20171843582

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 25, член 28, член 54 став 1 точка 10, член 56 став 1 точка 3, член 69 и член 70 од Законот за здравственото осигурување ("Сл.весник на РМ" бр. 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/10, 156/10, 53/11, 26/12, 16/13, 91/13, 187/13, 43/14, 44/14, 97/14, 112/14, 113/14, 188/14, 20/15, 61/15, 98/15, 129/15, 150/15, 154/15, 192/15, 217/15, 27/16, 37/16, 120/16 ,142/16 и 171/2017), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 1 декември 2017 година, донесе

ПРАВИЛНИК ЗА ИЗМЕНУВАЊЕ И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ПРАВИЛНИКОТ ЗА НАЧИНОТ НА КОРИСТЕЊЕ, ПРИСТАП, ИЗДАВАЊЕ, ЧУВАЊЕ И ЗАШТИТА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД ИНФОРМАЦИОНИОТ СИСТЕМ НА ФЗОМ ДОСТАПНИ НА ВЕБ ПОРТАЛОТ

Член 1

Во Правилникот за начинот на користење, пристап, издавање, чување и заштита на податоците од информациониот систем на ФЗОМ достапни на веб порталот („Службен весник на Република Македонија" бр. 57/2013, 88/2013, 172/2013, 156/2014 и 191/2015 година), на крајот на насловот се додаваат зборовите: "и ДСГ групер"

Член 2

Член 1 се менува и гласи:

"Во Правилникот за начинот на користење, пристап, издавање, чување и заштита на податоците од информациониот систем на ФЗОМ достапни на веб порталот, се пропишува начинот на користење, пристап, издавање, чување и заштита на податоците од информациониот систем на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фондот) достапни преку Веб порталот и груперот за дијагностичко сродни групи (во понатамошниот текст ДСГ групер), како и начинот на издавање, формата и содржината на обрасците во кои се содржани податоците кои се издаваат преку Веб порталот и ДСГ груперот на Фондот."

Член 3

Во член 2 по ставот 2 се додава нов став 3 кој гласи:

"ДСГ груперот се користи за евидентирање и фактурирање на здравствените услуги во здравствените установи од болничката здравствена заштита."

Член 4

Во член 6 по ставот 3 се додава нов став 4 кој гласи:

"По создавање на технички услови, услугите од став 3 од овој член ќе можат да се потпишуваат со валиден квалификуван дигитален сертификат на овластено лице."

Член 5

Во членот 10 по зборовите: "Веб портал" се додаваат зборовите: "и ДСГ груперот"

Член 6

Во член 14 став 1 се бришат зборовите: “само за осигурени лица кои имаат подигнато ЕЗК.“

Во член 14 по ставот 5 се додаваат два нови става 6 и 7 кои гласат:

“По исклучок ако лицата вработени во здравствената установа односно ортопедска куќа не поседуваат активна ЕЗК тогаш корисниците можат да овластат со полномошно заверено на нотар друго полнолетно и деловно способно лице во нивно име и за нивна сметка да поднесува електронски фајлови за финансиска документација преку веб порталот на Фондот и истите електронски да ги потпишува преку користење на дигиталниот сертификат од неговата електронска здравствена картичка. Фактурата во хартиена форма доставена до Фондот како документ за плаќање треба да биде потпишана од овластеното лице на здравствената установа или ортопедска куќа. Формата и содржината на полномошното - образецот ЕЛ-ПО и изјава за заштита на податоците од електронските фајлови за финансиска документацја - образец ЕЛ- ИЗ се составен дел од овој правилник“.

По создавање на технички услови, сите услуги од овој член ќе можат да се потпишуваат со валиден квалификуван дигитален сертификат на овластено лице.“

Член 7

По членот 15 се додава нов наслов и два нови члена 15-а и 15-б кои гласат:

“Начин на користење и заштита на податоците од ДСГ групер

Член 15-а

Податоците од информациониот систем на Фондот достапни преку ДСГ груперот се издаваат во електронска форма.

Барањата за најава на ДСГ груперот за овластени лица од здравствените установи се врши во централната служба на Фондот.

Формата и содржината на барањето од став 1 е образецот ЕЛ-ДСГ кој е составен дел од овој правилник.

Член 15-б

ДСГ груперот ќе го користат овластени лица од здравствените установи од болничката здравствена заштита.

Податоците достапни преку ДСГ груперот на Фондот, корисниците можат да ги користат само за намената за која се издадени.

Податоците од ДСГ груперот, корисниците не смеат да ги умножуваат, менуваат, обработуваат, јавно да ги објавуваат и да ги даваат на употреба на други лица.

Податоците од информациониот систем на Фондот достапни преку ДСГ груперот кои заинтересираните корисници ги добиваат со непосредно електронско поврзување, се во форма на информација и остварување на некои права од задолжителното здравствено осигурување, по точно дефинирани процедури.

Личните податоци, односно податоците за ЕМБГ на лицата запишани во информациониот систем на Фондот преку ДСГ груперот се издаваат само по нивно барање, лично или преку од нив ополномоштено лице, како и во другите случаи определени со закон.“

Член 8

По членот 16 се додава нов член 16-а кој гласи:

“Член 16-а

Сите овластувања издадени на лица кои не се вработени во здравствената установа или ортопедска куќа за потпишување на придружната финансиска документација во електронска форма, а кои се однесуваат за потпишување со валиден сертификат од ЕЗК ќе престанат да важат по обезбедување на технички услови за користење на квалификуван дигитален сертификат.“

Член 9

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.

Бр. 02-16558/9
4 декември 2017 година
Скопје

Претседател
на Управен одбор,
д-р **Фатмир Мецити,** с.р.

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

ОБРАЗЕЦ ЕЛ-ОЛ1

БАРАЊЕ ЗА ДОДЕЛУВАЊЕ/ОДЗЕМАЊЕ НА ПРИСТАП ДО ВЕБ ПОРТАЛОТ НА ФЗОМ ЗА ОВЛАСТЕНИ ЛИЦА ОД ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ И ОРТОПЕДСКИ КУЌИ

(Барателот за секој тип на договор поединечно избира и означува од понудените опции)

Здравствената установа / ортопедската куќа _____ со единствен даночен број (ЕДБ) _____ единствен матичен број на субјектот (ЕМБС) _____ , со седиште во _____ и склучен договор со ФЗОМ за:

☐ Примарна здравствена заштита (Општа медицина, Гинекологија, Стоматологија)

☐ Аптеки

☐ Специјалистичко консултативна здравствена заштита (ПЗУ, Лабораториски услуги ЛУ-1 и ЛУ-2, Дијализа, Стоматологија, Заводи, Здравствени домови, Институти, Центри за јавно здравје) или болничка здравствена заштита (Болници, Заводи, Институти, Клинички болници , Општи болници, Специјални болници, Универзитетски клиники, Кардиоваскуларна хирургија, Офталмологија, Природни лекувалишта)

☐ Биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО)

☐ Ортопедски и други помагала

во подрачната служба на ФЗОМ поднесува барање за ДОДЕЛУВАЊЕ/ ОДЗЕМАЊЕ (барателот заокружува една од опциите) на право на пристап до веб порталот на Фондот за следниве лица[1]:

бр	ЕЗБО[2]/ЕМБГ												Име и Презиме	ЕЗК	Квалификуван дигитален сертификат
1															
2															
3															
4															
5															

за следниве привилегии:

1. Електронско потпишување на договори/анекси/известувања[3]
2. Електронско поднесување на финансиска документација согласно договорите со Фондот
3. Нарачка и издавање на ортопедски помагала
4. Поднесување на превентивни цели од општа медицина

Со пополнување на ова барање, ги овластуваме горенаведените лица да можат во наше име и за наша сметка да ги спроведуваат бараните привилегии преку веб порталот на ФЗОМ.

Датум
_-__20 _ год.

М.П.

Одговорно лице
_____
(име и презиме и потпис)

Напомена: По прифаќање на барањето ФЗОМ на овластените лица ќе им додели привилегии за користење на горенаведените услуги за што ќе бидат известени на нивните e-mail адреси.

[1] Секое лице за кое се поднесува ова барање, претходно мора да има креиран кориснички профил на веб порталот на ФЗОМ
[2] ЕЗБО (Единствен здравствен број на осигуреникот) е податок кој се наоѓа на ЕЗК (Електронска здравствена картичка)
[3] Оваа привилегија може да ја добијат само овластени потписници на здравствената установа/ортопедска куќа

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

ОБРАЗЕЦ ЕЛ-ЗО1

БАРАЊЕ ЗА ДОДЕЛУВАЊЕ/ОДЗЕМАЊЕ НА ПРИСТАП ДО ВЕБ ПОРТАЛОТ НА ФЗОМ ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА ЕЛЕКТРОНСКА ПРИЈАВА/ОДЈАВА ВО ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Обврзникот за пресметка и уплата на придонес за задолжително здравствено осигурување_____со единствен даночен број (ЕДБ)_____, единствен матичен број на субјектот (ЕМБС)_____, со седиште во _____, во подрачната служба на ФЗОМ поднесува барање за ДОДЕЛУВАЊЕ/ОДЗЕМАЊЕ (барателот заокружува една од опциите) привилегии за следните лица[1]:

бр	ЕЗБО[2]/ЕМБГ												Име и Презиме	ЕЗК	Квалификуван дигитален сертификат
1															
2															
3															
4															
5															

за:

1. Спроведување на пријави/ одјави на членови во здравствено осигурување
2. Поднесување на барање за остварување на право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство

Со пополнување на ова барање, ги овластуваме горенаведените лица да можат во наше име и за наша сметка да ги спроведуваат бараните привилегии преку веб порталот на ФЗОМ.

Датум
__.__20 _ год.

М.П.

Одговорно лице
_____
(име и презиме и потпис)

Напомена:
- По прифаќање на барањето ФЗОМ на овластените лица ќе им додели привилегии за користење на горенаведените услуги за што ќе бидат известени на нивните e-mail адреси.

[1] Секое лице за кое се поднесува ова барање мора да има креиран кориснички профил на веб порталот на ФЗОМ

[2] ЕЗБО (Единствен здравствен број на осигуреникот) е податок кој се наоѓа на ЕЗК (Електронска здравствена картичка)

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

ОБРАЗЕЦ ЕЛ-ДСГ

БАРАЊЕ ЗА ДОДЕЛУВАЊЕ/ОДЗЕМАЊЕ НА ПРИСТАП ДО СИСТЕМОТ ЗА ДСГ ГРУПЕРОТ ЗА ОВЛАСТЕНИ ЛИЦА ОД ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ

Здравствената установа _____ со единствен даночен број (ЕДБ) _____, единствен матичен број на субјектот (ЕМБС) _____, со седиште во _____ и склучен договор со ФЗОМ за пружање на здравствени услуги од болничка здравствена заштита, во централната служба на ФЗОМ поднесува барање за ДОДЕЛУВАЊЕ/ ОДЗЕМАЊЕ (барателот заокружува една од опциите) на право на пристап до системот за ДСГ на Фондот за следниве лица[1]:

Рб	ЕЗБО									Име и Презиме	e-mail адреса
1											
2											
3											
4											
5											

за внес и обработка на податоци во ДСГ груперот.

Со пополнување на ова барање, ги овластуваме горенаведените лица да можат во наше име и за наша сметка да ги спроведуваат бараните привилегии преку ДСГ груперот на ФЗОМ.

Датум

__.__20___ год.

М.П.

Одговорно лице

_____

(име и презиме и потпис)

Напомена:

1. По прифаќање на барањето ФЗОМ на овластените лица ќе им додели привилегии за користење на горенаведените услуги за што ќе бидат известени на нивните e-mail адреси.

_____

Образец – ЕЛ-ПО

ПОЛНОМОШНО

Јас _____ со ЕМБГ _____, со адреса на живеење _____ и активна е-маил адреса _____, како овластено лице на ЗУ/правно лице _____, ГО ОПОЛНОМОШТУВАМ _____ со ЕМБГ _____,

ЕЗБО_____, со адреса на живеење _____, со активна е-маил адреса_____, во мое име и за моја сметка да поднесува електронски датотеки за финансиска документација на здравствената установа/правно лице, преку ВЕБ порталот на ФЗОМ и истите електронски да ги потпишува преку користење на дигиталниот сертификат од неговата ЕЗК.

Полномошното ќе остане во сила и ќе има дејство се додека не биде отповикано од долупотпишаниот како и се додека не се создадат технички услови за користење на квалификуван дигитален сертификат на овластеното лице на здравствената установа/правно лице.

Датум:_____ Властодавец

Место:_____ (овластено/и лице /ца ЗУ/правно лице)

_____

ОБРАЗЕЦ ЕЛ-ИЗ

ИЗЈАВА

ЗА ЗАШТИТА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД ЕЛЕКТРОНСКИТЕ ФАЈЛОВИ ЗА ФИНАНСИСКА ДОКУМЕНАТЦИЈА

Јас долупотпишаниот со ЕМБГ _____, ЕЗБО_____, со адреса на живеење _____ и активна е-маил адреса _____, како ополномоштено лице со Полномошно бр._____ од _____ година од страна на здравствената установа/правно лице _____, под морална, материјална и кривична одговорност, СЕ ОБВРЗУВАМ дека:

- Ќе ги почитувам начелата за заштита на личните податоци;
- Ќе ги почитувам начелата на заштита на податоците кои се наоѓаат во електронските датотеки за финансиска докуменатација на здравствената установа/правно лице и
- Со податоците со кои ќе дојдам во контакт нема да ги копирам, размножувам, јавно да ги објавувам или доставувам на употреба на трети лица

Дата:_____ Изјавил:

Место:_____ _____