

20110952312

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 4 јули 2011 година, утврди пречистен текст на Правилникот за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат болничка здравствена заштита. Пречистениот текст го опфаќа основниот текст на правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ број 14/2008 и измените и дополнувањата објавени во „Службен весник на Република Македонија“ број 118/2008, 164/2008, 16/2010, 44/2010, 63/2010 и 171/2010.

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

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 и терцијарна здравствена заштита од Законот за здравственото осигурување (во натамошниот текст: Закон).

Болничка здравствена заштита пружаат универзитетските клиници, клиничките болници, општите болници и специјалните болници.

Терцијарна здравствена заштита пружаат универзитетски клиници.

Здравствените установи од став 2 на овој член, освен болничка здравствена заштита пружаат и специјалистичко-консултативната здравствена заштита.

Осигурените лица, здравствената заштита во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена установа ја остваруваат со упат од избран лекар од примарна здравствена заштита.

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.

Договорите се склучуваат за спроведување на здравствена заштита за одредени дејности од болничка здравствена заштита и со нив, се утврдува видот, обемот, квалитетот, начинот и роковите за остварување на договорените здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување за поедини дејности на специјалистичко-консултативна, болничка и терцијарна здравствена аштита, со примена на медицина заснована на докази, утврдени цени, договорен износ на парични средства за договорен вид и обем на здравствени услуги, начинот и рокови на плаќање, следење и контрола над остварувањето на договорените здравствени услуги, договорните казни и условите под кои се раскинува договорот.

Фондот врши контрола на спроведувањето на договорите од член 3 став 4 на овај Правилник.

II. УТВРДУВАЊЕ НА НАДОМЕСТОКОТ

Појдовни основи за утврдување на надоместокот

Член 4

Надоместокот за вршење на здравствените услуги од член 2 од 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.

Остварената вкупна вредност на видот и обемот на здравствени услуги во првото, второто и третото тромесечје и проекцијата за четвртото тромесечје од претходната година во болничка здравствена заштита (по ДСГ метода за акутни болнички случаи и по утврдени цени на здравствени услуги во болнички услови за останатите болнички случаи).

За акутни болнички случаи во здравствените установи кои вршат терцијарна здравствена заштита по ДСГ методологија се определува 10% од остварената вкупна вредност на видот и обемот на ДСГ здравствени услуги во првото, второто и трето тромесечје и проекција за четвртото тромесечје од претходната година.

Остварената вкупна вредност на видот и обемот на здравствени услуги во првото, второто и третото тромесечје и проекцијата за четвртото тромесечје од претходната година во специјалистичко-консултативна здравствена заштита, по утврдени цени на здравствени услуги и утврдени референтни цени.

Надоместокот (буџетот) за обезбедени здравствени услуги од точката 3 од став 3 на овој член, дополнително може да се усогласува и се усогласува и со:

- задолжителните програми за здравствена заштита кои ги донесува секоја година Владата на Република Македонија и нови здравствени услуги (вид и обем) за тековната во однос на претходна година;

- очекувани сопствени приходи на здравствената установа за тековната во однос на претходната година, прикажани во бизнис плановите на здравствените установи доставени во понудите за склучување на договори;

- очекувани реформи на здравствениот систем;
- користење на одредени специфични лекови;
- посебни здравствени состојби предизвикани од вонредни околности;
- расположливи средства на буџетот на Фондот за тековната година.

Кои од наведените дополнителни критериуми за усогласување ќе се применуваат за одредена здравствена установа при утврдување на надоместокот (буџетот) за обезбедени здравствени услуги, зависи од тоа кој од критериумите влијае на остварувањето на вид и обем на здравствени услуги за тековната година (трошоците).

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

Член 5
(бришан)

Планирање на видот и обемот на здравствените услуги

Член 6

Како вид и обем на здравствени услуги, во смисла на член 4 на овој правилник, се сметаат здравствени услуги кои здравствената установа ќе ги обезбеди на осигурените лица според вид и обем во тековната година, прикажани како завршени специјалистичко-консултативни здравствени услуги, и по дијагностички сродни групи - ДСГ.

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.

Финансиско управување

Член 7
(бришан)

Распределба на надоместокот

Член 8

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

Надоместокот од став 1 на овој член претставува надоместок според остварената вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, намален за износот на пресметаното учество.

Надоместокот се состои од: основен надоместок (фиксен дел) и надоместок според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги (променлив дел).

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

	%
1. Основен надоместок	70
2. Надоместок според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги - ДСГ и здравствени услуги за останати болнички случаи (променлив дел)	30

Висината на надоместокот од став 3 на овој член, за здравствената установа ја утврдува Фондот.

Ревидирање на утврдениот надоместок на здравствените установи се врши врз основа на податоци со кои располага Фондот за последните шест месеци.

Со ревидирањето може да се врши прераспределба на средствата од неостварената вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, од одредени здравствени установи на здравствени установи кои оствариле поголема вредност од договорениот надоместок.

Ревидирање може да се врши при промена на расположливите средства на Фондот за таа намена.

Цели што треба да се постигнат низ резултатите од извршената работа

Член 9

За оценување на успешноста на работењето во здравствената установа ќе се следат 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.

Искажување на здравствените услуги

Член 9а

Здравствените услуги од член 2 на овој Правилник се искажуваат според референтната цена за видот на завршената специјалистичко-консултативна здравствена услуга во апсолутен износ поделно по дејности и специјалности за специјалистичко-консултативна здравствена заштита во која се вклучени трошоците за сите елементи кои учествуваат во цената, утврдени согласно Методологија за утврдување на референтните цени.

За болничката здравствена заштита, здравствените услуги се искажуваат групирани по методата на ДСГ (дијагностички сродни групи) за акутни болнички пациенти искажани по секоја поединечна ДСГ услуга означена со соодветна шифра од Груперот, според утврдениот ДСГ коефициент за услугата, со утврдена референтна цена на здравствените услуги врз основа на Методологија за утврдување на референтните цени.

Референтните цени на здравствените услуги се утврдуваат со одлука на Управниот одбор на Фондот.

Здравствени услуги групирани по ДСГ (дијагностички сродни групи) е метод на класификација на акутни болнички пациенти во збир кој имаат слични болнички трошоци и слични клинички карактеристики.

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 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 на овој Правилник се исплатува доколку здравствената установа го остварила во вкупна вредност договорениот вид и обем на: здравствени услуги по дијагностички сродни групи – ДСГ, здравствени услуги за останати болнички случаи кои не се опфатени со ДСГ методата и за сите услуги за кои нема утврдени референтни цени или пакети за здравствени услуги каде се применува Ценовник за здравствени услуги на РМ, но не повеќе од утврдениот месечен надоместок.

Член 12

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

Износот на надоместокот според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги за променливиот дел утврден член 8 став 3 точка 2 на овој Правилник, може да се намалува. Намалувањето се врши со индексот на остварувањето во однос на договорената вредност на вид и обем на здравствени услуги. Намалувањето на променливиот дел се врши по истекот на секое тримесечие.

Член 13

(бришан)

Член 14

(бришан)

Член 14-а

По исклучок од одредбите на член 14 од овој правилник, во исклучителни ситуации вкупниот надоместок на здравствената установа може да се зголеми и повеќе од 20%.

Износот на зголемувањето од став 1 на овој член се утврдува со одлука на управниот одбор на Фондот.

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 последната година;
- извештај за видот и обемот на извршените здравствени услуги на осигурени лица во последната година;

- извештај за бројот и структурата на вработените во последната година;
- 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;
- деловен план за тековната година.

Користење на средствата во здравствената установа

Член 16

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

Здравствената установа остварените средства 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. 02-10378/21
4 јули 2011 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Ирфан Хоџа, с.р.