /2016)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство.

Член 23

(член 3 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/2018)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство, а ќе се применува од 1 јануари 2018 година.

Член 24

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 129/2018)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство.
Според став 2 на членот 1 од овој Правилник, ќе стапи во сила по создавање на технички услови во електронскиот систем на Фондот.

Член 25

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 160/2018)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство, а ќе се применува од 1 септември 2018 година.

Член 26

(член 4 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 188/2020)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“, а ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство.

Член 27

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 251/2024)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“, а ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство.

Член 28

(член 3 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 34/2025)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“, а ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство.

Член 29

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 87/2026)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“, а ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство.