



Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените на РМ

ПРИРАЧНИК
ЗА ПРУЖАЊЕ НА ПАРАПРАВНА ПОМОШ НА ПОЛЕТО НА
ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Август, 2011

Носител на проектот и издавач на Прирачникот:

Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените на РМ - ЕСЕ

Партнери во спроведување на проектот:

Центар за демократски развој и иницијатива – ЦДРИМ, Скопје

Хуманитарно и добротворно здружение на Роми “КХАМ”, Делчево

Прирачникот го подготвија:

М-р Ангелина Бачановиќ , Заштита на права на пациенти

М-р Михајло Костовски, Законски решенија од областа на правата од здравствено осигурување

СОДРЖИНА

I. ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ	7
1. ПРЕДМЕТ НА УРЕДУВАЊЕ НА ЗАКОНОТ	7
2. ШТО ТРЕБА ДА ОБЕЗБЕДИ ЗАШТИТАТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ	7
3. НАЧЕЛА НА КОИ СЕ ЗАСНОВА ЗАШТИТАТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ	8
4. ПРАВА НА ПАЦИЕНТИТЕ	9
4.1. ПРАВО НА ПАЦИЕНТОТ НА УЧЕСТВО ВО ОДЛУЧУВАЊЕТО	9
А) ПРАВО НА ИНФОРМИРАНОСТ	9
Б) ПРАВО НА ОДБИВАЊЕ НА ПРИЕМ НА ИНФОРМАЦИЈА	10
В) ПРАВО НА ПРИФАЌАЊЕ И ОДБИВАЊЕ НА ОПРЕДЕЛЕНА МЕДИЦИНСКА ИНТЕРВЕНЦИЈА	10
4.2. ПРАВО НА ВТОРО СТРУЧНО МИСЛЕЊЕ	10
4.3. ПРИСТАП КОН МЕДИЦИНСКОТО ДОСИЕ	10
4.4. ПРАВО НА ДОВЕРЛИВОСТ НА ЛИЧНИТЕ И МЕДИЦИНСКИТЕ ПОДАТОЦИ НА ПАЦИЕНТОТ	11
4.5. ПРАВОТО НА БЕЗБЕДНОСТ	11
4.6. ПРАВО НА ОДРЖУВАЊЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНИ КОНТАКТИ	12
4.7. ПРАВО НА САМОВОЛНО НАПУШТАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	12
4.8. ПРАВО НА ПРИВАТНОСТ	12
5. ДОЛЖНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ	13
6. ОБВРСКИ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСТАНОВИ	14
7. ОБВРСКИ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ	15
8. УНАПРЕДУВАЊЕ И ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ	16

8.1. КОМИСИЈА ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ВО ОПШТИНАТА	16
8.2. ДРЖАВНА КОМИСИЈА ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ	17
8.3. СОВЕТНИК ЗА ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ И КАНЦЕЛАРИЈА ВО БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	17
8.4. МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО	18
8.5. ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ВО ОБЛАСТА НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ	18
8.6. СУДСКА ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ	18
9. ИНСПЕКЦИСКИ НАДЗОР	19
10. СТРУЧЕН НАДЗОР	19
11. ДРУГИ ПРАВА ОД ОБЛАСТА НА ЗДРАВСТВОТО	19
II. ЗАКОНСКИ РЕШЕНИЈА ОД ОБЛАСТА НА ПРАВАТА ОД ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ	21
ВОВЕД - ЗДРАВСТВЕНАТА ПОЛИТИКА КАКО ДЕЛ ОД СОЦИЈАЛНАТА ПОЛИТИКА	21
1. ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	24
1.1. ОСИГУРЕНИЦИ - ЛИЦА ОПФАТЕНИ СО ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	25
1. 2. ОСИГУРЕНИ ЛИЦА – ЧЛЕНОВИ НА СЕМЕЈСТВО	27
1. 3. ДОБРОВОЛНО ПРИСТАПУВАЊЕ ВО ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	27
2. ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ	28
2. 1. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА НА ОСНОВНИ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ	28
2.1.1. ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	28
2.1.2. СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	32
2.1.3. БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	33
2.1.4. ОБДУКЦИЈА НА УМРЕНИ ПО БАРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ	39

2.2. ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ КОИ НЕ СЕ ОПФАТЕНИ СО ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	40
3. ПРАВА НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ	41
3.1. НАДОМЕСТОК НА ПЛАТА	41
3. 2. НАДОМЕСТОК НА ПАТНИТЕ ТРОШОЦИ	41
4. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ, СОГЛАСНО ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ	42
4.1. УТВРДУВАЊЕ НА СВОЈСТВОТО НА ОСИГУРЕНИК	42
4.2. ДОКАЖУВАЊЕ НА СВОЈСТВОТО НА ОСИГУРЕНИК	45
4.3. ПАРТИЦИПАЦИЈА – ЛИЧНО УЧЕСТВО ВО ЦЕНАТА НА ЗДРАВСТВЕНАТА УСЛУГА НА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА	45
4.4. ВЛАДИНИ ПРОГРАМИ	47
5. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ, СОГЛАСНО ЗАКОНОТ ЗА ОПШТА УПРАВНА ПОСТАПКА	48
5.1. ПРВОСТЕПЕНА ПОСТАПКА	48
5.2. ПРВОСТЕПЕНО РЕШЕНИЕ	49
5.3. ЖАЛБА	49
5.4. ВТОРОСТЕПЕНО РЕШЕНИЕ НА МИНИСТЕРОТ ЗА ЗДРАВСТВО	50
5.5. ПОКРЕНУВАЊЕ НА УПРАВЕН СПОР	50
6. ПРИЛОЗИ	51

I. ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Правата на пациентите и нивната заштита се уредени со Законот за заштита на правата на пациентите е објавен во Службен весник на РМ бр. 82/2008, 12/2009 и 53/2011.

Со Законот се обезбедува :

- ☐ заштитата на пациентите во користењето на здравствената заштита, како и заштитата на личните податоци во здравството и
- ☐ приближување кон правото и праксата на Европската Унија во областа на посебната заштита на правата на пациентите.

1. ПРЕДМЕТ НА УРЕДУВАЊЕ НА ЗАКОНОТ

Со Законот за заштита на правата на пациентите се уредува заштитата на правата на пациентите во користењето на здравствената заштита, правата и обврските на пациентите, правата и обврските на здравствените установи и здравствените работници и соработници, општините и фондот за здравствено осигурување во заштитата на правата на пациентите, постапката за заштита на правата на пациентите, како и надзорот над спроведувањето на законот.

”Пациент,, согласно поимникот содржан во Законот е лице, **болно или здраво**, кое ќе побара или на кое му се врши одредена медицинска интервенција со цел за зачувување и унапредување на здравјето, спречување на болести и други здравствени состојби, лекување или здравствена нега и рехабилитација.

Зошто „ **болно или здраво лице**,“ кога пациентот го поврзуваме со болест или повреда и со користење на здравствени услуги? Затоа што пациент може да биде и здраво лице и како такво да користи здравствена заштита, како на пр. вакцинации, превентивни прегледи, систематски прегледи, и сл.

2. ШТО ТРЕБА ДА ОБЕЗБЕДИ ЗАШТИТАТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Заштитата на правата на пациентите треба да обезбеди квалитетна и континуирана здравствена заштита, соодветна на поединечните потреби на пациентот, со отсуство на било каква психичка и физичка злоупотреба, со целосно почитување на достоинството на личноста и во најдобар интерес на пациентот.

3. НАЧЕЛА НА КОИ СЕ ЗАСНОВА ЗАШТИТАТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Заштитата на правата пациентите се заснова на **начелата на хуманост и достапност** (член 3 од Законот за заштита на правата на пациентите).

Начелото на хуманост се заснова на:

- 1) почитување на личноста на човекот, како хумано суштество;
- 2) почитување на личната самоопределба;
- 3) физичкиот и психичкиот интегритет на личноста, како и сигурноста на човекот;
- 4) почитување на приватноста на личноста;
- 5) хумани (човечки) релации меѓу пациентот, здравствениот работник и здравствениот соработник засновани врз етичките и деонтолошките принципи;
- 6) право на искажување на болка и на ослободување од непотребна болка, во согласност со тековното знаење во медицината и
- 7) хумана здравствена заштита на терминално болни.

Начелото на достапност се заснова на :

- 1) здравствени услуги што се постојано достапни и пристапни на сите пациенти подеднакво и без дискриминација;
- 2) континуитет на здравствената заштита, вклучувајќи соработка помеѓу сите здравствени работници, здравствени соработници и/или здравствени установи што можат да бидат вклучени во целиот процес на третман на одредена состојба или заболување на пациентот;
- 3) праведна и фер постапка за избор/ селекција на медицински третман, во услови кога постои можност за избор од страна на здравствените установи на потенцијални пациенти за посебен третман кој е достапен во ограничен обем, при што изборот треба да се заснова на медицински критериуми, без дискриминација;
- 4) избор и промена на здравствен работник и здравствена установа, во рамките на здравствениот систем;
- 5) достапност на служби за домашно лекување, односно служби во заедницата каде што пациентот живее и
- 6) еднаква можност за заштита на правата на сите пациенти на територијата на Република Македонија.

4. ПРАВА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Пациентот согласно Законот има право на остварувањето на правата пропишани со овој закон без дискриминација заснована врз пол, раса, боја на кожа, јазик, вера, политичко или кое и да е друго мислење, национално или социјално потекло, припадност на национално малцинство, материјална положба, потекло по раѓање, сексуална ориентација или кој и да е друг статус и со почитување на неговата личност и достоинство.

Пациентот има право на грижа, лекување и рехабилитација што се во согласност со неговите поединечни потреби и способности и што ја унапредуваат состојбата со неговото здравје, со цел да го достигне највисокото можно лично ниво на здравје, согласно достапните методи и можности на медицината, а во согласност со прописите за здравствената заштита и за здравственото осигурување.

4.1. ПРАВО НА ПАЦИЕНТОТ НА УЧЕСТВО ВО ОДЛУЧУВАЊЕТО

Ова право го опфаќа **правото на информираност и правото на прифаќање или одбивање на определена медицинска интервенција**. Ова право може да биде ограничено само кога тоа е оправдано со здравствената состојба и во случаи и на начин уреден со овој закон.

А) ПРАВО НА ИНФОРМИРАНОСТ

Ова право подразбира потполна информираност на пациентот за следните околности:

- за неговата **здравствена состојба**;
- препорачаните **медицински интервенции**,
- **можните предности и ризици** при спроведувањето, односно неспроведувањето на медицински интервенции;
- **правото на одлучување** и можните замени за препорачаните медицински интервенции;
- **причините за евентуалните разлики** на постигнатиот резултат од медицински интервенции во однос на очекуваниот;
- **текот на постапката** при укажувањето на здравствената заштита;
- **препорачаниот начин на живеење**;
- **правата од здравствената заштита и здравствено осигурување, како** и постапката за остварување на правата и

- **за имињата, стручната подготовка и специјализацијата на здравствените работници** кои му укажуваат здравствена заштита.

Здравствените установи и здравствените работници треба да ги обезбедат потребните информации на разбирлив и едноставен, односно соодветен начин за пациентот.

Б) ПРАВО НА ОДБИВАЊЕ НА ПРИЕМ НА ИНФОРМАЦИЈА

Пациент, со писмена потпишана изјава, има **право да одбие прием на информација** за природата на својата здравствена состојба и очекуваниот исход на предложените или преземени медицински интервенции, освен во случаите во кои мора да биде свесен за природата на својата болест, за да не го загрози здравјето на другите. Во тој случај пациентот треба, во писмена форма или на друг веродостоен начин да определи лице на кое ќе му биде дадена информацијата наместо на него/неа.

В) ПРАВО НА ПРИФАЌАЊЕ И ОДБИВАЊЕ НА ОПРЕДЕЛЕНА МЕДИЦИНСКА ИНТЕРВЕНЦИЈА

Прифаќањето или одбивањето на определена медицинска интервенција како пациент се изразува со **потпишување на изјава** на образец во здравствената установа, освен во случаите на медицински интервенции чие одложување или непреземање би го загрозило животот и здравјето на пациентот, односно животот и здравјето на други лица.

Изречна согласност е потребна и за **вклучување на пациент во научно истражување и вклучување во медицинска настава**. Согласноста на пациентот треба да се даде на **писмено**, да е датирана и потпишана од пациентот, дадена врз основа на прецизни и на разбирлив начин дадени информации за природата, важноста, последиците и ризиците на истражувањето.

Било која дадена писмена согласност (за било кој случај на лекување или интервенција) пациентот може да ја **повлече** во секое време, на начин на кој таа е дадена.

4.2. ПРАВО НА ВТОРО СТРУЧНО МИСЛЕЊЕ

Пациентот секогаш има право да побара второ стручно мислење за својата здравствена состојба од здравствен работник со најмалку иста стручна подготовка, а **кој непосредно не учествувал во првичната медицинската интервенција** над пациентот.

4.3. ПРИСТАП КОН МЕДИЦИНСКОТО ДОСИЕ

Пациентот има право да:

- биде информиран за медицинското досие што се води за него и има право на пристап до досието и
- на свој трошок во реален износ да добие извод или копија на документи од медицинското досие .

Податоците од медицинското досие се ажурираат на начин што обезбедува при внесување/запишување на новите податоци, да можат да се утврдат првично внесените/запишани податоци .

Ова право може да се оствари и со писмено овластување на друго лице.

4.4. ПРАВО НА ДОВЕРЛИВОСТ НА ЛИЧНИТЕ И МЕДИЦИНСКИТЕ ПОДАТОЦИ НА ПАЦИЕНТОТ

Медицинските податоци мора да се чуваат во доверба и после смртта на пациентот, во согласност со прописите за чување на професионалната и деловната тајна, како и за заштита на личните податоци.

Откривањето на овие податоци може да се направи само во одредени случаи, и тоа:

- пациентот даде писмена согласност;
- овие податоци да се неопходни за медицинска интервенција на пациентот во друга установа;
- податоците да се користат во историски, научни, истражувачки или едукативни цели, под услов идентитетот на пациентот да не може да се открие, и
- со цел за заштита на животите, безбедноста или здравјето на други лица (на пример во случај на епидемии од заразни болести, и сл.)

4.5. ПРАВО НА БЕЗБЕДНОСТ

Ова право го опфаќа правото на лична сигурност за време на престојот во здравствената установа (член 5, Закон за заштита на правата на пациентите).

4.6. ПРАВО НА ОДРЖУВАЊЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНИ КОНТАКТИ

Правото на одржување на професионални контакти со лица од здравствената установа и со други лица, а во текот на престојот во болничка здравствена установа опфаќа право на примање на посетители во согласност со куќниот ред на установата или право на забрана на посета на одредено лице, примање и испраќање пошта и правење телефонски разговори на свој трошок, следење радио и телевизиски програми во рамки на можностите на установата, учествување по свој избор во верски активности во рамки на можностите на установата и користење викенд-отсуство во согласност со здравствената состојба.

4.7. ПРАВО НА САМОВОЛНО НАПУШТАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

Правото на самоволно напуштање на здравствената установа **на пациентот** може да се оствари само врз основа на писмена изјава или со усмена изјава пред двајца сведоци кои ја потпишуваат изјавата за напуштање на установата.

Писмената изјава се приложува во медицинското досие на пациентот, а податокот за самоволното напуштање на установата без најава, надлежниот здравствен работник е должен да го запише во медицинското досие на пациент.

Ова право се ограничува само ако напуштањето на здравствената установа би било штетно за здравјето на пациентот или здравјето или безбедноста на други лица.

4.8. ПРАВО НА ПРИВАТНОСТ

Пациентот има право на услови што **обезбедуваат приватност при медицинските интервенции, а особено при пружањето на личната нега**, само во присуство на оние лица кои се неопходни за извршување на интервенцијата односно негата, освен ако се согласите или побарате да биде поинаку. Правото на приватност, на пр. при вршење на преглед подразбира дека освен пациентот во просторијата може да биде присутен само лекарот и сестрата, а не и други вработени во установата или други пациенти.

Во болничка здравствена установа пациентот има право на сместување во одвоени простории од пациент со различен пол да поседува предмети за лична употреба, за облекување, обезбедување на лична хигиена, како и за други лични и неопходни потреби во согласност со

здравствена состојбата, а ако се работи за малолетен пациент да биде сместен одвоено од полнолетен пациент.

5. ДОЛЖНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ

За време на престојот во здравствената установа пациентот е должен да:

- **се грижи за своето здравје;**
- **постапува според советите** на здравствените работници за нега, третман и рехабилитација;
- **ги почитува правилата за однесување** во здравствената установа, пропишани со општ акт на установата;
- **даде вистинити и доволни податоци за здравствената состојба;**
- **прифати ангажман**, доколку е тој дел од неговата рехабилитација и ресоцијализација;
- **ги почитува правилата на однесување и куќниот ред на установата и**
- **го почитува професионалното и човечко достоинство на здравствените работници.**

6. ОБВРСКИ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСТАНОВИ

Обврска на здравствената установа е на пациентите да им обезбеди услови за остварување на правата уредени со Законот за заштита на правата на пациентите .

Здравствената установа е должна:

- да обезбеди лична сигурност на пациентот за време на престојот во установата,
- да го информира пациентот за правата од здравствената заштита и здравственото осигурување и за сите информации опфатени со правото на информираност,
- да води медицинско досие за пациентот и му обезбеди на пациентот увид во медицинското досие под услови уредени со овој закон,
- обезбеди доверливост на податоците во согласност со прописите за чување на професионална и деловна тајна, како и за заштита на личните податоци,
- обезбеди чување на човековите супстанции од кои може да се идентификува пациентот,
- да даде информација за приемот на пациентот во болничка здравствена установа,
- да му овозможи на пациентот прием на посетители во текот на престојот во болничка здравствена установа, во согласност со куќниот ред на здравствената установа, односно да забрани посета на одредено лице или лица,
- да му овозможи на пациентот прима и испраќа пошта и прави телефонски разговори на свој трошок, да следи радио и телевизиски програми во рамки на можностите на установата,
- да му овозможи на пациентот да учествува во верски активности во рамки на можностите на установата,
- да му овозможи на пациентот да користи викенд-отсуство во согласност со неговата здравствена состојба,
- да го истакне куќниот ред на установата,
- да го извести родителот, законскиот застапник, односно старател на пациентот, како и центарот за социјална работа за самоволното напуштање без најава, во случаи кога пациентот е неспособен за расудување, односно е малолетно лице,
- да му овозможи на пациентот услови што обезбедуваат приватност при прегледот, односно лекувањето, а особено при пружањето на личната нега и само во присуство на оние лица кои се неопходни за извршување на интервенцијата односно негата, освен ако пациентот се согласи или бара да биде поинаку,
- да обезбеди сместување во одвоени простории на пациенти со различен пол и на малолетни пациенти одвоени во простории од полнолетен пациент, и овозможи пациентот сместен во здравствена установа да поседува предмети за лична употреба за облекување,

обезбедување на лична хигиена, како и за други лични и неопходни потреби во согласност со неговата здравствена состојба

- за приемот на пациент веднаш да ги извести родителите, законските застапници или други лица од кругот на лицата кои живеат во заедничко домаќинство со пациентот,
- по приемот и распоредувањето на пациентот да определи стручен тим за третман и рехабилитација на пациентот и подготви поединечна програма за третман и рехабилитација во писмена форма за пациентот во која задолжително треба да се предвидени контролни прегледи, заради тековно утврдување на состојбата со здравјето на пациентот
- веднаш да го отпушти пациентот ако стручниот тим утврди дека состојбата со здравјето на пациентот е подобрена до степен да може да се упати на натамошен третман и нега во заедницата во која живее.

7. ОБВРСКИ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

Здравствениот работник кој непосредно ја врши медицинската интервенција има обврска да:

- се грижи за реализацијата на правата на пациентот при преземањето на медицинските интервенции;
- совесно да ја врши својата должност во согласност со правилата на медицинската етика, со единствена цел за заштита и унапредување на здравјето на пациентот;
- ги дадат на пациентот информациите согласно Законот;
- даде второ стручно мислење;
- ја почитува волјата на пациентот во врска со информациите и медицинските интервенции;
- обезбеди доверливост на податоците;
- ја приложи писмената изјава во медицинското досие на пациентот;
- го запише во медицинското досие на пациентот податокот за самоволното напуштање на здравствената установа без најава;
- го извести лицето и надлежните органи за напуштањето на здравствената установа од страна на пациентот, без најава, ако тоа го налага здравствената состојба на пациентот, и
- воспостави хумани (човечки) релации со пациентот.

8. УНАПРЕДУВАЊЕ И ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Согласно Законот, унапредувањето и заштитата на правата на пациентите се врши преку:

- ❖ **Комисија за унапредување на правата на пациентите во општината;**
- ❖ **Државна комисија за унапредување на правата на пациентите;**
- ❖ **советникот за заштита на правата на пациентите и Канцеларија во болничка здравствена установа;**
- ❖ **Други здравствени установи –служби во здравствената установа;**
- ❖ **Министерството за здравство –лице за заштита на права на пациенти;**
- ❖ **Фонд за здравствено осигурување;**
- ❖ **Државен санитарен и здравствен инспекторат и**
- ❖ **судска заштита.**

8.1. КОМИСИЈА ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ВО ОПШТИНАТА

Во општината односно во градот Скопје за унапредување на заштитата на правата се формира Комисија за унапредување на правата на пациентите. Општините треба да обезбедат и означат “Канцеларија на Комисијата за унапредување на правата на пациентите”. Комисијата се состои од 9 члена - пациенти, 2-НВО, 2-лекари, 3-од советот на општината, со мандат од 2 години, со право на уште еден избор. Средства за работа на Комисијата се обезбедуваат од општината.

Задачи на комисијата се:

- **унапредување на правата на пациентите и нивна заштита;**
- **да ја следи и проценува состојбата со заштитата на правата;**
- **да разгледува поплаки и предлага преземање на мерки до надлежни органи;**
- **да предлага мерки за подобрување на заштитата;**
- **да соработува со надлежни органи;**
- **бара стручна експертиза ако има потреба;**
- **да води евиденција за поединечни поплаки на пациентите , како и за преземените мерки;**
- **да издава промотивен и друг материјал со цел за унапредување на заштита на правата;**
- **да подготвува годишен извештај за Советот на општината;**
- **да донесува деловник за работа и**
- **да обезбеди тајност и заштита на податоците.**

8.2. ДРЖАВНА КОМИСИЈА ЗА УНАПРЕДУВАЊЕ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Задачи на комисијата се:

- да ја следи и проценува состојбата со заштитата на правата на пациентите
- да ги следи меѓународните документи во областа
- да предлага мерки за подобрување на заштитата
- да соработува со Народниот правобранител и други надлежните органи;
- да соработува со Комисиите за унапредување на правата на пациентите од општините;
- да дава мислења, препораки и предлози за унапредување на заштитата на правата
- да врши промоција на правата на пациентите и нивната заштита;
- да подготвува и публикува годишен извештај за заштита на правата на пациентите
- да донесува деловник за работа.

8.3. СОВЕТНИК ЗА ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ И КАНЦЕЛАРИЈА ВО БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

Во болничка здравствена установа треба да има “Канцеларија на советникот за заштита на правата на пациентите”. Советникот за заштита на правата на пациентите има обврска да:

- дава правни совети и правна помош во однос на остварувањето и заштитата на правата;
- ги разгледува усмени и писмени поплаки од пациенти и дава мислење за нивно решавање до директорот на здравствената установа;
- посредува во мирното решавање на прашањата помеѓу пациентот и здравствениот работник ;
- води досие за секоја усмена или писмена поплака, како и на други поведени правни постапки за заштита на права на пациенти на таа здравствената установа, кое, по завршување на постапката, станува составен дел од медицинското досие на пациентот и
- ги обучува здравствените работници во здравствената установа за остварување на правата на пациентите.

Во другите здравствени установи, ова е обврска на службите во здравствената установа.

Здравствената установа е должна да го истакне текстот на Законот за заштита на правата на пациентите во здравствената установа **на видно и лесно достапно место.**

Ако на пациентот му е повредено некое право има право лично, преку родителот или преку законскиот застапник, на **усмена поплага** до директорот на здравствената установа (член 47), како и на **писмена поплага** во рок од осум (8) дена од денот на повредата на правото или од сознавањето за повреда на правото, кој е должен да ги испита наводите во поплагата и во рок од 15 дена од денот на приемот на поднесокот да го извести пациентот или да го извести неговиот законски застапник (член 48 од Законот за заштита на правата на пациентите).

8.4. МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО

За се поврзано со грижата, лекувањето и рехабилитацијата во здравствената установа пациентот има право лично, преку родителот или преку законскиот застапник да поднесе претставки и други поднесоци до Министерството за здравство, надлежните органи и други институции.

Министерството за здравство е должно во рок од 15 дена да ги испита наводите во претставката и да го извести пациентот или законскиот застапник (член 49 од Законот за заштита на правата на пациентите).

8.5. ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ВО ОБЛАСТА НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ

Фондот за здравствено осигурување на Македонија е должен да обезбеди остварување на правата на осигурените пациенти од областа на здравственото осигурување, согласно прописите од областа на здравственото осигурување, односно да пружа стручна помош при остварувањето и заштитата на нивните права од здравственото осигурување.

За остварување на овие права во подрачните единици на Фондот побарајте ја “Канцеларијата за стручна помош на осигурените пациенти при остварувањето и заштитата на нивните права од здравственото осигурување”.

8.6. СУДСКА ЗАШТИТА НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Судската заштита на сторена повреда на правата на пациентот може да се оствари на начин и во постапка утврдена со закон.

9. ИНСПЕКЦИСКИ НАДЗОР

Инспекциски надзор над спроведувањето на овој закон врши **Државниот санитарен и здравствен инспекторат - ДСЗИ** преку државните санитарни и здравствени инспектори задолжени за заштита на правата на пациентите.

Инспекторот во подрачната служба на ДСЗИ во општината во случај на повреда на некое право, и ако барањето е засновано на Закон е овластен да и нареди на установата и здравствениот работник да преземат соодветни мерки и активности во зависност од видот на повредата на правото. Но, Државниот санитарен и здравствен инспекторат има право и должност на пациентот за време на престојот во здравствената установа, во согласност со состојбата на неговото здравје да му нареди: да постапува според советите на здравствените работници за негова нега, третман и рехабилитација; да ги почитува правилата за однесување во здравствената установа, пропишани со општ акт на установата, и да прифати ангажман, доколку е тој дел од неговата рехабилитација и ресоцијализација во функција на реактивирање на неговите социјалните вештини.

10. СТРУЧЕН НАДЗОР

Стручниот надзор над работата на здравствените установи и над стручната работа на здравствените работници, согласно Законот за здравствената заштита, го врши Министерството за здравство преку овластена здравствена установа или преку Комисија составена од истакнати стручни и научни работници од областа на здравството.

Ако пациентот приговара на стручноста во изведувањето на здравствена услуга или на исходот на лекувањето кој го поврзува со начинот на укажување на услугата на здравствениот работник, пациентот треба да го упатите во Министерството за здравство.

11. ДРУГИ ПРАВА ОД ОБЛАСТА НА ЗДРАВСТВОТО

Освен правата кои се предмет на уредување на Законот за заштита на правата на пациентите, пациентите имаат и други права и должности уредени и со други прописи од областа на здравствената заштита (заразни болести, безбедност во снабдување со крв, трансплантација, здравствена заштита и т.н.), како и со ратификувани меѓународни договори, конвенции,

декларации и други меѓународни документи што се однесуваат на заштитата на правата на пациентите.

Освен тоа, според **Законот за постапување по претставки и предлози** објавен во Службен весник на РМ, бр. 82/08, за заштита на своите права и интереси граѓаните можат да поднесуваат претставки и предлози до Претседателот на РМ, Собранието на РМ, судовите, органите на државната управа, единиците на локалната самоуправа, јавните установи и служби, како и други организации кои вршат јавни овластувања.

Претставките и предлозите можат да се поднесат писмено или усно на записник поединечно или групно. Органите не постапуваат по анонимни претставки, освен ако е во прашање остварување на јавен интерес.

Органот кој постапува по претставката е должен во рок од 15 дена да ја извести странката за резултатите од постапувањето, а во посложени предмети во рок од 30 дена од денот на приемот на претставката.

II. ЗАКОНСКИ РЕШЕНИЈА ОД ОБЛАСТА НА ПРАВАТА ОД ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ

Поради својата сложена природа, дејноста на здравствената заштита и системот на здравственото осигурување за секој жител посебно и за државата се од исклучително значење и во таа смисла за нивно одржување се наметнуваат високи барања за сите чинители кои на било кој начин во него учествуваат.

Во однос на состојбата на ромската заедница во јавноста се уште преовладуваат стереотипи и предрасуди, главно дека тоа е потешко прилагодливо, но лојално население во однос на исполнување на личните и обврските кон државните институции. Во однос пак на нивните права, постои претпоставка дека генерално нивните проблеми се запоставуваат. Бидејќи проблеми постојат, тие се заеднички и за нивно решавање неопходна е општа поддршка од сите граѓани. Во таа смисла издвоени се следните особености:

- ❖ Ромите како маргинализирана група во јавниот и социјалниот живот, секојдневно се среќаваат со потешкотии во пристапот и квалитетот на здравствените услуги;
- ❖ здравствените работници немаат доволно информации за посебните потреби и навики на Ромите во пристапот кон здравствените услуги;
- ❖ недоволното познавање на правата за здравствена заштита и осигурување, неусогласеност и неприлагоденост на регулативата спрема социјалниот и образовниот профил на Ромите се повеќе ја продлабочуваат нееднаквоста ;
- ❖ влошување на здравствената состојба на Ромите како последица на пречките во постапката за остварување на правата и влијанието на општата здравствена кондиција на населението во државата.

Можни претпоставки за праведно решение?

- ❖ законски прилагодувања соодветно на утврдените проблеми, односно измени во Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување;
- ❖ добивање на правото на здравствена заштита преку системот на здравствено осигурување (преку измените на Законот за здравствено осигурување се намали бројот на неосигурани лица, државата прифати да го ко-финансира нивното здравствено осигурување) ;
- ❖ надвор од системот се се уште дел од населението со недефиниран статус на државјанство, стечајни работници и оние кои се во постапка за судска наплата на долгот;

- ❖ Нов Закон за здравствена заштита со кој се воспостава мрежа на здравствени установи, проширување на концесионерството, разработување на квалитетот за сигурноста во здравството, акредитација и надзор над здравствената дејност. Напуштање на системот во кој главната улога ја имаат лековите и материјалните трошоци кон систем фокусиран кон здравјето на пациентот и квалитативното вреднување на трудот на здравствените работници;
- ❖ правата на пациентите (здравствената заштита како основно човеково право), зголемување на улогата на здравствените промотори;
- ❖ ефектуирање на Владините програми со поголема транспарентност за начинот на нивното користење;
- ❖ заеднички придонес кон унапредување на социо-економската и здравствената состојба на Ромите;
- ❖ поголема отвореност во работењето (транспарентност) на самите институции и
- ❖ промовирање на проблемите и мерките за заштита преку ТВ и радио емисии на мајчин јазик (медиумско информирање).

Правна поддршка за одржлив механизам во функција на општествениот интерес како императив за здравствената политика и еднаквоста на учесниците.

Правни претпоставки:

- Устав на РМ;
- Закон за здравствена заштита;
- Закон за здравствено осигурување;
- подзаконски акти и
- меѓународни акти.

Со цел да обезбеди функционална примена, законодавецот обезбедил правни претпоставки кои самите по себе со сигурност не се гаранција и за негова применливост и ефикасност, но сепак обезбедуваат правна основа, во таа смисла Уставот на РМ вели:

Член 9

Граѓаните на Република Македонија се еднакви во слободите и правата независно од полот, расата, бојата на кожата, националното и социјалното потекло, политичкото и верското уверување; имотната и општествената положба.

Член 39

На секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита.

Граѓанинот има право и должност да го чува и унапредува сопственото здравје и здравјето на другите.“

Уставот на РМ, меѓународните акти, Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, подзаконските акти и другите правни прописи треба да обезбедат правна поддршка за гарантиран и одржлив здравствен систем, но реалноста покажува дека нема место за неумерен нормативен оптимизам.

Недоволното познавање на правата за здравствена заштита и осигурување, за поголемиот број на претставници од ромската заедница најчесто претставува непремостлива пречка и го продлабочува социјалниот јаз и нееднаквост и имаат директно влијание на лошата здравствената состојба на ромите и општата здравствена кондиција на целото население во државата.

1. ЗАДОЛЖИТИЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Со задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедува право на здравствени услуги во случај на болест и повреда, право на надоместок на плата во случај на спреченост за работа поради болест или повреда или породилно отсуство, како и други парични надоместоци.

Заради спроведување на задолжителното здравствено осигурување, со Законот за здравствено осигурување ("Службен Весник на РМ" бр.25/2000) е основан Фондот за здравствено осигурување на Македонија како самостојна финансиска институција која врши дејност од јавен интерес и јавни овластувања. ФЗОМ е организиран во една централна служба со 30 подрачни служби распоредени на целата територија на РМ.

- 30 Подрачни служби на ФЗОМ:



Надзор над законитоста на работата на ФЗОМ врши Министерството за здравство. Надзор над примената на законите и прописите донесени врз основа на Законот за здравственото осигурување во однос на остварувањето на правата на осигурениците и осигурените лица врши Здравствената инспекција.

Задолжителното здравствено осигурување е воспоставено со цел да се обезбеди социјална сигурност на граѓаните во случај на болест или повреда.

Здравственото осигурување се остварува преку обврската за редовно плаќање на придонес за задолжително здравствено осигурување од страна на сите осигуреници во одреден процент на платата, пензијата односно на утврдена основица, а здравствена заштита користат осигурениците на кои истата им е потребна.

1.1. ОСИГУРЕНИЦИ

Лица опфатени со задолжително здравствено осигурување:

1. Работник во работен однос кај правно лице, самовработено лице, установа, друго правно лице кое врши дејност на јавна служба, државен орган и орган на единиците на локалната самоуправа и градот Скопје;
2. Државјанин на Република Македонија кој на територијата на РМ е вработен кај странски и меѓународни органи, организации и установи, кај странски дипломатски и конзуларни претставништва, во лична служба на странски дипломатски и конзуларни претставништва или е во лична служба на странци, доколку со меѓународен договор поинаку не е определено;
3. Самовработено лице;
4. Индивидуален земјоделец;
5. Верско службено лице и припадник на верски редови, освен припадник на монаштво и сестринство;
6. Привремено невработено лице додека прима паричен надоместок од осигурување во случај на невработеност;
7. Државјанин на Република Македонија вработен во странство, ако за тоа време не е задолжително осигуран кај странски носител на осигурување според законот на земјата во која е вработен, или според меѓународна спогодба, а имал живеалиште на територијата на РМ непосредно пред засновањето на работниот однос во странство – за членовите на семејството кои живеат во РМ;
8. Корисник на пензија и надоместок на плата според прописите на пензиското и инвалидското осигурување;

9. Државјанин на Република Македонија кој прима пензија или инвалиднина од странски носител на осигурување додека престојува на територијата на РМ;

10. Лице- корисник на постојана парична помош, лице сместено во згрижувачко семејство и во установа за социјална заштита, корисник на паричен надоместок за помош и нега и парична помош на лице кое до 18 години возраст имало статус на дете без родители и родителска грижа, согласно со прописите од социјалната заштита, ако не може да се осигури по друга основа;

11. Странец кој на територијата на РМ е во работен однос или служба на странски физички и правни лица, меѓународни организации и установи или странски дипломатски и конзуларни претставништва, ако со меѓународен договор поинаку не е определено;

12. Странец кој се наоѓа на школување или стручно усовршување во РМ, ако со меѓународен договор поинаку не е определено;

13. Лице на издржување на казна затвор, лице кое се наоѓа во притвор (ако не е осигурено по друга основа) и малолетно лице кое се наоѓа на извршување на воспитна мерка упатување во воспитно-поправен дом, односно установа;

14. Учесник во НОВ и учесник во Народноослободителното движење во Егејскиот дел на Македонија, воен инвалид и членовите на семејствата на паднатите борци и умрените учесници во НОВ, како и цивилните инвалиди од Втората светска војна, лицата прогонувани и затворани за идеите на самобитноста на Македонија и нејзината државност, на кои тоа својство им е утврдено со посебни прописи и членовите на семејството и родителите на лицата граѓани на РМ, загинати во војните при распадот на СФРЈ; и

15. Државјанин на Република Македонија кој не е задолжително осигуран по една од точките од 1 до 14 на овој член.

Граѓаните кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување (погоре наброени) можат да пристапат кон задолжителното здравствено осигурување заради користење на право на здравствени услуги од член 9 на Законот за здравствено осигурување.

1.2 ОСИГУРЕНИ ЛИЦА – ЧЛЕНОВИ НА СЕМЕЈСТВО

Преку осигуреникот како носител на осигурувањето, здравствено се осигурени и членовите на неговото семејство само ако не се осигурени по друг основ и тоа брачниот другар и децата родени во брак или вон брак, посиноци, посвоени и децата земени на издржување.

Децата на осигуреникот се здравствено осигурени до навршување на 18-годишна возраст, односно до навршување на 26 години ако се на редовно школување.

Исто така децата преку својот родител се осигурени кога се на вонредно школување, ако поради природата на болеста не можат да посетуваат редовна настава или ако се или станат неспособни за самостоен живот.

1.3. ДОБРОВОЛНО ПРИСТАПУВАЊЕ ВО ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ (СОГЛАСНО ЧЛЕН 5 СТАВ 2 ОД ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ)

Лицата кои не се опфатени со задолжително здравствено осигурување според член 5 став 1 од точка 1 до точка 15 од ЗЗО, можат согласно член 5 став 2 од ЗЗО доброволно да пристапат во задолжително здравствено осигурување со тоа што придонесот за здравствено осигурување самите го плаќаат според член 5 став 2 од истиот закон.

2. ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

Со задолжително здравствено осигурување на осигурените лица им се обезбедува право на основни здравствени услуги (или така наречен „**Основен пакет на здравствени услуги**“) под услови утврдени со Законот за здравствено осигурување во случај на:

- Болест и повреда надвор од работа и
- Повреда на работа и професионално заболување.

Основните здравствени услуги, Фондот за здравствено осигурување - ФЗОМ ги обезбедува на осигурениците во здравствени установи со кои склучил договор. Ако осигуреникот користи основни здравствени услуги во здравствената установа со која ФЗОМ нема склучено договор, трошоците ги плаќа осигуреникот.

2.1. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА НА ОСНОВНИ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

2.1.1. ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Здравствени услуги во примарна здравствена заштита се:

1. Здравствени услуги заради утврдување, следење и проверување на здравствената состојба;
2. Преземање на стручно медицински мерки и постапки за унапредување на здравствената состојба, спречување, сузбивање и рано откривање на болестите и други нарушувања на здравјето;
3. Укажување на итна медицинска помош, вклучувајќи и превоз со санитетско возило кога е тоа неопходно;
4. Лекување во ординација, односно во домот на корисникот;
5. Здравствена заштита во врска со бременост и породување;
6. Спроведување на превентивни, терапевтски и рехабилитациони мерки;
7. Превенција, лекување и санирање на болестите на устата и забите; и
8. Лекови според листата на лекови што со општ акт ја утврдува ФЗОМ, на кој министерот за здравство дава согласност.

Следните права се остваруваат при користење на здравствените услуги во примарната здравствена заштита:

А) Постапка за избор на лекар

Здравствените услуги во примарната здравствена заштита може да ги користите кај вашиот **избран лекар**.

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

Изборот на лекар не е само право туку и должност на осигуреното лице затоа што правата од здравствено осигурување можат да се остварат само преку избраниот лекар. Како избран лекар 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.

Изборот на лекар се врши со пополнување на изјава за избор на лекар на образец ИЛ-1 (Пријава за избор - Промена на лекар) и истата ја обезбедува избраниот лекар.

Промена на избраниот лекар осигуреното лице по негово барање може да врши најмногу два пати во текот на една календарска година.

Секој избран лекар е должен да определи друг лекар од својата или од друга најблиска здравствена установа која врши иста дејност, кој ќе го заменува, односно кој ќе му ги пружа здравствените услуги на осигуреното лице во случај на негова отсутност.

Б) Право на итна медицинска помош

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

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.

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.

Во случај на потреба, по пружената итна медицинска помош, лекарот кој пружил итна медицинска помош е должен да повика превоз на осигуреното лице до болничката здравствена установа, водејќи сметка за видот на превозот зависно од здравствената состојба на осигуреното лице.

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

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

В) Право на превоз со санитарско возило

Осигуреното лице може да користи санитарско возило и кога не се работи за итен случај ако се работи за повреда поради неподвижност или ограничена подвижност, при што не може да се користи превоз со јавниот сообраќај.

Потребата за превоз со санитарско возило ја утврдува избраниот лекар или надлежен лекар од соодветна болничка здравствена установа.

Г) Право на патронажна посета

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 и
- патронажни посети на новородени, доенчиња и предучилишни деца.

Д) Користење на лекови

Осигуреното лице може да оствари право на лекови само од лековите кои се наведени во Листата на лекови кои паѓаат на товар на ФЗОМ (Позитивна листа на лекови).

Лековите кои не се на Позитивната листа се плаќаат во целост од страна на осигурените лица.

Осигуреното лице правото на лек го остварува врз основа на рецепт за пропишан лек, кој избраниот лекар или неговата замена е должен да го изготви, пополни и да го завери со факсимил и потпис на лекарот и со печат на здравствената установа.

Правото на надомест на трошоците за купени лекови од Листата на лекови кои се издаваат на рецепт во **примарната здравствена заштита**, се остварува со поднесување на барање во форма на дадениот во прилог образец (прилог бр.1) , комплетирано со следните прилози:

За лекови во примарната здравствена заштита

- рецепт за пропишан лек од избран лекар;
- извештај од лекар специјалист односно субспецијалист или отпусно писмо со назначена терапија, ако лекот се пропишува по предлог на лекар специјалист односно субспецијалист;
- потврда од здравствената установа со датум на аплицирање, ако се работи за лек во ампуларна форма;
- три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки;
- фискална сметка и сметкопотврда (во оригинал) од аптеката која го издала лекот и
- здравствена легитимација на увид.

Правото на надомест на трошоците за купени лекови од Листата на лекови кои се издаваат на рецепт во **болничка здравствена заштита**, се остварува со поднесување на барање во форма на дадениот во прилог образец, комплетирано со следните прилози:

За лекови од болничката листа

- извештај, или отпусно писмо со назначена терапија (согласно режимот на препишување означен во Листата на лекови потребна е препорака од болнички или клинички конзилиум);
- потврда од соодветна здравствена установа за апликација на лекот, согласно Листата на лекови, ако се работи за лек во ампуларна форма;
- конзилијарно мислење, доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови;

- фискална сметка и сметкопотврда (во оригинал) од аптеката која го издала лекот и
- здравствена легитимација на увид.

2.1.2. СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Здравствени услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита се:

1. Испитување и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба;
2. Спроведување на специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки; и
3. Протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и забнотехнички средства според индикации утврдени со општ акт на ФЗОМ, на кој министерот за здравство дава согласност.

Следните права се остваруваат при користење на здравствените услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита:

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

Ако избраниот лекар не е во можност да пружи соодветна здравствена заштита или ако за утврдување на здравствената состојба му се потребни дополнителни стручни мислења или дијагностички испитувања, осигуреното лице може да го упати во здравствена установа која врши соодветна специјалистичка дејност.

Специјалистичките здравствени услуги осигуреното лице ги остварува врз основа на упат од избраниот лекар до специјалистот. Избраниот лекар кон упатот за користење на специјалистички здравствени услуги должен е да ги приложи и медицинска документација.

Упатот до специјалистот важи 30 дена од денот на издавањето, во кој рок треба да се активира, но најмногу до 3 месеци доколку не е завршена дијагностичката постапка. По исклучок во случаите кога осигурените лица се упатени на здравствени услуги во врска со дијагноза и вежби на видот, слухот и говорот надвор од местото на живеење упатот важи 12 месеци.

2.1.3. БОЛНИЧКА (КРАТКОТРАЈНА И ДОЛГОТРАЈНА) ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Здравствени услуги во болничката (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита се:

1. Испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување, рехабилитација, нега, сместување и исхрана во болнички услови;
2. Лекови според листата на лекови што со општ акт ја утврдува ФЗОМ на кој министерот за здравство дава согласност, како и помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитетските и друг материјал потребен за лекување; и
3. Сместување и исхрана на придружник при неопходно придружување на дете до тригодишна возраст, додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена.

Следните права се остваруваат при користење на услугите од болничката здравствена заштита:

Ако поради природата на заболувањето или повредата не е можно со успешен резултат да се спроведе амбулантно или домашно лекување на осигуреното лице во рамките на примарната здравствена заштита, осигуреното лице се упатува на болничко лекување во најблиската здравствена установа која врши здравствени услуги од соодветната дејност.

Болничкото лекување трае ограничено, при што во најкусо можно време треба да се извршат болничките здравствени услуги во стандардни болнички услови. Под стандардни болнички услови се подразбира сместување на болно лице во болничка соба со два или повеќе болнички кревети. Ако се работи за опасност од пренесување на заразна болест, може да се изврши сместување на осигурено лице и во еднокреветна соба поради изолација од останатите болни.

Болничкото лекување престанува кога ќе се постигне состојба за продолжување на лекувањето во домашни услови или амбулантски услови или ако е потребно тоа да продолжи како медицинска рехабилитација во специјализирани здравствени установи.

Болничкото лекување се остварува врз основа на упат од лекар специјалист од соодветна специјалност, додека со упат од избраниот лекар само во следните случаи¹:

- дијагностицирани хронични заболувања,

¹ Во примена од 01.12.2012 година.

- по проценка на избраниот лекар за итноста за здравствената состојба на осигуреното лице,
- кога упатувањето го врши педијатар за децата и гинеколог за женската популација.

А) Листа на чекање²

Здравствените услуги од специјалистичко-консулативната и болничка здравствена заштита осигурените лица ги остваруваат според временскиот редослед кој е утврден во Листата на чекање донесена од здравствената установа.

Листата на чекање се составува врз основа на упат од избран лекар, специјалист односно субспецијалист, според редослед на пријавените осигурени лица и тоа за секој работен ден во месецот.

Листата на чекање не се однесува за итните случаи кај кои е неопходно отстранување на непосредната опасност по животот и здравјето на осигуреното лице.

Листата на чекање е транспарентна и секое осигурано лице со упат од избран лекар односно специјалност има право на увид.

Б) Право на придружник

Мајка на хоспитализирано дете до тригодишна возраст има право на сместување и исхрана во болницата како придружник најмногу до 30 дена.

В) Право на болнички здравствени услуги при итен случај

Ако се работи за итен случај, осигуреното лице може да биде примено и без упат, како и во случај ако е упатен од лекар кој пружил итна медицинска помош.

Болничката установа е должна веднаш да го прими на лекување осигуреното лице и без здравствена легитимација и потврда за платен придонес.

Упатот од избраниот лекар, здравствената легитимација и потврдата ќе се достават дополнително, по отстранување на непосредната опасност по животот и здравјето на осигуреното лице.

² Во примена од 01.12.2012 година.

Г) Породување во породилиште на здравствен дом

Во населените места каде што нема болничка здравствена установа со акушерско одделение, породувањето се врши од редот на избраните лекари - гинеколози во породилиштето на здравствениот дом.

Дежурството во породилиштето го организира здравствениот дом.

Доколку избраниот лекар гинеколог врши породување во породилиште, извршените здравствените услуги се сметаат како посебни услуги.

Д) Отпусно писмо

По завршеното болничко лекување, болничката здравствена установа на осигуреното лице му издава отпусно писмо и совет.

На осигуреното лице при напуштањето на болничката установа здравствената установа му дава да потпише фактура за извршените здравствени услуги, која се доставува до ФЗОМ, здравствената установа е должна да му издаде на осигуреното лице и копија од фактурата.

Правото на надомест на трошоците за купени материјали кои се вградуваат во болничка здравствена заштита се остварува со поднесување на барање во форма на дадениот во прилог образец (прилог бр. 2), комплетирано со следните прилози:

- отпусно писмо (копија);
- сметкопотврда (фактура) за набавениот материјал со фискална сметка во оригинал;
- здравствена легитимација на увид.

Ѓ) Право на вештачко оплодување

Осигуреното лице (жена) има право на вештачко оплодување.

Ова право осигуреното лице може да го користи најмногу до третиот обид.

Е) Право на медицинска рехабилитација

Осигуреното лице може да оствари право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување, кога по болничкото лекување и понатаму постојат функционални пречки за чие отстранување е неопходно да се продолжи со лекувањето и

рехабилитација во специјални болници за специјализирана медицинска рехабилитација и тоа во следните случаи:

1. По завршување на болничко лекување на акутно заболување, состојба и повреда; и
2. По завршување на болничко лекување на влошено хронично заболување.

Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се остварува врз основа на барање од осигуреното лице кое се поднесува:

- во рок од 1 месец по завршеното болничко лекување,
- во рок од 1 месец по неопходен контролен преглед, или
- во рок од 3 месеци по прележан инфаркт на срцето, хируршка интервенција на срцето и сите хируршки зафати на градниот кош со респираторна патологија.

Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се остварува со **Решение од Фондот**, врз основа на **отпусно писмо** за завршено болничко лекување, **конзилијарно мислење** од соодветната болничка установа во која се наоѓал на болничко лекување и врз основа на **наод, оценка и мислење на лекарска комисија на Фондот**.

Специјализирана медицинска рехабилитација може да трае најмногу **21** ден.

Осигуреното лице може да оствари право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување за утврдено заболување **само еднаш во текот на една година**, сметано од денот на утврдувањето на правото.

Медицинска рехабилитација треба да започне најдоцна 2 месеци од добивањето на решението.

Специјализирана медицинска рехабилитација во случај на церебрална парализа за децата до 14 годишна возраст се остварува со решение од Фондот, врз основа на отпусно писмо за завршено болничко лекување односно специјалистички извештај, конзилијарно мислење од соодветната болничка установа во која се наоѓале на болничко односно амбулантско лекување и врз основа на наод, оценка и мислење на лекарска комисија на Фондот.

Специјализирана медицинска рехабилитација во случај на церебрална парализа за децата до тригодишна возраст, рехабилитацијата може да трае до 30 дена и тоа до четири пати во текот на годината, а за деца од 4 до 14 годишна може да трае до 30 дена двапати во текот на годината, кога за време на рехабилитацијата е потребна обука на член на семејството.

Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се остварува со поднесување на барање во форма на дадениот во прилог образец (прилог бр.3), комплетирано со следните прилози:

- отпусно писмо за завршено болничко лекување од здравствената установа каде е извршено болничкото лекување (за вложување на хронична болест - најмалку 10 дена болничко лекува);
- конзилијарно мислење од соодветна болничка здравствена установа во која се лекувало осигуреното лице;
- наод, оценка и мислење од Лекарската комисија на Фондот и
- здравствена легитимација на увид.

Ж) Право на ортопедски помагала

Осигуреното лице остварува право на протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски справи и материјали и забнотехнички средства на начин утврден со посебен Правилник на ФЗОМ, во кој поблиску се уредуваат видовите и индикациите за помагалата и средствата, стандардите за материјалите од кои тие се изработуваат, роковите на траењето, како и условите за изработка односно набавка на нови помагала пред истекот на утврдените рокови.

Потребата за протези, ортопедски и други помагала ја утврдува лекар специјалист од соодветната специјалност.

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

З) Право на здравствени услуги во странство

Осигуреното лице има право на лекување во странство:

- кога се исцрпени можностите за лекување во здравствените установи во Републиката (според содржината на конзилијарното мислење), за право на болничко лекување во странство,
- кога е упатен на привремена работа во странство и кога привремено престојува во странство и

- итна медицинска помош во странство.

Во согласност со член 30 од Законот за здравственото осигурување, начинот и постапката за остварување на ова право се утврдено со посебен правилник.

1) Право на болничко лекување во странство, кога се исцрпени можностите за лекување во здравствените установи во Р.М.

Ова право се остварува со поднесување на барање во форма на дадениот во прилог образец (прилог бр.4), до ФЗОМ преку Подрачната служба на ФЗОМ, комплетирано со:

- предлог за упатување на лекување во странство од соодветна клиника во Скопје,
- најмалку две профактури од странски здравствени установи и
- потребна медицинска и друга документација.

2) Право на здравствени услуги во странство кога осигуреното лице е упатено на привремена работа во странство и кога привремено престојува во странство

Правото на користење на здравствени услуги во странство во случај на стручно усовршување, школување, службено или приватно патување (туристички, посета) се остварува на основа на двојазичен образец, потврда, што ја издава Подрачната служба на ФЗОМ, каде што е поднесена пријавата за задолжително здравствено осигурување.

Осигурените лица кои привремено престојуваат (приватно или службено, студиски престој, школување и стручно усовршување, престој во врска со меѓународно - техничка, научна и културна соработка и сл.), во земји со кои РМ има склучено меѓународен договор за социјално осигурување, можат да користат бесплатна итна медицинска помош, врз основа на потврда што ја издава подрачната служба на ФЗОМ, каде што е поднесена пријавата за задолжително здравствено осигурување.

Постапката за издавање на потврдата се поднесува по барање на осигуреното лице со обезбедување и на следните документи:

- потврда за здравствената состојба, издадена од избраниот лекар (од општа пракса, гинеколог или педијатар) и
- наод, оценка и мислење на лекарската комисија на Фондот.

Потврдата **не се издава** на осигурени лица за кои е утврдено дека боледуваат од акутни болести или акутни влошувања кај хронични болести.

3) Итна медицинска помош во странство

Осигурени лица кои привремено престојуваат во странство (било во земји со кои државата има склучено договор за социјално осигурување, но не ја спровеле постапката од гореспомената точка 2 или биле во земји со кои државата нема таков договор), а се нашле во случај да користат итна медицинска помош неопходна за отстранување на непосредна опасност по животот и здравјето, веднаш по завршување на итноста се должни да се вратат во земјата и да го продолжат лекувањето.

Правото на надоместок на вака платените здравствени услуги се остваруваат со користење на образец на барање за надоместок за лекување во странство при итен случај (прилог бр. 5).

2.1.4. ОБДУКЦИЈА НА УМРЕНИ ПО БАРАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ

Во основниот пакет на здравствени услуги е и обдукцијата на умрените, но само по барање на здравствената установа. Во сите други случаи истата не е на товар на Фондот.

2.2 ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ КОИ НЕ СЕ ОПФАТЕНИ СО ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Со задолжителното здравствено осигурување **не се опфатени следните здравствени услуги:**

1. Естетски операции кои не се медицински индицирани;
2. Користење на повисок стандард на здравствени услуги во болничката здравствена заштита над утврдените стандарди;
3. Бањско- климатско лекување;
4. Медицинска рехабилитација на дегенеративни заболувања според општ акт утврден од министерот за здравство, освен за деца до 18-годишна возраст;
5. Лекови кои не се опфатени со листите на лекови од член 9 на ЗЗО;
6. Протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитетски справи и материјали и забнотехнички средства кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување или се изработени од надстандарден материјал;
7. Општа нега, сместување и исхрана во геронтолошка установа;
8. Специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги без упат од избраниот лекар;
9. Прекинување на бременост, ако не е медицински индицирано;
10. Лекување како последица на непридржување на упатствата од лекарот;
10-а Вештачко оплодување по трет неуспешен обид за оплодување;
11. Издавање на сите видови лекарски уверенија;
12. Набавка на нови протетски и ортопедски справи и други помагала пред утврдениот рок;
13. Отрезнување и лекување од акутна алкохолизирана состојба, како и за намерни труења, кои не се предизвикани од душевни растројства;
14. Лекување во странство, ако е во прашање заболување кое не може да се лекува во земјата и ако лекувањето е извршено без одобрение од Фондот, за дел од трошоците кои се повисоки од трошоците на соодветните услуги од основните здравствени услуги во земјата;
15. Лекување кое е последица на кривично дело или прекршок што го сторил самиот осигуреник;
16. Прегледи, испитувања и упатувања до надлежниот орган за оценување на работната способност, според прописите за пензиското и инвалидското осигурување и според прописите за социјалната и детска заштита, кога тие се вршат по барање на осигуреникот, работодавецот или друг орган;
17. Незадолжително вакцинирање;
18. Лекување, односно рехабилитација од болести на зависност над 30 дена;
19. Прегледи на умрени и обдукција по барање на надлежни органи или граѓани;
20. Здравствени прегледи на вработените кои се упатуваат на работа во странство од страна на работодавците, како и прегледите и превентивните мерки на здравствена заштита за патување во странство;
21. Лекување од последици на третман од надрилекари или употреба на надрилекарства; и
22. Други здравствени услуги кои според овој закон не паѓаат на товар на средствата на Фондот.

3. ПРАВА НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ

Во рамките на задолжителното здравствено осигурување се обезбедува право на парични надоместоци и тоа:

1. 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 и
2. право на надоместок на патни трошоци.

3.1. НАДОМЕСТОК НА ПЛАТА

Осигуреното лице има право на надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради болест и повреда, како и за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство, под услов ако се работи за осигурено лице кое има засновано постојан работен однос - лице во работен однос (осигурени лица од член 5 став 1 точките 1, 2 и 3 од Закон за здравствено осигурување).

3.2. НАДОМЕСТОК НА ПАТНИТЕ ТРОШОЦИ

Осигуреното лице може да оствари право на патни трошоци во следните случаи:

-ако е упатено да користи здравствени услуги во врска со хемодијализа или вежби за рехабилитација на видот, слухот и говорот надвор од местото на живеење.

Правото на надомест на патните трошоци на товар на средствата на Фондот се остварува во висина на цената на средствата на јавниот патнички, односно железнички превоз врз основа на поднесено барање на образец (прилог бр. 6), со доставување на следните прилози:

- медицинска документација за тоа дека хемодијализата, односно вежбите на видот, слухот или говорот се извршени во здравствена установа надвор од местото на живеење;
- патни карти за јавен превоз и
- здравствена легитимација на увид.

4. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ (согласно Законот за здравствено осигурување)

4.1. УТВРДУВАЊЕ НА СВОЈСТВО НА ОСИГУРЕНИК

30-1 Пријава - Одјава за задолжителното здравствено осигурување

Својство на осигуреник се стекнува со поднесување на пријава за здравствено осигурување (на образец даден во прилог бр. 8).

Подносителот на пријавата е должен кон пријавата да приложи соодветни докази со кои се докажува законскиот основ за осигурување (за заснован работен однос, вршење на дејност, корисник на пензија, корисник на постојана социјална заштита или друг основ на осигурување).

- Потребни документи за евидентирање на лице корисник на постојана парична помош

- 30 - 1 пријава заверена од Центарот за социјална работа и
- Решение од Центарот за социјална работа дека лицето е корисник на постојана парична помош.

- Потребни документи за евидентирање на лице кое се занимава со земјоделство

- 30 - 1 пријава за задолжително здравствено осигурување;
- Извод од матичната книга на родени односно венчани;
- Имотен лист, Поседовен лист, Договор за закуп;
- Лична карта- копија и
- Здравствена легитимација (со слика).

- Потребни документи за лица кои засноваат работен однос

- М1 образец и
- 30 - 1 образец.

- Потребни документи за членовите на семејство на осигуреник

- 30-1 пријава за задолжително здравствено осигурување;
- Извод од матична книга на родени за деца;
- Извод од матична книга на венчани за сопруг-а;
- Решение од Центар за социјални работи за посвоени деца и деца земени на издржување и
- Потврда за редовно школување за запишана нова учебна година за деца од 18 до 26 години.

За деца кои се или ќе станат неспособни за самостоен живот и работа, кон пријавата се поднесува **решение од надлежен орган дека детето е неспособно за самостоен живот и**

работа, според прописите за пензиско и инвалидско осигурување, односно за социјална заштита.

- Невработени лица на кои им се променува основот на осигурување според член 5 став 1 точка 15 од ЗЗО за кои обврзник за плаќање на придонесот е Министерството за здравство

Граѓанин кој не е дефиниран како обврзник за плаќање на придонес, може да ги оствари правата од здравствено осигурување доколку во претходната календарска година остварил приход кој не е поголем од 132.000,00 денари. Исто така, граѓанин кој не е дефиниран како обврзник за плаќање на придонес може да ги оствари правата од здравствено осигурување и во случај ако во претходната календарска година остварил приход од 132.000,00 до 264.000,00 денари, но во изминатите два месеци остварил вкупен приход помал од 22.000,00 денари.

Во овие износи спаѓаат приходите на сите членови на потесното семејство, согласно ЗЗО и истите износи се усогласуваат на годишно ниво со порастот на платите од претходната година.

Децата на осигуреникот се здравствено осигурени преку осигуреникот до навршување на 18 годишна возраст, односно до 26 години доколку се на редовно школување.

Децата со навршени 18 односно 26 години кои не се на редовно школување се издвојуваат како посебни носители на здравственото осигурување и во изјавата за остварени приходи не влегуваат приходите на нивните родители без оглед што живеат заедно.

Правото на здравствено осигурување овие лица го остваруваат со поднесување на Изјава за остварен приход на пропишан образец .

Доброволното пристапување во задолжително здравствено осигурување е поделено на **два под основи:**

А) Осигурени лица кои доброволно пристапуваат во задолжително здравствено осигурување со плаќање на придонес на основица 50% од просечната плата во РМ, објавена во месец јануари во тековната година.

Поради користење на правата на здравствени услуги дефинирани во законот кој го уредува системот на здравствено осигурување, граѓаните кои немаат основ на осигурување, а **остваруваат приход на годишно ниво поголем од 132.000,00 денари, а помал од 182.000,00 денари**, доброволно можат да пристапат во задолжително здравствено осигурување врз основа на поднесена Изјава за остварени приходи, на пропишан образец.

Доколку граѓанинот кој доброволно пристапува во задолжително здравствено осигурување во претходна календарска година остварил приход кој не е поголем од 182.000,00 денари, **основицата од која се пресметува и уплатува придонесот е 50% од просечната плата во РМ, објавена во месец јануари во тековната година.**

Б) Осигурени лица кои доброволно пристапуваат во задолжително здравствено осигурување со плаќање на придонес на основица - просечната плата во РМ, објавена во месец јануари во тековната година.

За граѓаните кои во претходната календарска година **оствариле приход над 182.000,00 денари, основицата на која се пресметува и уплатува придонесот за задолжително здравствено осигурување е просечната плата** во РМ, објавена во месец јануари во тековната година.

Со поднесување на споменатите изјави за остварени приходи, осигурениците се кривично и материјално одговорни, и за дадени лажни податоци ќе одговараат пред надлежните судски органи на РМ.

НАЧИН НА ПРИЈАВУВАЊЕ/ПРОМЕНА НА ОСНОВ НА ОСИГУРУВАЊЕ на лица кои доброволно стапуваат во задолжително здравствено осигурување

Лицата кои доброволно стапуваат во задолжително здравствено осигурување (член 5 став 2 од ЗЗО, а во врска со член 10-б од Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување) стекнуваат својство на осигуреник врз основа на следната документација:

- Пријава за здравствено осигурување ЗО-1;
- Изјава за остварени приходи Образец ИОП – 2 (прилог бр.10);
- Извод од матична книга на родени за децата, односно венчани за брачниот другар;
- Лична карта во копија за осигуреникот и
- Здравствена легитимација за осигуреникот и членовите на семејството.

Изводот од матична книга родените односно венчаните се бара со цел да се утврди дали подносителот на пријавата има основ на осигурување преку брачниот другар.

Изјава за остварени приходи - Образец ИОП

На осигурените лица на кои им е утврдено својството на осигуреник како невработено лице и се внесени во базата податоци на осигурени лица, промената на основот на осигурување се врши со потпишување на изјава на пропишан образец за остварени приходи во кои влегуваат приходите на сите членови на семејството (брачен другар, деца до 18 години, односно 26 години доколку се на редовно школување).

Изјавата се пополнува на шалтерите во подрачните служби на ФЗОМ.

Во изјавата за остварени приходи не влегуваат приходите остварени по основ на:

- 1) Награди што ги доделуваат меѓународните организации, награди за животни достигнувања во науката, културата и спортот, стипендии и кредити на ученици и студенти што ги доделуваат органите на државната управа и фондации во согласност со закон, награди на ученици и студенти за време на задолжителна практична работа и обука, награди на ученици и студенти освоени на натпревари во рамките на образовниот систем, награди на спортисти за постигнати резултати на официјални меѓународни натпревари и стипендии за спортисти;
- 2) Надоместок на лицата волонтери согласно со Законот за волонтерство;

- 3) Детски додаток, посебен додаток за дете, еднократна парична помош за новороденче и родителски додаток;
- 4) Надоместок во случај на смрт;
- 5) Помош за претрпени штети од елементарни непогоди;
- 6) Права на парична помош од социјална заштита утврдени согласно со Законот за социјална заштита;
- 7) Надоместок за телесно оштетување;
- 8) Надоместок на штета по основа на осигурување на живот и имотни осигурувања;
- 9) Алиментации и надоместоци на штета по судска одлука и надоместок на штета како последица на несреќа при работа и
- 10) Надоместоци по основ на невработеност, обука, преквалификација, доквалификација и практиканство на невработени лица.

4.2. ДОКАЖУВАЊЕ НА СВОЈСТВОТО НА ОСИГУРЕНИК

Својството на осигурено лице се докажува со здравствената легитимација и потврда за платен придонес (син картон) односно чек од пензија за пензионерите, односно со електронска картичка за здравствено осигурување.

Потврдата за платен придонес ја издава Подрачната служба на ФЗОМ, според местото на живеење односно местото на осигурување, под услов придонесот редовно да се уплатува или со задоцнување од најмногу 60 дена, сметано од истекот на последниот ден од месецот за кој се плаќа придонесот.

4.3. ПАРТИЦИПАЦИЈА ИЛИ ЛИЧНО УЧЕСТВО НА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА ВО ЦЕНАТА НА ЗДРАВСТВЕНАТА УСЛУГА

Согласно Законот за здравствено осигурување, осигурените лица учествуваат со лични средства во цената на здравствената услуга.

а) Плаќање на учество

- осигурените лица учествуваат со лични средства при користење на здравствени услуги и лекови, но најмногу до 20% од просечниот износ на вкупните трошоци на здравствената услуга, односно лековите;
- за здравствените услуги одобрено лекување во странство, осигуреното лице учествуваат со 20% од вкупните трошоци и

- осигурените лица учествуваат до 50% од утврдената цена на протезите, ортопедските и други помагала и санитетски средства изработени од стандарден материјал.

б) Ослободување од учество

Од учество согласно член 34 од Законот за здравствено осигурување се ослободуваат:

- осигурените лица за лекарски преглед кај избраниот лекар и итната медицинска на повик;
- децата со посебни потреби според прописите за социјална заштита;
- корисници на постојана парична помош, лицата сметени во установи за социјална заштита и во друго семејство според прописите за социјална заштита, освен за лековите од листата на лекови и за лекување во странство и
- осигурените лица кои во текот на една календарска година платиле учество во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита освен за лековите и лекување во странство, во износ повисок од 70% од просечната остварена плата во РМ во претходната година.

Просечната исплатена нето плата за 2010 година изнесува 20.553,00 денари, според тоа осигурените лица кои оствариле месечен приход во семејството од:

- 70% 20.553,00 денари, треба да платат 14.387,00 денари;
- 40% 20.553,00 денари, треба да платат 8.221,00 денари;
- 20% 20.553,00 денари, треба да платат 4.111,00 денари; за да добијат ослободување.

Ослободувањето од плаќање на партиципација според овој основ се добива со решение на подрачната служба на Фондот со важење до крајот на календарската година или до 31 декември во тековната година.

Правото на ослободување од учество во трошоци на здравствени услуги во специјалистичко - консултативна и болничката здравствена заштита се остварува со поднесување на барање на образецот даден во прилог (прилог бр. 7), комплетирано со следните прилози:

- потврда за платен износ на партиципација во здравствената установа;
- отпусно писмо за болничко лекување;
- спецификација (пресметка за извршени здравствени услуги од здравствената установа;
- доказ за вкупните примања на осигуреникот и членовите на неговото семејство (примања од плати, пензии, вршење на дејност и сл.);
- извод од матична книга на родени за деца од 1-5 години (копија) ;
- лична карта на увид за осигурени лица постари од 65 години и
- здравствена легитимација на увид.

4.4. ВЛАДИНИ ПРОГРАМИ

Законот за здравствено осигурување не предвидува ослободување од учество во цената на здравствената услуга (партиципација) според видот на заболувањата.

Ослободување од партиципацијата за здравствените услуги од специјалитичко-консултативна и болничка здравствена заштита и лековите во врска со определени заболувања утврдено е со посебни програми, освен за лекови од позитивната листа на лекови од примарна здравствена заштита и за лекувањето во странство, се обезбедуваат преку Програмите со учество на Владата на РМ.

Владата на РМ има донесено повеќе програми за превентивна здравствена заштита и за лекување на одделни потешки заболувања кои имаат за цел здравствена заштита на целото население и истите се од специјален карактер. Во 2011 година се донесени и важат следните програми:

- за превентивна здравствена заштита;
- за заштита на населението;
- превентивни мерки за спречување на туберкулозата кај населението;
- за задолжителна имунизација на населението;
- за рано откривање на малигни болести;
- здравје за сите;
- за испитување на појавата, спречувањето и сузбивањето на бруцелозата кај луѓето;
- за активна здравствена заштита на мајките и децата за 2011 година;
- за здравствена заштита на лицата со болести на зависност;
- за здравствена заштита на лицата со душевни растројства;
- за обезбедување на инсулин;
- за обезбедување на трошоци за болни кои се третираат со дијализа, согласно спогодбата и други мерки и активности за пациенти со хемофилија;
- за целосно здравствено осигурување;
- за систематски прегледи на учениците и студентите;
- за организирање и унапредување на крводарителството;
- за лекување ретки болести и
- за партиципација при користење на здравствена заштита при одделни заразни заболувања на граѓаните и здравствена заштита на родилките и доенчињата.

5. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ, СОГЛАСНО ЗАКОНОТ ЗА ОПШТА УПРАВНА ПОСТАПКА

5.1. ПРВОСТЕПЕНА ПОСТАПКА

А) Барање

Осигурените лица правата од задолжителното здравствено осигурување утврдени со ***Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување (Службен весник на РМ бр.105 од 01.08.2011 година и бр.115 од 29.08.2011)***, ги остваруваат во управна постапка врз основа на уредно поднесено барање на пропишан образец, комплетирано со потребната документација.

Барањето се поднесува на два идентични обрасци со еден прилог на потребната документација (докази) до Подрачната служба на ФЗОМ.

При приемот на барањето, лицето вработено во Подрачната служба на ФЗОМ, 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 ФЗОМ 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 ФЗОМ води службена евиденција.

За остварување на правата утврдени со Законот за здравствено осигурување се применуваат одредбите за застареност од Законот за облигационите односи според кој побарувањата застаруваат за пет години или сите барања кои се доставуваат (на предвидените и погоре споменати образци) се прифатливи само доколку не го преминуваат општиот) рок на застареност од настанување на случајот.

Б) Надлежни органи за донесување на решение во Управна постапка

По основ на стварна надлежност Решенијата за сите права од здравственото осигурување во прв степен ги донесуваат Подрачните служби на ФЗОМ.

Месната надлежност на Подрачните служби на ФЗОМ се определува според местото на осигурување на осигуреното лице т.е. во подрачната служба каде за него се уплаќа придонесот за здравствено осигурување.

За донесување на решение за упатување на лекување во странство, во прв степен надлежна е Централната служба на ФЗОМ, со тоа што барањето се поднесува преку Подрачната служба на ФЗОМ, според местото на осигурување на осигуреното лице.

За донесување на решение во втор степен, надлежен е Министерот за здравство.

5.2. ПРВОСТЕПЕНО РЕШЕНИЕ

Првостепениот орган ќе ја започне постапката за донесување на решение со утврдување на фактичката состојба врз основа на уредно поднесеното барање и доказите (прилозите) кон барањето (според форма и содржина на погоре приложените обрасци од овој прирачник).

Доколку кон барањето не се доставени сите барани прилози (докази) истото нема да се отфрли, а првостепениот орган е должен да го повика осигуреното лице со покана и да му укаже да го уреди барањето односно да го комплетира со потребните докази, за што му се остава и определен рок за комплетирање на барањето.

Ако осигуреното лице го комплетира барањето во оставениот рок, ќе се смета дека барањето е уредно поднесено.

Ако странката (осигуреното лице) во дополнително оставениот рок не поднела докази, односно не го уредила барањето, првостепениот орган не може поради тоа да го отфрли барањето како да не е поднесено, туку постапката продолжува и во согласност со правилата на постапката и материјалниот пропис се носи решение.

Решението се донесува во писмена форма.

Доколку Подрачната служба на ФЗОМ не го донесе решението за остварување на право од задолжително здравствено осигурување, односно не донесе решение за одбивање на правото 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 решение преку архивата на Фондот до Директорот на Фондот.

5.3. ЖАЛБА

Правото на жалба е уредено со членот 226 став 1 од Законот за општата управна постапка, според кој против решението донесено во прв степен, странката има право на жалба, согласно со закон. Против решението од прв степен осигуреното лице има право на жалба до Министерот за здравство во рок од 15 дена од денот на приемот на решението. Рокот за жалба е преклузивен и не може да се продолжи, па жалбата изјавена по тој рок ќе биде ненавремена.

Жалбата треба да ги содржи следните елементи: во жалбата мора да се наведе решението кое треба да се побива, означување на називот што го донел решението што се обжалува и датата на решението. Доволно е жалителот да изложи во жалбата во кој поглед е незадоволен од решението, но жалбата не мора да ја образложи посебно. Во жалбата може да се изнесуваат нови факти и докази, но жалителот е должен да образложи зошто не ги поднел во постапката.

5.4. ВТОРОСТЕПЕНО РЕШЕНИЕ НА МИНИСТЕРОТ ЗА ЗДРАВСТВО

При решавање на второстепениот орган по жалба може жалбата да ја отфрли како недопуштена, ненавремена или изјавена од неовластено лице, ако тоа пропуштил да го стори првостепениот орган.

Второстепениот орган одлучувајќи по жалбата може:

- да ја одбие жалбата како неоснована ,
- да го огласи првостепеното решение за ништовно;
- да го поништи првостепеното решение ако утврди дека го донел ненадлежен орган;
- може со свое решение ќе го поништи првостепеното решение и сам да ја реши работата;
- може да го измени решението,

5.5. ПОВЕДУВАЊЕ НА УПРАВЕН СПОР

Управниот спор обезбедува судска контрола над законитоста на управните акти. Против конечното решение на Министерот за здравство во рок од 30 дена од приемот, странката може да се поведе управен спор со поднесување на тужба пред Управниот суд на РМ.

Во тужбата мора да се наведе името и презимето и местото на домување на тужителот, решението против кој е насочена тужбата, причините поради кои се тужи, како и во кој правец и обем се предлага поништување на управниот акт.

Кон тужбата мора да се поднесе решението во оригинал или во препис.

Против Пресудата на Управниот суд дозволена е жалба до Вишиот управен суд.

ПРИЛОЗИ

Прилог бр. 1 - Образец на Барање за надомест на лекови

Прилог бр. 2 - Образец на барање за надомест на вградени материјали

Прилог бр. 3 - Образец на Барање за специјалистичко медицинска рехабилитација

Прилог бр. 4 - Образец на Барање за лекување во странство како болничко лекување

Прилог бр. 5 - Образец на Барање за надоместок за лекување во странство како итен случај

Прилог бр. 6 - Образец на Барање за надомест на патни трошоци

Прилог бр. 7 - Образец на Барање за ослободување од партиципација

Прилог бр. 8 – Пријава – Одјава (ЗО-1)

Прилог бр. 9 – Образец ИОП-1

Прилог бр. 10 – Образец ИОП-2

Прилог 1 : Образец на барање за надомест на лекови

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
ПОДРАЧНА СЛУЖБА _____

БАРАЊЕ

Од осигуреникот _____ (за дете, сопруг, сопруга _____) од населено место _____ ул. _____ бр _____ тел. _____

Број на здравствена легитимација _____

Матичен број на осигуреникот _____

Матичен број на осигуреното лице _____

На работа во (осигурен преку): _____

Број на трансакциона сметка _____

Барам ФЗОМ – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести трошоците направени за купени лекови од Листата на лекови.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

За лекови на рецепт во примарната здравствена заштита

- Рецепт за пропишан лек од избран лекар
- Извештај од лекар специјалист (субспецијалист) или отпусно писмо со назначена терапија, ако лекот се препишува по предлог на лекар специјалист односно субспецијалист.
- Потврда од здравствената установа со датума на аплицирање ако се работи за лек во ампуларна форма.
- Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки
- фискална сметка и сметкопотврда (во оригинал) од аптеката која го издала лекот
- Здравствена легитимација на увид

За лекови од болничката листа

- Извештај или отпусно писмо со назначена терапија (согласно режимот на препишување означен во Листата на лекови)
- Потврда од здравствена установа за апликација на лекот, согласно Листата на лекови, ако се работи за лек во ампуларна форма
- Конзилијарно мислење, доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во листата на лекови.
- Фискална сметка и сметкопотврда (во оригинал) од аптеката која го издала лекот
- Здравствена легитимација на увид

Подносител на барање,

**Прилог 2 : Образец на барање
за надомест на вградени материјали**

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ
НА МАКЕДОНИЈА
ПОДРАЧНА СЛУЖБА _____

БАРАЊЕ

Од осигуреникот _____ (за дете, сопруг, сопруга
_____ лично за себе од населено место _____
Ул. _____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација _____.

Матичен број на осигуреникот _____.

Матичен број на осигуреното лице _____.

На работа во (осигурен преку): _____.

Број на трансакциона сметка _____.

Барам, Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба
_____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги
надомести трошоците направени за купени материјали за болничко лекување.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- отпусно писмо (копија);
- сметкопотврда (фактура) за набавениот материјал со фискална сметка, во оригинал;
- здравствена легитимација на увид;

Подносител на барањето:

**Прилог 3 : Образец на барање за
специјалистичко медицинска рехабилитација**

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

НА МАКЕДОНИЈА

ПОДРАЧНА СЛУЖБА _____

БАРАЊЕ

Од осигуреникот _____ (за дете, сопруг, сопруга
_____) лично за себе од населено место _____

Ул. _____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација _____.

Матичен број на осигуреникот _____.

Матичен број на осигуреното лице _____.

На работа во (осигурен преку): _____.

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на користење на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во здравствената установа _____.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- отпусно писмо за завршено болничко лекување од здравствената установа каде е извршено болничкото лекување - конзилијарно мислење од соодветна болничка здравствена установа во која се лекувало осигураното лице;
- наод, оценка и мислење од Лекарската комисија;
- здравствена легитимација на увид;

Напомена: Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се остварува во рок од еден месец по завршеното болничко лекување, односно во рок од шест месеци по прележан инфаркт на срцето.

Подносител на барањето:

**Прилог 4 : Образец на барање за лекување во странство
како болничко лекување**

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

НА МАКЕДОНИЈА

ПОДРАЧНА СЛУЖБА _____

БАРАЊЕ

Од осигуреникот _____ (за дете, сопруг, сопруга
_____) лично за себе од населено место _____

Ул. _____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација _____.

Матичен број на осигуреникот _____.

Матичен број на осигуреното лице _____.

На работа во (осигурен преку): _____.

Број на трансакциона сметка _____.

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ме упати на болничко лекување во странство
_____.

(да се наведе здравствена установа и државата)

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- конзилијарно мислење од соодветна клиника;
- медицинска документација за текот на лекувањето;
- потврда за платен придонес за задолжително здравствено осигурување;
- здравствена легитимација на увид;

Подносител на барањето:

**Прилог 5 : Образец на барање за надоместок
за лекување во странство како итен случај**

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

НА МАКЕДОНИЈА

ПОДРАЧНА СЛУЖБА _____

БАРАЊЕ

Од осигуреникот _____ за (дете, сопруг, сопруга) лично за себе од населено место _____

Ул. _____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација _____.

Матичен број на осигуреникот _____.

Матичен број на осигуреното лице _____.

На работа во (осигурен преку): _____.

Број на трансакциона сметка _____.

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести направените трошоци за извршени здравствени услуги за време на престојот во странство _____, (да се наведе здравствената установа и државата)

во периодот од _____ до _____ година.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- мислење од лекарската комисија на Фондот за итноста на случајот и времетраењето на итноста;
- медицинска документација за извршените здравствени услуги во странство со превод од овластен преведувач;
- сметки (фактури) за платени здравствени услуги со фискална сметка со превод од овластен преведувач;
- потврда за платен придонес за задолжително здравствено осигурување,
- здравствена легитимација на увид;

Подносител на барањето:

**Прилог 6 : Образец на барање за
надомест на патни трошоци**

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

НА МАКЕДОНИЈА

ПОДРАЧНА СЛУЖБА _____

БАРАЊЕ

Од осигуреникот _____

(за дете _____) од населено место _____

Ул. _____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација _____.

Матичен број на осигуреникот _____.

Матичен број на осигуреното лице _____.

На работа во (осигурен преку): _____.

Број на трансакциона сметка _____.

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на надомест на патни трошоци за користење на здравствени услуги за хемодијализа, односно вежби за видот, слухот или говорот кои се извршени во здравствената установа _____, надвор од местото на живеење во периодот од _____ до _____ година.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- Потврда за бројот на извршени здравствени услуги во претходниот календарски месец издадена од здравствената установа каде се извршени здравствените услуги;
- Потврда од здравствената установа каде е извршена хемодијализата дека нема организиран превоз;
- здравствена легитимација на увид;

Подносител на барањето:

**Прилог 7 : Образец на барање
за ослободување од партиципација**

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

НА МАКЕДОНИЈА

ПОДРАЧНА СЛУЖБА _____

БАРАЊЕ

Од осигуреникот _____ (за дете, сопруг, сопруга
_____) лично за себе од населено место _____ Улица
_____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација _____

Матичен број на осигуреникот _____

Матичен број на осигуреното лице _____

На работа во (осигурен преку): _____

Број на трансакциона сметка _____

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба
_____, врз основа на приложената документација кон барањето да ме
ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствени услуги (односно да ми се врати
повеќе платеното учество) .

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- потврда за платен износ на партиципација во здравствената установа;
- отпусно писмо;
- спецификација(пресметка) за извршени здравствени услуги од соодветната здравствена установа;
- доказ за вкупните примања во семејството на осигуреникот (примања од плати, пензии, вршење на дејност и сл.);
- извод на родени за деца од 1-5 години (копија);
- лична карта за осигуреници над 65 години (копија);
- здравствена легитимација на увид.

Подносител на барањето:

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

ПРИЈАВА - ОДЈАВА (30-1)

ЗА ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

1. ПОДАТОЦИ ЗА ОБВРЗНИКОТ ЗА УПЛАТА НА ПРИДОНЕС

4 8	0 0 2 2 2 2		4 3 4 5 5 3 3
Регистерски број	Шифра на дејноста	Дата на почеток со работа	Матичен број
Фонд за здравствено осигурување			
Назив			
Македонија б б			
Адреса			
Даночен број		Жиро - сметка	

2. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ

Број на здравствена легитимација		Единствен матичен број	
Презиме, татково име и име		Место на раѓање	
Улица и број		Место	
Општина		1 2 3 4 5 6 7 8	
Дата на стапување во осиг.		Степен на стручна спрема потребна за раб. Место	
Оснот на осиг.		Дата на одјава од осиг.	

3. ПОДАТОЦИ ЗА ЧЛЕНОВИТЕ НА СЕМЕЈСТВО НА ОСИГУРЕНИКОТ

Ред. Број	Презиме, татково име и име	Улица и број	Место
Единствен матичен број			
Место на раѓање			
Ред. Број	Презиме, татково име и име	Улица и број	Место
Единствен матичен број			
Место на раѓање			
Ред. Број	Презиме, татково име и име	Улица и број	Место
Единствен матичен број			
Место на раѓање			
Ред. Број	Презиме, татково име и име	Улица и број	Место
Единствен матичен број			
Место на раѓање			

Подрачна служба

Дата, _____

МП

Подносител на пријавата

Прилог 9 : Образец ИОП-1

ИЗЈАВА
за остварени приходи

Јас _____, со адреса на _____
(име и презиме) _____ улица,
број, _____, роден во _____ со
(место на живеење) _____ (место на раѓање)

ЕМБР □□□□□□□□□□□□,

под целосна кривична и материјална одговорност изјавувам дека:

1. Во _____ година НЕ СУМ остварил приход поголем од _____ денари.
2. Во _____ година СУМ остварил приход поголем од _____ денари, но помал од _____ денари, а во изминатите два месеци сум остварил вкупен приход помал од _____ денари.

Познато ми е дека давањето на невестинити податоци се санкционира во согласност со закон и се обврзувам за секоја промена во приходите која може да доведе до промена на основот на осигурување да ја известам подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување.

Доколку надлежен орган утврди дека податоците кои сум ги дал се нецелосни или невестинити согласен сум против мене да се поведе судски спор пред надлежен суд и да ја надоместам причинетата штета.

Место _____

Дата _____ 20 ____ година

Изјавил:

(своерачен потпис)

Прилог 10: Образец ИОП-2

ИЗЈАВА
за остварени приходи

Јас _____, со адреса на _____
(име и презиме) _____ улица,
број, _____, роден во _____ со
(место на живеење) _____ (место на раѓање)

ЕМБР □□□□□□□□□□□□□□,

1. Во _____ година НЕ СУМ остварил приход поголем од _____ денари.

Познато ми е дека давањето на неистинити податоци се санкционира во согласност со закон и се обврзувам за секоја промена во приходите која може да доведе до промена на основот на осигурување да ја известам подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување.

Доколку надлежен орган утврди дека податоците кои сум ги дал се нецелосни или неистинити согласен сум против мене да се поведе судски спор пред надлежен суд и да ја надоместам причинетата штета.

Место _____

Дата _____ 20__ година

Изјавил:

(своерачен потпис)

УПАТСТВО ЗА ПОПОЛНУВАЊЕ НА ИЗЈАВАТА ЗА ОСТВАРЕНИ ПРИХОДИ

ОБРАЗЕЦ ИОП – 1

Лицата кои не е опфатени со задолжителното здравствено осигурување според категориите на осигуреници опишани во **член 5 став 1 од точка 1 до точка 14** од ЗЗО, задолжително се осигуруваат согласно **точка 15** од овој член.

Доколку во претходната година лицето не остварило поголем приход од 132.000,00 денари се заокружува НЕ СУМ и во тој случај не е потребно да ги пополните податоците под реден број 2.

Доколку во претходната (мината) година лицето остварило приход поголем од 132.000,00 денари се заокружува СУМ и се внесуваат податоците под реден број 2 од изјавата.

На првата линија под реден број 2, се впишува претходната година, на втората алинеја го впишувате износот од 132.000,00 денари, во продолжение во третата алинеја се впишува износот 264.000,00 денари, кој се однесува на годишниот приход, додека во продолжение се впишува износот од 22.000,00 денари кој се однесува на месечно ниво.

ОБРАЗЕЦ ИОП – 2

Сите лица кои не е опфатени со задолжителното здравствено осигурување според **член 5 став 1 од точка 1 до точка 15** од Законот за здравствено осигурување, а кои бараат здравствено да се осигураат според **став 2** од овој член заради користење на правото на здравствени услуги од член 9 на овој закон.

На првата линија под реден број 1, се впишува претходната година, а на втората алинеја го впишувате износот од 182.000,00 денари, кој е дефиниран во Законот за придонеси од задолжително социјално осигурување.