



Република Македонија
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ
НА МАКЕДОНИЈА

Број _____

А Н Е К С

за продолжување на Договор за пружање и плаќање здравствени услуги во превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување и специјалистичко -консултативната здравствена заштита

Склучен за 2013 година, помеѓу:

1. Фондот за здравствено осигурување на Македонија, застапуван од директор М-р Маја Парнарџиева Змејкова и директор Џемали Мехазии од една страна, и
2. Здравствена установа _____, со седиште на ул. _____ бр _____, застапуван од директорот _____, од друга страна.

Член 1

Врз основа на барање бр. _____ од _____, со овој Анекс на договор се врши изменување и дополнување на Договорот за пружање и плаќање здравствени услуги во превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување и специјалистичко -консултативната здравствена заштита, склучен под бр. _____ за 2011 година.

Член 2

Во член 2 во ставот 1 на крајот на реченицата се додаваат зборовите: “здравство и _____ и образец за дејности потпишан од директорот на здравствената установа.“

Член 3

Во членот 3 ставот 1 се менува и гласи:

“Здравствената установа својата дејност ја обавува во една или повеќе организациони единици со соодветен стручен кадар, согласно критериумите предвидени од Министерството за здравство во Правилникот за поблиските просторни услови, опремата и кадрите за основање и работење на здравствените организации и кои имаат добиено важечка лиценца за работа., како и Правилникот за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги кои ги пружаат здравствените установи на осигурените лица во специјалистичко-консултативна здравствена заштита, превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување. Здравствените услуги ги пружа тимот на лекари, вработени со полно работно време во здравствената установа кои имаат добиено лиценца за работа“.

Член 4

Во член 11 во ставот 2 зборовите “01.04.2012 до 31.12.2012 година“ се заменуваат со зборовите “01.01.2013 до 31.12.2013 година“

Член 5

Членот 14 се менува и гласи:

“Фактурите за извршени здравствени услуги до Подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на здравствената установа, се доставуваат најдоцна до 10-тиот ден од тековниот месец за претходниот месец.

Здравствената установа доставува во електронска и пишана форма фактура за:

- превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување по пакети со утврдени референтни цени и збирен рекапитулар. - специјалистичко консултативна здравствена заштита по дејности и збирен рекапитулар

Со фактурите се доставува и спецификација за извршени здравствени услуги, додека поединечните пресметки за секое осигурено лице со потребна документација се чуваат во здравствената установа согласно упатствата на Фондот.

Фактурите за здравствените услуги за сите месеци се доставуваат до висина на утврдениот договорен годишен надоместок и пресметана партиципација. За услугите извршени над износот на договорениот годишен надоместок, остварениот вид и обем на здравствена услуги се искажува на посебен извештај. За здравствени услуги извршени над договорениот месечен надоместок, задолжително се евидентираат име и презиме, матичен број и ЕЗБО на осигуреното лице како и извршената здравствена услуга со нејзината референтна цена. Извештај служи за евиденција и анализа при утврдување на договорениот надомест во наредниот период.

Здравствените установи се обврзуваат да склучат меѓусебни договори за начинот на фактурирање и плаќање на дополнителни услуги според утврдените референтни цени на Фондот како максимално утврдени цени.

Доколку здравствената установа учествува во дополнителната услуга која ја обезбедува другата здравствена установа со ангажирање на сопствен персонал, опрема или лекови и друг потрошен медицински материјал, референтната цена на Фондот треба да се намали за соодветниот износ и истото треба да се предвиди во меѓусебниот договор.

При извршувањето на сервисните услуги, здравствените установи кои ги обезбедуваат се обврзани да изготвуваат и електронска фактура во согласност со упатствата на Фондот и истата да ја доставуваат до здравствената установа која е корисник на услугите најдоцна до 5-ти во месецот за претходниот месец.

Фактурите за извршени здравствени услуги до Подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на здравствената установа, се доставуваат најдоцна до 10-тиот ден од тековниот месец за претходниот месец.

Здравствената установа доставува во електронска и пишана форма фактура за:

- специјалистичко - консултативна стоматолошка здравствена заштита по дејности и збирен рекапитулар.

Фактурите за здравствените услуги за сите месеци се доставуваат до висина на утврдениот договорен годишен надоместок и пресметана партиципација. За услугите извршени над износот на договорениот годишен надоместок, остварениот вид и обем на здравствена услуги се искажува на посебен извештај. За здравствени услуги извршени над договорениот месечен надоместок, задолжително се евидентираат име и презиме, матичен број и ЕЗБО на осигуреното лице како и извршената здравствена услуга со нејзината референтна цена. Извештај служи за евиденција и анализа при утврдување на договорениот надомест во наредниот период.

Во врска со пресметките по пакети на завршена здравствени услуги за секое осигурано лице по упат на избран лекар или друг вид на упат согласно Правилникот, потврда за платен придонес и друга потребна документација здравствената установа должна е да постапува согласно упатството за начинот на фактурирање на здравствените услуги од Фондот.

Со фактурите се доставува и спецификација за извршени здравствени услуги, додека поединечните пресметки за секое осигурено лице со потребна документација се чуваат во здравствената установа согласно упатствата на Фондот

Доколку износот на средствата што здравствената установа го фактурирала за здравствени услуги на осигурените лица на крајот од годината е поголем или помал од износот на утврдениот вкупен надоместок, здравствената установа и Фондот го отпишуваат побарувањето за разликата помеѓу фактурираниот износ и утврдениот надоместок.

Здравствените установи се обврзуваат да склучат меѓусебни договори за начинот на фактурирање и плаќање на дополнителни услуги според утврдените референтни цени на Фондот како максимално утврдени цени.

Доколку здравствената установа учествува во дополнителната услуга која ја обезбедува другата здравствена установа со ангажирање на сопствен персонал, опрема или лекови и друг потрошен медицински материјал, референтната цена на Фондот треба да се намали за соодветниот износ и истото треба да се предвиди во меѓусебниот договор.

Фактурите за извршени здравствени услуги до Подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на здравствената установа, се доставуваат во писмена и електронска форма најдоцна до 10-тиот ден од тековниот месец за предходниот месец.

Здравствената установа доставува фактура за специјалистичко консултативна здравствена заштита по дејности и збирен рекапитулар.

Со фактурите се доставува и спецификација за извршени здравствени услуги, додека поединечните пресметки за секое осигурено лице со потребна документација се чуваат во здравствената установа согласно упатствата на Фондот.

Фактурите за здравствените услуги за сите месеци се доставуваат до висина на утврдениот договорен годишен надоместок и пресметана партиципација. За услугите извршени над износот на договорениот годишен надоместок, остварениот вид и обем на здравствена услуга се искажува на посебен извештај. За здравствени услуги извршени над договорениот месечен надоместок, задолжително се евидентираат име и презиме, матичен број и ЕЗБО на осигуреното лице како и извршената здравствена услуга со нејзината референтна цена. Извештај служи за евиденција и анализа при утврдување на договорениот надоместок во наредниот период.

Во врска со пресметките по пакети на завршена епизода на лекување за секое осигурано лице по упат на избран лекар или друг вид на упат согласно Правилникот, потврда за платен придонес и друга потребна документација здравствената установа должна е да постапува согласно упатството за начинот на фактурирање на здравствените услуги од Фондот.

Здравствените установи се обврзуваат да склучат меѓусебни договори за начинот на плаќање на дадените услуги според утврдените цените на сервисните услуги како максимално утврдени цени.

Здравствените установи се обврзуваат да склучат меѓусебни договори за начинот на фактурирање и плаќање на дополнителни услуги според утврдените референтни цени на Фондот како максимално утврдени цени.

Доколку здравствената установа учествува во дополнителната услуга која ја обезбедува другата здравствена установа со ангажирање на сопствен персонал, опрема или лекови и друг потрошен медицински материјал, референтната цена на Фондот треба да се намали за соодветниот износ и истото треба да се предвиди во меѓусебниот договор.

При извршувањето на сервисните услуги, здравствените установи кои ги обезбедуваат се обврзани да изготвуваат и електронска факура во согласност со упатствата на Фондот и истата да ја доставуваат до здравствената установа која е корисник на услугите најдоцна до 5-ти во месецот за претходниот месец.“

Член 6

Членот 16-а се менува и гласи:

“Здравствената установа е должна да изготви листа на чекање со содржина пропишана согласно Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување и истата да ја истакне на видно место во здравствената установа согласно образецот листа на чекање (ЛЧ) и Изјавата на осигуреното лице, кои се објавени на веб-страницата на Фондот. Осигурените лица кои не сакаат да го почитуваат редот на закажаната здравствена услуга од листата на чекање задолжително потпишуваат изјава дека ќе ги сносат трошоците на свој товар. Здравствена установа се задолжува да ја чува Изјавата и даде на увид на овластените лица за контрола на Фондот во периодот на важење на договорот како и по истекот.“

Член 7

Во членот 20 се додава нов став 4 која гласи:

“Доколку здравствената установа не преземе мерки против одговорните лица од претходниот став во рок од 30 дена од утврдување на неправилноста, Фондот соодветно ќе го намали договорениот надоместок на здравствената установа за вредноста на проценета штета поради неправилно издадената потврда за ортопедско помагало, препорака за лек односно боледување“

Член 8

Во член 22 точка 15 по зборот “набавени“ се додаваат зборовите “и потрошени“.

Во член 22 точката 22 се менува и гласи:

“Лекарот специјалист при препорака за оцена на привремена спреченост за работа да се придржува кон Правилникот и Критериумите за дијагностичките постапки и оцена на привремената спреченост за работа поради болест и повреди ли потребата за неа на болен член од потесното семејство“

Се додаваат нови точки 31, 32, 33 и 34 кои гласат:

-Лекарот специјалист издава потврда и/или специјалистички извештај со препорака за ортопедско и друго помагало се придржува кон одредбите од Правилникот за индикации за остварување на право на ортопедски помагала“

-Здравствената установа треба да дава упат за дијагностицирање и лекување само за здравствени установи кои имаат склучено договор со Фондот.

-Здравствената установа упатувањето треба го врши согласно одредбите од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување.

-Здравствената установа е должна да го извести Фондот за мирување на работниот однос по било кој основ над 30 дена на лекарот, заради затварање на факсимилот за време на мирувањето

“

Член 9

Во член 23 во ставот 2 зборот “пресметка“ се заменува со зборот “спецификација“

Се додава нов став 4 кој гласи:

“Во прилог на секоја спецификација здравствената установа задолжително доставува копија од потврдата издадена од подрачната служба на Фондот, копија од двојазичниот образец за престој или копија од електронската картичка за здравствено осигурување (ЕНИС).“

Член 10

Во членот 25 точката 3 се менува и гласи:

“врши контрола фактурите и на видот и обемот на договорените здравствени услуги;

Се додаваат нови точки 7 и 8 кои гласат:

-да ги информира здравствените установи за новите договорени

-ги следи неправилностите за издадени ортопедски помагала, препораки за лекови и боледувања и за истите да ја информира здравствената установа со цел истата да преземе мерки против одговорните лица

на лек, односно неправилното издавање на препорака за боледување.“

Точките 7 и 8 стануваат точки 9 и 10

Член 11

Во член 30 точката 6 се броше.

Член 12

Во член 32 се додава нов став 9 кој гласи:

“Здравствената установа е согласна трезорот на Фондот при исплата на месечниот надоместок да му задржи средствата во висина на правосилно изречената договорна казна.“

Во ставот 10 по зборовите “2011 година“ се додаваат зборовите “и анекс на договор за 2012 и 2013 година

Член 13

Во членот 33 се додаваат нови точки 14, 15, 16, 17 и 18 кои гласат:

“Доколку здравствената установа работи спротивно на договорните одредби за кои не е предвидена договорна казна согласно член 33 и 34.

Доколку при издавањето на мислење за боледување не се придржува кон Правилникот и Критериумите за дијагностички постапки и оцена за привремената спреченост за работа поради болести и повреди или потреба за нега на болен член од потесното семејство

Доколку лекарот специјалист издаде потврда и/или специјалистички извештај со препорака за ортопедско помагало спротивно на одредбите од Правилникот за индикации за остварување на право на ортопедски помагала

Доколку Здравствената установа го упатува осигуреникот за дијагностицирање и лекување во здравствени установи кои немаат склучено договор со Фондот

Доколку здравствената установа не го извести Фондот за мирување на работниот однос по било кој основ над 30 дена на лекарот, заради затварање на факсимилот за време на мирувањето.“

Член 14

Во член 34 се додава нова точка 3 која гласи:

“Доколку по доставената опомена здравствената установа и понатаму не доставува редовни месечни извештаи во пропишаната електронска форма до план и анализа на е-маил plan@fzo.org.mk во предвидениот рок.“

Се додава нова точка 11 која гласи:

:“Доколку за извршената здравствена услуга не издаде фискална сметка-квитанција на осигуреното лице“.

Член 15

Во член 35 во точката 3 зборот “опомена“ се брише.

Се додава нова точка 4 која гласи:

“Доколку здравствената установа не доставува редовни месечни извештаи во пропишаната електронска форма до план и анализа на е-маил plan@fzo.org.mk“.

Член 16

Во членот 37 датумот „31.03.2012 година“ се заменува со датумот 01.01.2013 година заклучно со 31.12.2013. година „31.12.2012 година.“

Прилози:

-План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за 2013 година за специјалистичко-консултативни здравствени услуги;

- Деловен план

- Образец за дејности

Напомена: Сите прилози можат електронски да се испечатат од веб страницата на Фондот

**Фонд за здравствено осигурување
на Македонија,
Директор,**

Директор,

**Здравствена установа,
Директор,**