Неофицијален пречистен текст

ПРАВИЛНИК ЗА КРИТЕРИУМИТЕ ЗА СКЛУЧУВАЊЕ ДОГОВОРИ И НАЧИНОТ НА ПЛАЌАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ НА ПРИВАТНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ КОИ ВРШАТ БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

(„Службен весник на Република Северна Македонија бр. 80/2021, 189/2022, 239/2022, 206/2023 и 247/2025)

I. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Со овој правилник се утврдуваат критериумите за склучување договори и начинот на плаќање на здравствените услуги кои ги пружаат приватните здравствени установи на осигурените лица во болничка 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 болничка здравствена заштита, Фондот за здравствено осигурување на Република Северна 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 во рамките на дејноста за која е регистрирана, согласно Законот за здравствената заштита;

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

3) здравствените услуги на осигурените лица да ги пружаат лекари специјалисти/ субспецијалисти со важечка лиценца за работа, вработени во здравствената установа, ангажирани лекари од странска болница со времена лиценца издадена од Лекарска комора на Македонија.

4) да се платени придонесите за задолжително здравствено осигурување;

5) да негува добри деловни односи.

Договорот од став 1 и 2 на овој член Фондот го склучува, во согласност со мрежата на здравствени установи, по доставена понуда за склучување на договор со потребна придружна документација од страна на здравствената документација.

Склучување на договорот

Член 3

Со договорот склучен помеѓу Фондот и здравствената установа во мрежата на здравствени установи за обезбедување и извршување на здравствени услуги на

осигурените лица во болничка здравствена заштита, се регулираат односите и се утврдува видот и обемот, квалитетот, начинот и роковите за остварување на договорените здравствени услуги, референти 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 на договорните страни.
Договорот се склучува за дејности кои здравствената установа ги врши согласно Решението за дозвола за работа на здравствената установа 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.
Составен дел на договорот е Планот на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица, доставен од здравствената установа за секоја тековна година, по претходно добиена согласност на Фондот.

Здравствени услуги за кои се склучува договор

Член 4

Како здравствени услуги во смисла на овој Правилник, се сметаат основните здравствени услуги наведени во член 9 став 1 точка в) болничка здравствена заштита од Законот за здравственото осигурување (во натамошниот текст: Закон).
Осигурените лица, болничка здравствена заштита остваруваат со болнички упат издаден од соодветен лекар специјалист/субспецијалист.

Член 5

Здравствената установа е должна за секој лекар специјалист кој ја извршува здравствената услуга за која е склучен договор, да обезбеди факсимил од Фондот.
Лекарот не може да го употребува факсимилот за здравствени услуги кои не се дел од договорот или во друга здравствена установа, каде што не е вработен.

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 болничка здравствена заштита.
Се утврдуваат следните критериуми за определување на договорниот надоместок на здравствените установи, во согласност со дејноста за која имаат склучено договор:
1. Остварената вкупна вредност на видот и обемот на здравствените услуги во првото, второто и третото тримесечје и прокецијата за четвртото тримесечје од

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

претходната година во болничка 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.Медицинската опрема со која располага секоја здравствена установа;
4.Обемот на извршени здравствени услуги над договорениот надоместок, прикажани во извештај, кој не бил предмет на плаќање во претходната година;
5.Придружување кон прифатениот план за вид о обем од претходната година.
6. Во рамките на вкупно утврдениот договорен надоместок на здравствената установа може да се утврди условен надоместок.
7. Надоместокот за обезбедени здравствени услуги за време на вонредни услови, кризни состојби, епидемии и пандемии на заразни болести се утврдува зависно од расположливите средства на Фондот и приоритетите за обезбедување здравствени услуги.
8.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.
При утврдување на годишниот договорен надоместок на здравствените установи за наредната година, Фондот ги зема предвид реализираните здравствени услуги за прво, второ и трето тримесечје од претходната година и, врз основа на направената анализа, прави проекција за четвртото тримесечје.
Утврдениот надоместок се ревидира најдоцна до 31 јануари во тековната година согласно извршените здравствени услуги од јануари до декември во претходната година.

Член 7

Врз основа на критериумите наведени во членот 6 на овој Правилник, се утврдува вкупен надоместок на здравствената установа во кој се опфатени сите потребни трошоци за лекови, медицински и друг потрошен материјал за целосно извршување на здравствената услуга на осигурените лица, како и трудот на здравствените работници кои ги извршуваат здравствените услуги согласно Планот за вид и обем.
Фондот врз основа на доставениот годишен План за вид и обем во зависност од средствата во буџетот определени за таа намена, утврдува вкупен годишен надоместок на здравствената установа. Надоместокот се смета како договорен износ за извршени здравствени услуги дефинирани според полугодишна динамика во согласност со плановите за тековната година.
Надоместокот се утврдува за секоја година, во периодот на важење на договорот, со одлука на Управниот одбор на Фондот за период јануари - декември во тековната година.
Надоместокот се состои од надоместок според вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги по утврдени референти цени, намалена за износот на пресметаната партиципација.
За време на вонредни услови, кризни состојби, епидемии и пандемии на заразни болести, според расположливите средства, Управниот одбор на Фондот може на здравствената установа да утврди намален надоместок, независно од остварената

вкупна вредност на видот и обемот на здравствени услуги во болничка здравствена заштита од претходната година.
Ревидирање на надоместокот може да се врши при промена на расположливите средства на Фондот определени за таа намена.
Ревидирањето на надоместокот може да се врши 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. Прераспределбата може да се врши врз основа на анализа на остварувањето на договорениот вид и обем на шест месеци.
За време на вонредни услови, кризни состојби, епидемии и пандемии на заразни болести, ревидирање на надоместокот може да се врши во текот на годината.

Член 8

Во рамките на вкупно утврдениот договорен надоместок на здравствена установа определен во член 7 на овој договор, по потреба Фондот може да утврди условен надоместок.
Условниот надоместок претставува дел од вкупниот годишен договорен надоместок на здравствена установа, а се однесува на остварен специфичен вид и обем со точно дефинирани скапи здравствени услуги од страна на Фондот, кои здравствената установа треба да ги изврши во текот на годината.
Здравствените услуги се прикажуваат на посебен образец – План за специфичен вид и обем кој се доставува до Фондот за секоја година поодделно.
Доколку здравствената установа не ги изврши планираните специфични здравствени услуги, прикажани во доставениот План за специфичен вид и обем, Фондот може по истекот на секое шестомесечие да ги намали неискористените средства за таа намена.

Планирање на видот и обемот на здравствените Услуги

Член 9

Видот и обемот на здравствените услуги кои здравствената установа ги обезбедува на товар на средствата на Фондот ги понудува со план за секоја дејност поодделно, за секоја година, за време на важење на договорот.
Видот и обемот на здравствени услуги се планираат на годишно ниво, поединечно по број на случаи, за шестомесечие, прикажани како завршени здравствени услуги групирани по ДСГ по референтни цени на Фондот и по пакети на завршени епизоди на болничко лекување по референтни цени за останати здравствени услуги од листа на услуги.
Видот и обемот на здравствените услуги, здравствената установа ги обезбедува на товар на средствата на Фондот и ги понудува со план за секоја дејност поодделно, за секоја година за периодот за кој се склучува договорот. Планот за вид и обем усогласен со определениот надоместок, претходно одобрен од Фондот, станува составен дел на договорот.
Промена на планот за вид и обем по вредност и по структура на здравствени услуги, се врши врз основа на пресметка на индексот на остварувањето во однос на договорената вредност на вид и обем на здравствени услуги.
Со секоја промена на надоместокот, се врши усогласување на Планот по вид и обем, согласно член 6, 7 и член 9 од овој правилник.

Вид и обем на здравствени услуги за кардиоваскуларна хирургија

Член 10

Годишниот план за вид и обем треба да опфаќа најмалку 40% од случаи/пациенти како здравствени услуги за кардиохирургија за возрасни и деца во однос со вкупниот број на планирани случаи.

Годишниот план за вид и обем треба да опфаќа најмногу 25% од случаи/пациенти како здравствени услуги за васкуларна хирургија и дел од интервентна кардиологија во однос со вкупниот број на планирани случаи.[2]

По исклучок од ставот 2 на овој член, во интерес на осигурените лица, процентот од 25% може да се зголеми, но најмногу до 35%, со одлука на Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија.[3]

Годишниот план за вид и обем треба да опфаќа најмногу 10% од случаи/пациенти за останатите здравствени услуги од листа на услуги која е составен дел на договорот, во однос со вкупниот број на планирани случаи.

Вид и обем на здравствени услуги за очна хирургија

Член 11

Годишниот план за вид и обем треба да опфаќа здравствени услуги за операција на катаракта изведена по фако метода на најмалку 90% од случаи/пациенти со катаракта.

Следење на резултатите од извршената работа

Член 12

За следење на успешноста на работењето во здравствената установа се користат следните индикатори:

- број на хоспитализирани пациенти во однос на изминатата година;
- просечно време на престој во болница по вид на заболување;
- број на повторно примени пациенти или број на повторни операции (реоперации) за иста дијагноза, во перид од еден месец по отпуштањето од болница; и
- број на интрахоспитални инфекции предизвикани во болница.

Известувањето за резултатите од извршената работа за наведените индикатори, здравствената установа ги доставува до Фондот еднаш во годината, односно по завршување на третиот квартал, со извештаи поодделно по дејности.

Начин на искажување на извршени здравствените услуги

[2] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 189/2022

[3] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 247/2025

Член 13

Здравствените услуги за болничката здравствена заштита се искажуваат по дијагностички сродни групи-ДСГ, по референтни цени и по пакети на завршени епизоди на болничко лекување.

1. ДСГ е метод на класификација на акутните пациенти во групи, кои имаат слична потрошувачка на ресурси и слични клинички особини (медицински карактеристики) и се користи за евиденција и фактурирање на здравствените услуги за акутни болни, односно хоспитализирани лица. ДСГ методот опфаќа евиденција и фактурирање на извршените здравствени услуги по епизода на лекување. Траењето на епизодата на лекување може да биде еден или повеќе денови и целиот трошок за извршување на здравствена услуга е вклучен во референтната цена. За секоја ДСГ група Фондот определува референтна цена.

2. Дел од здравствените услуги во болничката здравствена заштита се искажуваат по пакети на завршени епизоди на болничко лекување за останати болнички услуги по референтни цени. Пакетите се однесуваат за болнички здравствени услуги кои не можат да се прикажат преку постоечките ДСГ групи. Пакетот е искажување на извршени болнички здравствени услуги по епизода на завршено лекување.

Референтите цени на здравствените услуги се утврдуваат со Одлука на Управниот одбор на Фондот. Доколку дојде до промена на Одлуката за утврдување на референтни цени на здравствени услуги, ќе се применуваат референтите цени утврдени со измените и дополнувањата на Одлуката.

Член 14

Вкупниот надоместок како максимално утврден договорен надоместок за обезбеден вид и обем на здравствени услуги, на здравствената установа се исплатува по месеци врз основа на доставена фактура. Фактурирањето се врши за месецот во кој се завршени здравствените услуги.

Фактурираниот месечен износ се намалува за износот на пресметаното учество на осигуреното лица (партиципација) во вкупната цена на здравствените услуги.

Фактурираните месечни износи може да бидат најмногу до висина на утврдениот надоместок за шестомесечието.

Вкупниот фактуриран износ за извршените здравствени услуги не смее да го надмине вкупниот износ на договорениот надоместок за соодветното шестомесечието.

Здравствените услуги извршени над износот на договорениот надоместок, здравствената установа е должна да ги прикаже на посебен образец, кој на секои шест месеци го доставува до Фондот како статистички податок потребен за договарање на видот и обемот на здравствени услуги за наредната година.

Користење на средствата во здравствената установа

Член 15

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.

ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 16

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

Член 17

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 189/2022)

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“, а ќе се објави по добивање на согласност од министерот за здравство, а ќе се применува сметано од 1.1.2023 година.[4]

Член 18

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 239 /2022)

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

Член 19

(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 добивање на согласност од министерот за здравство.

Член 20

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 247/2025)

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

[4] Измената е направена во Сл.весник на РСМ бр. 239/2022