

СЛУЖБЕН ВЕСНИК НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Број 105 год. LXVII

1 август 2011, понеделник

Цената на овој број е 120 денари

www.slvesnik.com.mk

contact@slvesnik.com.mk



СОДРЖИНА

	Стр.		Стр.
2492. Указ за поставување на должноста вонреден и ополномоштен амбасадор на Република Македонија во Кралството Норвешка.....	2	2499. Решение за именување државен секретар во Министерството за образование и наука.....	3
2493. Решение за именување генерален секретар на Владата на Република Македонија.....	2	2500. Решение за именување државен секретар во Министерството за транспорт и врски.....	3
2494. Решение за разрешување од функцијата заменик на генералниот секретар на Владата на Република Македонија.....	2	2501. Решение за именување државен секретар во Министерството за внатрешни работи.....	3
2495. Решение за именување државен секретар во Секретаријатот за спроведување на рамковниот договор.....	2	2502. Решение за именување државен секретар во Министерството за земјоделство, шумарство и водостопанство.....	3
2496. Решение за именување заменик на генералниот секретар на Владата на Република Македонија.....	2	2503. Правилник за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство.....	4
2497. Решение за именување државен секретар во Министерството за одбрана.....	3	2504. Правилник за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување.....	10
2498. Решение за именување државен секретар во Министерството за финансии.....	3	2505. Правила за доделување на прекугранични преносни капацитети.....	21
		Огласен дел.....	1-24

**ПРЕТСЕДАТЕЛ НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
2492.**

Врз основа на член 84, алинеја втора од Уставот на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 52/91), донесувам

УКАЗ**ЗА ПОСТАВУВАЊЕ НА ДОЛЖНОСТА ВОНРЕДЕН
И ОПОЛНОМОШТЕН АМБАСАДОР НА РЕПУБЛИКА
МАКЕДОНИЈА ВО КРАЛСТВОТО НОРВЕШКА****I**

Г-дин Енвер Абдулахи се поставува на должноста вонреден и ополномоштен амбасадор на Република Македонија во Кралството Норвешка, со седиште во Осло.

II

Министерот за надворешни работи ќе го изврши овој указ.

III

Овој указ влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Указ број 97
1 август 2011 година
Скопје

Претседател
на Република Македонија,
д-р **Горге Иванов**, с.р.

**ВЛАДА НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
2493.**

Врз основа на член 39 став 1 од Законот за Владата на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 59/2000, 12/2003, 55/2005, 37/2006, 115/2007, 19/2008, 82/2008, 10/2010 и 51/2011), Владата на Република Македонија, на седницата одржана на 29 јули 2011 година, донесе

РЕШЕНИЕ**ЗА ИМЕНУВАЊЕ ГЕНЕРАЛЕН СЕКРЕТАР НА
ВЛАДАТА НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

1. За генерален секретар на Владата на Република Македонија се именува Кирил Божиновски, досегашен генерален секретар на Владата на Република Македонија.

2. Ова решение влегува во сила со денот на донесувањето, а ќе се објави во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 22 – 4021/1
29 јули 2011 година
Скопје

Претседател на Владата
на Република Македонија,
м-р **Никола Груевски**, с.р.

2494.

Врз основа на 36 став 6 и член 39 став 4 од Законот за Владата на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 59/2000, 12/2003, 55/2005, 37/2006, 115/2007, 19/2008, 82/2008, 10/2010 и 51/2011), Владата на Република Македонија, на седницата одржана на 29 јули 2011 година, донесе

РЕШЕНИЕ**ЗА РАЗРЕШУВАЊЕ ОД ФУНКЦИЈАТА ЗАМЕНИК
НА ГЕНЕРАЛНИОТ СЕКРЕТАР НА ВЛАДАТА
НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

1. М-р Абдула Азари се разрешува од функцијата заменик на генералниот секретар на Владата на Република Македонија.

2. Ова решение влегува во сила со денот на донесувањето, а ќе се објави во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 22 – 4022/1
29 јули 2011 година
Скопје

Претседател на Владата
на Република Македонија,
м-р **Никола Груевски**, с.р.

2495.

Врз основа на член 39–а од Законот за Владата на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 59/2000, 12/2003, 55/2005, 37/2006, 115/2007, 19/2008, 82/2008, 10/2010 и 51/2011), Владата на Република Македонија, на седницата одржана на 29 јули 2011 година, донесе

РЕШЕНИЕ**ЗА ИМЕНУВАЊЕ ДРЖАВЕН СЕКРЕТАР ВО СЕКРЕТАРИЈАТОТ
ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА РАМКОВНИОТ
ДОГОВОР**

1. За државен секретар во Секретаријатот за спроведување на Рамковниот договор се именува Ејуп Аљими.

2. Ова решение влегува во сила со денот на донесувањето, а ќе се објави во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 22 – 4023/1
29 јули 2011 година
Скопје

Претседател на Владата
на Република Македонија,
м-р **Никола Груевски**, с.р.

2496.

Врз основа на член 39 став 4 од Законот за Владата на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 59/2000, 12/2003, 55/2005, 37/2006, 115/2007, 19/2008, 82/2008, 10/2010 и 51/2011), Владата на Република Македонија, на седницата одржана на 29 јули 2011 година, донесе

РЕШЕНИЕ**ЗА ИМЕНУВАЊЕ ЗАМЕНИК НА ГЕНЕРАЛНИОТ СЕКРЕТАР
НА ВЛАДАТА НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

1. За заменик на генералниот секретар на Владата на Република Македонија се именува Иљхам Исмани.

2. Ова решение влегува во сила со денот на донесувањето, а ќе се објави во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 22 – 4024/1
29 јули 2011 година
Скопје

Претседател на Владата
на Република Македонија,
м-р **Никола Груевски**, с.р.

2497.

Врз основа на член 39-а од Законот за Владата на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 59/2000, 12/2003, 55/2005, 37/2006, 115/2007, 19/2008, 82/2008, 10/2010 и 51/2011), Владата на Република Македонија, на седницата одржана на 29 јули 2011 година, донесе

**РЕШЕНИЕ
ЗА ИМЕНУВАЊЕ ДРЖАВЕН СЕКРЕТАР ВО МИНИСТЕРСТВОТО ЗА ОДБРАНА**

1. За државен секретар во Министерството за одбрана се именува Петар Есмеров.

2. Ова решение влегува во сила со денот на донесувањето, а ќе се објави во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 22 – 4030/1
29 јули 2011 година
Скопје

Претседател на Владата
на Република Македонија,
м-р **Никола Груевски**, с.р.

2498.

Врз основа на член 39-а од Законот за Владата на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 59/2000, 12/2003, 55/2005, 37/2006, 115/2007, 19/2008, 82/2008, 10/2010 и 51/2011), Владата на Република Македонија, на седницата одржана на 29 јули 2011 година, донесе

**РЕШЕНИЕ
ЗА ИМЕНУВАЊЕ ДРЖАВЕН СЕКРЕТАР ВО МИНИСТЕРСТВОТО ЗА ФИНАНСИИ**

1. За државен секретар во Министерството за финансии се именува Наташа Стојмановска.

2. Ова решение влегува во сила со денот на донесувањето, а ќе се објави во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 22 – 4031/1
29 јули 2011 година
Скопје

Претседател на Владата
на Република Македонија,
м-р **Никола Груевски**, с.р.

2499.

Врз основа на член 39-а од Законот за Владата на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 59/2000, 12/2003, 55/2005, 37/2006, 115/2007, 19/2008, 82/2008, 10/2010 и 51/2011), Владата на Република Македонија, на седницата одржана на 29 јули 2011 година, донесе

**РЕШЕНИЕ
ЗА ИМЕНУВАЊЕ ДРЖАВЕН СЕКРЕТАР ВО МИНИСТЕРСТВОТО ЗА ОБРАЗОВАНИЕ И НАУКА**

1. За државен секретар во Министерството за образование и наука се именува Елизабета Тодоровска.

2. Ова решение влегува во сила со денот на донесувањето, а ќе се објави во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 22 – 4032/1
29 јули 2011 година
Скопје

Претседател на Владата
на Република Македонија,
м-р **Никола Груевски**, с.р.

2500.

Врз основа на член 39-а од Законот за Владата на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 59/2000, 12/2003, 55/2005, 37/2006, 115/2007, 19/2008, 82/2008, 10/2010 и 51/2011), Владата на Република Македонија, на седницата одржана на 29 јули 2011 година, донесе

**РЕШЕНИЕ
ЗА ИМЕНУВАЊЕ ДРЖАВЕН СЕКРЕТАР ВО МИНИСТЕРСТВОТО ЗА ТРАНСПОРТ И ВРСКИ**

1. За државен секретар во Министерството за транспорт и врски се именува Елена Кузмановска.

2. Ова решение влегува во сила со денот на донесувањето, а ќе се објави во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 22 – 4033/1
29 јули 2011 година
Скопје

Претседател на Владата
на Република Македонија,
м-р **Никола Груевски**, с.р.

2501.

Врз основа на член 39-а од Законот за Владата на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 59/2000, 12/2003, 55/2005, 37/2006, 115/2007, 19/2008, 82/2008, 10/2010 и 51/2011) и член 27 од Законот за внатрешни работи („Службен весник на Република Македонија“ бр. 92/2009, 35/2010 и 36/2011), Владата на Република Македонија, на седницата одржана на 29 јули 2011 година, донесе

**РЕШЕНИЕ
ЗА ИМЕНУВАЊЕ ДРЖАВЕН СЕКРЕТАР ВО МИНИСТЕРСТВОТО ЗА ВНАТРЕШНИ РАБОТИ**

1. За државен секретар во Министерството за внатрешни работи се именува Виолета Андоновска.

2. Ова решение влегува во сила со денот на донесувањето, а ќе се објави во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 22 – 4034/1
29 јули 2011 година
Скопје

Претседател на Владата
на Република Македонија,
м-р **Никола Груевски**, с.р.

2502.

Врз основа на член 39-а од Законот за Владата на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 59/2000, 12/2003, 55/2005, 37/2006, 115/2007, 19/2008, 82/2008, 10/2010 и 51/2011), Владата на Република Македонија, на седницата одржана на 29 јули 2011 година, донесе

**РЕШЕНИЕ
ЗА ИМЕНУВАЊЕ ДРЖАВЕН СЕКРЕТАР ВО МИНИСТЕРСТВОТО ЗА ЗЕМЈОДЕЛСТВО, ШУМАРСТВО И ВОДОСТОПАНСТВО**

1. За државен секретар во Министерството за земјоделство, шумарство и водостопанство се именува Бесир Јашари.

2. Ова решение влегува во сила со денот на донесувањето, а ќе се објави во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 22 – 4035/1
29 јули 2011 година
Скопје

Претседател на Владата
на Република Македонија,
м-р **Никола Груевски**, с.р.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ 2503.

Врз основа на член 30, член 31 став 4, член 31-а став 4, член 56 став 1 точка 3 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010 и 53/2011), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, на седницата одржана на 12 јули 2011 година, донесе

П Р А В И Л Н И К ЗА НАЧИНОТ НА КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ НА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА ВО СТРАНСТВО

I. ОПШТА ОДРЕДБА

Член 1

Со овој правилник се утврдува начинот на користење на болничко лекување на осигурените лица во странство, начинот на користење на двојазични образци за упатување на лекување во странство со земји со кои е склучен или превземен Договор за социјално осигурување, постапката за склучување на договори со странските болници, начинот на користење на здравствени услуги во приватна здравствена установа во Република Македонија, здравствени услуги на осигурениците кои се упатени на привремена работа во странство или кои привремено престојуваат во странство по друг основ, итна медицинска помош на осигурените лица кои привремено престојуваат во странство, најповолните цени на здравствени услуги во странство, како и надоместувањето на патните трошоци.

II. НАЧИН НА КОРИСТЕЊЕ НА БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ ВО СТРАНСТВО

Постапка за остварување право на болничко лекување во странство

Член 2

Постапката за упатување на лекување во странство се поведува по барање на осигуреното лице.

За малолетните лица и лицата лишени од деловна способност, барањето го поднесува родителот, посвоителот или старателот.

Член 3

Барањето од член 2 на овој правилник се поднесува до Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд) преку подрачната служба во местото каде што подносителот на барањето е пријавен во задолжително здравствено осигурување.

Барањето од член 2 на овој правилник кое се однесува за упатување на лекување во земја со која Република Македонија нема склучено (превземено) Договор за социјално осигурување за упатување на лекување во странство се поднесува врз основа на:

- предлог за упатување на лекување во странство од соодветната универзитетска клиника во Скопје;
- најмалку две профактури од странски здравствени установи од кои една задолжително од здравствена установа од една од земјите Република Словенија, Република Хрватска, Република Бугарија и Република Србија;

- потребната медицинска и друга документација за текот на лекувањето во здравствените установи во Републиката.

Осигуреното лице во координација со клиничкиот конзулиум потребно е да прибави и достави две профактури од странски здравствени установи од кои една задолжително од здравствена установа од една од земјите Република Словенија, Република Хрватска, Република Бугарија и Република Србија во случај на поднесување на барање за упатување на лекување во земја со која Република Македонија нема склучено (превземено) Договор за социјално осигурување за упатување на лекување во странство.

По исклучок од став 4 на овој член доколку осигуреното лице не е во можност да достави две профактури од странски здравствени установи од кои една задолжително од здравствена установа од една од земјите Република Словенија, Република Хрватска, Република Бугарија и Република Србија, Првостепената лекарска комисија може по службена должност да ги побара истите во најкус можен рок.

Барањето од член 2 на овој правилник кое се однесува за упатување на лекување во земја со која Република Македонија има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување и во кој е регулирана можноста за упатување на лекување во странство се поднесува врз основа на:

- предлог за упатување на лекување во странство од соодветната универзитетска клиника во Скопје и
- потребната медицинска и друга документација за текот на лекувањето во здравствените установи во Републиката.

Во случај на поднесено барање за упатување на лекување во странство во земја со која Република Македонија има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување и во кој е регулирана можноста за упатување на лекување во странство, Фондот по службена должност обезбедува профактура од странската здравствена установа во најкус можен рок.

Фондот на веб страната објавува листа на земји со кои Република Македонија има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување односно објавува листа на земји со кои Република Македонија има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување во кој е регулирана можноста за упатување на лекување во странство.

Осигурените лица на кои им е утврдено својство на деца со посебни потреби кон барањето од член 2 на овој правилник поднесуваат решение од Министерството за труд и социјална политика - Центар за социјални работи.

Член 4

Предлогот за упатување на лекување во странство го дава клинички конзулиум од најмалку тројца лекари субспецијалисти/специјалисти и директорот на соодветната универзитетска клиника во Скопје и важи шест месеци од денот на издавањето.

Предлогот за упатување на лекување во странство, ги содржи основните податоци за осигуреното лице, почетокот и текот на болеста, начинот на лекувањето, лабораториските, радиодијагностички и други дијагностички испитувања врз основа на кои е поставена дијагнозата, мислење дека заболувањето не може со успех да се лекува во Републиката, како и мислење во која земја и странска здравствена установа постојат можности за успешно лекување на тоа заболување.

Првостепенa лекарска комисија**Член 5**

Врз основа на предлогот за упатување на лекување во странство и бараната документацијата согласно член 3 став 2, 3 и 4 односно член 3 став 5 и 6, оценка и мислење за потребата од лекување во странство дава Првостепената лекарска комисија за лекување во странство при Фондот.

Член 6

Првостепената лекарска комисија од членот 5 на овој правилник е составена од 7 членови од избрани, истакнати медицински лица од различни субспецијалности.

Составот и надоместокот за работа на Првостепената лекарска комисија ги утврдува директорот на Фондот.

Првостепената лекарска комисија има претседател и заменик претседател кои ја организираат и учествуваат во работата на комисијата.

Првостепената лекарска комисија работи во совет од најмалку четири члена, со тоа што претседателот го одредува составот од редот на членовите на комисијата, при што претседавач на советот е стручно лице од соодветна субспецијалност, во зависност од видот на заболувањата или претседателот/заменик претседателот во случај комисијата да нема стручно лице од соодветната субспецијалност.

Претседавачот на советот ги свикува и ги води седниците.

Советот од став 4 на овој член води записник за својата работа и дава наод, оценка и мислење кои ги потпишуваат сите членови на советот.

Првостепената лекарска комисија одлуките ги донесува со мнозинство од вкупниот број на членови.

Во работата на седниците на Првостепената лекарска комисија за упатување на лекување во странство учествува и стручен работник на Фондот поради давање на потребни податоци, објаснување и запознавање на комисијата со предметот што се разгледува.

Оценка и мислење на Првостепената лекарска комисија**Член 7**

Оценката и мислењето на Првостепената лекарската комисија содржи податоци за следново:

- дали се исцрпени сите можности за лекување во земјата;

- дали постојат можности за успешно лекување на заболувањето во странство, во која земја, односно во која странска болничка здравствена установа;

- вид на лекување кое се предлага и времето потребно за лекување во странство;

- дали на осигуреното лице му е потребен придружник, односно стручен придружник и за кое време (само при заминување, само при враќање, при враќање и заминување или за сето време на лекувањето во странство);

- погодно превозно средство (воз, автобус, авион, кола за санитарски превоз) и начинот на превозот;

- потребата од продолжување на болничкото лекување во странска здравствена установа.

Донесување на решение за лекување во странство**Член 8**

Врз основа на документацијата од член 3 и член 5 на овој правилник по добиената согласност од странската здравствена установа за прифаќање на лекувањето во која е одреден термин за прием на лекување и по добиената оценка и мислење на првостепената лекарска комисија, осигуреното лице врши уплата на лично учество од доставената профатура на странската здравствена установа, за лекување во странство, освен осигурените лица кои се ослободени од учество.

Осигуреното лице врши уплата на учеството од став 1 на овој член и во сите случаи кога е добиена согласност за лекување од странската здравствена установа иако не е добиен термин за прием на странската здравствена установа на осигуреното лице.

Фондот донесува решение за упатување на лекување во странство по оценката и мислењето од првостепената лекарска комисија и извршената уплата за учество од став 1 на овој член.

Решението за упатување на лекување во странство задолжително ги содржи следниве елементи:

- земјата, местото, здравствената установа во која осигуреното лице се упатува на лекување;

- времетраење на лекувањето;

- дали се обезбедува придружник;

- правото на патните трошоци, начинот на превозот и видот на превозното средство;

- начинот на плаќање на трошоците за лекување;

- износот на учеството на осигуреното лице во трошоците за лекување;

- должноста на осигуреното лице, односно придружникот да поднесат писмен извештај со потребна документација за извршеното болничко лекување;

- постапката за потребата од продолжување на болничкото лекување во странска здравствена установа.

Решението кое не ги содржи елементите од став 4 на овој член е неподобно за административно извршување.

Во случај на упатување на лекување во земја со која Република Македонија има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување и во кој е регулирана можноста за упатување на лекување во странство по донесување на решението од став 4 на овој член Подрачната служба на Фондот во местото каде што осигуреното лице е пријавено во задолжително здравствено осигурување го издава двојазичниот образец.

Член 9

Фондот врши уплата на средствата за лекување во странство на странската здравствена установа за осигуреното лице кое е упатено со решение од Фондот, во земја со која Република Македонија нема склучено (превземено) Договор за социјално осигурување по закажан термин за прием на лекување во странската здравствена установа.

Фондот врши уплата на средствата за лекување во странство на странскиот фонд за здравствено осигурување (здравствено – осигурителна каса), за осигуреното лице кое е упатено со решение на Фондот и со двојазичен образец во земја со која Република Македонија има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување и во кој е регулирана можноста за упатување на лекување во странство согласно одредбите на овој договор.

Член 10

Лекувањето во странство, осигуреното лице го остварува најдолго во траење утврдено со решението.

Ако постојат оправдани причини за продолжување на лекувањето на предлог на странската здравствена установа во која осигуреното лице се лекува и доколку за лекувањето настанат дополнителни трошоци, Фондот може да му признае право на продолжување на одобреното лекување и надомест на дополнителните трошоци за лекувањето по спроведување на постапка, во согласност со член 3, 4, 5, 7 и 8 од овој правилник.

Член 11

По исклучок од членот 8 на овој правилник, во случај кога здравствената состојба на осигуреното лице е таква да постои непосредна опасност по неговиот живот (виталнозагрозувачка), Фондот донесува решение за упатување на лекување на осигуреното лице за лекување во странство по итна постапка, на предлогот за упатување на лекување во странство од соодветната универзитетска клиника во Скопје и врз оценка и мислење на првостепената лекарска комисија за упатување на лекување во странство.

Потребната документација од член 3 и член 5 на овој правилник се доставува и во случаите кои се решаваат согласно став 1 на овој член.

Придружник**Член 12**

На осигуреното лице на кого при патување на лекување во странство му е неопходно потребна медицинска и друга помош, кој е глувонем, слеп, неподвижен, на дете до 18 години возраст од животот и лице кое поради одредени физички и психички причини не може сам да патува, може да му се одобри придружник, односно стручен придружник при одење и враќање.

По исклучок од став 1 на овој член за придружник на дете до 3 години возраст може да му се одобри сместување во болничка здравствена установа за сето време на болничкото лекување.

Член 13

Кога повеќе осигурени лица истовремено се упатуваат на лекување во странство, во иста земја и во исто место, може да се одобри еден стручен придружник.

Контролен преглед**Член 14**

Ако странската здравствена установа предложи контролен преглед, или конзилиумот лекари од соодветната универзитетска клиника предложи контролен преглед во странската здравствена установа во која е извршено болничкото лекување, на осигуреното лице може да му се признае контролен преглед во странската болничка установа каде било извршено лекување, доколку во предлогот за упатување на лекување во странство е утврдено дека тој преглед е неопходен и ако таков преглед не може да се изврши во земјата.

Постапката за остварување на правото на контролен преглед е иста како и за користење на правото на болничко лекување во странство.

Извештај за лекувањето**Член 15**

По враќањето, а најдоцна во рок од 7 дена по завршеното лекување во странство, осигуреното лице и неговиот придружник до Фондот поднесуваат писмен извештај, со потребна медицинска и друга документација за извршеното лекување.

Извештајот од ставот 1 на овој член содржи: дата и час на поаѓање на осигуреното лице и неговиот придружник, дата и час на прием во странската здравствена установа и дата и час на враќање во земјата.

Со извештајот за лекувањето кое е извршено врз основа на решение на Фондот во земја со која Република Македонија нема склучено (превземено) Договор за социјално осигурување осигуреното лице ја поднесува следната документација:

- отпусно писмо и потврда за престој во болницата;
- фактура за извршените здравствени услуги;
- возни карти врз основа на кои е извршен превоз со фискални сметки за купени карти во Република Македонија или друг доказ за плаќање доколку возните карти се платени во странство и
- друга документација.

Со извештајот за лекувањето кое е извршено врз основа на решение на Фондот и двојазичен образец од Подрачната служба на Фондот во земја со која Република Македонија има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување, осигуреното лице ја поднесува документацијата наведена во став 3 на овој член освен фактура од странската здравствена установа.

Доколку Фондот не е во можност да изврши пресметка на трошоците за извршеното лекување во странство поради непостапување на осигуреното лице согласно став 1 на овој член на товар на осигуреното лице паѓаат дополнителните трошоци за лекувањето и задолжувањето на исплатата на побарувањата на странската здравствена установа.

Трошоци за болничко лекување во странство**Член 16**

Врз основа од извештајот и документацијата од член 15 на овој правилник, Фондот изготвува пресметка за спроведеното болничко лекување во странство.

Како трошоци за болничко лекување во странство се сметаат:

- 1) трошоците за извршеното болничко лекување, односно за контролен преглед во странската здравствена установа, вклучувајќи ги и трошоците за сместување и исхрана во болничката здравствена установа;
- 2) трошоците за превоз на осигуреното лице односно одобриениот придружник;
- 3) трошоците за лекови набавени според предлогот во отпусното писмо на странската здравствена установа, неопходни за периодот до враќањето во земјата;
- 4) патни и дневни трошоци за стручниот придружник.

Како трошоци за болничко лекување според став 2 точка 1 на овој член се сметаат и трошоците за сместување и исхрана на одобриениот придружник на дете до 3 години возраст од член 12 став 2 на овој правилник.

Висината на трошоците за болничко лекување во странство се утврдуваат според доставената фактура.

Осигуреното лице согласно член 32 став 2 од законот учествува со лични средства во вкупните трошоци од став 2 точките 1, 2 и 3 и став 3 на овој член.

Од учество со лични средства во вкупните трошоци се ослободуваат деца со посебни потреби, според прописите за социјална заштита, согласно член 34 став 1 алинеја 2 од законот.

Својството на дете со посебни потреби осигуреното лице го докажува со решение од надлежниот Центар за социјална работа при Министерството за труд и социјална политика.

Патни трошоци

Член 17

На осигуреното лице упатено на болничко лекување во странство и на одобриениот придружник им припаѓаат патни трошоци во висина на стварните трошоци за превоз, за одење и враќање, намалени за партиципацијата утврдена во член 16 став 5 од овој правилник.

Дневни трошоци за стручен придружник

Член 18

На одобриениот стручен придружник му се исплатува дневница во висина од 100% од дневницата утврдена со прописите за највисоките износи на дневниците за службено патување во странство.

Пресметување на трошоците

Член 19

Ако пред упатување на болничко лекување во странство е исплатен аванс за одобреното болничко лекување во странство, со пресметката од член 16 на овој правилник се врши усогласување на повеќе односно помалку исплатените средства.

Разликата на средствата од став 1 на овој член се уплатува, односно исплатува најдоцна во рок од 7 дена од денот на извршената пресметка.

Ставовите 1 и 2 на овој член се однесуваат за случаи на упатување на лекување во земји со кои Република Македонија нема склучено (превземено) Договор за социјално осигурување.

Ако осигуреното лице е упатено на лекување врз основа на решение на Фондот и двојазичен образец од Подрачната служба на Фондот во земја со која Република Македонија има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување пресметувањето на трошоците ќе се врши согласно одредбите од овој договор.

Жалба

Член 20

Против решението на Фондот, осигуреното лице може да поднесе жалба, во согласност со член 31 од Законот за здравственото осигурување.

Министерот за здравство одлучува за жалбите со донесување на решение согласно член 8 став 4 и 5 од овој правилник.

Министерот за здравство со решение го утврдува составот на Второстепената лекарска комисија која оценката и мислењето ги донесува согласно одредбите на овој правилник.

Второстепената лекарска комисија од став 3 на овој член задолжително ги разгледува сите начини предвидени со овој правилник за избор на болница во која предлага да се изврши лекувањето водејќи сметка за најповолната цена.

Постапка за склучување на договор со странска болница

Член 21

Фондот со странски здравствени установи ги договара најповолните цени на здравствени услуги по одделни видови на заболувања за болничко лекување во странство.

Член 22

Фондот може да склучува договори за болничко лекување во странство по претходно спроведена постапка за избор на странска болница за лекување.

Фондот донесува одлука за започнување на постапка за склучување на договор со странска болница.

Фондот утврдува листа на здравствени услуги кои не се извршуваат во Република Македонија, која ќе биде потврдена од страна на универзитетските клиники во Скопје.

Договорите ќе се склучуваат по претходно доставена покана од страна на Фондот до странските болници кои потребно е да ги исполнуваат условите за вршење на професионална дејност во земјата каде истата ја вршат што ќе го докажат со приложување на соодветен документ од надлежен орган и решение од надлежен орган за вршење на дејноста за здравствените услуги содржани во понудата (акредитација).

Врз основа на утврдената листа на здравствени услуги странската болница ќе достави понуда со цени на бараните услуги, а задолжително ќе достави и дополнителна листа на услуги кои ги врши и кои ќе бидат составен дел на договорот, доколку се појави потреба од нивно користење.

Изборот ќе се изврши врз основа на понудена најниска цена за иста здравствена услуга од поканетите странски болници која опфаќа вкупни трошоци потребни за лекувањето на осигуреникот во кои се вклучени здравствената услуга, медицински потрошен материјал, лекови, сметување, исхрана, сместување за придружник за дете до 3 години, надополнета со просечната цена за патни трошоци при одење и при враќање од лекувањето.

Фондот донесува одлука за избор на странски болници кои ги исполнуваат критериумите од став 4, 5 и 6 од овој член и со истите ќе склучи договори.

Член 23

Во договорите се уредуваат видот, квалитетот и роковите за остварување на здравствените услуги кои се согласно медицина базирана на докази, цена на поединечните здравствени услуги, планиран број на денови на лекување, начинот на плаќање на здравствените услуги, задолжителни рокови на доставување на финансиската и медицинската документација за извршеното лекување, причините и условите под кои може да се раскине договорот.

Користење на здравствени услуги во приватна здравствена установа

Член 24

Доколку здравствените услуги не се вршат во јавните здравствени установи од болничката здравствена заштита, а се вршат во приватните здравствени установи во Република Македонија со кои Фондот нема склучено договор, Фондот може да склучи рамковен договор со овие здравствени установи.

Во договорот од став 1 на овој член се регулира начинот на прифаќање на услугата, начинот на плаќање, начинот на комуникација, начинот на утврдување на цената и други права и обврски.

Цената на здравствената услуга опфаќа комплетна здравствена услуга во која се вклучени здравствената услуга, медицински потрошен материјал, лекови, сместување, сместување за придружник за дете до 3 години.

Првостепената лекарска комисија ги разгледува сите начини предвидени со овој правилник за избор на болница во која предлага да се изврши лекувањето водечки сметка за најповолната цена.

Доколку оценката и мислењето на Првостепената лекарска комисија се однесува на упатување на осигуреното лице во приватната здравствена установа во Република Македонија, Фондот ќе донесе решение за упатување на лекување во приватната здравствена установа во Република Македонија.

Осигуреното лице при користењето на здравствени услуги во приватната здравствена установа учествува со лични средства согласно Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите.

Член 25

На осигуреното лице на кое му е одобрено лекување во една странска здравствена установа или приватна здравствена установа во Република Македонија, а истото лекувањето сака да го изврши во друга установа во која трошоците се повисоки, на товар на осигуреното лице паѓа разликата во трошоците.

Осигуреното лице кое се лекувало во странска здравствена установа или приватна здравствена установа во Република Македонија, а кое не е упатено на лекување во согласност со одредбите од овој правилник нема право на надомест на трошоците од задолжителното здравствено осигурување.

III. ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ НА ОСИГУРЕНИЦИТЕ КОИ СЕ УПАТЕНИ НА ПРИВРЕМЕНА РАБОТА ВО СТРАНСТВО И КОИ ПРИВРЕМЕНО РЕСТОЈУВААТ ВО СТРАНСТВО ПО ДРУГ ОСНОВ**Член 26**

Осигуреникот кој е упатен на привремена работа во земја со која Република Македонија има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување може да користи здравствени услуги во истата, врз основа на двојазичен образец кој го издава подрачната служба на Фондот, каде што е поднесена пријавата за задолжително здравствено осигурување.

Член 27

Постапката за издавање на двојазичниот образец од член 26 на овој правилник се поведува по барање од правното, физичкото лице и државните органи (во натамошниот текст: работодавец).

Кон барањето од став 1 на овој член работодавачот поднесува:

1) решение за упатување на осигуреникот на привремена работа во странство;

2) лекарско мислење за здравствената состојба на осигуреникот што го издава здравствената установа во која се врши дејност на медицина на трудот;

3) согласност за упатување на работници на привремена работа во странство издадено од органот на управата надлежен за работните односи.

Член 28

Двојазичниот образец од член 26 на овој правилник се издава врз основа на документацијата од член 27, а по проверка на пријавата за задолжително здравствено осигурување (30-1) и потврдата за платен придонес за здравствено осигурување.

Двојазичниот образец од член 26 на овој правилник не се издава на осигуреници за кои е утврдено дека боледуваат од акутни болести или кај кои постои нарушување на здравствената состојба која бара лекување и кои боледуваат од акутни влошувања кај хронични и други болести поради кои е потребно подолготрајно лекување и лекарски надзор.

Член 29

По завршувањето на привремената работа во странство, работодавецот го известува Фондот за престанокот на привремената работа во странство.

Член 30

Ако осигуреникот или работодавецот ги платиле трошоците за лекувањето во странство, Фондот ќе ги признае стварните трошоци во обем утврдено со Законот за здравственото осигурување, намалени за пропишаното учество во трошоците за лекување во странство, ако со меѓународен договор за социјално осигурување поинаку не е определено.

Член 31

Осигурените лица кои привремено престојуваат (приватно или службено, студиски престој, школување и стручно усовршување, престој во врска со меѓународна-техничка, научна и културна соработка и сл.), во земји со кои Република Македонија има склучено (превземено) договор за социјално осигурување, можат да користат бесплатна итна медицинска помош, врз основа на двојазичен образец кој го издава подрачната служба на Фондот, каде што е поднесена пријавата за задолжително здравствено осигурување.

Член 32

Постапката за издавање на двојазичниот образец од член 31 на овој правилник се поведува по барање на осигуреното лице.

Кон барањето од став 1 на овој член осигуреното лице поднесува:

1) Потврда за здравствената состојба, издадена од избраниот лекар;

2) Наод, оценка и мислење на лекарската комисија на Фондот.

Член 33

Двојазичниот образец од член 31 на овој правилник не се издава на осигурени лица за кои е утврдено дека боледуваат од акутни болести или акутни влошувања кај хронични болести.

IV. КОРИСТЕЊЕ НА ИТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОШ ВО СТРАНСТВО

Член 34

Осигурените лица кои привремено престојуваат (приватно или службено патување, студиски престој, школување и стручно условршување, престој во врска меѓународна - техничка, научна и културна соработка и сл.) во земји со кои Република Македонија има склучено (превземено) Договор за социјално осигурување и не ја спровеле постапката од член 32 или привремено престојуваат во земји со кои Република Македонија нема склучено (превземено) Договор за социјално осигурување, може да користат само итна медицинска помош.

Како итна медицинска помош на став 1 од овој член се смета користење на здравствени услуги кои се неопходни за отстранување на непосредна опасност по животот и здравјето на осигуреното лице, додека трае таа опасност.

Итноста на случајот од став 1 на овој член, времетраењето на итноста и здравствените услуги потребни за отстранување на непосредната опасност по животот и здравјето на осигуреното лице ја цени лекарската комисија од Подрачната служба на Фондот врз основа на медицинската документација на странската здравствена установа.

Осигуреното лице кое користи здравствена заштита во итен случај според став 1 на овој член должно е по завршувањето на итноста да се врати за да го продолжи лекувањето во земјата.

Ако по завршувањето на итноста осигуреното лице не се врати навреме во земјата и го продолжи лекувањето во странство, за тој период трошоците паѓаат на товар на осигуреното лице.

Платените здравствени услуги од став 1 на овој член, Фондот ги признава во полн износ, намалени за пропишаното учество за лекување во странство, врз основа на поднесено барање од осигуреното лице.

Член 35

По исклучок во итни случаи кога не може да се примени меѓународен Договор за социјално осигурување, а осигуреното лице во странската здравствена установа се наоѓа на подолготрајно болничко лекување кое не е во можност сам да го плати и по завршување на истото да бара надомест на трошоците согласно законот и правилникот, Фондот поведува постапка за утврдување на итноста по службена должност.

По добивање на оценка и мислење од надлежната лекарска комисија од Подрачната служба на Фондот за итноста на случајот Фондот врз основа на доставена фактура од странската здравствена установа врши уплата на средствата за извршеното лекување во странство на осигуреното лице согласно одредбите на законот. Осигуреното лице пропишаното лично учество во трошоците го плаќа во странската здравствена установа.

V. ПРЕВОЗ НА ПОЧИНАТО ЛИЦЕ

Член 36

Во случај на смрт на осигурено лице кое се наоѓало на лекување во странска здравствена установа одобрено со решение на Фондот, трошоците за превоз на посмртните останки на умереното лице паѓаат на товар на средствата на Фондот.

VI. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ЗА КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ВО СТРАНСТВО И ПРАВОТО ЗА КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ВО ПРИВАТНА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

Член 37

Осигурените лица правата за користење на здравствени услуги во странство односно правото за користење на здравствени услуги во приватна здравствена установа во Република Македонија утврдени со овој правилник ги остваруваат во управна постапка во согласност со одредбите на член 31, член 31-а и 31-б од Законот за здравственото осигурување, врз основа на уредно поднесено барање компетирано со потребна документација.

Барањето од став 1 на овој член се поднесува во два идентични обрасци со еден прилог на потребната документација (докази) до подрачната служба на Фондот според местото на осигурување.

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

Член 38

Доколку Фондот не го донесе решението за остварување на право за лекување во странство или решението за остварување на право за лекување во приватна здравствена установа во Република Македонија односно не донесе решение за одбивање на барањето во законски утврдениот рок, подносителот на барањето има право во рок од три работни дена од истекот на законскиот рок за донесување на решението, да поднесе барање преку архивата на Фондот до директорот на Фондот за донесување на решението.

Кон барањето од став 1, барателот доставува и копија од барањето за остварување на право за лекување во странство.

Член 39

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

Обрасците од став 1 на овој член, Управниот одбор на Фондот ќе ги утврди во рок од 30 дена, од денот на влегување во сила на овој правилник.

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

VII. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 40

Со денот на влегувањето во сила на овој правилник престанува да важи Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство („Службен весник на Република Македонија“ бр. 111/2000, 31/2003, 113/2005, 41/2007, 62/2007, 89/2007, 100/2008, 22/2009 и 75/2010).

Обрасците пропишани со правилникот од став 1 на овој член ќе се применуваат до утврдувањето и пропишувањето на обрасците од член 39 на овој правилник.

Член 41

Овој правилник влегува во сила со денот на објавување во „Службен весник на Република Македонија“, ќе се објави по добивање на согласност од министерот за здравство, а ќе се применува од 1-ви септември 2011 година.

Бр. 02 - 11156/8
12 јули 2011 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Ирфан Хоџа, с.р.

2504.

Врз основа на член 9 став 4, член 17 став 1, член 24 став 1, член 25 став 6, член 27 став 4, член 28 став 6, член 31 став 4, 31-а став 4 и член 56 став 1 точка 3 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010 и 53/2011), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 12 јули 2011 година, донесе

**П РА В И Л Н И К
ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ**

I. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

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

Член 2

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

Член 3

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

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

II. УТВРДУВАЊЕ СВОЈСТВО НА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ

Член 4

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

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

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

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

Член 5

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

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

- извод од матична книга на родени, односно венчани во копија;
- изјава за остварени приходи на пропишан образец;
- лична карта во копија, со согласност на подносителот на пријавата и
- здравствена легитимација.

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

- извод од матична книга на родени односно венчани во копија;
- изјава за остварени приходи на пропишан образец;
- лична карта во копија, со согласност на подносителот на пријавата и
- здравствена легитимација.

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

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

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

Член 6

Лицата од член 5 став 2 и 3 на овој правилник, должни се по истекот на 12 месеци по доставената изјава, да достават нова изјава на пропишан образец за остварени приходи во претходната календарска година.

Лицата од член 5 став 2 и 3 на овој правилник, за секоја околност што предизвикува промена на основот на осигурување веднаш ја известуваат подрачната служба на Фондот.

Ако лицата од став 1 од овој член, од страна на Фондот или друг надлежен орган се затекнат да работат, се работно ангажирани или вршат дејност спротивно на закон го губат правото од задолжително здравствено осигурување освен правото на итна

медицинска помош, до осигурување по една од точките од 1) до 14) од став 1 на член 5 од Законот за здравствено осигурување.

За случаите од став 1 на овој член, Фондот со решение по службена должност осигуреното лице го одјавува од задолжително здравствено осигурување.

Член 7

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

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

Член 8

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

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

Член 9

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

Кон одјавата за здравствено осигурување се приложува соодветен доказ за престанок на основот на осигурување (пријава - одјава М1/М2), доказ за престанок на дејност или друг доказ од кој ќе се види дека престанал основот на осигурување.

Член 10

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

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

III. ДОКАЖУВАЊЕ НА СВОЈСТВО НА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ

Член 11

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

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

Член 12

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

Член 13

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

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

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

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

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

IV. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

1. Избор на лекар

Член 14

Осигуреното лице заради користење на примарната здравствена заштита врши избор на лекар во дејност на: општа медицина, гинекологија и општа стоматологија, без оглед на местото на живеење односно на работата.

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

Член 15

Како избран лекар од општа медицина може да бидат лекари од дејностите: општа медицина, медицина на трудот, педијатрија и училишна медицина.

Како избран лекар од гинекологија е специјалист гинеколог акушер.

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

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

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

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

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

Член 16

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

Член 17

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

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

Член 18

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

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

Член 19

Избраниот лекар може да се промени во случај на:

1. престанок на работа на избраниот лекар;
2. промена на местото на живеење односно на работата на избраниот лекар или на осигуреното лице и
3. во други случаи по барање на осигуреното лице, односно лекарот.

Осигуреното лице по негово барање, промена на избраниот лекар може да врши најмногу два пати во текот на една календарска година.

Член 20

Изборот на лекар се врши со пополнување на изјава за избор - промена на лекар на пропишан образец.

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

Член 21

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

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

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

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

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

Подрачната служба на Фондот по службена должност ќе изврши колективна одјава на осигурените лица од избраниот лекар во случај на траен престанок на работа на избраниот лекар или поради раскинување на договорот со Фондот.

Член 22

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

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

Член 23

Избраниот лекар води евиденција за осигурените лица што го избрале.

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

2. Содржина на основните здравствени услуги кај избраниот лекар**Член 24**

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

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

Член 25

Превентивните мерки и активности од член 24 став 1 точка 1 на овој правилник опфаќаат:

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

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

Член 26

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

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

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

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

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

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

Член 27

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

Член 28

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

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

Член 29

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

1. ја следи бременоста и дава совети во врска со бременоста и контрацепцијата;

2. го води породувањето во породилиште на здравствен дом, во случај ако тоа не се врши во болнички услови.

3. превзема мерки и активности за превенција и рано откривање на заболувањата кај жените;

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

3. Стоматолошка здравствена заштита кај избраниот лекар

Член 30

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

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

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

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

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

Член 31

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

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

4. Домашно лекување

Член 32

Домашно лекување, осигуреното лице остварува кога не е неопходно болничко лекување или како продолжено болничко лекување во домашни услови, во случај на:

- неподвижни или слабо подвижни болни;
- хронична болест во фаза на влошување или компликации;
- после сложени оперативни зафати кои бараат превивање и нега на раната;
- продолжување на болничко лекување по предлог на болничката здравствена установа и
- кај болни во терминална фаза на болеста.

Член 33

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

Член 34

Домашното лекување го спроведува избраниот лекар и/или медицинска сестра од тимот на избраниот лекар, односно специјализирана организациона единица за домашно лекување.

Доколку избраниот лекар врши домашно лекување здравствените услуги се сметаат како посебни услуги.

Член 35

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

5. Право на Породување во породилиште на здравствен дом

Член 36

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

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

Член 37

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

Член 38

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 организирана служба за итна медицинска помош, според местото на живеење односно според местото каде осигуреното лице се затекнало во времето на потребата од итна медицинска помош.

Член 39

Итна медицинска помош се обезбедува и кога осигуреното лице не е во можност да го докаже својството на осигурено лице.

Својството на осигурено лице се докажува по престанувањето на итноста.

Член 40

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

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

Член 41

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

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

Член 42

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

7. Превоз со санитарско возило

Член 43

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

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

8. Патронажна дејност и поливалентна патронажа

Член 44

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

- патронажни посети на жени во репродуктивниот период;

- патронажни посети на бремени жени и леунки;
- патронажни посети на новородени, доенчиња и предучилишни деца;

9. Користење на лекови

Член 46

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

Член 47

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

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

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

Избраниот лекар, односно замената на избраниот лекар е должен рецептниот образец по правило да го изготви, пополни и да го завери со факсимил и потпис на лекарот и со печат на здравствената установа.

Лекови на рецепт според Листата на лекови утврдена со одлука на Управниот одбор на Фондот, може да пропишува и дежурниот лекар во дежурната служба на здравствениот дом односно избраниот лекар кој дежура во дежурната служба што ја организира здравствениот дом.

Член 48

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

Член 49

На рецептот се пропишува само еден лек, за едно осигурено лице, во потребна количина за терапија до 8 дена за акутни случаи, со упатство за начинот на употреба.

Во случај на хронични болести можат да се пропишуваат повеќе рецепти за лекови, но на еден рецепт еден лек за терапија најмногу до 30 дена.

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

Рецептот за пропишан лек за акутно заболување важи 5 дена, за пропишани наркотици и опојни средства 5 дена, а рецептот за пропишан лек за хронично заболување важи 30 дена, сметано од денот назначен на рецептот како датум на пропишување.

Дежурниот лекар од член 45 став 4 на овој правилник може да пропише само еден лек на еден рецепт во потребна количина за терапија до осум дена за акутни случаи, со упатство за употреба на лекот.

Рецептот за пропишан лек од став 4 на овој член важи само во денот кога е пропишан лекот од дежурниот лекар.

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

За лековите на рецепт од Листата на лекови на товар на Фондот кои се пропишуваат по предлог на лекар специјалист / субспецијалист или лекарски конзултационен комитет, предлогот важи до денот на закажаниот контролен преглед, но не подолго од 1 година.

Член 50

Аптеката го издава лекот на рецепт, според пропишаната терапевска доза.

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

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

Член 51

Избраниот лекар секој пропишан лек го запишува во здравствениот картон, амбулантскиот дневник, компјутерската евиденција и здравствената легитимација / електронската картичка за здравствено осигурување на осигуреното лице.

Во здравствената легитимација/електронската картичка за здравствено осигурување на осигуреното лице се запишува датумот, дијагнозата и количината на пропишаниот лек и заверени со факсимил и потпис на избраниот лекар.

Дежурниот лекар секој пропишан лек го заведува во амбулантскиот дневник и здравствената легитимација/ електронската картичка за здравствено осигурување на осигуреното лице.

Во здравствената легитимација/електронската картичка за здравствено осигурување се запишува датумот, дијагнозата и количината на пропишаниот лек, заверени со факсимил и потпис на дежурниот лекар и печат со број на шифра на дежурната служба.

Здравствениот работник во аптеката го потврдува издавањето на лекот во здравствената легитимација/електронската картичка за здравствено осигурување на осигуреното лице, со датум, потпис и печат на здравствената установа.

10. Упатување на повисоко ниво на здравствена заштита

Член 52

Осигуреното лице може да користи здравствени услуги во специјалистичко - консултативната здравствена заштита со упат од избраниот лекар.

Болничка здравствена заштита осигуреното лице може да користи по правило со упат од лекарот специјалист.

По исклучок од ставот 2 на овој член, во итни случаи осигуреното лице може да користи здравствени услуги без упат, а во болничката здравствена заштита со упат од избраниот лекар само во следните случаи:

- дијагностицирани хронични заболувања;
- по проценка на избраниот лекар за итност на здравствената состојба на осигуреното лице, со соодветно образложение за итност и со проценка за натамошниот тек на третманот, што избраниот лекар соодветно го документира во медицинското досие на осигуреното лице;
- кога упатувањето го врши избраниот лекар од дејноста на педијатријата, за детската популација и гинекологијата.

Субспецијалистичка здравствена заштита осигуреното лице може да оствари со упат од лекар специјалист.

Избраниот лекар и лекарот специјалист го упатуваат осигуреното лице да користи здравствени услуги во здравствените установи, каде Фондот обезбедил вршење на такви здравствени услуги.

11. Листа на чекање

Член 53

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

Листата на чекање од став 1 на овој член не се однесува за итни случаи кај кои е неопходно отстранување на непосредната опасност по животот и здравјето на осигуреното лице.

Листата на чекање од став 1 на овој член здравствената установа ја утврдува во случај кога е исполнет планот за видот и обемот на здравствени услуги согласно договорот со Фондот, планиран за одреден период во текот на годината (тримесечје).

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

Здравствената установа листата на чекање ја доставува до Фондот за здравствено осигурување, последниот ден од месецот по електронски пат.

Врз основа на листите на чекање изработени од здравствените установи, Фондот изработува преглед на просечно време на чекање на услугите по здравствени установи и на ниво на Република Македонија на секои 6 месеци.

V. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Член 54

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

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

Член 55

Биохемиските лабораториски испитувања за потребите на примарната здравствена заштита се вршат врз основа на пропишан образец на упат од избраниот лекар со наведување на видот на услугите во образецот на упатот.

По исклучок од став 1 на овој член, останатите биохемиски лабораториски испитувања се остваруваат врз основа на пропишан образец на упат од лекар специјалист односно субспецијалист, со наведување на видот на услугите во образецот на упатот.

Избраниот лекар гинеколог, образецот на упатот од став 2 на овој член може да го користи само во случај на потреба од утврдување на хормонски статус кај осигуреното лице.

Член 56

Радиодиагностичките испитувања: нативна радио-лошка дијагностика со и без контраст, ехо дијагностика и мамографија се остваруваат врз основа на пропишан образец на упат од избраниот лекар со наведување на видот на услугите во образецот на упатот.

По исклучок од став 1 на овој член, радиодиагностичките испитувања: компјутерска томографија, магнетна резонанца и други специфични радиодиагностички испитувања се остваруваат со упат од лекар специјалист односно субспецијалист на пропишан образец, со наведување на видот на услугите во образецот на упатот.

Член 57

Специјалистичко-консултативната здравствена заштита осигуреното лице ја остварува во најблиската и најсоодветна здравствена установа која врши такви здравствени услуги, врз основа на на пропишан образец на упат од избраниот лекар/лекар специјалист.

Избраниот лекар/лекар специјалист упатувањето од став 1 на овој член го врши според утврдени листи од Министерството за здравство за здравствени услуги кои може да се вршат во специјалистичко - консултативна здравствена заштита во здравствените установи.

Во случаи кога лекарот специјалист има потреба од одредени дополнителни дијагностички или терапевтски процедури, може осигуреното лице да го упати со интерспецијалистички упат на пропишан образец во истата или друга здравствена установа која врши специјалистичко – консултативни здравствени услуги.

Субспецијалистичката здравствена заштита се користи со субспецијалистички упат на лекарот специјалист на пропишан образец.

Упатот важи 30 дена од денот на издавањето, во кој рок треба и да се активира, но најмногу до 3 месеци доколку не е завршена дијагностичката постапка.

По исклучок од став 5 на овој член, во случаите кога осигурените лица се упатени да користат здравствени услуги во врска со дијализа и вежби на видот, слухот и говорот надвор од местото на живеење, упатот важи 12 месеци.

Важењето на упатот од став 3 на овој член, осигуреното лице го докажува со потврда за платен придонес за задолжително здравствено осигурување.

Член 58

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

Член 59

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

Член 60

Лекарот специјалист наодите од извршениот специјалистички преглед и другите испитувања ги доставува со мислење за здравствената состојба на осигуреното лице и упатство за натамошното лекување го доставува до лекарот кој го упатил осигуреното лице.

Член 61

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

VI. ОСТВАРУВАЊЕ НА ДИЈАЛИЗА ВО ДОМАШНИ УСЛОВИ**Член 62**

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

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

VII. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА**Член 63**

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

Член 64

Болничката здравствена заштита опфаќа:

1. испитување и лекување на болните и повредените со примена на медицински знаења, вештини, методи и средства за лекување, оперативно лекување, лекување со примена на методи на физикална медицина, медицинска рехабилитација, совети, медицинска нега и прифатени методи на традиционалната медицина во болнички услови, со цел за оздравување и подобрување на здравствената состојба;

2. лекови, помошни материјали кои служат за примена на лековите и санитетски и друг материјал потребен за лекување;

3. сместување и исхрана во стандардни болнички услови.

Член 65

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

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

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

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

Член 66

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

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

Член 67

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

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

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

Член 68

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

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

Член 69

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

Член 70

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

Член 71

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

По исклучок од ставот 1 на овој член, во итни случаи осигуреното лице може да користи здравствени услуги во болничката здравствена заштита и без упат, а со упат на пропишан образец од избраниот лекар, само во следните случаи:

1. дијагностицирани хронични заболувања;
2. по проценка на избраниот лекар за итност на здравствената состојба на осигуреното лице, со соодветно образложение за итноста и со проценка за натамошниот тек на третманот, што избраниот лекар соодветно го документира во медицинското досие на осигуреното лице;
3. кога упатувањето го врши избраниот лекар од дејноста на педијатријата, за детската популација и гинекологијата.

Доколку на болничко лекување осигуреното лице е примено без упат како итен случај, односно ако е упатен од лекар што пружил итна медицинска помош, упатот за болничко лекување го издава избраниот лека, по престанокот на итноста односно во најкус можен рок.

Упатувањето на болничко лекување се врши на пропишан образец -болнички упат.

Член 72

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

Упатот за болничко лекување важи од денот на издавањето до завршување на болничкото лекување, но не повеќе од една година.

Важењето на упатот од став 2 на овој член, осигуреното лице го докажува со потврдата за платен придонес за задолжително здравствено осигурување.

Член 73

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

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

Ако болничката здравствена установа утврди дека болничкото лекување не е неопходно, должна е за тоа да го известат осигуреното лице и лекарот кој го упатил со образложен предлог и мислење за понатамошно лекување.

Член 74

Ако осигуреното лице е упатено во една болничка установа, а се оцени дека поуспешно и посоодветно може да се лекува во друга болничка установа, се упатува со интерболнички односно интерклинички упат на пропишан образец.

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

Член 75

По завршеното болничко лекување болничката здравствена установа на осигуреното лице му дава отпусно писмо и совет, а на лекарот што го упатил упатство за понатамошно лекување.

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

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

Член 76

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

VIII. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Член 77

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

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

Член 78

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

Член 79

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 од став 1 на овој член се остварува врз основа на барање од осигуреното лице кое се поднесува во рок од 1 месец по завршеното болничко лекување, односно во рок од 1 месец по неопходен контролен преглед, односно 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 од став 1 на овој член 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.

По исклучок од став 3 на овој член, 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 од став 1 на овој член може да трае најмногу 21 ден.

По исклучок од став 4 на овој член, 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 тра до 30 дена двапати во текот на годината, кога за време на рехабилитацијата е потребна обука на член на семејството.

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

Осигуреното лице за случаите од став 1 на овој член, 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.

Конзилиарното мислење издадено од болничка здравствена установа, го потпишуваат 3 лекари специјалисти и директорот на здравствената установа.

Клиничкото конзилијарно мислење издадено од Универзитетска клиника, го потпишуваат 3 лекари специјалисти/субспецијалисти и директорот на здравствената установа.

Член 80

Доколку лекарскиот конзилиумот кој го предлага продолженото болничко лекување оцени дека на детето до три годишна возраст му е потребен и придружник, ова право се остварува под услови и на начин утврдени со член 70 и член 80 од овој правилник.

IX. ОБДУКЦИЈА НА УМРЕНИ

Член 81

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

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

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

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

X. ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА НА ПАРИЧНИ НАДОМЕСТОЦИ

1. Утврдување на привремена спреченост за работа

Член 82

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

2. Надоместок на плата

Член 83

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

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

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

- Придонесот за задолжително здравствено осигурување редовно да е уплатуван или со задоцнување од најмалку 60 дена ;

- Оценката за привремена спреченост од работа да ја дал избраниот лекар односно Лекарската Комисија, во согласност со правилникот.

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

Член 84

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

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

Член 85

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

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

Член 86

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

Член 87

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

1. извештај за привремена спреченост за работа издаден од избраниот лекар на пропишан образец и

2. потврда за висината на исплатената плата на осигуреникот на пропишан образец.

Член 88

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

3. Патни трошоци

Член 89

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

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

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

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

- Ако осигуреното лице користи превоз на подрачјето на градот или местото на живеење или престој, каде постои организиран јавен превоз има право на надоместок во висина на патната карта од јавниот превоз.

- Ако осигуреното лице користи превоз на подрачјето на градот или местото кое е надвор од местото на неговото живеење или престој каде има организирано јавен превоз, има право на надоместок во висина на патна карта од јавниот превоз.

- Ако осигуреното лице користи превоз на подрачјето на градот или местото на живеење или престој каде не постои организиран јавен превоз, има право на надоместок во висина од 5,00 денари по еден километар.

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

Член 90

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

Надоместокот на патните трошоци од став 1 на овој член, на осигуреното лице кое користи здравствени услуги надвор од местото на живеење, се исплатува согласно одредбите на член 95 став 4 алинеа 2 и 3 и став 5 од овој правилник.

Член 91

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

XI. ПОСТАПКА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 92

Осигурените лица правата од задолжителното здравствено осигурување утврдени со овој правилник ги остваруваат во управна постапка во согласност со одредбите на член 31, 31-а и 31-б од Законот за здравственото осигурување, врз основа на уредно поднесено барање на пропишан образец, комплетирано со потребна документација.

Барањето од став 1 на овој член се поднесува на два идентични обрасци со еден прилог на потребната документација (докази) до подрачната служба на Фондот според местото на осигурување .

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

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

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

Овластеното лице кое ја води постапката, ќе постапи согласно став 5 на овој член и во случај кога во однос на фактите за службена евиденција води друг државен орган, односно друг субјект кој води регистар на податоци, врз основа на склучен договор за соработка и размена на податоци. Државниот орган, односно друг субјект кој води регистар на податоци е должен бараните податоци да ги достави до Фондот во рок од 3 дена од денот на приемот на барањето.

Овластените лица податоците од став 4, 5 и 6 од овој член ги користи за потребите на постапката, во согласност со прописите за заштита на личните податоци.

Доколку државниот орган, односно друг субјект кој води регистар на податоци има пропишано тарифа за административни трошоци за издавање на бараните податоци, истата е на товар на осигуреното лице кое го поднесло барањето за остварување на право од задолжително здравствено осигурување.

Трошоци поврзани со докомпетирање на барањата со податоци од други субјекти се на товар на осигуреното лице кое го поднело барањето за остварување на право од задолжително здравствено осигурување, според тарифник утврден од Управниот одбор на Фондот.

Доколку Фондот воведо електронска комуникација и обработка на податоците и обрасците предвидени со овој правилник по точно дефинирани процедури, како и функционирање на електронски потпис, правата од задолжителното здравствено осигурување можат да се остваруваат и по електронски пат.

Член 93

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

Кон барањето од став 1 на овој член, барателот доставува и копија од барањето за остварување на право од задолжителното здравствено осигурување од член 94 став 1 на овој правилник.

Член 94

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

ХII. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 95

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

Обрасците од став 1 на овој член, управниот одбор на Фондот ќе ги утврди во рок од 30 дена, од денот на влегување во сила на овој правилник.

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

Член 96

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

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

Член 97

Одредбите од од членовите 52, 53, 56, 57, 71, 72 став 1 и 2 и 74 став 2 од овој правилник ќе се применуваат од 1 јануари 2012.

Член 98

Со денот на влегување во сила на овој правилник престанува да важи Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 111/2000, 4/2001, 71/2001, 23/2002, 55/2004, 30/2006, 26/2007, 59/2008, 64/2008, 128/2008, 164/2008, 7/2009, 22/2009, 73/2009, 116/2009, 139/2009, 140/2009, 9/2010, 13/2010, 44/2010, 81/2010, 105/2010, 154/2010 и 171/2010), освен одредбите на членовите 67 став 1 и 68 став 1, кои ќе се применуваат до 31.12.2011 година.

Обрасците пропишани со правилникот од став 1 на овој член ќе се применуваат до утврдувањето и пропишувањето на обрасците од член 95 на овој правилник, а најдоцна до 31.12.2011 година.

Член 99

Овој Правилник влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, ќе се објави по добивање на согласност од министерот за здравство, а ќе се применува од 1 септември 2011 година.

Бр. 02 - 11156/9
12 јули 2011 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Ирфан Хоџа, с.р.

АКЦИОНЕРСКО ДРУШТВО ЗА ПРЕНОС НА ЕЛЕКТРИЧНА ЕНЕРГИЈА И УПРАВУВАЊЕ СО ЕЛЕКТРОЕНЕРГЕТСКИОТ СИСТЕМ, ВО ДРЖАВНА СОПСТВЕНОСТ “МЕПСО”

2505.

Врз основа на член 70 од Законот за енергетика („Службен весник на Република Македонија” бр. 16/2011) и врз основа на член 19, точка 18 од Статутот, Операторот на електропреносниот систем на Македонија, Акционерско друштво за пренос на електрична енергија и управување со електроенергетскиот систем, во државна сопственост “МЕПСО”, со одлука на УО бр. 02-6277/13 од 14.07.2011 година и со решение од Регулаторната комисија за енергетика на Република Македонија бр. 02-1004/1 од 21.07.2011 година за одобрување на Правила за доделување на прекугранични преносни капацитети, донесе

П Р А В И Л А ЗА ДОДЕЛУВАЊЕ НА ПРЕКУГРАНИЧНИ ПРЕНОСНИ КАПАЦИТЕТИ

Член 1

(1) Со овие Правила за доделување на прекугранични преносни капацитети (во понатамошниот текст: Правила) особено се уредува следново:

- 1) начинот на пресметка на расположливите прекугранични капацитети,
- 2) начинот на доделување на прекуграничните преносни капацитети водејќи сметка за загушувањата во електропреносниот систем,
- 3) начинот на плаќање при користење на прекуграничните преносни капацитети во случај на загушувања на интерконективните водови и
- 4) начинот на објавување на податоците.

Член 2

(1) АД МЕПСО - Скопје како оператор на електропреносниот систем (во понатамошниот текст: АД МЕПСО) е должен да ги доделува расположливите прекугранични преносни капацитети на транспарентен, недискриминаторен и пазарно ориентиран начин. За таа цел АД МЕПСО ќе спроведува заедничка аукција (Joint Auction) за доделување на правото на користење на прекуграничните преносни капацитети на интерконективните далекуводи помеѓу електропреносниот систем оператор на Република Македонија и соседните систем оператори:

- 1) ЈП ЕМС – Република Србија
- 2) ЕСО ЕАД – Република Бугарија
- 3) ХТСО – Република Грција.

Член 3

(1) Приходите остварени од АД МЕПСО - Скопје како оператор на електропреносниот систем по основ на справување со загушувањата на интерконективните далекуводи со соседните земји ќе се земат во предвид при определување на тарифата за користење на електропреносниот систем.

(2) Приходите од став 1 на овој член, АД МЕПСО - Скопје како оператор на електропреносниот систем е должен да ги користи за одржување или инвестирање во зголемувањето на интерконективните капацитети.

Член 4

(1) Аукциите за доделување на правото на користење на прекуграничните преносни капацитети може да се спроведуваат во следните временски рамки:

- 1) Годишно ниво,
- 2) Месечно ниво,
- 3) Неделно ниво,
- 4) Дневно ниво, и
- 5) Во текот на денот (Intra-day).

Член 5

(1) Вредноста на Нето Преносен Капацитет (Net Transfer Capacity - NTC) се пресметува согласно Методологијата за пресметка на Нето Преносен Капацитет на интерконективните далекуводи на електроенергетскиот систем на Република Македонија со соодветните електроенергетски системи, дадена во “Прилог 1” на овие Правила.

(2) Методологијата за пресметка на Нето Преносен Капацитет од став 1 на овој член е во согласност со Правило број 4 од Оперативниот Прирачник (Operational Handbook – Policy 4) на ENTSO-E.

(3) Вредноста на Расположливиот Преносен Капацитет (Available Transmission Capacity – ATC) која ќе биде предмет на аукција за секоја интерконекција со соседните систем оператори ќе се усогласува билатерално помеѓу АД МЕПСО и соседниот Систем Оператор.

Член 6

(1) Правото на користење на прекуграничните преносни капацитети ќе се доделува по принципот “последна прифатена цена” (Marginal price).

(2) Учесникот на аукција, кој добил право на користење на прекуграничен преносен капацитет е должен да плати надоместок за користење на прекуграничниот капацитет само во случај на загушување на соодветна алокациска единица, односно важи принципот “нема загушување – нема плаќање” (no congestion - no payment).

Член 7

(1) Во случај на загушување, учесникот кој добил право на користење на прекуграничен преносен капацитет на соодветна алокациска единица, е должен да плати надоместок во износ еднаков на производот од: “последна прифатена цена” [EUR/MWh], добиениот преносен капацитет [MW] и периодот (часови)[h] за кој е дадено правото на користење на прекуграничниот преносен капацитет, за соодветната алокациска единица.

Член 8

(1) Надоместокот добиен од спроведената аукција во случај за загушување, ќе се дели подеднакво помеѓу АД МЕПСО и соседниот Систем Оператор (50/50).

Член 9

(1) Цените, финансиските побарувања и исплати, како и финансиските информации, ќе бидат изразени во евра.

Член 10

(1) На едната половината од надоместокот за право на користење на прекуграничен преносен капацитет во случај на загушување, кој се однесува на АД МЕПСО, ќе биде додадено ДДВ во висина и во согласност со законските прописи на Република Македонија.

Член 11

(1) АД МЕПСО со секој соседен Систем Оператор ќе изготви заеднички Аукциски правила за доделување на прекуграничните преносни капацитети, кои е должен да ги достави до Регулаторната комисија за енергетика на Република Македонија заради одобрување.

(2) Аукциските правила од став 1 на овој член, особено содржат:

- 1) аукциска процедура,
- 2) временските рамки за аукција (годишна, месечна, неделна, дневна, Intra day),
- 3) право на учество на аукција и Процедура за регистрација на учесниците,
- 4) доделување на правото на користење на прекуграничниот преносен капацитет,
- 5) објавување на резултати и информации поврзани со Аукцијата,
- 6) префрлување на правото на користење на прекуграничниот преносен капацитет,
- 7) правила за искористување на правото на користење на прекуграничниот преносен капацитет,
- 8) начин на пресметка на надоместокот за правото на користење на прекуграничниот преносен капацитет и плаќање,
- 9) начин на редукција на веќе доделеното право на користење на прекуграничниот преносен капацитет,
- 10) и друго.

Член 12

(1) До влегувањето во сила на секој од договорите од член 11 на овие Правила, АД МЕПСО е должен да изготви и достави до Регулаторната комисија за енергетика на одобрување Привремени правила за доделување на прекугранични преносни капацитети за секоја од границите за кои не е склучен договор, во кои треба да се имплементираат одредбите од овие Правила.

(2) Привремените правила остав 1 на овој член, АД МЕПСО е должен да ги достави до Регулаторната комисија за енергетика во рок од 60 дена од влегувањето во сила на овие Правила.

Член 13

(1) Овие Правила влегуваат во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

ПРИЛОГ 1

МЕТОДОЛОГИЈА ЗА ПРЕСМЕТКА НА NTC

1. ВОВЕД

Методологијата за пресметка на Нето Преносниот Капацитет (Net Transfer Capacity) се базира на пресметки на текови на моќност. Во методологијата се вклучени следните главни аспекти:

- Во пресметките се користат најквалитетните можни влезни податоци кои се на располагање.
- Се користи колку што е можно подетален модел на мрежата.
- Се разменуваат податоци меѓу операторите на различните електроенергетски системи со цел да се користи исто основно сценарио.
- Заради постигнување на што пореални резултати, секој систем – оператор има право да избира на кој начин ќе ги симулира размените на електрична енергија помеѓу две области и кои сигурносни критериуми ќе ги користи при пресметките.
- Транспарентност при размената на техничките податоци и претпоставките.

2. ДЕФИНИЦИЈА НА ПОКАЗАТЕЛИТЕ НА ПРЕНОСНИТЕ МОЖНОСТИ НА ЕЕС

Во 1999 година ETSO ги дефинира основните показатели на преносните можности на мрежата. Оттогаш, европските систем – оператори ги користат овие дефиниции при пресметка на преносниот капацитет, со што се остварува хармонизација меѓу нивните резултати.

Вкупен преносен капацитет (Total Transfer Capacity) TTC – претставува максималната размена на моќност меѓу две области (системи), без притоа да се нарушат сигурносни критериуми за работа. TTC се однесува за одредено прогнозирано сценарио на работа на системот: производство, потрошувачка и конфигурација на мрежата, т.н. основно сценарио, со кое се спроведуваат пресметките според договорената процедура. Очекуваната вредност на TTC може да варира од реалната, поради непрецизностите во прогнозата на идната состојба на системот, која пак зависи од временската дистанца на предвидувањата.

Маргина на преносната доверливост (Transmission Reliability Margin) TRM – претставува сигурносна резерва која ги надминува несигурностите во проценката на TTC. Дел од преносниот капацитет се одвојува од вкупниот преносен капацитет на системот, со цел да се зголеми флексибилноста на системот и да се амортизираат грешките во пресметките и отстапувањата од реалните состојби во однос на предвидените ситуации. Досега, TRM не е дефинирана на единствен начин; секоја држава има свој пристап при проценката на TRM. Пресметката на TRM се базира на следната емпириска формула:

$$TRM = 100 \sqrt{n}$$

каде што n е број на интерконекции на соодветната граница

Нето преносен капацитет (Net Transfer Capacity) NTC – претставува максималниот програм на размена на моќност меѓу две области (системи) кога се исполнети сигурносни стандарди кои важат и за двата система, притоа земени се предвид и техничките несигурности за идната состојба на мрежата.

$$NTC = TTC - TRM \quad (1)$$

Веќе доделен капацитет (Already Allocated Capacity) AAC – показател кој ги претставува веќе договорените размени на моќност кои ангажираат дел од преносните капацитети на системот, а не се вклучени во основното сценарио.

Расположив преносен капацитет (Available Transmission Capacity) ATC – претставува делот од NTC кој покажува колкава можност постои да се изврши одреден трансфер на моќност.

$$ATC = NTC - AAC$$

3. ПРЕСМЕТКА НА NTC

Проценката на NTC се прави за секој пар електрични соседни земји (системи), за сите комерцијално значајни правци на размена на ЕЕ.

Најпрвин се формира основното сценарио кое го содржи моделот на мрежата и влезните параметри на системот: конфигурацијата на мрежата и нивото на потрошувачка и производство на електрична енергија во моментот за кој се врши анализата. Во зависност од

мрежната конфигурација и системските параметри, значителен дел од моќноста која се пренесува од една во друга област може да циркулира преку трета област. Моделот на мрежата потребно е да биде што е можно поголем и подетален за да се добие прецизен и сеопфатен приказ на физичките текови на моќности низ интерконекциите. Основното сценарио ги содржи програмите на размена меѓу кои било два системи (области).

Пресметките на тековите на моќности треба да се спроведат користејќи модел базиран на наизменични текови на моќност.

Со цел да се утврди максималниот преносен капацитет меѓу два соседни системи, размената постепено се зголемува сè додека не се достигнат сигурносните ограничувања. Почнувајќи од размената која е дефинирана во основното сценарио, дополнителната размена се симулира преку зголемување на производството во системот што извезува, и еквивалентно намалување на производството во системот што увезува електрична енергија. Промената на производството се врши со одреден чекор додека не се пречекорат сигурносните критериуми.

Кога се пресметува ТТС од системот А кон системот В, координирано се зголемува производството во А, а се намалува во В. Граничната вредност на промената на производството е означено како TTC^+ . Тоа е вишокот на моќност во однос на основното сценарио која може континуирано да се разменува од А кон В при што двата електроенергетски системи работат доверливо. Максималната можност за размена (извоз) од системот А кон системот В во согласност со сигурносните критериуми, е:

$$TTC^+ = TTC^{A \rightarrow B} = BCE + \Delta E_{\max}^+$$

При пресметка на ТТС од системот В кон системот А процедурата е обратна; се намалува производството во А, а се зголемува во В. Максималната можност за размена (увоз) на системот А од системот В во согласност со сигурносните критериуми, е:

$$TTC^- = TTC^{B \rightarrow A} = \Delta E_{\max}^- - BCE$$

Во следниот чекор, од добиените вредности на ТТС за двата правци, користејќи го изразот (1), се одзема TRM и се добива него преносниот капацитет NTC на мрежата при размена на моќност меѓу системите А и В. Вредностите на ТТС, TRM и NTC зависат од насоката во која се врши размената на моќност. Генерално, за различни насоки на размена (A→B или B→A) се добиваат различни резултати.

Граничната вредност на вкупниот преносен капацитет ТТС се одредува врз основа на критериумот N-1 или некој друг критериум дефиниран со Мрежните Правила за пренос на електрична енергија на секоја држава. ENTSO-E го препорачува N-1 критериумот при проверка на режимите со испаднати елементи. Примената на критериумот доведува до два вида на ограничувања:

- термички ограничувања на елементите (водови, трансформатори);
- напонски ограничувања.

Моќноста која се разменува меѓу двата анализираните системи постепено се зголемува сè дури не се наруши едно од горните ограничувања. Се проверува дали

нарушеното ограничување може да се надмине преку одредени корективни мерки. Кога се работи за проблематичен елемент во рамките на соседниот електроенергетски систем, ограничувањето треба да се разгледа во консултација со систем операторите од соседниот електроенергетски систем. Ако и тогаш ограничувањето останува на сила, пресметките се стопираат и се добиваат конечните резултати.

Резултатите од пресметките се осетливи на изборот на генераторските јазли во кои се симулира промената (смалување или зголемување) на произведената моќност. Промената на производството може да се спроведе на неколку начини:

Пропорционално на резервата:

Пропорционална промена на производството на сите генератори во системот, во зависност од нивното учество во вкупното производство во основното сценарио.

Оваа метода се препорачува да ја користат преносните систем оператори во нормални услови на работа, бидејќи во овој случај се почитуваат физичките граници во работата на преносната мрежа.

Пропорционално на ангажирањето

Во овој случај избраните генераторски единици се модифицираат пропорционално на моменталното ангажирање. Оваа метода се користи во хавариски ситуации доколку индикаторите за производните ограничувања недостасуваат или како следен чекор од пресметката доколку сите капацитети кои се користеле во првата метода се искористени.

Во оваа метода не се земаат во предвид производните ограничувања, што може да доведе до прекумерно користење и до нереални вредности на NTC. Всушност оваа метода ја означува теориската вредност на NTC на преносната мрежа без да се земаат во предвид физичките ограничувања на производството.

Дистрибуирана промена во зависност од одликите на генераторот од аспект на економски диспечинг.

Изборот на кој начин ќе се симулира трансферот на моќност и примената на соодветни сигурносни критериуми е оставена на систем – операторите од секоја земја.

За пресметките да имаат употребна вредност, треба да се добијат слични резултати со оние од систем операторите од соседните електроенергетски системи. Квалитетна проценка на преносните можности бара активна соработка меѓу експертите од соседните преносни систем оператори и остварување на ефикасна размена на податоци и искуства.

4. МЕТОДОЛОГИЈА ЗА ПРЕСМЕТКА НА NTC НА ЕЕС НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

За пресметка на годишните вредности на NTC на електроенергетски систем на Република Македонија се користат зимски/летен референтен модел на континентална Европа, кој со добива преку размена на модели во рамки на ENTSO-E регионалната група на континентална Европа.

За пресметка на месечните вредности на NTC на електроенергетскиот систем на Република Македонија се користи регионалниот модел во кој детално е претставена 150, 220 и 400 kV мрежа на земјите од Југои-

сточна Европа: Австрија, Албанија, Босна и Херцеговина, Бугарија, Грција, Хрватска, Унгарија, Романија, Украина, Србија, Црна Гора, Словенија и Италија, како и 110 и 400 kV мрежа на ЕЕС на Република Македонија. Останатиот дел на континентална Европа е моделиран со соодветен еквивалент поврзан на границата на Унгарија, Австрија, Италија и Украина. Регионалниот модел е во формат дефиниран во рамките на ENTSO-E.

За формирање на прогнозиранiot модел на Република Македонија како влезни податоци се користат:

- Вклопната состојба на 110, 220, 400 kV елементи од преносната мрежа на Република Македонија согласно месечните и неделните планови за ремонти и ревизии и интерконекциите со соседните системи согласно годишниот план за ремонти усогласен на ниво на Југоисточна Европа.

- Производството на хидроелектраните и термоелектраните согласно електроенергетскиот биланс.

- Прогноза за дистрибутивната потрошувачка.

- Потребите од електрична енергија на потрошувачите приклучени на преносната мрежа за соодветниот месец.

Врз основа на овие податоци се формира моделот на Република Македонија за соодветниот месец и истот се разменува со сите преносни систем оператори од регионот на Југоисточна Европа како и во рамките на ENTSO-E.

За пресметка на годишните вредности на NTC, се користи месечниот модел од месец јануари за соодветната година.

Годишните и месечни модели на македонскиот електроенергетски систем се разменуваат во формат дефиниран во рамките на ENTSO-E.

Се формира листа со критични испади. Како критични испади се разгледуваат сите 400, 220 и 110 kV далекуводи во Република Македонија и сите 400 и 220 kV интерконекции на соседните држави.

Се формира листа на набљудувани елементи. Елементи кои се набљудуваат се сите 400, 220 и 110 kV далекуводи во Република Македонија и сите 400 и 220 kV интерконекции на соседните држави.

Се формира листи на подсистеми. При симулација на трансакциите се формираат два подсистеми од земјите од регионот:

- подсистем (Романија, Србија и Бугарија)
- подсистем (Македонија Албанија и Грција)

Резултатите се прикажуваат на два начини: табеларно и графички.

5. ОДРЕДУВАЊЕ НА NTC НА ИНТЕРКОНЕКЦИИ НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Пресметка на вкупниот расположлив капацитет на годишно ниво

Вкупниот расположлив преносен капацитет на годишно ниво на соодветната интерконекција е еднаков на вредноста која соседните преносни систем оператори на соодветната граница ќе можат да ја гарантираат во текот на целата година и истата ќе се усогласува помеѓу двата соседни систем оператори како процент од Нето Преносниот капацитет определен при годишната пресметка.

$$ATC_{\text{годишно}} = \% NTC_{\text{годишно}}$$

Пресметка на вкупниот расположлив капацитет на месечно ниво

Вкупниот расположлив преносен капацитет на месечно ниво на соодветната интерконекција е еднаков на разликата помеѓу добиената вредност на Нето Преносниот капацитет при месечната пресметка и однапред доделениот капацитет на годишно ниво.

$$ATC_{\text{месечно}} = NTC_{\text{месечно}} - AAC_{\text{годишно}}$$

Пресметка на вкупниот расположлив капацитет на неделно ниво

Вкупниот расположлив преносен капацитет на неделно ниво на соодветната интерконекција е еднаков на разликата помеѓу добиената вредност на Нето Преносниот капацитет при месечната пресметка и однапред доделениот капацитет на годишно и месечно ниво.

$$ATC_{\text{неделно}} = NTC_{\text{месечно}} - AAC_{\text{годишно}} - AAC_{\text{месечно}}$$

Пресметка на вкупниот расположлив капацитет на дневно ниво

Вкупниот расположлив преносен капацитет на дневно ниво на соодветната интерконекција е еднаков на разликата помеѓу добиената вредност на Нето Преносниот капацитет при месечната пресметка и однапред доделениот капацитет на годишно и месечно ниво.

$$ATC_{\text{дневно}} = NTC_{\text{месечно}} - AAC_{\text{годишно}} - AAC_{\text{месечно}}$$

Во зависност од договорот со соседниот преносен систем оператор, ќе се пресметува вкупниот расположлив преносен капацитет или на неделно или на дневно ниво.



www.slvvesnik.com.mk
contact@slvvesnik.com.mk

Издавач: ЈП СЛУЖБЕН ВЕСНИК НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА, ц.о.-Скопје
бул. "Партизански одреди" бр. 29. Поштенски факс 51.
Директор и одговорен уредник - Тони Трајанов.
Телефон: +389-2-55 12 400.
Телефакс: +389-2-55 12 401.

Претплатата за 2011 година изнесува 10.100,00 денари.
„Службен весник на Република Македонија“ излегува по потреба.
Рок за рекламации: 15 дена.
Жиро-сметка: 30000000188798.
Депонент на Комерцијална банка, АД - Скопје.
Печат: ГРАФИЧКИ ЦЕНТАР ДООЕЛ, Скопје.

ISSN 0354-1622



2011105