Неофицијален пречистен текст

ПРАВИЛНИК ЗА КРИТЕРИУМИТЕ ЗА СКЛУЧУВАЊЕ ДОГОВОРИ И ЗА НАЧИНОТ НА ПЛАЌАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ НА ПРИВАТНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ КОИ ВРШАТ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО - КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА ПО УПАТ НА ИЗБРАН ЛЕКАР

(Сл.весник на РСМ бр.202/2020 и 206/2023)

I.ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Со овој правилник се утврдуваат критериумите за склучување договори, утврдување на договорениот надоместок како и начинот на плаќање на здравствените услуги кои ги пружаат приватните здравствени установи на осигурените лица во специјалистичко-консултативната здравствена заштита, како и лабораториски испитувања во специјалистичко консултативна здравствена заштита по упат на избран лекр од примарна здравствена заштита, во мрежата на здравствени установи, на товар на средствата на Фондот опфатени со задолжително здравствено осигурување (во натамошниот текст: здравствени установи).

Критериуми за склучување на договор

Член 2

За обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица во специјалистичко-консултативната здравствена заштита, Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд) склучува договори со здравствени установи.

Договорите од став 1 на овој член се склучуваат доколку здравствената установа ги исполнува следните критериуми:

1) да укажува здравствени услуги што се во рамките на дејноста за која е регистрирана согласно со Законот за здравствената заштита;

2) да постојат услови за вршење на соодветната дејност (простор, опрема и кадар)согласно Решението за дозвола за работа на здравствени установи и/или Договор за лиценца за вршење на здравствена дејност во мрежата на здравствени установи;

3) здравствените услуги на осигурените лица, да ги пружаат соодветен кадар согласно актите на Министерството за здравство;

4) да се вклопува со потребите на населението на подрачјето на здравствената установа;

5) да се платени придонесите за задолжително здравствено осигурување;

6) да негува добри деловни односи.

Договорите од став 1 и 2 на овој член Фондот ги склучува, во согласност со мрежата на здравствени установи донесена од Министерство за здравство, а по доставена

понуда за склучување на договор од страна на здравствената установа заедно со потребна придружна документација.

Склучување на договорот

Член 3

Со договор склучен меѓу Фондот и здравствената установа во мрежата на здравствени установи за обезбедување и извршување на здравствени услуги на осигурените лица, се регулираат односите и се утврдува видот и обемот, квалитетот, начинот и роковите за остварување на договорените здравствени услуги, референтни цени, начин и рокови на плаќање, контрола на спроведувањето на договорот, права и обврски на договорните страни, договорни казни и услови за раскинување на договорот, како и други прашања кои се однесуваат за уредување на меѓусебните односи помеѓу договорните страни.
Договорот се склучува за дејности кои здравствената установа ги врши согласно Решението за дозвола за работа на здравствени установи и/или Договор за лиценца за вршење на здравствена дејност во мрежата на здравствени установи.
Договорот се склучува за период од една или повеќе години. Здравствената установа за целиот период на важење на договорот треба да има важечка лиценца за вршење на здравствената дејност во мрежата на здравствени установи согласно со прописите од областа на здравствената заштита.

Здравствени услуги за кои се склучува договор

Член 4

Здравствените услуги на секундарно ниво ја опфаќа специјалистичко-консултативна здравствена дејност, која се остварува во здравствените установи.
Како здравствени услуги во смисла на овој павилник, се сметаат основните здравствени услуги од специјалистичко-консултативната здравствена заштита согласно Законот за здравственото осигурување (во натамошниот текст: Закон).
Осигурените лица, специјалистичко-консулативната здравствената заштита ја остваруваат со упат од избран лекар од примарна здравствена заштита или упат од лекар специјалист.

Давател на услуги

Член 5

Фондот за секоја статусна промена во здравствената установа (промена на директор, проширување или промена на дејноста, измена на број и локација на организациони/работни единици и др.) и промена на вработените од лекарскиот тим (боледување, престанок на работен однос, нови вработувања и други оправдани отсуства согласно Законот за работни односи), склучува анекс на договорот или доставува известување до здравствената установа за прифаќање на промената.
Известувањето кое здравствената установа е должна да го достави до Фондот при

статусна промена во здравствената установа или промена на вработените од лекарскиот тим, како и рокот за комплетирање на тимот, се утврдени со договорот кој здравствената установа го склучува со Фондот.

II. УТВРДУВАЊЕ НА НАДОМЕСТОКОТ

Појдовни основи за утврдување на надоместокот

Член 6[1]

Како општ критериум за определување на договорниот надоместок на здравствените установи се расположливите средства во Буџетот на Фондот, определени за здравствени услуги од специјалистичко – консултативна здравствена заштита и лабораториски испитувања по упат од избран лекар.

Се утврдуваат следните критериуми за определување на договорниот надоместок на здравствените установи, во согласност со дејноста за која имаат склучено договор:

1. Врз основа на остварената вкупна вредност на видот и обемот на здравствените услуги во првото, второто и третото тримесечје и прокецијата за четвртото тримесечје од претходната година во специјалистичко – консултативната здравствена заштита, по утврдени пакети здравствени услуги и утврдени референтни цени;
2. Надоместокот за обезбедени здравствени услуги во рамките на утврдените буџетски средства за таа намена дополнително може да се усогласува и со зголемен обем, нови или изменети здравствени услуги по вид и обем за тековната во однос на претходната година, според потребите на населението;
3. Бројот на жители по лекар специјалист во ЈЗУ и ПЗУ, по региони;
4. Бројот на склучени договори по специјалност;
5. Дијагностичка опрема со која располага секоја здравствена установа и
6. Обемот на извршени здравствени услуги над договорениот надоместок, прикажани во извештај, кој не бил предмет на плаќање во претходната година.

Надоместокот за вршење на здравствените услуги по дејности за секоја деловна година се утврдува со одлука на Управниот одбор на Фондот, врз основа на планираните средства за соодветната дејност поединечно, определени во Планот и програмата за здравствени услуги и Буџетот на Фондот. Во надоместокот не е пресметано учеството на осигурените лица во здравствената услуга (партиципацијата) кое е приход на здравствената установа.

Утврдениот надоместок може да се ревидира на почетокот на тековната година за која се однесува, по извршените анализи на реализацијата за цела претходна година, односно на сите фактурирани извршени здравствени услуги од јануари до декември во претходната година.

[1] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 206/2023

Планирање на видот и обемот на здравствените услуги

Член 7

Видот и обемот на здравствените услуги кои здравствената установа ги обезбедува на товар на средствата на Фондот ги понудува со план за секоја дејност и тим поодделно, за секоја година, за периодот за кој се склучува договорот. Планот за вид и обем ги содржи сите здравствени услуги кои ги врши здравствената установа во рамките на дејноста/ите за која/и установата има договор со Фондот и се дел од основните здравствени услуги утврдени во законот.

Планот за вид и обем, здравствената установа има должност да го усогласи со утврдениот годишен договорен надоместок.

Здравствените услуги во планот од став 1 на овој член, треба да бидат прикажани по пакети на завршени епизоди на лекување и/или со поединечни здравствени услуги, согласно основните здравствени услуги утврдени во законот.

Видот и обемот на здравствени услуги планирани на годишно ниво се прикажуваат по број на случаи, по пакети на завршени епизоди на лекување во специјалистичко-консултативна здравствена заштита или поединечни здравствени услуги со утврдени референтни цени и тоа за секоја дејност поодделно согласно Ценовникот на здравствени услуги и образците за План за видот и обемот на здравствени услуги пропишани од страна на Фондот.

Доколку дојде до промена на Одлуката за утврдување на референтни цени на здравствени услуги за специјалистичко-консултативна здравствена заштита, ќе се применуваат референтните цени утврдени со измените и дополнувањата на Одлуката.

Следење на резултатите од извршената работа

Член 8

За следење на успешноста на работењето во здравствената установа од специјалистичко консултативна дејност, освен за лабораториски испитувања во специјалистичко консултативна здравствена заштита по упат на избран лекр од примарна здравствена заштита, може да се користат следните индикатори:

- задоволство на осигурени лица;
- количник (однос) на бројот на првите и повторените амбулантски прегледи, односно пакети на здравствени услуги во период од 3 месеци, и
- број на упати од здравствената установа до друга здравствена установа.

Здравствената установа известувањето за резултатите од извршената работа за наведените индикатори ги доставува до Фондот.

Утврдување на надоместок

Член 9

Висината на надоместокот (како максимален надоместок) се смета како договорен вкупен износ за сите дејности и здравствени услуги од специјалистичко – консултативната здравствена заштита и за лабораториски испитувања во специјалистичко консултативна здравствена заштита по упат на избран лекар од

примарна здравствена заштита, за кои установата склучува договорот со Фондот и истиот е утврден во зависност од средствата во Буџетот на Фондот предвидени за таа намена.
Висината на вкупниот годишен надоместок се утврдува со Одлука на Управниот одбор на Фондот за период од јануари–декември за секоја тековна година, за време на важење на договорот.
Надоместокот се определува по тим, за секоја дејност поодделно. Доколку во здравствената установа не е комплетиран тимот со носител на дејност, Фондот го намалува надоместокот за некомплетниот тим со одлука на Управниот одбор.
Во вкупниот договорен надоместок на здравствената установа се опфатени сите потребни трошоци за лекови, медицински и друг потрошен материјал потребен за целосно извршување на здравствената услуга на осигурените лица, како и трудот на вработените во здравствената установа за реализираните здравствени услуги пружени на товар на Фондот.
Надоместокот се состои од вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги искажани преку утврдени референтни цени од страна на Фондот, намалена за износот на пресметаната партиципација. Доколку се изврши измена на висината на надоместокот, соодветно на извршената измена се менува и планот кој установата го доставува до Фондот.
Ревидирање на висината на договорениот надоместок може да се врши при промена на расположливите средства на Фондот за таа намена. Ревидирањето може да се врши и со прераспределба на средствата од неостварената вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, од одредени здравствени установи на здравствени установи кои остварile поголема вредност од договорениот надоместок од променливиот дел.
Промената на надоместокот (зголемување или намалување) се однесува од денот на донесување на одлуката на Управниот одбор на Фондот до крајот на тековната година.
За секоја здравствена установа од специјалистичко - консултативна здравствена заштита, се определува минимален надоместок со План и програма на здравствени услуги, кој се донесува секоја година.
Прераспределбата на средствата може да се врши врз основа на анализа на остварувањето на видот и обемот на здравствени услуги искажани во фактура и во посебен образец за извршени услуги на полугодишно ниво над договорениот надоместок кој претставува статистички податок за договарање на видот и обемот на здравствени услуги за наредната година.

Начин на искажување на извршени здравствените услуги

Член 10

Здравствените услуги од специјалистичко-консултативна здравствена заштита и за лабораториски испитувања во специјалистичко консултативна здравствена заштита по
упат на избран лекар од примарна здравствена заштита, се искажуваат според референтни
цени на пакети на извршени специјалистичко-консултативни здравствени услуги:
- Пакетите претставуваат збир на здравствени услуги упросечени како најчесто

групирани услуги, врз основа на медицина базирана на докази, по упат на избран лекар/специјалист/супспецијалист или друг вид на упат согласно Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување.
- Завршени здравствени услуги од специјалистичко консултативни здравствена здравствена заштита, кои поради своја специфика не се групирани во пакети на услуги и
за кои Фонд има определено референтна цена.
Референтните цени на здравствените услуги во специјалистичко-консултативна здравствена заштита се утврдуваат со Одлука на Управниот одбор на Фондот.
Доколку дојде до промена на Одлуката за утврдување на референтни цени на здравствени услуги за специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита, ќе
се применуваат референтните цени утврдени со измените и дополнувањата на Одлуката.
Во референтната цена се вклучени трошоците утврдени согласно Методологија за утврдување на референтните цени, донесена од Управниот одбор на Фондот.

Начин на пресметување и плаќање на извршени здравствени услуги

Член 11

Надоместокот на здравствената установа се исплатува по месеци за остварен вид и обем на здравствени услуги врз основа на доставена месечна фактура. Фактурирањето се врши за месецот во кој се извршени здравствените услуги.
Фактурираниот месечен износ се намалува за износот на пресметано учество на осигурените лица (партиципација) во вкупната цена на здравствените услуги.
Фактурираниот месечен износ (намален за партиципацијата) може да биде најмногу до висина на утврдениот надоместок за соодветниот месец, земајќи ги во предвид дозволените отстапувања.
Надоместокот на здравствената установа се исплатува по месеци за остварен вид и обем на здравствени услуги врз основа на месечна фактура, но не повеќе од утврдениот месечен надоместок.
Фактурираниот месечен износ може да биде најмногу до висина на 1/12 од утврдениот годишен надоместок (месечен надоместок). Во текот на шестомесечието здравствената установа може за еден месец да планира и да оствари здравствени услуги најмалку 50% од месечниот надоместок.
По исклучок од став 4 на овој член, фактурираниот месечен износ во првите пет месеци од шестомесечјето здравствената установа може да го надмине не повеќе од 10%. Во шестиот месец се врши порамнување до висината на вкупниот износ за шестомесечието.
Неискористените средства утврдени за првото шестомесечието, здравствената установа не може да ги доискористи во наредното шестомесечие.
За вкупно остварена вредност на вид и обем на здравствени услуги (фактуриран износ) во износ од најмалку 90% од утврдениот максимален надоместок за период од шест месеци, договорениот надоместок за наредниот период не се намалува.
За реализираните здравствените услуги кои установата ги реализирала на товар на средствата на Фондот а се над утврдениот договорен надоместок, установата ги искажува во посебен образец кој може да служи како статистички податок за

евиденција и анализа при утврдување на договорениот надомест за установата во наредниот период.

Аконтативна исплата на утврдениот месечен надоместок во услови на постоење на вонредна состојба

Член 12

Фондот во услови на постоење на вонредна состојба врши аконтативна исплата на средства од утврдениот годишен надоместок на здравствената установа , врз основа на донесена одлука од Управниот одбор на Фондот.

Користење на средствата во здравствената установа

Член 13

Со средствата остварени според овој правилник и договорот, здравствената установа располага самостојно.
Здравствената установа е должна за вршење на здравствените услуги на осигурените лица да обезбеди лекови според Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, помошни медицински материјали кои служат за примена на лековите, санитетски и други потрошни материјали потребни за целосно завршување на здравствените услуги за одредено заболување согласно медицина базирана на докази.
Здравствената установа остварените средствата според овој правилник, не може да ги пренамени за исплата на плати и надоместоци на плати на вработените ниту за други намени доколку со тоа се предизвикува намалување на правата и квалитетот на здравствените услуги на осигурените лица.
Средствата остварени од заштеди можат да се користат за унапредување на дејноста на здравствената установа.

Преодни и завршни одредби

Член 14

Со денот на влегување во сила на овој правилник престанува да важи Правилникот за начинот на плаќање на лабораториските испитувања во специјалиостичко - консултативна здравствена заштита по упат на избран лекар лекар („Службен весник на Република Македонија“ број 10/2002, 17/2002, 136/2006, 41/2007, 62/2007, 86/2007, 37/2008, 158/2009, 2/2010, 147/2010, 171/2010 и 95/2011, 158/2011, 104/2012, 34/2014, 141/2014 и 201/2014).

Член 15

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“, ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство, а ќе се применува сметано од 1.1.2020 година.

Член 16

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 206/2023)

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