Неофицијален пречистен текст

ПРАВИЛНИК ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

(Службен весник на РМ бр.18/2015, 64/2015, 96/2015, 125/2015, 191/2015, 187/2016, 146/2018, 44/2019 и Службен весник на РСМ бр.198/2019, 63/2020, 202/2020,303/2020 217/2021, 179/2023, 277/2023, 57/2024 , 71/2024, 251/2024, 56/2026 и 241/2026)

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, независно од местото на живеење односно работа.

Својството на осигурено лице се утврдува врз основа на пријава за задолжителното здравствено осигурување, што ја поднесуваат обврзниците за уплата на придонесот, односно лицето кое бара утврдување на својство на осигуреник, односно осигурено лице.

Ако Фондот 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 Фондот 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

Подносителот на пријавата е должен кон пријавата да приложи соодветни докази со кои се докажува законскиот основ за осигурување, освен за оние докази (факти) со кои Фондот располага по службена должност.

Државјаните на Република Македонија од член 5 став 1 точка 15 од Законот за здравствено осигурување кои бараат утврдување на својство на осигуреник, кон пријавата за задолжително здравствено осигурување приложуваат:

- барање за прием во задолжителното здравственото осигурување;
- извод од матична книга на родени, односно венчани во копија;
- лична карта во копија, со согласност на подносителот на пријавата и
- здравствена легитимација.

Граѓаните на Република Македонија кои не се опфатени со задолжително здравствено осигурување според став 1 на член 5 од Законот за здравствено осигурување, кои сакаат да пристапат кон задолжително здравствено осигурување, кон пријавата за задолжително здравствено осигурување приложуваат:

- барање за прием во задолжителното здравственото осигурување;
- извод од матична книга на родени односно венчани во копија;
- лична карта во копија,со согласност на подносителот на пријавата и
- здравствена легитимација.

По обработката на податоците од копијата на личната карта од став 2 и 3 на овој член, копијата од личната карта се поништува комисиски во рок од 30 дена од денот на приемот согласно со прописите за заштита на личните податоци.

Лицата опфатени со одредбите на Законот за неевидентирани лица во матична книга на родени, кон пријавата за задолжително здравствено осигурување приложуваат:

- извод од посебната матична книга на родени, издадена од Управата за водење на матични книги, во копија
- Идентификациона исправа издадена од Министерството за внатрешни работи, во копија
- здравствена легитимација[1]

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

Лицето од член 5 став 2 и 3 од овој правилник, кое прв пат пристапува во задолжителното здравственото осигурување до подрачната служба на Фондот поднесува барање со потребна документација наведена во член 5 на овој правилник.

За лицето од член 5 став 2 и 3 кое има утврдено својство на осигурено лице, Фондот по службена должност врши пререгистрација во задолжително здравствено осигурување, врз основа на податоците добиени од Управата за јавни приходи најдоцна до 31 март во годината што следи, после годината кога се врши поднесувањето на даночната пријава и утврдување на данокот.

Врз основа на добиените податоци по електронски пат од Управата за јавни приходи, Фондот врши нивна обработка и определува во која категорија припаѓа осигуреното лице, според остварените нето приходи како семејство согласно со прописите од областа на социјалното осигурување.

Својството на осигурено лице од став 1 и 2 на овој член, Фондот го утврдува со решение, по службена должност.

Секоја околност што предизвикува промена на основот на осигурување осигуреното лице веднаш ја пријавува во подрачната служба на Фондот.

Фондот врз основа на електронската размена со Управата за јавни приходи, врши тековна проверка на податоците со цел да утврди дали осигуреното лице има промени во законскиот лимит односно зголемување или намалување на нето приходите како семејство.

По извршената проверка на податоците, доколку Фондот утврди дека осигуреното лице спаѓа во друга категорија со повисоки приходи, а не пријавило дека има приходи и не треба

[1] Дополнувањето е направено во Сл. весник на РСМ бр. 217/2021

да биде осигурано по овој основ и користело здравствени услуги, Фондот ќе донесе решение по службена должност за престанок на својството на осигурено лице.

Ако осигуреното лице се затекне да работи, односно е работно ангажирано или врши дејност спротивно на закон, од страна на Фондот или друг надлежен орган, како и даде податоци за остварени нето приходи кои не се во согласност со податоците добиени од Управата за јавни приходи или од други извори, му престанува својството на осигурено лице со што му престануваат правата од задолжително здравствено осигурување освен правото на итна медицинска помош, до осигурување по една од точките од 1) до 14) од став 1 на член 5 од Законот за здравственото осигурување.

Член 7

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.

По искучок за лицата на кои им престанал работниот однос и е започната постапка за остварување на право на пензија можат да ги користат правата од задолжително здравствено осигурување во рок од 60 дена сметано од истекот на последниот ден за месецот за кој се плаќа придонесот во континуитет од страна на работодавецот.

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

По исклучок за лицата кои остваруваат приходи од извршување физичка и/или интелектуална работа, врз основа на еден или повеќе договори за дело и/или авториски договори или друг договор со кој е определен надоместокот за извршената работа, а немаат друг основ на осигурување, статусот на осигурено лице се утврдува од денот на пристигнување на пријавата од Фондот на пензиско и инвалидско осигурување на Македонија за исплата на надоместок по основ на договор за дело и /или авторски договор или друг договор. Осигуреното лице правата од задолжителното здравствено осигурување ги користи во временски период утврден во пристигнатата пријава од Фондот на пензиско и инвалидско осигурување на Македонија, но не повеќе од 60 дена.[2]

Член 8

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

Доколку за осигуреното лице од став 1 на овој член не е доставена потврда за редовно школување поради тоа што не го продолжил школувањето му престанува својството на осигурено лице.

Потврдите за редовно школување Фондот може да го обезбеди и по службена должност.

[2] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр, 64/2015 година, а е избришана во Сл. Весник на РМ бр, 191/2015

Член 9

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

Кон одјавата за здравствено осигурување се приложува соодветен доказ за престанок на основот на осигурување од кој ќе се види дека престанал основот на осигурување, освен за оние докази (факти) со кои Фондот располага по службена должност.

Фондот врз основа на дополнително утврдени факти по службена должност му ги прекинува својство на осигурено лице.

Член 10

Пријавата односно одјавата за задолжително здравствено осигурување е на пропишан образец.

Со воведувањето на електронска обработка на образецот на пријавата односно одјавата во здравствено осигурување по точно дефинирани процедури, како и при функционирање на електронски потпис од електронска здравствена картичка, пријавувањето и одјавувањето во задолжително здравствено осигурување може да се врши и по електронски пат.

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

III. ДОКАЖУВАЊЕ НА СВОЈСТВО НА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ

Член 11

Својството на осигурено лице се докажува со електронска картичка за здравствено осигурување, односно здравствена легитимација со потврда за платен придонес.

Електронската картичката за здравствено осигурување, односно здравствената легитимација може да се користи само со лична карта, или патна исправа.

Член 12

По исклучок од ставот 2 на член 11 од овој правилник, децата до два месеца возраст здравствена заштита можат да користат и врз основа на електронска картичка за здравствено осигурување, односно здравствена легитимација на еден од родителите.

Член 13

Потврдата за платен придонес за здравствено осигурување ја издава подрачната служба на Фондот, независно од 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, 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, под услов осигуреникот да има активна пријава во задолжително здравствено осигурување.

Платениот придонес за здравствено осигурување за корисниците на пензија или друг надоместок од пензиското и инвалидското осигурување, се докажува со потврдата за исплата на пензијата односно надоместокот.

Ставовите 4 и 5 се избришани во Сл.весник на РСМ бр. 241/2026 година.

IV. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

1. Избор на лекар

Член 14

Осигуреното лице заради користење на примарната здравствена заштита врши избор на лекар во дејност на: општа медицина, гинекологија и општа стоматологија, без оглед на 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 каде Фондот обезбедил вршење на такви услуги и кој осигуреното лице го избрало за свој лекар.

Член 15

Како избран лекар од општа медицина може да бидат лекари од дејностите: општа медицина, медицина на трудот, педијатрија, училишна медицина сите со приложена лиценца за работа од општа медицина и семејна медицина.

Како избран лекар од гинекологија е специјалист гинеколог акушер.

Како избран лекар од општа стоматологија може да биде лекар од општа стоматолошка пракса како и лекари специјалисти кои се определиле да бидат избрани лекари со приложена лиценца за работа од општа стоматологија.

Децата кои се на школување надвор од местото на живеење може да изберат лекар од општа медицина и во местото на школувањето.

Во дејноста на општа медицина и општа стоматологија избор на лекар вршат сите осигурени лица.

Во дејноста гинекологија избор на лекар вршат лицата од женски пол над 12 годишна возраст.

Избраниот лекар не може да врши и услуги од специјалистичко - консултативна здравствена заштита, освен за гинекологот кој го води породувањето во породилиште на здравствен дом, во случај ако тоа не се врши во болнички услови.

Член 16

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

По исклучок од став 1 на овој член, лицата опфатени во член 15 став 6 од овој правилник, можат самостојно да вршат избор на лекар од дејноста гинекологија при користење на здравствени услуги од оваа област, со цел да им се гарантира доверлив пристап до гинеколошка здравствена услуга, почитување на личниот интегритет и обезбедување на правото на здравствена заштита.[3]

Член 17

Лекарот може да го откаже направениот избор на осигуреното лице во случај:

1. ако осигуреното лице укажува недоверба кон лекарот или не постапува по неговите совети, и
2. ако не му дава вистински податоци за својата здравствена состојба.

[3] Дополнувањето е направено во Сл. весник на РСМ бр. 56/2026

Член 18

Секој избран лекар е должен да определи друг лекар од својата или од друга 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 19

Избраниот лекар може да се промени во следните случаи:

1. престанок на работа на избраниот лекар;
2. промена на местото на живеење, односно на работа на избраниот лекар или на осигуреното лице;
3. промена на престој во Установи за згрижување на стари и болни лица и во други случаи согласно со прописите за социјална и детска заштита;
4. по барање на осигуреното лице, но најмногу двапати во текот на една календарска година

Член 20

Изборот на лекар за сите осигурени лица се врши преку веб – порталот на Фондот со пополнување на електронска изјава за избор на лекар на пропишан образец, потпишана согласно со Законот за податоците во електронски облик и електронски потпис, со што осигуреното лице во истиот момент го врши изборот на лекар.

За осигурените лица кои имаат дигитален сертификат/електронска здравствена картичка, верификацијата на направениот избор на лекар ја врши осигуреното лице и избраниот лекар.

За осигурените лица кои немаат дигитален сертификат/ електронска здравствена картичка, верификацијата на направениот избор на лекар ја врши само лекарот со дигитално потпишување со неговиот дигитален сертификат/ електронска здравствена картичка.

Испечатената изјава за направениот избор на лекар, своерачно потпишана од осигуреното лице и избраниот лекар, како доказ се чува во здравствениот картон на осигуреното лице.

Член 21

Промената на избраниот лекар, со одјава од претходниот и пријава кај новиот лекар, за сите осигурени лица се врши преку веб -порталот на Фондот со пополнување на изјава за промена на лекар на прошишан обрзец кај новоизбраниот лекар.

Промената на избраниот лекар, односно одјавата од стариот избран лекар и пријавата кај новиот избран лекар за осигурените лица, се врши во ист ден.

За осигурените лица кои имаат дигитален сертификат/електронска здравствена картичка, верификацијата на направената промена на избор на лекар ја врши осигуреното лице и избраниот лекар.

За осигурените лица кои немаат дигитален сертификат/електронска здравствена картичка,верификацијата на направената промена на избраниот лекар ја врши само лекарот со електронски потпис со неговиот дигитален сертификат/електронска здравствена картичка.

Испечатената изјава за промена на избраниот лекар, своерачно потпишана од осигуреното лице и избраниот лекар, како доказ се чува во здравствениот картон на осигуреното лице.

Фондот по службена должност ќе изврши колективна одјава на осигурените лица од избраниот лекар во согласност со законските прописи.[4]

При промена на избраниот лекар, здравствениот картон се пренесува кај новоизбраниот лекар по барање на осигуреното лице.

[4] Измена направена во Сл. весник на РСМ бр. 57/2024

Член 22 – Избришан во Сл.весник на РСМ бр. 276/2022 година и во Сл.весник бр. 57/2024 година (од 08.03.2024 година)[5]

Член 23

Осигуреното лице кое не прави промена на избраниот лекар може само да се одјави од избраниот лекар.

Одјава на лекар се врши преку веб-порталот на Фондот со пополнување на електронска изјава за одјава на лекар на пропишан образец, со што осигуреното лице во истиот момент врши одјава на лекар.

Одјавата на лекар ја потпишува осигуреното лице и избраниот лекар со дигитален сертификат/електронска здравствена картичка.

За осигурените лица кои немаат дигитален сертификат/електронска здравствена картичка, верификацијата на направената одјава на избраниот лекар ја врши само лекарот со неговиот дигитален сертификат/електронска здравствена картичка.

Испечатената изјава за одјава од избраниот лекар, своерачно потпишана од осигуреното лице и избраниот лекар, како доказ се чува во здравствениот картон на осигуреното лице.

Фондот по службена должност може да направи одјава на осигуреното лице од избраниот лекар, по констатирана злоупотреба на самиот избор.

Член 23-а Избришан во Сл.весник на РСМ бр. 276/2022 година[6]

Член 24

Изборот на лекар и заменикот на избраниот лекар се запишуваат во здравствената легитимација на осигуреното лице со втиснување на факсимилот со бројот на лекарот, односно со внесување на податоци во електронската картичка за здравствено осигурување.

Промената на изборот на лекарот се запишува во здравствената легитимација по поништувањето на записот за претходниот избран лекар, односно податоците за промената се внесуваат во електронската картичка за здравствено осигурување.

Член 25

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.

[5] Членот 22 е избришан во Сл. Весник на РСМ 276/2022 (овој правилник е укинат од Уставен суд)

[6] Членот 23-а е избришан во Сл. Весник на РСМ 276/2022 (овој правилник е укинат од Уставен суд) и повторно е избришан со правилникот Сл. Весник на РСМ бр. 57/2024, сметано од 08.03.2024 година

Рурален лекар

Член 26

Руралниот лекар пружа здравствени услуги на примарно ниви во здравствениот дом со седиште во подрачјето во кое е опфатена општината во местото на живеење на осигуреното лице. Здравствените услуги се пружаат од страна на руралниот лекар на осигурените лица кои не може да го остварат правото на здравствена заштита кај избраниот лекар во местото на живеење, во кој се врши здравствена дејност на примарно ниво.

Здравствената заштита ги опфаќа пружање на здравствени услуги утврдени со Законот за здравствена заштита, дефинирани со упатство изготвено од Фондот.

Заради обезбедување здравствена заштита на осигурените лица во согласност со потребите на населението, здравствениот дом го организира работењето на руралните лекари. За пружените здравствени услуги на осигуреното лице од страна на руралниот лекар, здравствениот дом по службена должност го известува избраниот лекар на осигуреното лице.

2. Содржина на основните здравствени услуги кај избраниот лекар

Член 27

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

1. Основни здравствени услуги како што се лекарски прегледи, советувања и други видови на медицинска помош со цел за утврдување, проверување и следење на здравствената состојба.
2. Следење на хронични состојби, согласно стручните упатства за примарната здравствена заштита, се врши на осигурените лица со веќе дијагностицирано хронично заболување/состојба.
3. Извршување на превентивни мерки и активности со цел за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болести и други нарушувања на здравјето, согласно стручните упатства за примарната здравствена заштита за соодветни болести. “
4. Извршување на одредени здравствени интервенции, кои може да ги врши избраниот лекар на примарно ниво на здравствена заштита

Основни здравствени услуги

Член 27-а

Во основните здравствени услуги влегуваат лекарските прегледи и другите видови на медицинска помош со цел за утврдување, проверување и следење на здравствената состојба на осигурените лица кои се вршат: по барање на осигуреното лице, и по предлог на избраниот лекар.

Лекарските прегледи (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 специјалистичко-консултативни прегледи и упатување во болничка установа во зависност од медицинските индикации согласно закон.

Во случај кога не е потребен физикален преглед, одредени здравствени услуги, избраниот лекар може да ги врши со електронска консултација (телефон, е-маил, мобилни и интернет консултации). Советување на осигуреното лице се врши и по телефон, вибер или е-пошта со: давање на упатства за третман, начин како да се идентификуваат состојби за кои е потребен преглед, како да се лекува или третира осигуреното лице со акутна болест или симптоми на болест без посета во здравствената установа. Датумот и кратката содржина на консултациите се евидентираат во медицинската документација.
Основните здравствени услуги се евидентираат со посебна шифра во системот на Управата за електронско здравство, со тоа што во електронскиот дневник се бележи секоја услуга, како и сите останати податоци согласно Законот за водење на медицинска евиденција

Член 28

Превентивните мерки и активности опфаќаат:

- заштита од штетни влијанија врз здравјето на населението;
- откривање, сузбивање и спречување на заразни болести;
- откривање и спречување на незаразни заболувања и малигни заболувања;
- заштита на жената во врска со породувањето, леунството и контрацепцијата;
- заштита на доенчињата и малите деца;
- заштита од болести на зависности, и други превентивни мерки и активности

Превентивни мерки и активности за рано откривање на заболувања - дијабет, астма, ХОББ, висок крвен притисок, заболување на штитна жлезда, рак на грло на матка, се дефинирани со стручните упатства за примарната здравствена заштита и електронски обрасци за следење на извршувањето.

Следење на хронични состојби

Член 29

Следење на хронични состојби/заболувања, се врши на веќе дијагностицирани осигурени лица со одредени хронични заболувања (дијабет, астма, ХОББ, висок крвен притисок, заболување на штитна жлезда). Следењето се врши според стручни упатства/протоколи за следење на хронични заболувања во примарна здравствена заштита за соодветната болест.

Постапката се спроведува според дефинираното упатство/протокол, и медицинските наоди за осигуреното лице се внесуваат електронски на посебен образец. Врз основа на евидентирање и евалуација на резултатите, избраниот лекар врши проценка на ризикот од влошување на хроничното заболување.

По завршување на прегледот, доколку има влошување на хроничното заболување осигуреното лице може да се упати на понатамошно испитување и лекување на повисоко ниво на здравствена заштита.

Здравствени интервенции

Член 29-а

Избраниот лекар може да врши одредени здравствени интервенции, зависно од стручната медицинска подготвеност на лекарот за давање на здравствената услуга.

Здравствените интервенции се поделени во три грипи (мал зафат/среден зафат /голем зафат) и во зависност од тежината на интервенцијата одредени услуги може да ги врши: лекар од општа медицина, лекар специјалист по семејна медицина, лекар специјалист со друга специјалност и/или медицинската сестра.

Извршените здравствени интервенции се евидентираат со посебна шифра во системот на Управата за електронско здравство, со тоа што во електронскиот дневник се бележи секоја услуга, како и сите останати податоци согласно Законот за евиденции во областа на здравството.

Лекување според медицина базирана на докази и протоколи за одредени заболувања во примарна здравствена заштита

Член 30

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

Здравствените услуги избраниот лекар ги врши согласно стручните упатства за примарната здравствена заштита за лекување на одредени заболувања, кои се применуваат на примарно ниво на здравствена заштита.

Стручните упатства за примарна здравствена заштита се поделени на:

- постапка за скрининг – активности кои се изведуваат на асимптоматски лица (доколку се утврди дека е оправдано),
- дијагностика и третман – активности кои се изведуваат за следење на симптоматски лица.

Согласно поделбата на стручните упатства наведена во став 1 алинеа 1 и 2 на овој член, во рок од 6 месеци треба да се изготват Обрасци, кои се составен дел на овој правилник.

Стручните упатства имаат јасно дефинирани целни вредности на параметрите што ги следи избраниот лекар при лекувањето и кои треба да се постигнат со преземените мерки, како и лекување со фармаколошка терапија.

Со стручните упатства се разработува начинот и терминологијата на советување и комуникација со пациентите и се утврдува улогата на медицинската сестра во давањето на здравствената грижа.

Член 31

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 32

Избраниот лекар гинеколог, покрај мерките и активностите од членовните 24 до 28 од овој правилник:

1. ја следи бременоста и дава совети во врска со бременоста и контрацепцијата;
2. го води породувањето во породилиште на здравствен дом, во случај ако тоа не се врши во болнички услови;
3. превзема мерки и активности за превенција и рано откривање на заболувањата кај жените, и

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

3. Стоматолошка здравствена заштита кај избраниот лекар

Член 33

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.

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

Член 34

Лекувањето на болните, повредените и другите видови на стоматолошка помош опфаќа: терапија на кариесот со полнења на предните заби со двокомпонентен композитен материјал, еднокомпонентен материјал, нанокомпозит и со амалгамски полнења на другите заби, ендодонска терапија со дефинитивно полнење на канали, 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 примарна здравствена заштита.

4. Домашно лекување

Член 35

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.

Член 36

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

Член 37

Домашното лекување 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.

Член 38

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

5. Право на Породување во породилиште на здравствен дом

Член 39

Во населените места каде што нема болничка здравствена установа со акушерско одделение, осигурените лица го остваруваат правото на породување во породилиштето на здравствениот дом.

6. Право на Итна медицинска помош и континуирана дваестичетиричасовна здравствена заштита

Член 40

Правото на итна медицинска помош осигуреното лице го остварува со пружање на дијагностички и терапевтски постапки кои се неопходни за отстранување на непосредна опасност по животот и здравјето на осигуреното лице.

Член 41

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 42

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 43

Осигуреното лице во итни случаи има право на превоз до болничката здравствена установа.

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

Член 44

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.

Член 45

Осигуреното лице има право на континуирана дваесетичетиричасовна здравствена заштита и во подрачјата каде нема организирано итна медицинска помош со дежурна служба или во постојната организирана служба лекарските тимови се во недоволен број.

7. Превоз со санитетско возило

Член 46

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.

8. Патронажна дејност и поливалентна патронажа

Член 47

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

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

9. Превентивни мерки и активности во врска со здравствената заштита на децата, учениците и студентите

Член 48

Превентивните мерки и активности во врска со здравствената заштита на децата, учениците и студентите опфаќа:

- Систематски прегледи и
- Имунизација како мерка за спречување на заразни болести

Мерките и активностите на став 1 од овој член се вршат во обем и на начин утврден со програмите што ги донесува Владата на Република Македонија, а ги спроведуваат превентивните тимови на здравствените домови.

10. Користење на лекови

Член 49

Право на лекови осигуреното лице остварува врз основа на пропишан лек на рецептен образец.

Лекарот е должен лекот да го пропише на рецептен образец користејќи го веб-сервисот на Фондот.[7]

Пропишувањето на лековите се врши по електронски пат по точно дефинирани процедури.[8]

Член 50

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

Лекарите од став 1 на овој член 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.

При пропишување на лек по електронски пат избраниот лекар, односно замената на избраниот лекар е должен рецептот да го верификува со електронски потпис.[9]

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.

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

Лекови на рецепт од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот може да пропишуваат и руралните лекари од здравствените домови.

На рецептниот образец за пропишан лек, руралниот лекар става и свој факсимил и соодветен печат со број на шифра на здравствената установа[10]

Член 51

Осигуреното лице согласно одредбите од овој правилник може да оствари право на лек од Листата на лекови на товар на средствата на Фондот, врз основа на рецепт, платен придонес за здравствено осигурување и документ за лична идентификација (лична карта или пасош).[11]

[7] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 198/2019
[8] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 202/2019
[9] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 202/2020
[10] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 198/2019
[11] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 198/2019

Член 52

Лековите на рецепт лекарите ги пропишуваат по едно пакување на еден рецепт за едно осигурено лице.

По исклучок од став 1 на овој член, лековите кои се утврдени со одлука на Управниот одбор на Фондот како лекови чии оригинални пакувања се делат, лекарите ги пропишуваат на рецепт по единица дозажна форма.

За акутни болести за едно осигурено лице лекарот пропишува лек на рецепт во потребна количина за терапија најмногу до 10 дена, со упатство за начинот на употреба на лекот и времетрањето на терапијата.[12]

За хронични болести, наркотици и опојни средства за едно осигурено лице лекарот пропишува лек на рецепт во количина за терапија најмногу до 30 дена, со упатство за начинот на употреба на лекот и времетрањето на терапијата.

За хронични болести избраниот лекар може да пропише рецепти за 180 дена терапија, со означен датум на важност на рецептот соодветно за секој месец.

Рецептот за пропишан лек за акутно заболување важи 3 дена, за пропишан наркотик и опојно средство важи 5 дена сметано од денот назначен на рецептот како датум на пропишување, а за хронично заболување важи 30 дена сметано од денот назначен на рецептот како датум на важност.

Дежурниот лекар може да пропише лек на рецепт во потребна количина за терапија до 8 дена за акутни случаи, со упатство за употреба на лекот и времетраење на терапијата.

Рецептот за пропишан лек од став 7 на овој член важи 24 часа од моментот на пропишување на лекот од дежурниот лекар.[13]

Пропишаниот лек на рецепт од дежурен лекар во дежурна служба осигуреното лице, може да го подигне во дежурна аптека и во секоја друга аптека во текот на денот за време на важење на рецептниот образец.[14]

За лековите на рецепт од Листата на лекови на товар на Фондот кои се пропишуваат по препорака на лекар специјалист / субспецијалист од соодветна медицинска специјалност или лекарски конзилиум од соодветна клиника, односно болница (извештај од специјалист/ субспецијалист, отпусно писмо, прилог кон отпусното писмо или конзилијарно мислење), препораката важи до денот на извршениот контролен преглед, но не подолго од една година од денот на издавање на препораката. Препораката за лек дадена во отпусно писмо од приватна здравствена установа која има склучено договор со Фондот, кога нема промена на препорачаната терапија важи најмногу до една година[15].[16]

Член 53

Аптеката издава лек на рецепт со утврдена референтна цена, согласно одредбите од овој правилник, според пропишаното генеричко име со фармацевтска форма и јачина, дозирањето на лекот и времетраењето на терапијата.

Лековите за хронични заболувања се издаваат во количина за терапија до 30 дена.

Секој издаден лек во аптеката се запишува во електронската евиденција согласно прописите од областа на здравството.[17]

Издавањето на лековите пропишани по електронски пат од избраниот лекар, аптеката го врши по точно дефинирани процедури[18].

[12] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 241/2026
[13] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 241/2026
[14] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 198/2019
[15] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 202/2020
[16] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 241/2026
[17] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 198/2019
[18] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 202/2020

Член 54

Избраниот лекар секој пропишан лек го запишува во здравствениот картон и во електронската евиденција согласно прописите од областа на здравството.

Дежурниот лекар, односно руралниот лекар, секој пропишан лек на рецепт го заведува во амбулантскиот дневник[19].

11. Упатување на повисоко ниво на здравствена заштита

Член 55

Осигуреното лице може да користи здравствени услуги во:

1. специјалистичко-консултативната здравствена заштита со упат од избраниот лекар или од лекар специјалист од иста или друга дејност;
2. болничка здравствена заштита осигуреното лице може да користи по правило со болнички упат издаден од лекарот специјалист /субспецијалист;
3. во итни случаи осигуреното лице може да користи здравствени услуги во болничката здравствена заштита со упат од избраниот лекар само во следните случаи:
   - дијагностицирани хронични заболувања;
   - по проценка на избраниот лекар за итност на здравствената состојба на осигуреното лице, со соодветно образложение за итноста и со проценка за натамошниот тек на третманот, што избраниот лекар соодветно го документира во медицинското досие на осигуреното лице;
   - кога упатувањето го врши избраниот лекар за детската популација до 14 годишна возраст и избран лекар гинеколог;
   - на закажан контролен преглед и
   - избраниот лекар може да го упати осигуреното лице во определени случаи и за определени состојби за здравствени услуги кои исклучиво се вршат на Универзитетските клиники – Скопје.

Избраниот лекар и лекарот специјалист/субспецијалист го упатуваат осигуреното лице да користи здравствена заштита во здравствени установи каде Фондот обезбедил вршење на здравствени услуги.

Упатот има важност само кога осигуреното лице има платен придонес за задолжително здравствено осигурување. [20]

[19] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 198/2019

[20] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018

Член 55-а

Упатот за користење на здравствени услуги на повисоко ниво на здравствена заштита, може да биде:

1. Упат за специјалистичко консултативна здравствена заштита:
   - редовен специјалистички/субспецијалистички упат во закажан термин од листата на закажани прегледи/интервенции, кој треба да се реализира во рок од 7 дена;
   - итен специјалистички/субспецијалистички упат во случај на животнозагрозувачка/итна состојба на осигуреното лице, кој треба да се реализира во рок од 24 часа;
   - упат без закажан термин заради издавање на препорака за боледување, користење на хронична терапија, издавање на ортопедски помагала за преглед /аплицирање на терапијата во рок од 24/48/72 часа,за остварување на право на БПО или остварување на други права за кои е потребно мислење од специјалист/субспецијалист/конзилиум на лекари, кој треба да се реализира во рок од 7 дена.

Упат без закажан термин се издава кога не може да се закаже термин за редовен упат, во случај на постоење на оправдана медицинска индикација.Осигурениците со упат без закажан термин се прегледуваат, по завршување на прегледите на осигурениците со редовен специјалистички/субспецијалистички упат во закажан термин и

- упатот за дијагностичка лабораторија без закажан термин.

Упатот за специјалистичко консултативна здравствена заштита важи од денот на издавањето, односно од денот на закажаниот преглед и/или дијагностичко испитување и/или интервенција до завршување на епизодата на лекување (пакет на здравствени услуги) која може да трае повеќе месеци.

2. Упат за болничка здравствена заштита:
   - редовен болнички упат издава лекар специјалист/субспецијалист кој го извршил прегледот;
   - упат за дневна болница издава лекар специјалист/субспецијалист за дијагностичко терапевтска интервенција за престој во болница еден или повеќе денови без преноќување;
   - итен болнички упат издава лекар специјалист/субспецијалист кој го извршил прегледот и оценил дека е потребна итна хоспитлизација или хируршка интервенција[21].

[21] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018

Листа на чекање според закажани прегледи и интервенции

Член 56

Осигуреното лице здравствените услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита ги користи врз основа на однапред закажан преглед и/или интервенција од страна на избраниот лекар односно лекарот специјалист/субспецијалист.

Листата на чекање според закажани прегледи и интервенции претставува електронска листа на закажани прегледи и интервенции за користење на здравствените услуги во мрежата на здравствени установи на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита.

Листата на чекање според закажани прегледи и интервенции во рамките на видот и обемот на здравствените услуги утврдени во договорот на здравствената установа со Фондот од соодветната дејност, здравствената установа ја води на веб серверот администриран од страна на Министерството за здравство.

Лекарот од став 1 од овој член, врши електронско закажување на прегледот и/или дијагностичко испитување и/или интервенцијата на осигуреното лице во:

- соодветната здравствена установа со избор на лекарот специјалист/субспецијалист по барање на осигуреното лице кое ќе биде упатено во првиот слободен термин за прием;
- сите здравстени установи со приложена Листа на лекари специјалисти/субспецијалисти со прв слободен термин за прием;

Лекарот е должен по извршено електронско закажување на прегледот и/или дијагностичко испитување и /или интервенцијата кај лекарот специјалист/субспецијалист да го испечати упатот на пропишан образец и да го даде на осигуреното лице.

Електронското закажување не се однесува за итните случаи кој кои е неопходно отстранување на непосредна опасност по животот и здравјето на осигуреното лице, предвидени во член 55 став 3 од овој Правилник.

12. Листа на чекање во случај кога е исполнет планот за вид и обем на здравствени услуги

Член 57

За здравствените услуги од специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита кои осигуреното лице не може да ги оствари поради тоа што е исполнет планот за видот и обем на здравствени услуги во соодветното тримесечје, здравствената установа изготвува посебна Листа на чекање со утврден временски период во кој може да биде пружена здравствената услуга.

Листа на чекање здравствената установа ја изготвува само во случај кога е исполнет планот за видот и обемот на здравствени услуги, планиран за одреден период во текот на годината (тримесечие), согласно договорот со Фондот.

Листа на чекање е транспарентна и секое осигурено лице упатено во здравствената установа има право на увид во истата.

Здравствената установа Листа на чекање ја доставува до Фондот за здравствено осигурување на Македонија, последниот ден од троимесечието по електронски пат.

V. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Член 58

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

Специјалистичко - консултативната здравствена заштита осигуреното лице ја остварува во најсоодветната здравстена установа која врши такви здравствени улуги, врз основа на пропишан образец на упат од избраниот лекар/лекар специјалист/субспецијалист. Заради укажување на специјалистичко-консултативни здравствени услуги, осигуреното лице може да биде упатено во јавни и приватни здравствени установи на територијата на Република Македонија, каде Фондот обезбедил вршење на здравствени услуги.

Избраниот лекар/лекар специјалист/субспецијалист упатувањето го врши според утврдени листи на здравствени услуги од Министерството за здравство, кои може да се вршат во специјалистичко - консултативна здравствена заштита во здравствените установи.

По извршениот прв преглед на осигуреното лице, за секој наредeн контролен преглед лекарот специјалист/ субспецијалист издава специјалистички/субспецијалистички упат во истата здравствена установа, која врши специјалистичко – консултативни здравствени услуги од иста дејност.

Во случаи кога лекарот специјалист/ субспецијалист има потреба од одредени дополнителни дијагностички или терапевтски процедури, осигуреното лице го упатува со интерспецијалистички упат во друга здравствена установа која врши специјалистичко – консултативни здравствени услуги од иста или друга дејност.

Осигуреното лице со интерен упат се упатува кај друг специјалист во иста здравствена установа заради дополнителни дијагностички или терапевтски процедури.

Упат за специјалистичко консултативна здравствена заштита за хронични заболувања, секој месец издава лекарот специјалист/субспецијалист кој ја пружа здравствената услуга. Препораката во извештајот издаден од лекар специјалист/ субспецијалист е со важност до првиот извршен контролен преглед, но не повеќе од 12 месеци, по исклучок на здравствени услуги кои ги изврши избраниот лекар во согласност со стручните упатства за примарната здравствена заштита. [22]

Член 58-а

Избраниот лекар од општа медицина и гинекологија и лекарот специјалист/субспецијалист во специјалистичко- консултативна и болничка здравствена заштита, со специјалистички упат може да го упати осигуреното лице во дијагностичка лабораторија за следните здравствени услуги: трансфузија, хемостаза, микробиолошки бактериолошки анализи, микробиолошки миколошки анализи, микробиолошки паразитолошки анализи, цитогенетски и андролошки анализи, имунолошки анализи за алергени и други лабораториски здравствени услуги предвидени во националните упатства и протоколи за работа на избраните лекари.

Избраниот лекар гинеколог со специјалистички упат може да го упати осигуреното лице во дијагностичка лабораторија, покрај за здравствените услуги наведени во став 1 на овој член, и за: молекуларни анализи за детекција и генотипизација на HPV.

Лекарот специјалист/субспецијалист во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита со специјалистички упат може да го упати осигуреното лице во дијагностичка лабораторија, покрај за здравствените услуги наведени во ставот 1 на овој член, и за: серолошки анализи за инфективни причинители, патологија, судска медицина, патохистологија, молекуларни анализи за инфективни причинители, нуклеарна медицина, имунологија и фаракологија.

[22]Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018 и во Сл.весник на РСМ бр. 202/2020 и во 179/2023

Лекарот специјалист/ субспецијалист од универзитетските клиники со специјалистички упат може да го упати осигуреното лице, покрај за здравствените услуги наведени во ставовите 1 и 2 на овој член, и за здравствените услуги од молекулска медицина, хумана генетика и други услуги од специјалистичка дијагностичка лабораторија.[23]

Член 59

Осигуреното лице биохемиските лабораториски испитувања за потребите на примарна здравствена заштита ги користи врз основа на пропишан образец упат ЛУ1-а од страна на избраниот лекар, од дејноста општа медицина, гинекологија и општа стоматологија.

Избраниот лекар од дејноста општа медицина, издава упат ЛУ1-б за утврдување на вредностите на биохемиските лабораториски здравствени услуги PSA (тумор маркер за простата).

Избраниот гинеколог издава на осигуреното лице на пропишан образец упат ЛУ1-в, за утврдување на хормонски статус, тумор маркери и OGTT (орален гликоза толеранс тест).

Избраниот лекар од општа медицина издава упат на пропишан образец Лу1-п за биохемиски лабораториски услуги во согласност со стручните упатства за примарната здравствена заштита.

Упатот ЛУ1-б издаден од избраниот лекар од дејноста општа медицина и ЛУ1-в издаден од избраниот гинеколог содржи биохемиски лабораториски услуги наведени во став 2 и 3 на овој член.

За време на вонредни услови, кризни состојби, епидемии и пандемии на заразни болести, избраниот лекар од дејноста општа медицина, заради следење на здравствената состојба на осигиурени лица заболени од COVID-19, издава упат ЛУ1- COVID-19 за утврдување на вредностите на биохемиските лабораториски здравствени услуги.

Лекарот специјалист/субспецијалист биохемиските лабораториски испитувања за потребите на специјалистичка/субспецијалистичка здравствена заштита, ги наведува на пропишан образец упат ЛУ2. Во биохемиските лабораториски испитувања се содржани и биохемиските испитувања од упатите ЛУ1-а, ЛУ1-б , ЛУ1-в и ЛУ1- п.

Резултатите од биохемиските лабораториски испитувања за упатите ЛУ1-б, ЛУ1-в, ЛУ1-п, ЛУ1- COVID 19. и ЛУ2 се издаваат од лекар или фармацевт специјалист по медицинска биохемија на пропишан образец ЛУ-извештај.[24]

По исклучок, на став 8 на овој член резултатите од биохемиските лабораториски испитувања во јавните здравствени установи се издаваат и од друг лекар специјалист.[25]

Член 60

Избраниот лекар од дејноста општа медицина и гинекологија врз основа на однапред закажано испитување со наведување на видот на услугите со упат РДУ1 го упатува осигуреното лице за радиодијагностичките испитувања: нативна и контрасна радиолошка дијагностика, ехо дијагностика и мамографија.

Избраниот лекар од дејноста општа стоматологија може да упатува со упат РДУ 1 само за нативна радиолошка дијагностика.

Лекарот специјалист/субспецијалист од соодветна дејност врз основа на однапред закажано испитување со наведување на видот на услугите со упат РДУ2 го упатува осигуреното лице за радиодијагностички испитувања: КТ-компјутерска томографија, МР-магнетна резонанца, ПЕТ скен и други специфични радиодијагностички испитувања.

Во упатот РДУ2 се содржани и радиодијагностичките услуги од упатот РДУ1.

[23] Додаден е новиот член во Сл.весник на РСМ бр. 277/2023

[24] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018 и во Сл.весник на РМ бр. 44/2019, 303/2020 и 179/2023

[25] Измената е направена во Сл.весник бр. 277/2023 и во Сл. весник бр. 71/2024

Упатите за радиодијагностички испитувања РДУ1 и РДУ2 може да бидат:

- редовен упат со закажан термин од листата на закажани прегледи/интервенции, кој може да се реализира во рок од 7 дена,
- итен упат издаден од избраниот лекар или лекар специјалист/субспецијалист во случај на животнозагрозувачка/итна состојба на осигуреното лице кој може да се реализира во рок од 24 часа со образложение за причини за итност.
- упат без закажан термин кога прегледот не е итен, но не постои можност да се закаже редовен термин, во период од 7 дена. Упатот се реализира по завршување на редовните радиодијагностички испитувања во закажан термин.

Доколку осигуреното лице се упатува за повеќе здравствени услуги од иста дејност, се користи еден упат.

Резултатите од радиодијагностичките испитувања се издаваат на пропишан образец РДУ-извештај.[26]

Член 61

Во случај кога на осигуреното лице е пружена здравствена заштита од лекар од итна медицинска помош, лекар од дежурната служба, домашно лекување или рурален лекар од јавна здравствена установа, издава извештај за здравствената состојба од непосредно извршениот преглед на соодветен образец.

Во извештајот лекарот од став 1 на овој член, ја евидентира здравствената состојба на осигуреното лице од првиот непосредно извршен преглед до неговиот прием во амбулантата на болничката здравствена установа.

Извештајот се доставува до избраниот лекар или лекарот специјалист/субспецијалист кој прв го примил и прегледал осигуреното лице во болничката здравствена установа/ургентен центар. За извршениот преглед лекарот специјалист/субспецијалист издава итен упат.[27]

Член 62

Кога се издава редовен упат со закажан термин, а во здравствената установа има повеќе лекари од иста специјалност, осигуреното лице самостојно може да се определи кај кој лекар специјалист ќе користи здравствени услуги.

Доколку на осигуреното лице е издаден упат без закажан термин во здравствената установа во која има повеќе лекари од иста специјалност, здравствената установа определува кој лекар специјалист ќе ја пружи здравствена услуга.

По исклучок на став 2 на овој член, оигуреното лице може самостојно да се определи кај лекарот специјалист кој е достапен да ја пружи здравствената услуга во периодот на важноста на упатот без закажан термин.[28]

Член 63

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

Член 64

Лекарот специјалист/субспецијалист наодите од извршениот специјалистички преглед и другите испитувања со мислење за здравствената состојба на осигуреното лице и упатство за натамошното лекување ги доставува до лекарот кој го упатил осигуреното лице на специјалистички преглед. Во извештајот се содржани наодите од дијагностичките испитувања и мислење за здравствената состојба на осигуреното лице со препорака за понатамошно лекување со соодветна терапија, времетраење на привремена спреченост за работа, потреба за користење на ортопедско помагало и др.

[26] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018
[27] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018
[28] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018

За извршениот преглед на осигуреното лице, избраниот лекар, односно лекарот специјалист/субспецијалист кој издал упат, има увид во специјалистичкиот/субспецијалистичкиот извештај преку Националниот систем за електронски евиденции во здравството.[29]

Член 65

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

VI. ОСТВАРУВАЊЕ НА ДИЈАЛИЗА ВО ДОМАШНИ УСЛОВИ

Член 66

Осигурените лица кои со сопствени средства ја набавиле потребната опрема за вршење на дијализа, имаат право дијализата да ја вршат во домашни услови.

Цената на дијализата која се врши во домашни услови се утврдува со одлука на Управниот одбор на Фондот.

ОСТВАРУВАЊЕ НА ДИЈАЛИЗА ВО СТРАНСТВО

Член 67

Осигурените лица кои привремено престојуваат во странство, на товар на средствата на Фондот може да користат 13 дијализи во странска здравствена установа во текот на годината.[30]

Платените здравствени услуги од ставот 1 на овој член, Фондот ги признава во висина на утврдената референтна цена за дијализа, намалени за висината на пропишаното учеството, врз основа на поднесено барање од осигуреното лице.

VII. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Член 68

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 соодветна болничка зравствена заштита.

Член 69

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, и
3. сместување и исхрана во стандардни болнички услови.

[29] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018

[30] Зборовите „ и тоа не подолго од 30 дена“ се избришани во Сл.весник на РСМ бр. 202/2020

Член 70

Како стандардни болнички услови за сместување на болни осигурени лица се смета сместување 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 утврден 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 71

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 72

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 73

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 74

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

Член 75

Во случаите кога според здравствената состојба на осигуреното лице не е неопходно сместување во болница, болничката установа обезбедува болничка здравствена заштита со сместување и исхрана на болните во определено време во текот на денот (дневна болница).[31]

[31] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018

Член 76

Болничкото лекување, по правило се остварува врз основа на упат од лекар специјалист од соодветна специјалност, на пропишан образец.

Во итни случаи осигуреното лице може да користи здравствени услуги со упат издаден од лекарот специјалист/субспецијалист во специјалистичко– консултативна и болничка здравствена заштита и тоа:

- за здравствени услуги кои се пружени на осигурено лице примено без упат како итен случај во специјалистичка/субспецијалистичка амбуланта во болничка установа, лекарот специјалист/субспецијалист издава специјалистички/субспецијалистички упат. Врз основа на издадениот специјалистички/субспецијалистички упат, извршените здравствени услуги здравствената установа ги фактурира со соодветен пакет до Фондот.
- кога при прегледот на осигуреното лице лекарот специјалист/субспецијалист постави индикација за болничко лекување, издава само болнички упат. Врз основа на издадениот болнички упат, извршените здравствени услуги, заедно со прегледот при приемот на осигуреното лице, здравствената установа ги фактурира до Фондот по ДСГ методологија, или по пакет за дневна болница.[32]

Член 76-а

Доколку за време на болничко лекување на осигуреното лице во здравствената установа лекувањето не е завршено и има потреба од дополнително лекување во друга здравствена установа, се издава упат за трансфер на хоспитализирани лица на пропишан образец.

Упат за трансфер на хоспитализирани лица може да се издаде при:

- трансфер на хоспитализирано осигурено лице од една во друга здравствена установа на терцијарно ниво,
- трансфер на хоспитализирано осигурено лице од една болничка здравствена установа до друга болничка здравствена установа и
- трансфер на хоспитализирано осигурено лице од болничка здравствена установа на клиника.[33]

Член 76-б

Кога за време на болничко лекување на осигурено лице, лекарот специјалист/субспецијалист оцени дека има потреба од користење на сервисни услуги од друга здравствена установа, издава упат за сервисни услуги на пропишан образец и тоа:

1. Упат за сервисни услуги за специјалистички/субспецијалистички преглед кога осигуреното лице треба да се упати во друга јавна здравствена установа заради користење на определена специјалистичко консултативна здравствена услуга,
2. Упат за сервисни услуги за дијагностичко лабораториски испитување(микрибиологија, нуклеарна медицина и патолошка анатомија и др.),
3. Упат за сервисни услуги за вршење на одредена дијагностичка процедура во друга јавна здравствена установа (ЕХО кај интернист, ЕМГ, ЕЕГ, КСТ и др.),
4. Упат за сервисни услуги за биохемиски лабораториски испитувања Лу2 во друга здравствена установа,
5. Упат за сервисни услуги за радиодијагностички испитувања РДУ2 за определена радиодијагностика во друга јавна здравствена установа.

Упатот за сервисни услуги се издава и важи само додека осигуреното лице е на болничко лекување.[34]

[32] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018
[33] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018
[34] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018

Член 76-в

Кога за време на болничкото лекување на осигуреното лице, има потреба за вршење на дополнителни испитувања во истата јавна здравствена установа, лекарот специјалист/субспецијалист издава:

1. Упат за интерни услуги за специјалистички/субспецијалистички преглед заради користење на други здравствени услуги во истата здравствена установа,
2. Упат за интерни услуги за дијагностичка лабораторија за лабораториско испитување на осигуреното лице,
3. Упат за интерни услуги за вршење на одредена дијагностичка процедура (ЕХО кај интернист, ЕМГ, ЕЕГ, КСТ и др.),
4. Упат за интерни услуги за биохемиски лабораториски испитувања Лу2 и
5. Упат за интерни услуги за радиодијагностички испитувања РДУ2 за определена радиодијагностика

Кога осигуреното лице се лекува во едно оделение од болничката установа, а се оцени дека поуспешно и посоодветно може да се лекува во друго одделение на истата установа, се упатува со упат за интеродделенски трансфер на пропишан образец.

Упат за интерни услуги се издава и важи само додека осигуреното лице е на болничко лекување.[35]

Член 76-г

Барање за обдукција издава лекар специјалист/субспецијалист/мртвопроверител, во случај кога согласно Законот за здравствено осигурување, треба да се врши обдукција на починато осигурено лице.

По завршена обдукција се издава обдукциски наод на пропишан образец.[36]

Член 77

Избраниот лекар/лекар специјалист е должен во упатот за болничкото лекување да ја определи најблиската соответна болничка здравствена установа во која осигуреното лице се упатува според утврдени листи од Министерството за здравство за здравствени услуги кои може да се вршат во болничка здравствена заштита, упатната дијагноза и ја преложува целокупната медицинска докумантација со која осигуреното лице располага.

Упатот за болничко лекување важи од денот на издавањето односно од денот на закажаниот преглед и/или дијагностичко испитување и /или интервенција до завршување на болничкото лекување, но не повеќе од една година.

Упатот има важност само кога осигуреното лице има платен придонес за задолжително здравствено осигурување.[37]

Член 78

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 лекарот кој го упатил со образложен предлог и мислење за понатамошно лекување.

Член 79

По завршеното болничко лекување, здравствена установа на осигуреното лице на денот на отпуштање од болница, издава отпусно писмо со совет и препорака за понатамошно лекување.

[35] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018
[36] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018
[37] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018

Во медицински извештај кој е прилог кон отпусното писмо хронолошки се наведува дијагностичко терапевскиот третман за време на болничкото лекување.

Кога за осигуреното лице се чека хистопатолошки наод, се издава отпусно писмо со работна дијагноза, а по добиените резултати од наодот се издава отпусно писмо со конечна дијагноза.

Препораката во отпусното писмо е со важност до првиот извршен контролен преглед, но не повеќе од 12 месеци. Во отпусното писмо издадено од приватна здравствена установа која има склучено договор со Фондот, во случај кога нема промена на препораката, истата важи најмалку до една година.-

Осигуреното лице ја потпишува фактурата (пресметката) за извршените здравстени услуги, а болничка здравствена установа е должна да му издаде копија од фактурата (пресметката) што ја доставува до Фондот.[38]

Член 80

се брише објавен во Службен весник на РМ бр. 146/2018

Член 81

Осигуреното лице е должно веднаш, односно во рок од 5 дена со отпусното писмо лично или преку член на семејството да се јави кај лекарот што го упатил на болничко лекување.

VIII. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Член 82

Медицинската рехабилитација на болните и повредените ги опфаќа постапките на физикалната медицина (масажа, кинези терапија, електротерапија, хидротерапија, термотерапија, фототерапија, примена на ултразвук), 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 83

Осигуреното лице остварува право на физикална терапија и медицинска рехабилитација во амбулантски и болнички услови во здравствена установа која врши дејност на медицинска рехабилитација, со упат од избраниот лекар односно специјалист/субспецијалист.

Член 84

Осигуреното лице може да оствари право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување на начин и постапка пропишана во Правилникот за специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување.

IX. ОБДУКЦИЈА НА УМРЕНИ

Член 85

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.

[38] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018 и Службен весник на РСМ бр.202/2020

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.

X. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ

1. Утврдување на привремена спреченост за работа

Член 86

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.

2. Надоместок на плата

Член 87

На осигурениците од член 5 став 1 точките 1, 2 и 3 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 услови 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 најмногу 60 дена;
- Оценката за привремена спреченост од работа да ја дал избраниот лекар односно Лекарската Комисија, во согласност со правилникот.

Кога за време на привремена спреченост за работа на осигуреникот, избраниот лекар од кои било причини престанал да биде избран лекар (поради престанок на работен однос, раскин на договор со Фондот, смрт, прекин на вршење на дејноста, заминување во странство и друго), а осигуреникот не е известен за настанатата промена, тогаш извештајот за привремената спреченост за работа на осигуреникот го издава новиот избран лекар, од првиот ден на спреченост за работа, во согласност со критериумите, законските и подзаконските акти на Фондот.[39]

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.

[39] Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 146/2018 и Сл.весник на РСМ бр. 251/2024

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 70 % од основицата утврдена со член 16 од Законот, освен за случаите од член 17 став 2 од Законот, а лицата заболени од малигни заболувања додека трае лекувањето 85% од основицата утврдена од член 16 од законот.

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

Член 90

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 91

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

- извештај за привремена спреченост за работа издаден од избраниот лекар на пропишан образец,

Надоместокот на плата за првите 30 дена спреченост за работа го утврдува и исплатува работодавецот, а над 30 дена Фондот.

По исклучок на став 2 на овој член, надоместокот на плата се исплатува од средствата на Фондот од првиот ден на привремена спреченост за работа во случај на нега на болно дете до три годишна возраст, доброволно давање крв, ткиво или орган, а за отсуство од работа поради бремност, раѓање и мајчинство од средствата на Буџетот на Република Македонија.

По исклучок од став 2 на овој член, во случај на привремена спреченост за работа поради повреда на работа настаната како последица од необезбедување на мерките утврдени со прописите од областа на безбедоноста и здравјето при работа од страна на работодавачот, надоместокот на плата за целиот период од привремена спреченост за работа настаната како последица од необезбедување на мерките утврдени со прописите од областа на безбедноста и здравјето при работа од страна на работодавачот е на товар на работодавачот, согласно прописите областа на работните односи.

Ако доброволниот дарител на крв не остварил надоместок на плата кај работодавачот кај кој е вработен, за отсуство од работа поради дарување на крв може да бара тоа право да го оствари на товар на средствата на Фондот.

Член 92

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

3. Патни трошоци

Член 93

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 здравствената установа во која се врши хемодијализа не располага со возило за организиран превоз на осигурените лица, превозот го организира со правно лице овластено за вршење на јавен превоз.

Доколку осигуреното лице правото на превоз не може да го оствари преку организираниот превоз од страна на здравствената установа во која се врши хемодијализата, правото на надоместок на патните трошоци се остварува на следниот начин:

- Ако осигуреното лице користи превоз на подрачјето на градот или местото на живеење или престој, каде постои организиран јавен превоз има право на надоместок во висина на патната карта од јавниот превоз.
- Ако осигуреното лице користи превоз на подрачјето на градот или местото кое е надвор од местото на неговото живеење или престој каде има организирано јавен превоз, има право на надоместок во висина на патна карта од јавниот превоз.
- Ако осигуреното лице користи превоз на подрачјето на градот или местото на живеење или престој каде не постои организиран јавен превоз, има право на надоместок во висина од 5,00 денари по еден километар.

Правото на надоместок на патни трошоци се остварува врз основа на потврда за бројот на извршени хемодијализи во претходниот календарски месец издадена од здравствената установа каде е извршена хемодијализата.

Член 94

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.

Надоместокот на патните трошоци од став 1 на овој член, на осигуреното лице кое користи здравствени услуги надвор од местото на живеење, се исплатува согласно одредбите на член 93 став 4 алинеја 2 и 3 и став 5 од овој правилник.

Член 95

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

XI. ПОСТАПКА ЗА НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА НАДОМЕСТОК НА СРЕДСТВА НА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА ЗА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 96

Со постапката за остварување на правото на надоместок на средства на осигурените лица за пружени здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување им се обезбедува надомест на средства по основ на лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, медицински потрошен материјал и материјали кои се вградуваат во болничката здравствена заштита, извршени здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита и ортопедски помагала.

Осигуреното лице кое било спречено да ги оствари правата од задолжителното здравствено осигурување на товар на средствата на Фондот, а истото ги остварило со плаќање со лични средства, поведува управна постапка за надомест на средствата, врз основа на уредно поднесено барање до Фондот.

Правото за надоместок на средства кои се платени за пружените здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување, осигуреното лице може да го оствари доколку се исполнети следните услови:

- осигуреникот да имал активна пријава во задолжително здравствено осигурување во периодот кога е извршена здравствената услуга;
- за осигуреникот да е платен придонесот за здравствено осигурување во периодот кога е извршена здравствената услуга и
- осигуреното лице да бара надомест на средства за извршени здравствени услуги за кои Фондот има склучено договор со здравствената установа.

Барањето осигуреното лице може да го поднесе и во случај кога на денот на поднесувањето нема својство на осигурено лице, но само за здравствени услуги извршени во периодот кога истиот имал својство на осигурено лице.

Надоместок на средства за лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита набавени со сопствени средства.

Член 97

Надоместок на средства за лекови на рецепт од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот во примарна здравствена заштита, набавени со сопствени средства на осигуреното лице, се врши кога не може да се обезбеди соодветниот лек на рецепт во аптека со која Фондот има склучено договор, поради тоа што:

- лекот е дефицитарен во аптеките на товар на Фондот;
- осигуреното лице во моментот на користење на здравствената услуга нема платено придонес за задолжително здравствено осигурување.

Остварување на право на надоместок на средства за набавени лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита се врши врз основа на:

- рецептен образец утврден од страна на Фондот, за пропишан лек од избран лекар, лекар замена, дежурен лекар, рурален лекар, согласно Листата на лекови;
- извештај од лекар специјалист/субспецијалист, или отпусно писмо од здравствена установа со која Фондот има склучено договор, кога лекот е препорачан за понатамошно лекување во домашни услови, односно конзилијарно мислење за лекови, согласно режимот на пропишување на лекови од Листата на лекови, ако се работи за

лек утврден со Одлуката за утврдување на скапи лекови од Листата на лекови што се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита;

- три потврди за дефицитарност на лекот, од различни аптеки со договор со Фондот, за осигурено лице кое во период на користење на здравствената услуга има платено придонес за задолжително здравствено осигурување, со исклучок за оние населени места со помалку од три различни аптеки, каде бројот на потврдите може да биде помал одтри и
- фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија (верификувана од службеното лице кое ја води постапката).

За осигуреното лице кое во моментот на користењето на здравствената услуга нема платено придонес за задолжително здравствено осигурување, лекарот од став 1 алинеја 1 од овој член пропишува лек од Листата на лекови на товар на Фондот, на образец кој е пропишан согласно Правилникот за начинот на пропишување и издавање на лекови на рецепт, донесен од Министерство за здравство.

Осигуреното лице од став 2 на овој член кое во моментот на користење на здравствената услуга нема платено придонес за задолжително здравствено осигурување при остварување на правото на надоместок на средства за набавени лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита не е потребно да достави три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки.

Надоместок на средства за набавени лекови од Листата на лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита, се врши само доколку лековите се набавени од здравствена установа-аптека која е во мрежата на здравствени установи и има склучено договор со Фондот.

Фондот врши надоместок на средства за набавени лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, под услови утврдени во Листата која била во важност во периодот кога лекот е пропишан и набавен.

Член 98

Остварување на право на надоместок на средства за набавени лекови во ампуларна форма кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија која треба да ја поседува здравствената установа од примарна здравствена заштита која има договор со Фондот и во истата е аплицирана на осигуреното лице од страна на избраниот лекар односно лекарот замена:

- налог или рецепт со пропишана терапија со потврда за апликација на лекот од здравствена установа со која Фондот има склучено договор и
- фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија (верификувана од службеното лице кое ја води постапката).

Апликацијата на лекот се потврдува на рецепт или на налог, со датум на апликација, потпис на осигуреното лице, факсимил и потпис на избраниот лекар или лекарот замена и печат на здравствената установа.

Фондот врши надоместок на средства за набавени лекови во ампуларна форма од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, а кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија, под услови утврдени во Листата која била во важност во периодот на лекот е препорачан и набавен.

Надоместок на средства за лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за болничка здравствена заштита набавени со сопствени средства

Член 99

Надоместок на средства за лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за болничка здравствена заштита, набавени со сопствени средства на осигуреното лице, се врши кога:

- здравствената установа за време на болничко лекување или по завршување на болничкото лекување на осигуреното лице, го нема обезбедено соодветниот лек за извршување на здравствената услуга
- осигуреното лице во моментот на користење на здравствената услуга нема платено придонес за задолжително здравствено осигурување.

Остварување на право на надоместок на средства за лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот за болничка здравствена заштита се врши врз основа на:

- извештај од лекар специјалист/субспецијалист или отпусно писмо од здравствена установа со која Фондот има склучено договор, со назначена терапија, а која осигуреното лице ја набавило со сопствени средства;
- конзилијарно мислење, од здравствена установа со која Фондот има склучено договор, доколку е потребно согласно режимот на пропишување на лекот утврден во Листата на лекови;
- потврда за апликација на лекот, од здравствената установа со која Фондот има склучено договор, доколку се работи за лек во ампуларна форма;
- фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија(верификувана од службеното лице кое ја води постапката) или фактура (оригинал) со доказ за плаќање.

Надоместокот на средствата за набавени лекови од Листата на лекови за болничка здравствена заштита, се врши без оглед дали аптеката од која се набавени лековите има или нема склучено договор со Фондот.

Ставот 2 на овој член, се применува и за сите лекови кои се наоѓаат на Листата на лекови за болничка здравствена заштита, вклучувајќи ги и лековите кои се наоѓаат на Листата на лекови за примарна здравствена заштита, а кои се примени исклучиво за време на хоспитализацијата на осигуреното лице.

Правото на надоместок на средства за набавени лекови со сопствени средства кои се примени за време на болничкото лекување, се врши доколку лекувањето на осигуреното лице е извршено за здравствена услуга за која здравствена установа има договор со Фондот.

Набавен лек од Листата на лекови за болничка здравствена заштита, примен за време на болничко лекување, се надоместува во износ утврден во член 101 на овој правилник, без да се намали за износот за учеството на осигуреното лице со лични средства, со оглед на тоа дека осигуреното лице учеството со лични средства го плаќа на здравствената установа, по завршување на болничкото лекување.

За лекови од Листата на лекови за болничка здравствена заштита кои се препорачани од лекар специјалист/субспецијалист, за осигурено лице кое не е хоспитализирано, учеството на осигуреното лице со лични средства се пресметува и намалува од вкупниот износ за сите наведени лекови од секој поодделен специјалистички извештај/отпусно писмо, согласно Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите (во понатамошен текст: Одлука за учество).

Фондот врши надоместок на средства за набавени лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, под услови утврдени во важечката Листата во периодот кога е набавен лекот.

Апликацијата на лекот за време на хоспитализација се потврдува со посебен документ или отпусно писмо, со датум/период на апликација, со факсимил и потпис на лекарот и печат на здравствената установа.

По исклучок на став 1 од овој член во случај кога апликацијата е извршена надвор од периодот на хоспитализација, за апликација на лекот се издава на посебен документ, рецептен образец или извештај од специјалист/субспецијалист, со датум/период на апликација, потпис на осигуреното лице, факсимил и потпис на лекарот и печат на здравствената установа.

Надоместок на средства за лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот набавени со сопствени средства од странски земји

Член 100

Правото на надоместок на средства за лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот набавени со сопствени средства од странски земји, се врши врз основа на документацијата наведена во член 97, 98, 99 на овој правилник.

Како доказ за плаќање осигуреното лице приложува фискалната сметка или фактура со доказ за плаќање, кои треба да бидат преведени на македонски јазик од овластен судски преведувач.

Лековите од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот набавени од странски земји, по барање на осигуреното лице се врши надоместок на средства без оглед дали лековите се во промет во Република Македонија, согласно Законот за лековите и медицинските помагала.

Висина на надоместокот на средства за набавени лекови од Листата на лекови во примарна и болничка здравствена заштита

Член 101

Надоместокот на средства за набавени лекови се врши според утврдената рефентна цена на лековите (со вклучен ДДВ), согласно важечката Одлуката за утврдување на референтни цени на лекови кои се на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот и Шифрарникот на лекови од Листата на лекови кои паѓат на товар на Фондот со референтни цени [40] во периодот кога е лекот набавен и тоа:

- -Доколку цената по која е набавен лекот е повисока од референтната цена на лекот, се надоместува максимално до утврдената референтна цена на лекот, намалена за износот на учеството на осигуреното лице со лични средства;
- Доколку цената по која е набавен лекот е пониска од референтната цена на лекот, се признава цената по која е набавен лекот, намалена за износот на учеството на осигуреното лице со лични средства.

[40] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 202/2020

- За лековите за кои Фондот нема утврдено референтна цена и осигуреното лице ги платило по набавна цена, Фондот ги надоместува по одобрената (единствената) малопродажна цена со ДДВ, која ја утврдило Министерството за здравство-Бирото за лекови, намалена за износот на учеството на осигуреното лице со лични средства.

- Доколку лекот од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот нема утврдено референтна цена и е набавен по цена пониска од одобрената (единствена) малопродажна цена со ДДВ, се признава цената по која е набавен лекот, намалена за износот на учеството на осигуреното лице со лични средства.

За лековите за кои нема утврдена одобрена (единствена) малопродажна цена и референтна цена, се признава надомест во висина на цената по која е набавен лекот, намален за износот на учеството на осигуреното лице со лични средства.

Остварување на право на надоместок на средства за медицински потрошен материјал и вградени материјали, набавени со сопствени средства на осигуреното лице за време на лекување во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита

Член 102

Надоместок на средства за медицински потрошен материјал и вградени материјали, кои се набавени со сопствени средства на осигуреното лице, се врши кога здравствената установа за време на специјалистичко – консултативно и болничко лекување го нема обезбедено соодветниот медицински потрошен материјал, односно вграден материјал за извршување на здравствената услуга.

Остварување на право на надоместок на средства за набавен медицински потрошен материјал и вградени материјали во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита се врши врз основа на:

- специјалистички извештај/отпусно писмо од здравствена установа со која Фондот има склучено договор и
- фискална сметка во оргинал и копија (верификувана од службеното лице кое ја води постапката) или фактура (оргинал) со доказ за плаќање за набавениот медицински потрошен материјал и/или вграден материјал.

Правото на надоместок на средства за набавен медицински потрошен материјал и/или вграден материјал при специјалистичко – консултативно и болничко лекување се остварува доколку лекувањето е извршено за здравствена услуга за која здравствена установа има договор со Фондот.

Доколку осигуреното лице го продолжува болничкото лекување во домашни услови, потребата за домашното лекување ја утврдува специјалист односно субспецијалист од соодветна специјалност со отпусно писмо или специјалистички извештај.

Надоместокот на средства за набавениот медицински потрошен материјал за време на домашното лекување се врши врз основа на посебен документ со датум/период на апликација односно дата на пружана здравствена услуга со факсимил и потпис на лекарот и печат на здравствената установа, која ги извршила здравствените услуги.

Надоместок на средства за набавен медицински потрошен материјал и/или вградени материјали во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита, се врши без оглед дали аптеката или веледрогеријата од која се набавени има склучено договор со Фондот.

Износот за набавениот медицински потрошен материјал и/или вграден материјал се надоместува без да се намали за износот за учеството на осигуреното лице со лични средства, со оглед на тоа дека осигуреното лице учеството со лични средства го плаќа на здравствената установа, по завршување на болничкото лекување односно домашното лекување.

Доказ за плаќање при остварување на право на надоместок на средства за лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, медицински потрошен материјал и вградени материјали

Член 103

За набавени лекови на рецепт за наркотика или акутна терапија во примарна здравствена заштита, фискалната сметка треба да биде со датумот на пропишување на рецептот или после датумот на пропишување на рецептот.

За набавени лекови на рецепт за хронични заболувања во примарна здравствена заштита, фискалната сметка треба да биде со датумот на важност на рецептот или после датумот на важност на рецептот.

За набавени лекови во специјалистичко-консултативната или болничка здравствена заштита, фискалната сметка, односно доказот за плаќање, треба да биде со датумот или после датумот на извештајот од специјалист/субспецијалист, односно конзилијарното мислење или отпусното писмо за случаи во кои лекот се користи за понатамошно лекување во домашни услови.

За набавени лекови во болничка здравствена заштита кои се примаат за време на хоспитализација, датумот на фискалната сметка, односно доказот за плаќање, треба да биде во периодот на хоспитализација на осигуреното лице.

За набавени медицински потрошни материјали и вградени материјали, во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита кои се користат за време на лекувањето, датумот на фискалната сметка, односно доказот за плаќање, треба да биде во периодот на лекувањето на осигуреното лице.

По исклучок од став 3 и 4 на овој член за набавени лекови во специјалистичко – консултативната или болничка здравствена заштита Фондот како доказ се признава и кога:

-фискалната сметка, односно фактурата со доказ за плаќање, е со датум после датумот на апликација, односно престој во болница, при што подносителот на барањето задолжително поднесува и Изјава со наведување на причините поради кои има несовпаѓање во датумите;

- фискалната сметка, односно фактурата со доказ за плаќање, за набавен лек аплициран во дневна болница или при хоспитализација на осигуреното лице е со датум пред датумот наведен во приложената медицинска документација, при што подносителот на барањето задолжително поднесува и медицинска потврда која содржи податоци за осигуреното лице, препорачана терапија со лек, точен датум на давањето на препораката, верификувана со потпис и факсимил на лекарот, заверена со печат и евидентирана во медицинската документација на здравстбвената установа.

По исклучок од став 5 на овој член за набавени медицински потрошни материјали и вградени материјали, во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита Фондот како доказ се признава и кога:

-фискалната сметка, односно доказот за плаќање е со датум после датумот наведен во специјалистичкиот извештај или перидот на хоспитализација, при што подносителот на барањето задолжително поднесува и Изјава со наведување на причините поради кои има несовпаѓање во датумите;

- фискалната сметка, односно доказот за плаќање е со датум пред датумот наведен во специјалистичкиот извештај или периодот на хоспитализација, при што подносителот на барањето задолжително поднесува и медицинска потврда во која се наведени видот на материјалот и причините поради кои здравствената установа ја дава препораката за набавка на материјалот, точен датум на давањето на препораката, верификувана со потпис и факсимил на лекарот, заверена со печат и евидентирана во медицинската документација на здравствената установа. [41]

Доколку лекот/медицински потрошен материјал/ вградени материјали е набавенод странство по електронски пат како доказ за плаќање се приложува интернет нарачката и банкарски извод за извршено електронско плаќање.

Доколку лекот/ медицински потрошен материјал/ вградени материјал е набавен од друго лице се приложува полномошно заверено на нотар со кое се овластува другото лице во име и за сметка на осигуреното лице да го набави и плати лекот/ медицински потрошен материјал/ вградени материјал, фискална сметка, односно друг доказ за плаќање кој е валиден во странската земјата од каде што е купен лекот/ медицински потрошен материјал/ вграден материјал.

Остварување на право на надоместок на средства за пружени здравствени услуги поради неплатен придонес за здравствено осигурување

Член 104

За осигурените лица за кои Фондот ќе утврди дека придонесот не е редовно уплатуван или уплатата задоцнила повеќе од 60 дена, правата од задолжителното здравствено осигурување се ускратуваат, освен правото на итна медицинска помош. Ускратените права повторно се воспоставуваат со денот на намирувањето на сите пристигнати, а не уплатени обврски.

Надоместок на средства на осигуреното лице за пружени здравствени услуги во специјалистичко-консултативната и болничка здравствена заштита, се врши кога придонесот за задолжително здравствено осигурување е платен за месецот кога е извршена здравствената услуга.

Во специјалистичко-консултативната здравствена заштита осигуреното лице има право на надомест на средства за специјалистички прегледи заради утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба и спроведување на специјализирани дијагностички, терапевски и рехабилитациони мерки и постапки.

Во болничка здравствена заштита осигуреното лице има право на надомест на средства за:

- испитување и утврдување на здравствена состојба, лекување, рехабилитација и нега во болнички услови;
- лекови според Листата на лекови, помошни материјали кои служат за примена на лекови и санитетски и други помошни медицински материјали потребни за лекување и
- сместување и исхрана во стандардни болнички услови.

[41] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 202/2020

Остварување на право на надомест на средства за пружени здравствени услуги во здравствени установи од специјалистичко-консултативната и болничката здравствена заштита се врши врз основа на платен придонес за здравствено осигурување, со приложени документи:

- извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо од здравствена установа со која Фондот има склучено договор;
- пресметка од здравствената установа која ја пружила здравстената услуга;
- фискална сметка во оргинал и копија (верификувана од службеното лице кое ја води постапката) или фактура (оригинал) со доказ за плаќање за пружената здравствена услуга.

Остварување на право на надоместок на средства за завршена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување

Член 105

Надоместок на средства за остварена специјализирана медицинска рехабилитација, како продолжено болничко лекување, се врши во случај кога осигуреното лице поради неплатен придонес за здравствено осигурување во периодот кога е остварена рехабилитацијата, истата ја платило со сопствени средства. По плаќање на придонесот за месецот кога се вршела медицинската рехабилитација, осигуреното лице може да поднесе барање за надомест на средства за извршената здравствена услуга.

Пред поднесување на барањето за надоместок на средства потребно е лекарската комисија да издаде мислење/оценка за остварување на право на специјализирана медицинска рехабилитација. Лекарската комисија го определува и видот на медицинската рехабилитација, како и времетраењето на медицинска рехабилитација кој му се одобрува на осигуреното лице.

Утврдување на правото на специјализирана медицинска рехабилитација, се врши согласно одредбите од Правилникот за остварување на право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување.

Остварување на правото на надоместок на средства за остварена специјализирана медицинска рехабилитација се врши врз основа на:

- отпусно писмо за завршено болничко лекување;
- конзилијарно мислење, на пропишан образец, со шифра на дијагноза по МКБ-10 или МКБ-10 АМ и латински назив на дијагнозата согласно Листата на индикации, издадено од ЈЗУ/ПЗУ од болничка здравствена заштита со склучен договор со Фондот, а каде осигуреното лице било на болничко лекување;
- мислење на лекарска комисија на Фондот и
- потврда за болничко лекување (образец ПБЛ пропишан од Фондот како составен дел на Правилникот за остварување на право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување), која го заменува отпусното писмо, во случај кога не е изготвено отпусно писмо, како и при незавршено болничко лекување.
- отпусно писмо за завршена специјализиранамедицинска рехабилитација
- пресметка за извшени здравствени услуги
- фискална сметка во оргинал и копија (верификувана од службеното лице кое ја води постапката) или фактура (оригинал) со доказ за плаќање за пружената здравствена услуга.

Надоместокот на средства за остварена специјализирана медицинска рехабилитација, како продолжено болничко лекување се врши по референтната цена на Фондот намалена за износот за учеството на осигуреното лице со лични средства во висина на бројот на реализирани денови на рехабилитација но, најмногу до бројот на денови наведени во наодот, оценката и мислењето на Лекарската комисија.

Остварување на право за надоместок на средства за ортопедски помагала и други помагала набавени со сопствени средства

Член 106

Надоместок на средства за набавени ортопедски помагала се врши за:

- ортопедски и други помагала за кои Фондот нема склучено договор за испорака со правен субјект, а истите се на Списокот на ортопедски и други помагала;
- ортопедски и други помагала за кои Фондот има договор само со еден правен субјект, но од објективни причини правниот субјект не е во можност да изврши испорака, за што е доставено известување до Фондот.
- ортопедски и други помалгала за кои осигуреното лице има заверена потврда, а во периодот пред подигање на помагалото од правниот субјект нема платено придонес за задолжително здравствено осигурување.

Осигуреното лице е должно да го набави ортопедското или друго помагало во рок од шест месеци од денот на извршената заверка на потврдата.

Надоместокот за набавени ортопедски помагала се врши по референтна цена утврдена од Фондот за секој вид помагало, која е во важност на денот кога ортопедското помагало е платено од страна на осигуреното лице, намалена за износот на учеството на осигуреното лице со лични средства, кој се одредува во зависност од старосната група и видот на помагалото, согласно Законот за здравственото осигурување и Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала.

Видот на помагалото и неговата референтна цена се утврдени со Списокот за ортопедски и други помагала, кој е составен дел од Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала.

Доколку осигиреното лице кое има остварено право на ортопедско и друго помагало, а подигнало помагало изработено од надстандарден материјал, или помагало кое не е опфатено со задолжителното здравствено осигурување, нема право на надоместок на средства за разликата од утврдената референтна цена од страна на Фондот до набавната цена. [42]

Доколку ортопедското или друго помагало е набавено од странство по електронски пат како доказ за плаќање се приложува интернет нарачката и банкарски извод за извршено електронско плаќање.

Доколку ортопедското или друго помагало е набавено од друго лице се приложува полномошно заверено на нотар со кое се овластува другото лице во име и за сметка на осигуреното лице да го набави и плати лекот/ медицински потрошен материјал/ вградени материјал, фискална сметка, односно друг доказ за плаќање кој е валиден во странската земјата од каде што е купен лекот/ медицински потрошен материјал/ вграден материјал.

Правото на надоместок на средства за ортопедски и други помагала, се врши врз основа на:

- потврда за потреба од ортопедско или друго помагало, заверена во соодветната подрачната служба и
- фискална сметка во оригинал и копија (верификувана од службеното лице кое ја води постапката) или фактура (оригинал) со доказ за плаќање за набавеното ортопедско или друго помагало.

[42] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 202/2020

Постапка за остварување на право на надоместок на средства за користени здравствени услуги од задолжително здравствено осигурување

Член 107

Осигурените лица правата на надоместок на средства за користени здравствени услуги од задолжително здравствено осигурување утврдени со овој правилник ги остваруваат во управна постапка во согласност со одредбите од Законот за здравственото осигурување.

Правата на надоместок на средства за пружени здравствени услуги се утврдува врз основа на:

- платен придонес за задолжително здравствено осигурување во периодот на извршување на здравствената услуга;
- здравствената установа, односно ортопедска куќа, во која е пружена здравствена услуга да има склучено договор со Фондот и
- потребната документација пропишана со овој правилник, согласно видот на здравствената услуга за која е поднесено барањето.

За правилно утврдување на фактичката состојба, доколку има потреба се врши вонредна теренска контрола во здравствена установа.

Осигурените лица правата на надоместок на средства за користени здравствени услуги од задолжително здравствено осигурување утврдени со овој правилник, можат да ги остварат и преку веб порталот на Фондот, освен правото на надоместок на средства за лекови/ медицински потрошен материјал/вградени материјали/ортопедски и други помагала набавени од странство, по електронски пат или од страна на друго лице.

Барањето за остварување на правото на надоместок на средства за користени здравствени услуги од задолжително здравствено осигурување наведени во став 4 на овој член, осигуреното лице може да го поднесе во електронска форма заедно со потребната документација, преку веб порталот на Фондот.

Осигуреното лице по барање на Фондот ќе ја достави на увид оригиналната документација со цел правилно утврдување на фактичката состојба и проверка на веродостојноста на приложената документација преку веб порталот на Фондот.

Со примената на овие услуги преку веб порталот на Фондот не се исклучува можноста за обезбедување на истите и на постојаниот начин во подрачните служби на Фондот.[43]

XII. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОДЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 108

Осигурените лица правата од задолжителното здравствено осигурување утврдени со овој правилник ги остваруваат во управна постапка во согласност со одредбите на член 31, 31-а и 31-б од Законот за здравственото осигурување, врз основа на уредно поднесено барање во пишана или електронска форма.

Поднесеното барање во пишана форма се доставува на два идентични обрасци со потребната документација и тоа по еден примерок за Фондот и за поднесувачот на барањето.

Барањето во писмена форма се поднесува секој работен ден во текот на работното време на Фондот.

Барањето за остварување на право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда освен осигуреното лице може да го поднесе и неговиот работодавец.

[43]Измената е направена во Сл.весник на РМ бр. 96/2015

Барањето за остварување на право на надоместок на плата за време отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство може да го поднесе осигуреното лице, работодавецот, избраниот гинеколог или здравствената установа каде е извршено породувањето.

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

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

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

Овластеното лице кое ја води постапката, ќе постапи согласно став 8 на овој член и во случај кога во однос на фактите за службена евиденција води друг државен орган, односно друг субјект кој води регистар на податоци, врз основа на склучен договор за соработка и размена на податоци. Државниот орган, односно друг субјект кој води регистар на податоци е должен бараните податоци да ги достави до Фондот во рок од 3 дена од денот на приемот на барањето.

Овластените лица податоците од став 7, 8 и 9 од овој член ги користи за потребите на постапката, во согласност со прописите за заштита на личните податоци.

Поднесување на барањето во електронска форма се врши преку веб поратлот на Фондот со користење на електронски потпис со валиден дигитален сертификат од електронската здравствена картичка, комплетирана со потребна документација.

Барањето во електронска форма може да се поднесе и надвор од работното време и во неработни денови, а рокот за поднесување на барањето започнува да тече од првиот наредени работен ден.

Член 109

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

Кон барањето од став 1 на овој член, барателот доставува и копија од барањето односно електронски запис за остварување на правото од задолжителното здравствено осигурување од член 108 став 1 на овој правилник.

Член 110

Осигуреното лице на товар на средствата на Фондот може да остварува право на ортопедски и други помагала, право на биомедицинско потпомогнато оплодување и право на лекување во странство, согласно општите акти на Фондот со кои се уредуваат овие права од задолжителното здравствено осигурување.

Упатство за обезбедување на квалитетни, навремени и ефикасни здравствени услуги според нормативни и стандарди базирани врз степенот на успешност и медицина базирана на докази

Член 111

Фондот за осигурените лица обезбедува квалитетна, навремена, достапна и ефективна здравствена заштита.

Директорот на Фондот правилно и економично ги користи средствата на Фондот, за таа цел донесува упатства со кои ги спроведува:

- прописите и политиката на развојот и унапредување на здравствената заштита во врска со задолжителното здравствено осигурување,

- договара обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица со здравствените установи, според нормативи и стандарди базирани врз усвоена медицинска доктрина и медицина заснована на докази за спроведување на ефикасна и рационална здравствена заштита.

Член 111-а

Управниот одбор на Фондот донесува Одлука со мерки за заштита на осигурените лица како и за сите други учесници во постапката при остварување на правата од задолжително здравствено осигурување во време на изречена мерка за спречување на ширењето и сузбивање на заразни болести од надлежните институции[44].

XIII. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 112

Обрасците за остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување кои се предвидени со овој правилник, ги утврдува и пропишува Управниот одбор на Фондот.

Обрасците од став 1 на овој член, се објавуваат во „Службен весник на Република Македонија“.

Член 113

Здравствените легитимации предвидени со овој правилник, ќе важат до целосното заменување со електронска картичка за здравствено осигурување.

Потврдите за платен придонес престануваат да важат со денот на отпочнувањето на примената на електронската картичка за здравствено осигурување.

Член 114

Со денот на влегување во сила на овој правилник престанува да важи Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр.54/2012, 138/2012, 164/2012, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 119/2013, 145/2013, 172/2013, 34/2014, 120/2014 и 156/2014).

Одуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (“Сл.весник бр. 133/2012, 5/2012 и 29/2012, 29/2012, 79/2012, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 105/2013, 119/2013, 138/2013, 165/2013, 34/2014, 138/2014 и 141/2014 година) донесена врз основа на одредбите од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр.(54/2012, 138/2012, 164/2012, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 119/2013, 145/2013, 172/2013, 34/2014, 120/2014 и 156/2014) останува во важност и по влегување во сила на овој Правилник.

Член 115

Ставовите 1 и 2 од членот 1 од Правилникот за изменување и дополнување на Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на РМ “ бр. 145/2013 година), остануваат во важност и по влегување во сила на овој Правилник.

Член 116

Постапките за надомест на средства за користени здравствени услуги од задолжително здравствено осигурување од глава XI „ Постапка за начинот на остварување на право на надоместок на средства на осигурените лица за здравствени услуги од задолжително здравствено осигурување“ кои се започнати пред влегување во сила на овој правилник, ќе продолжат согласно одредбите на овој правилник.

[44] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 63/2020

Член 117

Овој Правилник влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, ќе се објави по добивање на согласност од министерот за здравство, а ставовите 4 и 5 на членот 108 од овој Правилник ќе се применуваат од 01.03.2015 година.

Член 118

(член 2 од Правилникот објавен во „Сл.весник на Република Македонија“ бр. 64/2015)

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

Член 119

(член 2 од Правилникот објавен во „Сл.весник на Република Македонија“ бр. 96/2015)

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

Член 120

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија’“ бр. 125/2015)

Овој Правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, ќе се објави по добивање на согласност од министерот за здравство, а ќе се применува од 01.09.2015 година.

Член 121

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 191/2015)

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

Член 122

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 187/2016)

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

Член 123

(член 17 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 146/2018)

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

Членовите 2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14 и 15 ќе се применуваат по создавање на технички услови за нивно применување, но не повеќе од 6 месеци од денот на стапување во сила на овој правилник.

Член 124

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр. 44/2019)

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

Член 125

(член 7 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 198/2019)

Овој Правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“, ќе се објави по добивање на согласност од министерот за здравство, а ќе се применува од 1 октомври 2019 година, освен одредбата од членот 1 став 2, која ќе отпочне да се применува по создавање на соодветни технички услови во информациониот ситем на Фондот.

Член 126

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 63/2020)

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

Член 127

(член 11 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 202/2020)

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

Член 128

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 303/2020)

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

Член 129

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 217/2021)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во Службен весник на Република Северна Македонија, ќе се објави по добивање на согласност од минитерот за здравство, а ќе се применува се до донесување на решение за дополнителен упис во матичната книга на родените за секое лице поединечно, согласно одредбите од Законот за матичната евиденција и од Законот за неевидентирани лица во матична книга на родени.

Член 130

(член 7 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 276/2022) – укинат со Одлука на Уставен суд

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

Член 131

(член 11 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 179/2023)

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

Член 132

(член 3 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 277/2023)

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

Член 133

(член 7 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 57/2024)

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

Член 134

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 71/2024)

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

Член 135

(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 добивање на согласност од министерот за здравство.

Член 136

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 56/2026)

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

Член 137

(член 3 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 241/2026)

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