Врз основа на член 9 став 2, член 17 став 1, член 24 став 1, член 25 став 6, член 27 став 2, член 28 став 5 и член 56 став 1 точка 3 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на РМ“ бр. 25/2000 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 18/2007 и 36/2007), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 25.07.2007 утврди пречистен текст на Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување

ПРАВИЛНИК ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ("Службен весник на РМ" бр. 111/2000, 4/2001, 71/2001, 23/2002, 55/2004, 30/2006, 137/2006 и 26/2007) (пречистен текст)

I. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Со овој правилник, во согласност со Законот за здравственото осигурување (во натамошниот текст: Закон), поблиску се уредуваат содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд).

Член 2

Како осигурено лице се смета лице на кое на начин пропишан со Законот и овој правилник му е утврдено својство на осигуреник, односно осигурено лице.

Член 3

На осигурените лица им се обезбедуваат здравствени услуги и парични надоместоци под услови и на начин утврдени со Законот, овој правилник и другите општи акти на Фондот.

Здравствените услуги од став 1 на овој член осигуреното лице може да ги оствари само во здравствени установи со кои Фондот склучил договор.

II. УТВРДУВАЊЕ СВОЈСТВО НА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ

Член 4

Својството на осигурено лице го утврдува подрачната служба на Фондот, според местото на живеење односно на работа.

Својството на осигурено лице се утврдува врз основа на пријава за задолжителното здравствено осигурување што ја поднесуваат обврзниците за уплата на придонесот.

Ако Фонодот утврди дека обврзникот за уплата на придонесот, во пропишаниот рок не поднесол пријава за задолжителното здравствено осигурување, по службена должност, со решение ќе утврди својство на осигурено лице.

Ако Фонодот по поднесена пријава не признае својство на осигурено лице, или тоа својство го признае по друг основ, должен е за тоа да донесе решение.

Член 5

Поднесителот на пријавата е должен кон пријавата да приложи 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).

За осигурените лица - членови на семејството кон пријавата се поднесува доказ со кој се докажува сродството со осигуреникот (извод од матичните книги на венчаните, извод од матичните книги на родените или решение од надлежен орган).

За децата на осигуреникот над 18 години, кон пријавата се поднесува и потврда за редовно школување.

За децата кои се или ќе станат неспособни за самостоен живот и работа, кон пријавата се поднесува решение дека детето е неспособно за самостоен живот и работа според прописите за пензиското и инвалидското осигурување, односно за социјална заштита.

Член 6

Врз основа на пријавата за осигурување и доказите од член 5 на овој правилник, статусот на осигурено лице се утврдува од денот на: засновање на работниот однос; почетокот на вршењето на дејноста; почетокот на користењето на пензијата односно другите права врз основа на кои се осигуруваат, стапувањето во брак, раѓањето или стекнувањето на друго својство врз основа на која ќе се осигурува.

За лицата кои сами пристапуваат кон задолжително здравствено осигурување, статусот на осигурено лице се утврдува со денот на поднесувањето на пријавата.

Член 7

За децата на осигуреникот над 18 години кои се на редовно школување, на почетокот на учебната година, осигуреникот доставува потврда за редовно школување.

Доколку за осигуреното лице од став 1 на овој член не е доставена потврда за редовно школување, им престанува својството на осигурено лице.

Член 8

Својството на осигурено лице престанува со денот на поднесување на одјавата за осигурување, односно со престанокот на основот врз основа на кој било осигурено.

Член 9

Образецот на пријавата односно одјавата за задолжително здравствено осигурување (ЗО - 1) е составен дел на овој правилник.

Фондот води евиденција за осигурените лица според податоците за пријавата односно одјавата за задолжително здравствено осигурување.

III. ДОКАЖУВАЊЕ НА СВОЈСТВО НА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ

Член 10

Својството на осигурено лице се докажува со здравствена легитимација и потврда за платен придонес.

Здравствената легитимација може да се користи само со лична карта, односно ученичка книшка или индекс со кои се докажува идентитетот на осигуреното лице.

Член 11

По исклучок од ставот 2 на член 10 од овој правилник, децата до два месеца возраст здравствена заштита можат да користат и врз основа на здравствена легитимација на еден од родителите.

Член 12

Потврдата за платен придонес за здравствено осигурување ја издава подрачната служба на Фондот, според местото на живеење, односно работа на осигуреникот, ако обврзникот редовно го уплатува придонесот за здравствено осигурување или со задоцнување од најмногу 60 дена сметано од истекот на последниот ден од месецот за кој се плаќа придонесот.

Потврдата од став 1 на овој член содржи: име и презиме на осигуреникот, број на здравствената легитимација, регистарски број на обврзникот, сериски број, месецот за кој е платен придонесот и месеците и годината во кои можат да се користат здравствени услуги на товар на средствата на Фондот.

Потврдата за платен придонес за здравствено осигурување за корисниците на пензија или друг надоместок од пензиското и инвалидското осигурување, се издава со скратени податоци заедно со чекот со кој се исплатува пензијата односно надоместокот.

Потврдата за платен придонес за здравствено осигурување се издава во потребен број на примероци за здравствени услуги и за лекови.

Примерок од потврдата се приложува кон пресметката за извршената здравствена услуга и кон рецептот за издаден лек.

IV. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

1. Избор на лекар

Член 13

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

Како избран лекар во смисла на став 1 од овој член се смета лекар вработен во здравствена установа која врши примарна здравствена заштита и кој осигуреното лице го избрало за свој лекар.

Член 14

Изборот на лекар се врши:

1.Во дејноста општа медицина избор на лекар можат да вршат сите осигурени лица.

2.Во дејноста медицина на трудот избор на лекар вршат работниците и другите осигурени лица, доколку лекарот од медицина на трудот врши дејност од општа медицина.

3.Во дејноста на педијатрија, избор на лекар вршат децата до 6 односно до 14 годишна возраст.

4.Во дејноста училишна медицина избор на лекар вршат децата од училишна возраст.

5.Децата кои се на школување надвор од местото на живеење избираат лекар и во местото на школувањето.

6.Во дејноста гинекологија избор на лекар вршат жените над 14 годишна возраст.

7.Во дејноста на стоматологијата избор на лекар вршат сите осигурени лица.

По исклучок од став 1 точка 3 и точка 4 на овој член, осигуреното лице може да избере лекар и од дејноста на педијатрија и училишна медицина, ако на тоа подрачје нема лекар од соодветната специјалност или ако осигуреното лице така определи.

Изборот на лекар стоматолог се врши од сите лекари стоматолози кои вршат општа стоматолошка пракса освен лекарите специјалисти по орална хирургија и ортодонција и други специјалисти, кои вршат специјалистичка дејност.

Член 15

За децата осигурени лица до 14 годишна возраст, изборот на лекар може да го врши родителот односно старателот.

Член 16

Лекарот може да го одбие изборот на осигуреното лице во случај:

1. кога му е исполнет нормативот утврден со општ акт на Фондот;

2.ако осигуреното лице укажува недоверба кон лекарот или не постапува по неговите совети;

3.ако не му дава вистински податоци за својата здравствена состојба.

Член 17

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.

Избраниот лекар е должен да ја извести подрачната служба на Фондот за лекарот кој ќе го заменува.

Член 18

Избраниот лекар може да се промени во случај на:

1. престанок на работа на избраниот лекар;

2. промена на местото на живеење односно на работа на избраниот лекар или на осигуреното лице;

3. во други случаи по барање на осигуреното лице, односно лекарот.

Член 19

Изборот на лекар се врши со пополнување на изјава за избор на лекар на образец ИЛ-1 (Пријава за избор - Промена на лекар), кој е составен дел на овој правилник.

Изјавата од став 1 на овој член се потполнува во два примероци од кои едниот останува во здравствениот картон на осигуреното лице кај избраниот лекар, а другиот избраниот лекар го доставува до подрачната служба на Фондот за евиденција.

Член 20

Промената на избраниот лекар се врши со пополнување на нов образец ИЛ-1 како одјава за избор на лекар и нов образец ИЛ-1 како изјава за избор на лекар.

Подрачната служба на Фондот по службена должност може да ја изврши промената со верификација на изјавата на осигуреното лице и доказ од личната исправа , во рок од осум дена од поднесувањето.

Во рок од осум дена од извршената промена од став 2 на овој член, подрачната служба на Фондот ќи известува избраниот и ново избраниот лекар.

При промена на избраниот лекар, здравствениот картон се пренесува кај ново избраниот лекар.

Одјавата и новата изјава за избор на лекар од став 1 на овој член новоизбраниот лекар ги доставува до подрачната служба на Фондот.

Член 21

Изборот на лекар и заменикот на избраниот лекар се запишуваат во здравствената легитимација на осигуреното лице со втиснување на факсимилот со бројот на лекарот.

Промената на изборот на лекарот се запишува во здравствената легитимација по поништувањето на записот за претходниот избран лекар.

Член 22

Избраниот лекар води евиденција за осигурените лица што го избрале.

Подрачната служба на Фондот води евиденција за осигурените лица според избраните лекари и нивните заменици и за промените на избраните лекари и нивните заменици.

2. Содржина на основните здравствени услуги кај избраниот лекар

Член 23

Основната здравствена заштита ги опфаќа мерките и активностите што ги превзема избраниот лекар и тоа:

1. превентивни мерки и активности со цел за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болести и други нарушувања на здравјето;
2. лекарски прегледи, советувања и други видови на медицинска помош со цел за утврдување, проверување и следење на здравствената состојба;
3. лекување на болните и повредените.

Член 24

Превентивните мерки и активности од член 23 став 1 точка 1 на овој правилник опфаќаат:

1. заштита од штетни влијанија врз здравјето на населението;
2. откривање, сузбивање и спречување на заразни болести;
3. систематски прегледи на децата, учениците и студентите;
4. заштита на жената во врска со бременоста, породувањето, леунството и контрацепцијата;
5. заштита на доенчињата и малите деца;
6. заштита од болести на зависности;
7. други превентивни мерки и активности.

Мерките и активностите од став 1 на овој член се вршат во обем и на начин утврден со програмите што ги донесуваат Владата на Република Македонија, односно Фондот.

Член 25

Лекарските прегледи и другите видови на медицинска помош со цел за утврдување, проверување и следење на здравствената состојба на осигурените лица опфаќаат:

1. превентивни прегледи;
2. прегледи по барање на осигуреното лице;
3. прегледи по предлог на избраниот лекар.

Превентивните прегледи се вршат во динамика која обезбедува следење на растот и развојот, рано откривање на болестите и пореметувањата, откривање на причините и последиците од патолошки состојби и создавање на основа за санирање и подобрување на утврдените состојби.

Прегледите по барање на осигуреното лице (први, повторни и контролни) се вршат според медицински индикации и опфаќаат општ физикален преглед, прегледи со одредена цел, анализа на претходната медицинска документација, упатување на помошни дијагностички прегледи (радиолошки, лабораториски, функционални тестови и др.), упатување на консултативно - специјалистички прегледи и упатување во болничка установа во зависност од медицинските индикации.

Доколку избраниот лекар врши помошни дијагностички прегледи со ЕКГ, ЕХО или други апарати, здравствените услуги не се сметаат како посебни здравствени услуги туку како здравствени услуги на избраниот лекар.

Прегледите по предлог на избраниот лекар содржат потребни постапки од став 2 и 3 од овој член, во зависност од медицинските индикации.

Член 26

Лекувањето на болните и повредените опфаќа примена на медицински знаења, вештини, методи, постапки и средства со цел за лекување и закрепнување на осигуреното лице.

Член 27

Примарната здравствена заштита по правило се остварува во ординацијата на избраниот лекар.

По исклучок од став 1 на овој член, во итни случаи доколку на подрачјето не постои организирана итна медицинска помош или ако избраниот лекар оцени за потребно и ако за тоа постојат услови, може да изврши преглед или други здравствени услуги во домот на осигуреното лице.

Член 28

Избраниот лекар гинеколог, покрај мерките и активностите од членовните 23 до 27 од овој правилник:

1. ја следи бременоста и дава совети во врска со бременоста и контрацепцијата;
2. го води породувањето, кога не е неопходно породувањето да се врши во болнички услови;
3. превзема мерки и активности за рано откривање на заболувањата кај жените;

Кај избраниот лекар гинеколог, како мерки и активности од став 1 на овој член се сметаат и здравствените услуги со ЕХО прегледите.

3. Стоматолошка здравствена заштита кај избраниот лекар

Член 29

Превенцијата и лекувањето на устата и забите во примарната здравствена заштита опфаќа: стоматолошки прегледи и други видови стоматолошка помош со цел за утврдување, следење и проверување на здравствената состојба како и лекување на устата и забите.

Стоматолошките прегледи можат да бидат превентивни и прегледи по барање на осигуреното лице.

Превентивните прегледи опфаќаат: дијагностика на ризикот за појава на кариес и парадонтопатија, рано откривање на болестите на устата и забите, аномалиите во развојот на вилиците и забите и други заболувања и состојби.

Прегледите по барање на осигурените лица опфаќаат: општ стоматолошки преглед, анализа на медицинската документација, упатување на помошни дијагностички прегледи (рентген, лабораторија и др.), стоматолошка терапија и по потреба упатување на специјалистички прегледи.

Член 30

Одредени превентивни прегледи се спроведуваат во согласност со програмите за здравствена заштита, а прегледите по барање на осигуреното лице според медицинските индикации.

Член 31

Лекувањето на болните, повредените и другите видови на стоматолошка помош опфаќа: терапија на кариесот со полнења на предните заби со двокомпонентен композитен материјал и со амалгамски полнења на другите заби, ендодонска терапија со дефинитивно полнење на канали со јодоформ фосфатен цемент, заболување на парадонтот, терапија на меките ткива, устата и плувачните жлезди и вадење заби.

Стоматолошките здравствени услуги од орална хирургија, ортодонција и протетика не спаѓаат во примарана здравствена заштита.

4. Домашно лекување

Член 32

Домашно лекување, осигуреното лице остварува кога не е неопходно болничко лекување, 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 леквуање по предлог на болничката здравствена установа,
- кај болни во терминална фаза на болеста.

Член 33

Потребата од домашно лекување ја утврдува лекар специјалист од соодветната специјалност.

Член 34

Домашното лекување го спроведува избраниот лекар 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.

Член 35

Домашното лекување се спроведува со цел да се обезбеди рационално, ефикасно и неопходно подобрување на здравствената состојба на осигуреното лице.

5. Итна медицинска помош

Член 36

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

Член 37

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 организирано 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.

Член 38

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.

Член 39

Во случај на потреба, по пруженатa 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.

Член 40

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

Оправданоста на повикот ја цени лекарот од итна медицинска помош, а по приговор, лекарската комисија на Фондот.

6. Превоз со санитетско возило

Член 41

Санитетско возило може да се користи и кога не се работи за итен случај, а болниот односно повредениот поради неподвижност или ограничена подвижност не може да користи превоз со јавниот сообраќај.

Потребата за превоз со санитетско возило ја утврдува избраниот лекар односно надлежниот лекар од соодветната болничка здравствена установа.

Превоз со санитетско возило може да се користи и во случаи од член 30 од Законот, по предлог на лекарската комисија за упатување на лекување во странство, односно надлежниот лекар во болничката здравствена установа во странство.

7. Патронажна посета

Член 42

Патронажната посета е пружање на стручна помош и следење на состојбата по породување на осигурено лице - породилка и на новородено дете со цел за зачувување и унапредување на здравјето на родилката односно детето, кај кои постои зголемен ризик од појава на болести.

Член 43

Патронажната посета ја спроведуваат медицински сестри од тимот на избраниот лекар - гинеколог.

8. Користење на лекови

Член 44

Право на лекови осигуреното лице остварува врз основа на рецепт за пропишување на лек.

Образецот на рецептот е составен дел на овој правилник.

Член 45

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

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

Лекарите од став 1 на овој член препишуваат лекови само од дејноста што ја вршат.

Член 46

Осигуреното лице може да оствари право на лекови на товар на средствата на Фондот според Листата на лекови врз основа на рецепт и потврда за платен придонес за здравствено осигурување.

Член 47

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 пропишуваат повеќе рецепти за лекови, но на еден рецепт еден лек за терапија најмногу до 30 дена.

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 90 дена, сметано од денот на издавање на рецептот.

Член 48

Аптеката го издава лекот пропишан на рецептот, според пропишаната терапевска доза.

Издавањето на лековите за хроничните болни ќе се врши месечно, за потребна терапија пропишана за најмалку 30 дена.

Ако аптеката не располага со пропишаниот лек, овластениот здравствен работник во аптеката го известува осигуреното лице за можноста за набавка во друга аптека.

Во случаите од став 3 на овој член, здравствениот работник од аптеката го известува избраниот лекар за лековите кои му стојат на располагање.

Член 49

Се брише објавен во „Службен весник на РМ“ бр. 137/06.

Член 50

Ако осигуреното лице има потреба од употреба на хормон за раст, хормонот може да го користи врз основа на мислење од конзилиумот од лекари на Клиниката за детски болести и Клиниката за ендокринологија при Клиничкиот центар во Скопје и тоа кај деца до 14 години коскена старост.

Член 51

Избраниот лекар секој пропишан лек го запишува во здравствениот картон и здравствената легитимација на осигуреното лице, а ја запишува и датата и количината на препишаниот лек.

Здравствениот работник во аптеката, во здравствената легитимација на осигуреното лице, со дата, потпис и печат го потврдува издавањето на лекот.

V. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Член 52

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

За потребата од упатување на специјалистичко - консултативна здравствена заштита од став 1 на овој член одлучува избраниот лекар.

Член 53

Специјалистичко-консултативната здравствена заштита осигуреното лице ја остварува во здравстена установа која врши такви здравствени улуги на тоа подрачје, врз основа на упат од избраниот лекар од член 13 и 14 на овој правилник.

Субспецијалистичката здравствена заштита се користи со упат на лекарот специјалист.

Упатот важи најмногу 30 дена од денот на издавањето, односно до денот на закажаниот преглед.

Член 54

Ако во здравствената установа во која е упатен има повеќе лекари од иста специјалност осигуреното лице самостојно може да се определи кај кој лекар специјалист ќе користи здравствена услуга.

Член 55

Избраниот лекар кон упатот за специјалистичко консултативна здравствена заштита ги приложува сите потребни наоди за извршените специјалистички прегледи, дијагностички и терапевтски постапки.

Член 56

Лекарот специјалист наодите од извршениот специјалистички преглед и другите испитувања ги доставува на избраниот лекар со мислење за здравствената состојба на осигуреното лице и упатство за натамошното лекување.

Член 57

Осигуреното лице е должно по извршениот специјалистичко консултативен преглед да се јави кај избраниот лекар веднаш но најдоцна во рок од три дена.

Член 58

Обрасците на упатите за специјалистичко консултативна и субспецијалистичка здравствена заштита, за лабараторија и рендген дијагностика се составен дел на овој правилник.

VI. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Член 59

Кога поради природата на заболувањето не е можно со успех да се спроведе амбулантно или домашно лекување осигуреното лице се упатува на болничко лекување во најблиската здравствена установа која врши соответна болничка зравствена заштита.

Член 60

Болничката здравствена заштита опфаќа:

1. испитување и лекување на болните и повредените со примена на медицински знаења, вештини, методи и средства за лекување, оперативно лекување, лекување со примена на методи на физикална медицина, медицинска рехабилитација, совети, медицинска нега и прифатени методи на традиционалната медицина во болнички услови, со цел за оздравување и подобрување на здравствената состојба;
2. лекови, помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитетски и друг материјал потребен за лекување;
3. сместување и исхрана во стандардни болнички услови.

Член 61

Како стандардни болнички услови за сместување на болни осигурени лица се смета сметување во болничка соба со два или повеќе болнички кревети.

Сместување во еднокреветна болничка соба се врши во случај на потреба од изолација поради опасност од пренесување на заразна болест.

Како болнички услови од повисок стандард од стандардот утвден со овој правилник се смета сместување во еднокреветна болничка соба обезбедена со телевизор, радио, телефон, посебна нега и/или други надстандардни потреби по барање на осигуреното лице.

Во случај на сместување во болнички услуги од повисок стандард од став 3 на овој член осигуреното лице ја надоместува разликата помеѓу цената на стандардниот и повисокиот стандард на сместување.

Член 62

На осигуреното лице сместено во болничките услови му се обезбедува стандардна болничка исхрана од три оброци дневно, која ги задоволуваа дневните потреби на организмот.

По исклучок од став 1 на овој член, во зависност од медицинските индикации, на осигуреното лице му се обезбедува диетална исхрана односно парентерална исхрана.

Член 63

Болничкото лекување трае ограничено, односно најкусо можно време потребно за извршување на неопходните болнички здравствени услуги, а престанува кога ќе се постигне состојба за продолжување на лекувањето во домашни или амбулантски услови како и медицинска рехабилитација во специјализирани здравствени установи.

Долготрајно болничко лекување на осигурените лица болни од хронични болести се врши во специјални болници за лекување на хронични болести, лекување на душевни болести, лекување во геронтолошки установи и лекување на деца со трајни психофизички пречки.

Долготрајно болничко лекување од став 2 на овој член трае онолку време колку што е потребно за стабилизирање на влошената здравствена состојба на хронично болните, односно се додека не се создадат услови за лекување на хроничното заболување во домашни или амбулантски услови.

Член 64

На осигурените лица кои се наоѓаат во тешка состојба со нарушени витални функции, им се обезбедува интензивна нега која опфаќа медицински мерки и постапки потребни за одржување на компензирана состојба на виталните функции.

Интензивната нега трае до воспоставување на стабилна здравствена состојба за продолжување на болничкото лекување.

Член 65

Мајка на хоспитализирано дете до една годишна возраст има право на сместување и исхрана во болницата како придружник, најмногу до 30 дена. Како придружник на хоспитализирано дете до три годишна возраст, поради потешко оштетување е неопходно придружување, еден од родителите или член на семејството има право на болничко сместување и исхрана најмногу до 30 дена, заради нега и оспособување за рехабилитација во домашни услови.

Член 66

Во случаите кога според здравствената состојба на осигуреното лице не е неопходно сместување во болница, болничката установа обезбедува болничка здравствена заштита со сместување на болните во определено време во текот на денот (дневна болница).

Член 67

Болничкото лекување се остварува врз основа на упат од избраниот лекар на осигуреното лице.

На болничко лекување може да биде примено осигуреното лице и без упат ако е итен случај, односно ако е упатен од лекар што пружил итна медицинска помош.

Во случаите од став 2 на овој член својството на осигурено лице се докажува со упат од избраниот лекар се доставува по престанок на итноста, односно во најкус можен рок.

Образецот на болничкиот упат е составен дел на овој правилник.

Член 68

Избраниот лекар е должен во упатот за болничкото лекување да ја определи најблиската соответна болничка здравствена установа во која осигуреното лице се упатува, упатната дијагноза и ја приложува целокупната медицинска документација.

Упатот за болничко лекување важи најмногу 30 дена од денот на издавањето од избраниот лекар.

Член 69

Болничката здравствена установа во која е упатено осигуреното лице на лекување при приемот утврдува дали постои медицинска индикација за болничко лекување.

Ако постои медицинска индикација за болничко лекување, болничката здравствена установа е должна на осигуреното лице да му обезбеди сместување и лекување во најкраток можен рок, а во итните случаи веднаш.

Ако болничката здравствена установа утврди дека болничкото лекување не е неопходно, должна е за тоа да го извести осигуреното лице и избраниот лекар со образложен предлог и мислење за понатамошно лекување.

Член 70

Ако осигуреното лице се наоѓа во болничка установа, а се оцени дека поуспешно и посоответно може да се лекува во друга болничка установа, се упатува со итерболнички односно интерклинички упат.

Образецот на интерболнички односно интерклинички упат е составен дел на овој правилник.

Член 71

По завршеното болничко лекување болничката здравствена установа на осигуреното лице му дава отпусно писмо и совет, а на избраниот лекар упатство за понатамошно лекување.

Интерболнички, односно интерклинички упат не може да се издаде кога осигуреното лице се упатува на медицинска рехабилитација.

Осигуреното лице ја потпишува фактурата за извршените здравстени услуги, а болничка здравствена установа е должна да му издаде копија од фактурата што ја доставува до Фондот.

Образецот за отпусно писмо е составен дел на овој правилник.

Член 72

Осигуреното лице е должно со отпусното писмо лично или преку член на семејството да се јави на избраниот лекар веднаш, односно во рок од 5 дена.

VI - а.ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА ВЕШТАЧКО ОПЛОДУВАЊЕ

Член 72- а

Осигуреното лице на товар на средствата на Фондот остварува право на вештачко оплодување, најмногу до трет обид за оплодување.

VII. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Член 73

Медицинската рехабилитација на болните и повредените ги опфаќа постапките на физикалната медицина (масажа, кинези терапија, електротерапија, хидротерапија, термотерапија, фототерапија, примена на ултразвук, магнето терапија, ласеро терапија), оспособување со стручна работа и со примена на ортотски средства, со цел за спречување на настанување или отстранување на намалена работна или функционална способност на осигуреното лице.

Медицинската рехабилитација се спроведува во амбулантно поликлинички услови, во рамките на болничко лекување и во специјализирани здравствени установи.

Член 74

Осигуреното лице остварува право на медицинска рехабилитација по правило во амбулантски услови во најблиската здравствена установа која врши дејност медицинска рехабилитација, со упат на избраниот лекар, по предлог на лекар специјалист од соодветна специјалност.

Осигуреното лице може да оствари право на медицинска рехабилитација во болнички установи кои вршат медицинска рехабилитација и Заводот за медицинска рехабилитација - Скопје, освен во специјални болници, со упат на избраниот лекар, по предлог на лекар специјалист од соодветната специјалност и мислење и оценка на лекарска комисија на Фондот.

Член 75

Осигуреното лице може да оствари право на специјализирана медицинска рехабилитација, како продолжено болничко лекување непосредно по акутно заболување, состојба и повреда, или кога заради влошување на хроничната болест се наоѓал на болничко лекување најмалку 10 дена, а е започната рехабилитација и кога понатаму постојат функциоаналните пречки за чие отстранување е неопходно да се продолжи лекувањето и рехабилитацијата во специјална болница за специјализирана медицинска рехабилитација, ако во здравствената установа тоа не е можно.

Правото на специјализирана медицинска рехабилитација од став 1 на овој член може да се оствари во рок од еден месец по завршеното болничко лекување, односно во рок од шест месеци по прележан инфаркт на срцето.

Правото на специјализирана медицинска рехабилитација од ставот 1 на овој член може да се остварува со решение на 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.

Специјализираната медицинска рехабилитација од став 1 на овој член може да трае најмногу 21 ден, а во исклучителни случаи до 30 дена, само еднаш во текот на една година.

Член 76

Доколку лекарскиот конзилиумот кој го предлага продолженото болничко лекување оцени дека на детето до три годишна возраст му е потребен и придружник, ова право се остварува под услови и на начин утврдени со член 65 и член 75 од овој правилник.

VII. ОБДУКЦИЈА НА УМРЕНИ

Член 77

Обдукција на лице, кое умрело во здравствена установа и кое имало својство на осигурено лице, може да се врши по барање на надлежниот лекар во здравствената установа.

Обдукција на умрено лице од став 1 на овој член може да се врши кога причината за смрта е непозната, односно нејасна, кога смрта настапила во врска со дијагностички и терапевски постапки и во случаите кога тоа го бараат епидемиолошки причини.

Лекарот кој бара да се спроведе обдукција, во барањето е должен да ги образложи причините поради кои се бара обдукција.

Обдукциите надвор од случаите од став 2 на овој член, како и по барање на граѓани или надлежни државни органи и институции не паѓаат на товар на Фондот.

IX. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА ПРОТЕЗИ И ДРУГИ ОРТОПЕДСКИ ПОМАГАЛА

Член 78

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 Фондот, 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 од став 1 на овој член ја утврдува лекар специјалист од соответната специјалност.

Потврдата за потребата од ортопедско или друго помагало се заверува во подрачната служба на Фондот.

X. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА ЛЕКУВАЊЕ ВО СТРАНСТВО

Член 79

Осигуреното лице има права на лекување во странство кога се исцрпени можностите за лекување во здравствените установи во Републиката, кога е упатен на привремена работа во странство и кога привремено престојува во странство на начин и постапка утврдени со посебен правилник на Фондот, во согласност со член 30 од Законот за здравственото осигурување.

XI. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ

1. Утврдување на привремена спреченост за работа

Член 80

Времетраењето на спреченост за работа, избраниот лекар и лекарската комисија ја утврдуваат на начин и постапка утврдени со посебен правилник на Фондот за начинот, постапките и поблиските критериуми за утврдување на привремената спреченост за работа поради болест и повреда или потреба за нега на болен член од потесното семејство и за времетраењето на привремената спреченост за работа во зависност од видот на болеста и повредата.

Членовите од 81 до 86 се бришат-„Сл.весник на РМ“ бр. 30/2006.

2. Надоместок на плата

Член 87

На осигурениците од член 5 став 1 точките 1, 2, 3 и 4 на Законот, за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство им припаѓа надоместок на платата, под услови и на начин утврдени со член 13, 14 и 15 од Законот и овој правилник.

Осигурениците од став 1 на овој член можат да остварат право на надоместок на плата ако се исполнети следните услуви за остварување на правото на надоместок на плата од законот и тоа:

- Ако здравственото осигурување по основ на работен однос траело непрекинато најмалку шест месеци пред настапување на случајот, поради кое се стекнува правото;

- Придонесот за задолжително здравствено осигурување редовно да е уплатуван или со задоцнување од најмалку 60 дена;
- Оценката за привремена спеченост од работа да ја дал избраниот лекар, односно Лекарската Комисија, во согласност со правилникот.

По исклучок од став 1 точка 1 на овој член , во случај на повреда на работа и професионално заболување осигурениците можат да остварат право на надоместок на плата.

Член 88

Основицата за пресметување на надоместокот на плата се утврдува согласно член 16 од Законот.

Осигурениците кои стекнуваат или стекнале право на надоместок на плата по било кој основ од законот, а во последните шест месеци пред настанување на случајот поради кој се стекнува правото на надоместок кај работодавачот е зголемена платата само за тој осигуреник, во тој случај при утврдување на основицата на надоместокот на плата се зема во предвид периодот од предпоследните шест месеци пред настанатото зголемување на платата.

За осигурениците кои покрај платата остваруваат права на надоместок на плата за скратено работно време и други надоместоци според прописите за пензиското и инвалидското осигурување, во основицата за пресметување на надоместокот на плата се засметува и надоместокот на кој е платен придонес за задолжително здравствено осигурување.

Член 89

Надоместокот на плата за време на привремена спреченост за работа изнесува 85% од основицата утврдена со член 16 од Законот, освен за случаите од член 17 став 2 од Законот.

Член 90

На осигурениците кај кои привремената спреченост за работа настапила додека се наоѓаат на неплатено отсуство, им припаѓа надоместок на плата само по истекот на неплатеното отсуство ако во тоа време сé уште постои спреченост за работа.

Член 91

Фондот врши контрола на користењето на боледувањето за време за кое надоместокот на платата се обезбедува на товар на средствата на Фондот.

Член 92

Ако овластеното лице во вршењето на контролата утврди постоење на фактите од членот 23 од Законот, подрачната служба на Фондот донесува решение за запирање на исплатата на надоместокот на плата.

Член 93

Пресметката и исплатата на надоместокот на плата се врши врз основа на:

- извештај за привремена спреченост за работа издаден од избраниот лекар (образец ИСР);
- потврда за висината на исплатената нето плата на осигуреникот (образец НП-1);
- потврда за висината на исплатената нето плата кај работодавецот (образец НП-2);
- потврда за движењето на платите кај работодавецот (образец НП-3);

Обрасците од став 1 точка 1, 2, 3 и 4 се составен дел на овој правилник.

Член 94

Подрачната служба на Фондот врши контрола на документацијата, пресметката и исплатата на основицата за надоместок на плата.

3. Патни трошоци

Член 95

Осигурените лица кои се третираат со хемодијализа, истата ја остваруваат по правило во местото на живеење, ако за тоа постојат услови или во најблиската здравствена организација каде што се врши хемодијализа.

Ако хемодијализата се врши во здравствена установа надвор од местото на живеење на осигуреното лице, по правило се обезбедува организиран превоз со возило на здравствената установа.

Ако во здравствената установа не постојат услови за организиран превоз, на осигуреното лице му се признаваат трошоците за превоз според цената за превоз со средствата за јавен патен односно железнички сообраќај.

Член 96

На осигурените лица им припаѓа надомест на патните трошоци во случај на вршење на вежби за видот, слухот и говорот кои се извршуваат надвор од местото на живеење, а се спроведуваат амбулантски.

Во случај од став 1 на овој член, на осигуреното лице му се признаваат трошоците за превоз според цената за превоз со средствата за јавен патен односно железнички сообраќај.

Член 97

Патните трошоци за осигурените лица упатени на лекување во странство се уредуваат со посебен правилник.

XIII. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 98

Со денот на влегување во сила на овој правилник престанува да важи Правилникот за начинот на остварување на правата и обврските од здравственото осигурување („Службен весник на РМ“ бр. 3/92, 11/92, 32/92 и 6/95).

Овој правилник влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во "Службен весник на Република Македонија", а ќе се објави по добивање на согласност од министерот за здравство.

Управен одбор
Претседател,
Аљбон Џемаили, с.р.