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 СТОМАТОЛОШКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА[1]

(Сл.весник на РМ бр.52/2007, 104/2012, Службен весник на РСМ бр. 188/2020 и 206/2023 и 146/2025)

Општи одредби

Член 1

Со овој правилник се утврдуваат критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги кои ги пружаат здравствените установи на осигурените лица во специјалистичко-консултативната стоматолошка здравствена заштита на товар на средствата за задолжително здравствено осигурување во мрежата на здравствени установи.[2]

Член 2

Како здравствени услуги во специјалистичко-консултативната стоматолошка здравствена заштита, во смисла на овој правилник, се сметаат завршени здравствени услуги од протетика, ортодонција и орална хирургија во согласност со Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала.

Критериуми за склучување на договор

Член 3

[1] Насловот на Правилникот е измените во Сл.Весник на РСМ бр. 146/2025
[2] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012

За обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица во специјалистичко-консултативната стоматолошка здравствена заштита Фондот за здравствено осигурување на Македонија склучува договори со здравствените установи.

Договорите од став 1 на овој член се склучуваат доколку здравствената утанова 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 кадри),
3. да се вклопува со потребите на населението на подрачјето на здравствената установа,
4. да се платени придонесите за задолжително здравствено осигурување,
5. да негува добри деловни односи.

Договорите се склучуваат во согласност со мрежата која ја утврдува Владата на Република Македонија по предлог на Министерството за здравство, а по оставената понуда за склучување на договор од страна на здравствената установа заедно со потребната придружна документација.[3]

Член 4

Специјалистичко-консултативните стоматолошки здравствени услуги се дефинирани како завршни услуги со групирање на сите процедури и постапки кои се потребни за целосно извршување на завршената стоматолошка услуга согласно референтните цени на Фондот, утврдени во Одлуката за утврдување на референтните цени за пакетите завршени епизоди на лекување за специјалистичко– консултативната стоматолошка здравствена заштита и прикажани во Ценовникот на здравствени услуги, кои ги носи Управниот одбор на Фондот.” .[4] [5]

Член 5

Бришан (Сл. Весник на РМ бр. 104/2012).

Член 6

Здравствената установа која пружа специјалистичко-консултативни стоматолошки здравствени услуги за изработка на ортопедските помагала склучува договор со заботехничката лабораторија која има решение за вршење на дејност од Министерството за здравство.

[3] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012
[4] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012
[5] Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 146/2025

Основи за утврдување на надоместокот

Член 7[6]

Како општ критериум за определување на договорениот надоместок на здравствените установи се расположливите средства во Буџетот на Фондот определени за здравствени услуги од специјалистичко – консултативна стоматолошка здравствена заштита.

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, искажани со извештаи, може да се утврди поголем износ доколку во Буџетот на Фондот има средства за таа намена;
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. Медицинска 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.

Вид и обем на здравствени услуги

Член 7-а[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 пооделно, 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.

---

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

[7] Новиот член 7-а е додаден во измената на Правилникот во Сл.весник на РСМ бр. 146/2025

Планот за вид и обем, здравствената установа има должност да ги 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 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 епозоди на лекување во специјалистичко – консултативна стоматолошка здравствена заштита и тоа за секоја дејност пооделно 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 референтните цени за пакетите завршени епизоди на лекување за специјалистичко– консултативната стоматолошка здравствена заштита од член 4 став 1 на овој правилник, ќе се применуваат референтните цени утврдени со измените и дополнувањата на Одлуката.

Член 8

Бришан (Сл. Весник на РМ бр. 104/2012).

Начин на пресметување и плаќање на извршени здравствени услуги

Член 9

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.
Фактуриранот месечен износ се намалува за износот на пресметано учество на осигурените лица (партиципација) во вкупната цена на здравствените услуги.
Фактуриранот 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.
Фактуриранот 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, фактуриранот месечен износ во првите пет месеци од шестомесечието 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 нарединот период не се намалува.
Во дејноста ортодонција дел од специјалистичките пакети утврдени во Одлуката [8]од член 4 став 1 на овој правилник се фактурираат на следниов начин:
-Специјалистичките пакети со шифра ОРТ14 (Реадаптација на подвижни апарати) и шифра ОРТ10 (Репаратура со отисок) здравствената установа ги фактурира најмногу до 15% од бројот на издадените протези со шифра ОРТ01, ОРТ02, ОРТ03, 0РТ04, ОРТ05 и ОРТ06, ОРТ15 и ОРТ16, во текот на 6 месеци (на полугодие и на крај на година).
-Специјалистичкиот пакет со шифра ОРТ19 (Специјалистички ортодонтски контролен преглед) здравствената установа го фактурира најмногу до 15% од издадените протези, во текот на 6 месеци (на полугодие и на крај на година).
Во дејноста стоматолошка протетика дел од специјалистичките пакети утврдени во Одлуката од член 4 став 1 на овој правилник се фактурираат на следниов начин:
-Специјалистичките пакети со шифра ПРО06, ПРО07, ПРО08, ПРО09, ПРО10, ПРО11 здравствената установи ги фактурира најмногу до 20% од бројот на издадените протези (ПРО01-ПРО04), во текот на 6 месеци (на полугодие и на крај на година).
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 нарединот период.
Здравствената установа до Фондот доставува фактури за завршени специјалистичко консултативни стоматолошки здравствени услуги по осигурено лице за изработени ортопедски помагала, по цени на завршените стоматолошки услуги со потребна документација за остварување на право на заботехнички и забнопротетички средства според Правилникот за индикации на остварување на право на ортопедски и други помагала.[9]

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

Член 10

Фондот во услови на постоење на вонредна состојба врши аконтативна исплата на средства од утврдениот годишен надоместок, врз основа на донесена одлука од Управниот одбор на Фондот.[10]

Преодни и завршни одредби

[8] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр. 146/2025
[9] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр. 188/2020
[10] Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр. 188/2020

Член 11

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

Член 12

(член 8 од Правилникот објавен во Сл.весник на РМ бр. 104/2012)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија”, а ќе се објави по добивање на согласност од министерот за Здравство.

Член 13

(член 3 од Правилникот објавен во Сл.весник на РСМ бр. 188/2020)

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 01.01.2020 година.

Член 14

(член 2 од Правилникот објавен во Сл.весник на РСМ 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 согласност од министерот за здравство.

Член 15

(член 5 од Правилникот објавен во Сл.весник на РСМ бр. 146/2025

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