

20080140190

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 56 став 1 точка 3, а во врска со член 69 од Законот за здравствено осигурување („Службен весник на РМ“ бр. 25/00, 34/00, 96/00, 50/01, 11/02, 31/03, 84/05, 37/06, 18/07 и 36/07), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, на седницата одржана на ден 16.01.2008 година, донесе

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

I. 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 болничката здравствена заштита на товар на средствата за задолжително здравствено осигурување.

Член 2

Како здравствени услуги во болничката здравствена заштита, во смисла на овој правилник, се сметаат основните здравствени услуги од член 9 став 1 точка б) специјалистичко-консултативната здравствена заштита и точка в) болничката здравствена заштита од Законот за здравственото осигурување (во натамошниот текст: Закон).

Критериуми за склучување на договор

Член 3

За обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица во болничката здравствена заштита Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд) склучува договори со здравствените 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 кадри);
- 3) да има утврден план и програма за обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица и
- 4) да има утврден финансиски план на потребните средства за обезбедување одреден вид и обем на здравствени услуги на осигурените лица;
- 5) да се вклопува со потребите на населението на подрачјето на здравствената установа;
- 6) да се платени придонесите за задолжително здравствено осигурување;
- 7) да негува добри деловни односи.

Договорите од став 1 и 2 на овој член Фондот ги склучува, доколку има утврдени средства во буџетот на Фондот за таа намена, по доставена понуда за склучување на договор придружена со потребна документација, со важност на договорот за тековната година.

II. УТВРДУВАЊЕ НА НАДОМЕСТОКОТ

Појдовни основи за утврдување на надоместокот

Член 4

Надоместокот за вршење на здравствените услуги од член 2 на овој правилник за секоја деловна година се утврдува со договор склучен помеѓу Фондот и здравствената установа, врз основа на планираните средства за болничка здравствена заштита утврдени во Буџетот на Фондот.

Надоместокот од став 1 на овој член се утврдува врз основа на следните критериуми:

1. Податоци за работењето на здравствената установа во последните три години и тоа:

- средствата за здравствени услуги на осигурените лица уплатени од Фондот на здравствената установа во последните три години;
- трошоците на здравствената установа за видот и видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица остварени во последните три години;
- фактурирани износи од здравствените установи за извршени здравствни услуги на осигурените лица во последните три години;

2. Планирани податоци за остварување на здравствени услуги во здравствената установа за годината за која се утврдува надоместокот:

- планиран вид и обем на здравствени услуги на осигурените лица што ќе се вршат во здравствената установа, во согласност со потребите на населението на подрачјето на здравствената установа;
- планирани средства на здравствената установа за обезбедување на видот и обемот на здравствени услуги за осигурените лица врз основа на финансиска анализа за потребите и оправданоста од таквите здравствени услуги;
- Број на осигурените лица кои гравитираат кон здравствената установа.

3. Финансиско управување:

- Намалување на вкупните долгови;
- Економичност во потрошувачката на лекови и медицински потрошен материјал;

Годишниот надоместок за обезбедување на здравствени услуги во болничката здравствена заштита се утврдува врз основа на вредносни поени за секој поделен критериум од став 2 на овој член.

Поените од став 3 на овој член ги утврдува со Одлука Управниот одбор на Фондот.

Утврдување на трошоците на здравствената установа и видот и обемот на здравствените услуги

Член 5

Како трошоци на здравствената установа за здравствени услуги, во смисла на член 4 точка 1 и 2 од овој правилник, се сметаат остварените трошоци во претходните три години за пружените здравствени услуги на осигурените лица искажани според аналитички ставки и потставки за:

- плати и надоместоци на вработените во здравствената установа кои учествувале во вршење на дејноста, според нивната квалификациона структура;
- трошоци за лекови, помошен медицински материјал и санитарски материјал како што се: лекови, вакцини, ортопедски справи и помагала, санитарски материјали, други медицински материјали: потрошни материјали за дијализа, лабораториски и фотолабораториски материјали, рендген филмови, контрастни средства, катетри и водичи, вградени материјали - имплантанти, материјали за терапија и рехабилитација и други медицински материјали користени врз основа на процедурите за лекување со медицина базирана на докази;

- трошоци за стоки и услуги патни и дневни трошоци, комунални услуги, трошоци за затоплување, трошоци за комуникација и транспорт, трошоци за материјали (административни материјали, работна облека и обувки, постелнина, храна за болни и други материјали), трошоци за тековно одржување, договорни услуги, други оперативни трошоци.

Капитални инвестиции во здравството (изградба, реновирање, набавка на мебел и канцалариска опрема на објектите како и набавките на медицинска опрема и санитарски и други моторни возила) се обезбедуваат преку посебни програми и истите не се вклучени како дел од вкупниот надоместок на здравствени услуги.

Планирање на видот и обемот на здравствените услуги

Член 6

Како вид и обем на здравствени услуги, во смисла на член 4 точка 2 на овој правилник, се сметаат здравствени услуги кои здравствената установа ќе ги обезбеди на осигурените лица според вид и обем во тековната година, групирани по групи на дијагнози по МКБ – 10 со слични дијагностичко терапевтски процедури (во понатамошниот текст: „терапевтски процедури“), и по дијагностички сродни групи - ДРГ.

Планирањето на видот и обемот на здравствените услуги за тековната година се врши врз основа на стапката на морбидитетот и на бројот на населението на подрачјето на здравствената установа, односно на поширокото подрачје од кое гравитира населението за одреден вид на здравствени услуги.

Во случаи кога планираниот вид и обем на здравствени услуги за тековната година е значително поголем од видот и обемот на истите здравствени услуги во претходните години, индексот на зголемувањето на средствата за тековната година по тој основ се утврдува од просечниот број на тој вид на услуги во Република Македонија во минатата, во однос на планираните услуги во тековната година.

Финансиско управување

Член 7

Вкупниот надоместок на здравствената установа во тековната година може да се зголеми по основ на добро финансиско управување во предходната година врз основа на:

- Намалување на вкупните долгови и
- Економичност во потрошувачката на лекови и медицински потрошни материјали.

Распределба на надоместокот

Член 8

Вкупниот надоместокот утврден врз основа на член 4 од овој правилник се смета како договорен износ на надоместокот за тековната година.

Надоместокот од став 1 на овој член се состои од: основен надоместок (фиксен дел); надоместок според извршувањето на договорениот вид и обем на здравствени услуги (променлив дел) и надоместок според исполнувањето на целите што треба да се постигнат низ резултатите од извршената работа (променлив дел).

Структурата на надоместоците од став 2 на овој член се остварува на следниот начин:

	2008
	%
1. Основен надоместок	70
2. Надоместок според извршувањето на договорениот вид и обем на здравствени услуги – ДРГ (променлив дел)	20
3. Надоместок според исполнувањето на целите што треба да се постигнат низ резултатите од извршената работа (променлив дел)	10

Висината на надоместоците од став 3 на овој член за деловната година, се утврдува во договорот помеѓу Фондот и здравствената установа.

Цели што треба да се постигнат низ резултатите од извршената работа

Член 9

За оценување на успешноста на работењето во здравствената установа ќе се применуваат следните индикатори:

- број на хоспитализирани пациенти,
- просечно време на престој во болница,
- број на лекувани пациенти во дневна болница,
- број на повторно примени пациенти или број на повторни операции (реоперации) за иста дијагноза, во период од еден месец по отпуштањето,
- број на инфекции предизвикани во болница.

Начин на плаќање

Член 10

Вкупниот надоместок за здравствени услуги на здравствената установа, според член 8 на овој правилник, за деловната година се дели на 12 еднакви месечни износ.

Месечниот надоместок од став 1 на овој член на здравствената установа и се исплатува во целост до крајот на месецот за претходниот месец.

Член 11

Износот на надоместокот според член 8 став 3 точка 2 и точка 3 на овој правилник се исплатува доколку здравствената установа ги извршила договорениот вид и обем на здравствени услуги односно услугите по дијагностички сродни групи - ДРГ ги оствари договорените цели што треба да се постигнат низ резултатите од извршената работа.

Член 12

Износот на надоместокот според извршувањето на договорениот вид и обем на здравствени услуги утврден согласно член 8 став 3 точка 2 на овој правилник, во текот на годината може да се намалува.

Намалувањето од став 1 на овој член се врши според индексот на вкупно пресметаните бодови на извршените здравствени услуги во однос на планираните, пресметани според бодовите во ценовникот на здравствените услуги во Република Македонија по терапевтски процедури во претходното тромесечије, односно за неостварувањето на дијагностички сродни групи - ДРГ.

Член 13

Износот на надоместокот по основ на остварувањето на целите од член 8 став 3 точка 3 на овој правилник, се намалува со просечниот индекс на индикаторите за секоја од утврдените цели, врз основа на утврдените резултати, во предходните три месеци.

Член 14

Од 1.07.2008 година со започнување на примена на системот на ДРГ, вкупниот надоместок на здравствената установа може да се зголеми или намали до 20% , во зависност од индексот на ефикасност кој се пресметува со помош на Дијагностичко сродни групи, како современ систем за класификација на пациентите.

Индексот на ефикасноста е вредноста помеѓу вкупниот обем на извршени услуги и вкупно потрошените средства за извршување на истите.

Индексот на ефикасност ја отсликува реалната цена на здравствените услуги во една здравствена установа, во однос на останатите здравствени установи во Република Македонија.

Истиот има за цел изедначување на чинењето на здравствените услуги во сите здравствени установи во Република Македонија.

Индексите на ефикасност се објавуваат месечно за секоја здравствена установа која работи со Фондот.

Исплатата според индексот на ефикасност ќе започне да се применува од моментот на воспоставување на системот на ДРГ.

Склучување на договорот

Член 15

Договорот за укажување на здравствените услуги и за надоместокот утврден врз основа на овој правилник помеѓу Фондот и здравствената установа се склучува најдоцна до 31 декември во тековната година за следната година, по извршеното усогласување.

Составен дел на договорот се:

- извештај за приходи и трошоците на здравствената установа во последните три години;
- извештај за видот и обемот на извршените здравствени услуги на осигурени лица во последните три години;
- извештај за бројот и структурата на вработените во последните три години;
- извештај за видовите, количините и износите на лековите, медицинските материјали и другите материјали потрошени во претходната година;
- план на приходи и трошоците на здравствената установа за тековната година;
- план и структурата на вработените за тековната година;
- план за видот и обемот на здравствените услуги за тековната година;
- план на цели што треба да се постигнат во работењето на здравствената установа.

Користење на средствата во здравствената установа

Член 16

Со средствата остварени според овој правилник и договорот, здравствената установа располага самостојно.

Здравствената установа остварените средствата според овој правилник и договорот, 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.

III. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 17

Со денот на влегување во сила на овој правилник престанува да важи Правилникот за критериумите за склучување на договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита („Сл. весник на РМ“ бр. 54/2003, 35/2006 и 137/2006).

Член 18

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.

Бр. 02 - 314/5
16 јануари 2008 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Аљбон Џемаили, с.р.