



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

10-3026/11

114-02-2023

Од: Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Ул. Македонија бр.5, 1000 Скопје

До: Ортопедски куќи/ аптеки кои имаат активен договор за издавање на ортопедски и други помагала

Копија до : Подрачни служби на ФЗО РСМ

Предмет: Известување

Почитувани,

За време на привремената спреченост поради технички проблеми при процесот на електронска заверка/нарачка/испорака и фактурирање на ортопедски и други помагала, Подрачните служби на Фондот и засегнатите правни субјекти кои имаат активен договор со Фондот за испорака на ортопедски и други помагала, треба да се придржуваат кон следните насоки:

I.

**1.Проверка на платен придонес за сите права од задолжително здравствено осигурување**

Здравствените установи не треба да ги враќаат осигурените лица за пружање на здравствени услуги, проверката на платениот придонес ќе го вршат на следниов начин:

- Проверка на платен придонес за здравствено осигурување заклучно со 05.02.2023 година

Податоците за платен придонес преземени од страна на системот на Мој термин од системот на Фондот се заклучно со 05.02.2023 година. Овој податок здравствената установа при пружање на здравствената услуга на осигуреното лице може да го провери во системот на Мој Термин.

- Проверка на платен придонес за здравствено осигурување после 05.02.2023 година

За осигурениците за кои не е регистрирана уплата на придонес за здравствено осигурување во системот на Мој Термин после 05.02.2023 година, Фондот по службена должност ќе обезбеди доказ за платен придонес од системот на УЈП, при заверка на Потврдата за потреба од ортопедско помагало како и пред издавањето на ортопедското помагало од страна на ортопедската куќа/аптека.

Избраните лекари/специјалисти/субспецијалисти не треба да вршат проверка на платен придонес за следната категорија на осигуреници: пензионери, лица кои



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

здравствено осигурување користат преку МТСП и лица кои здравствено осигурување користат како невработени лица преку Министерство за здравство.

II.

**Задолженија за работа на избраните лекари/специјалисти.**

1. Избраните лекари и специјалисти (од секоја дејност, вклучително и од дејноста стоматолошка протетика и ортодонција) задолжително треба да издадат уредно пополнета Потврда за потреба на ортопедско помагало согласно Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала во хартиена форма во два примерока и Специјалистички извештај (копија од оригинал или доколку матичниот лекар го превзема од Мој термин истиот да го верифицира со свој потпис, факсимил и печат од здравствената установа) во кој е препорачана потребата од конкретното ортопедско помагало со соодветна шифра, назив и количина според Списокот за ортопедски помагала. Во издадената потврда треба да бидат пополнети сите полиња и истата да биде заверена со број на лекарски дневник, округол печат, потпис и факсимил на доктор/и. Избраниот лекар/специјалистот на потврдата за потреба од ортопедско помагало, **ЗАДОЛЖИТЕЛНО ТРЕБА ДА ГО ЕВИДЕНТИРА ТЕЛЕФОНСКИОТ БРОЈ** за контакт на лицето-корисник на ортопедското помагало.

НАПОМЕНА : Избраните лекари во овој период потребно е да издават само месечни заверки.

**Задолженија за работа на подрачните служби на ФЗО и лекарските комисии за издавање на ортопедски помагала**

2. Потврдата за ортопедски или други помагала, заедно со Специјалистичкиот извештај (копија од оригинал или доколку матичниот лекар го превзема од Мој термин истиот да го верифицира со свој потпис, факсимил и печат од здравствената установа), осигуреното лице (лично или друго лице во име на лицето-корисник на помагалото со приложување на личен документ за идентификација и здравствена легитимација и документ за идентификација на лицето-корисник на помагалото) **ЗАДОЛЖИТЕЛНО** ги доставува до Подрачната служба на Фондот според местото на живеење на осигуреното лице, освен ако осигуреното лице е хоспитализирано во здравствена установа различна од местото на живеење.

Освен потврдата и специјалистичкиот извештај, во архивата на Фондот се заверува и Изјава која е прилог на ова соопштение. Изјавата која е во прилог на ова соопштение се подигнува на шалтерите ва подрачните служби.



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

3. Одговорното лице од Фондот, двата примерока од потврдата за потребата од ортопедско помагало пристигната во хартиена форма, целосно ги пополнува во делот насловен - „ЗАВЕРКА НА ПОТВРДАТА“ и го заверува со свој потпис и печат на Фондот. ПС ќе води евиденција на издадените ортопедски помагала и по воспоставување на функционалност на компјутерскиот системна ФЗО РСМ истите ќе ги евидентира во соодветниот модул. Доколку се утврди дека осигуреникот го злоупотребил правото по било кој основ ФЗО РСМ го задржува правото да покрене соодветна постапка за истото.
4. Во подрачната служба се задржува едниот примерок од заверената потврда, Специјалистичкиот извештај (копија од оригинал или доколку матичниот лекар го превзема од Мој термин истиот да го верифицира со свој потпис, факсимил и печат од здравствената установа) и заверената Изјава од осигуреното лице (или друго лице во својство на осигуреното лице). Заверените потврди треба да се евидентираат во посебна ексел табела како Дневен извештај во следниот формат:

Табела 1

Подрачна служба \_\_\_\_\_

реден бр.	дата	Име и презиме	ЕМБГ	шифра на помагало	забелешка

5. За ортопедските и други помагала за кои е потребно мислење од Лекарската комисија, пред да се пополни делот на потврдата насловен „ЗАВЕРКА НА ПОТВРДАТА“ потврдите со целокупната документација овластеното лице за заверка на потврди го доставува на разгледување до Лекарската комисија на Фондот. Членовите на Лекарската комисија по разгледување на документацијата, согласно Деловниот процес за работа на лекарските комисии може да побараат и дополнителна документација, како и да направат непосреден преглед на осигуреникот. Во состојба кога членовите не можат да утврдат дали осигуреникот може да го оствари правото на ортопедско помагало го задржува правото да го одложи издавањето на Мислење се додека не се надминат техничките проблеми на електронската база на Фондот. Во случаите кога членовите на Лекарската комисија ќе утврдат дека осигуреникот може да го оствари правото на ортопедско помагало, Мислењето се пополнува во два примерока (еден за осигуреникот и еден се задржува во Лекарската комисија заедно со специјалистичкиот извештај и друга документација). Издадените мислења заедно со двата примерока од потврдата се доставува до овластеното лице од Фондот кое треба да ја завери потврдата врз основа на Мислењето од Лекарската комисија.



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Издадените Мислења Лекарската комисија ги евидентира во посебна ексел табела како Дневен извештај во следниот формат:

Табела 2

Лекарска комисија при Подрачна служба \_\_\_\_\_

реден бр.	дата	Име и презиме	ЕМБГ	шифра на помагало	на забелешка

**Задолженија за работа на правните субјекти кои вршат испорака на ортопедски и други помагала**

6. Заверената потврда осигуреното лице ја доставува до правниот субјект кој врши испорака на соодветното ортопедско помагало. При издавање на помагалото правниот субјект целосно го пополнува делот насловен- „ИЗДАВАЊЕ НА ПОМАГАЛОТО“ и го заверува со потпис на овластениот работник и округол печат на правниот субјект. Во локалната компјутерска евиденција правното лице ги евидентира издадените помагала врз основа на рачно заверената потврда од страна на Фондот. Пополнетите потврди ќе бидат основ за фактурирање на издадените помагала.

**ИСКЛУЧОЦИ**

- Доколку на осигуреното лице му е издадена потврда, но на истата и е поминат рокот на важење (30 дена од денот на издавањето) потребно е да му се издаде нова потврда за потреба на ортопедски помагало за да си го оствари правото за ортопедско помагало.
- Доколку на осигуреното лице му е издадена потврда која сеуште е со важност потребно е истата да ја достави до Подрачната служба за понатамошна заверка (детално појаснато во точка 2).
- Во случај кога осигуреникот извршил заверка на потврдата, но помагалото не е нарачано во електронскиот систем на Фондот, правниот субјект кој ќе направи нарачка и испорака на помагалото, треба целосно да го исполни делот насловен- „ИЗДАВАЊЕ НА ПОМАГАЛОТО“ и го завери со потпис на



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

овластениот работник и округол печат на правниот субјект (појаснето во точка б).

- Во случај кога осигуреникот извршил заверка на потврдата, помагалото е нарачано во електронскиот систем на Фондот, но поради техничките проблеми истото не е испорачано во утврдениот рок или е пречекорен рокот за издавање, правниот субјект треба целосно да го пополни делот насловен „ИЗДАВАЊЕ НА ПОМАГАЛОТО“ (на испринтаната заверка или да се препишат податоците на хартиената потврда за потреба) и го заверува со потпис на овластениот работник и округол печат на правниот субјект (појаснето во точка б).

Уредно пополнетите потврди/Заверки заедно со пропратната документација согласно Упатството за фактурирање, правниот субјект ќе ги доставува до Подрачната служба на Фондот каде ги доставува месечните фактури.

Прилог: Изјава

Со почит,

Изготвил:

Фатон Мемети

Даниела Стојановска-Џинговска

Контролирал: Јасминка Смилевска

Сашо Станчески

ДИРЕКТОР,  
М-р Магдалена Филиповска Грашкоска



По Овластување бр. 04-2349/1 од 02.02.2023 год.  
Мѝ Авторизимин нр. 04-2349/1ме датѝ 02.02.2023  
Директор на Сектор за управување со човечки ресурси  
Drejtor i Sektorit të menaxhimint të burimeve njerëzore  
Fatime Idrizi





Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

ИЗЈАВА

Јас \_\_\_\_\_ од \_\_\_\_\_, со место на живеење \_\_\_\_\_, со ЕМБГ: \_\_\_\_\_ во својство на \_\_\_\_\_ (осигуреник/родител/старател\*) изјавувам дека немам подигнато, ниту правам заверка на потврда пред истек на рок за помагало со шифра \_\_\_\_\_ во претходниот период од \_\_\_\_\_ (месеци).

Изјавата ја давам под полна морална, кривична и материјална одговорност.

Дата:

\_\_\_\_\_

Изјавил,

\_\_\_\_\_

име и презиме

\_\_\_\_\_

потпис

тел. бр. за контакт \_\_\_\_\_

\*Да се напише и да се заокружи својството на осигуреникот

Изјавата се заверува во архивата на Фондот и се доставува за заверка заедно со Потврдата за потреба од ортопедски помагало издадена од избран лекар/специјалист

