



**РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**  
**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

Број: \_\_\_\_\_ - 2014  
Дата \_\_\_\_\_  
Скопје

Врз основа на член 70 од Законот за здравствено осигурување (Сл.весник на РМ бр.25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 92/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 19/2011, 53/2011, 26/2012, 16/2013 и 91/2013) и Правилникот за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги кои ги пружаат здравствените установи на осигурените лица во болничката здравствена заштита (Сл.весник бр.14/2008, 118/2008, 164/2008, 16/2010, 44/2010, 63/2010, 171/2010, 95/2011 и 181/2011), се склучува:

**ДОГОВОР**

**за пружање и плаќање здравствени услуги во специјалистичко - консултативна и болничка  
здравствена заштита во јавни здравствени установи**

Склучен помеѓу:

1. Фонд за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фонд), застапуван од Директор М-Р МАЈА ПАРНАРЦИЈЕВА-ЗМЕЈКОВА и Директор ЦЕМАЛИ МЕХАЗИ ХНЕМАЛИ МЕНАЗИ како купувач на здравствени услуги, и
2. \_\_\_\_\_ со седиште на \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (во понатамошниот текст здравствена установа), застапувана од директорот «zu.ovlasteni.lica» со трезорска сметка бр. \_\_\_\_\_ на фондот за буџетски корисник бр. \_\_\_\_\_ што се води при Фондот за здравствено осигурување на Македонија, со даночен број \_\_\_\_\_ како давател на услуги од друга страна.

**Предмет на договорот**

**Член 1**

Предмет на овој договор е регулирање на односите меѓу Фондот и здравствената установа во мрежата на здравствени установи за обезбедување и извршување на здравствени услуги на осигурените лица во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита, утврдување на видот и обемот, квалитетот, начинот и роковите за остварување на договорените здравствени услуги, утврдени 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 помеѓу договорните страни.

**Давател на услуги во  
Специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита  
Член 2**

Здравствената установа врши дејност од:

1. специјалистичко-консултативна здравствена заштита

2. болничка здравствена заштита

Дејноста од став 1 на овој член здравствената установа ја врши во согласност со Решението за дозвола за работа на здравствени установи број «zu-resenie-broj» од «zu-resenie-datum» година и/или Договор за лиценца за вршење на здравствена дејност во мрежата на здравствени установи и образец за дејности потпишан од директорот на здравствената установа.

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 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 болничката здравствена заштита 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 на осигурените лица, ги пружа тимот на лекари специјалисти и субспецијалисти вработени со полно работно време во здравствената установа кои имаат добиено лиценца за работа. Здравствената установа за секое проширување или промена на дејноста, како и измена на бројот на организационите единици, склучува анекс на овој договор со Фондот согласно средствата во буџетот на Фондот за таа намена.

За секоја статусна промена на здравствената установа се склучува нов анекс на договор.

За секоја промена на седиштето и директорот здравствената установа е должна да го извести Фондот во рок од 20 дена.

**Член 3**

Здравствената установа е должна на осигурените лица да им пружа целосна, квалитетна, навремена, економична, ефективна и ефикасна специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита со примена на медицина базирана на докази, во согласност со одредбите на Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Правилникот за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги кои ги пружаат здравствените установи на осигурените лица во превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување, специјалистичко-консултативна и болничката здравствена заштита (во понатамошниот текст Правилникот), Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување, Правилникот за начинот на користење, пристап, издавање, чување и заштита на податоците

од информациониот систем на ФЗОМ достапни на веб потралот меѓународни договори за социјално осигурување, општите акти на Фондот, здравствени услуги кои се опфатени со определени програми за здравствена заштита како и одредбите на овој договор.

Здравствени услуги дадени на осигуреното лице надвор од став 1 на овој член и надстандардните услуги по барање на осигуреното лице, не се на товар на Фондот.

## **Факсимил**

### **Член 4**

Здравствената установа е должна за секој лекар специјалист/субспецијалист вработен со полно работно време, да обезбеди факсимил од Фондот, со важност од денот на потпишување на договорот од двете договорни страни.

Издадениот факсимил на лекарот специјалист/субспецијалист е траен и не се менува доколку истиот ја промени здравствената установа.

Лекарот врз основа на издадениот образец - одобрение за издаден број на факсимил од Фондот, може да направи само еден факсимил во форма на печат.

Лекарот специјалист/субспецијалист го користи факсимилот само лично при препорака за издавање на лекови на рецепт и заверка на други обрасци и истиот не смее да го даде на користење на друго лице.

Употребата на факсимил од друг лекар или друго лице се смета за злоупотреба од страна на лекарот или здравствената установа и истиот ќе биде затворен во електроската евиденција на податоци на Фондот, со што ќе се оневозможи негово понатамошно користење до денот ќе се создадат услови за негово повторно активирање.

Лекарот специјалист/субспецијалист не може да го употребува факсимилот во друга здравствена установа, каде што не е вработен и каде што нема склучено договор со Фондот, освен во случаи на организирано дежурство. Факсимилот ќе биде затворен во електронската евиденција на податоци на Фондот со што ќе се оневозможи негово понатамошно користење до денот кога ќе се создадат услови за негово повторно активирање.

Во случаите предвидени со закон за оправдано отсуство од работа на лекарот за подолготрајно боледување над 30 дена, породилно отсуство, неплатено отсуство, именување на јавна функција и еднострано раскинување на договорот, факсимилот се става во мирување.

Затварањето на факсимилот се спроведува во електроската евиденција на податоци со наведување на точен датум на затварање на факсимилот, за што писмено Фондот ја известува здравствената установа односно лекарот.

Издадениот факсимил, здравствената установа односно лекарот е должен да го врати во Фондот кога исполнува услови за остварување на право на пензија согласно Законот за пензиско и инвалидско осигурување на Македонија. Согласно член 104 став 2 од Законот за работни односи на барање на лекарот, истиот може со продолжен договорот за вработување, да работи со Фондот најмногу до 65 години возраст. Издадениот факсимил, здравствената установа е должна да го врати во Фондот и во случај на смрт на лекарот.

По исклучок на став 9 од овој член, кога лекарот остварил право на пензија и истата ја ставил во мирување, може и понатаму да продолжи да работи со Фондот, доколку Министерството за здравство му додели нова Лиценца за вршење на здравствена дејност во мрежата на здравствената установа во согласност со вжечки законски прописи,

При затварање на факсимилот на лекарот Фондот ги известува здравствената установа и подрачната служба на Фондот.

При губење или кражба на факсимил лекарот е должен веднаш да го извести Фондот за да се затвори бројот на факсимилот во евиденцијата на податоци.

За изгубен факсимил покрај барањето за затворање на бројот, се доставува и извадок од објавата во Службен весник

За украден факсимил покрај барањето за затворање на бројот, се доставува и копија од записник од МВР и извадок од објавата во Службен весник.

Со затворање на изгубениот или украдениот факсимил, Фондот на лекарот му доделува нов број на факсимил.

Податоците за затворање на факсимилот поради губење или кражба Фондот ги објавува на веб страна.

## **Шифра на здравствен соработник**

### **Член 5**

Здравствената установа е должна за секој здравствен соработник, да обезбеди шифра за валидација од Фондот (во понатамошниот текст: шифра), со важност од денот на потпишување на договорот од двете договорни страни.

Издадената шифра на здравствениот соработник не се менува доколку истиот ја промени здравствената установа.

Здравствената установа за здравствениот соработник врз основа на издадениот образец - одобрение за доделен број на шифра од Фондот, може да направи само една шифра.

Здравствениот соработник ја користи шифрата лично, само при издавање на извештај и други документи со кои работи и истиот не смее да го даде на користење на друго лице.

Употребата на шифрата од друг здравствен соработник или друго лице се смета за злоупотреба и ќе биде затворен во електроската евиденција на податоци на Фондот, со што ќе се оневозможи негово понатамошно користење до денот ќе се создадат услови за негово повторно активирање.

Во случаите предвидени со закон за оправдано отсуство од работа на здравствениот соработник за подолготрајно боледување над 30 дена, породилно отсуство, неплатено отсуство, именување на јавна функција и еднострано раскинување на договорот, шифрата се става во мирување.

Затворањето на шифрата се спроведува во електронската евиденција на податоци со наведување на точен датум на затворање на шифрата, за што писмено Фондот ја известува здравствената установа односно здравствениот соработник.

Здравствената установа не смее да ја задржува и користи шифрата на здравствениот соработник на кој му престанал работниот однос. Доколку здравствената установа ја задржи шифрата на одјавениот здравствен соработник, истото се смета за злоупотреба од страна на здравствената установа и подлежи на санкции.

Здравствениот соработник не може да ја употребува шифрата во друга здравствена установа, каде што не е вработен или нема склучено договор со Фондот.

Издадената шифра, здравствената установа односно здравствениот соработник е должен да ја врати во Фондот кога исполнува услови за остварување на право на пензија и во случај на смрт.

Во случаите предвидени со закон за оправдано отсуство од работа на здравствениот соработник за долготрајно боледување, породилно отсуство и еднострано раскинување на договорот, шифрата се става во мирување.

При затворање на шифрата на здравствениот соработник, Фондот ги известува здравствената установа и подрачната служба на Фондот, најдоцна во рок до 15 дена.

При губење или кражба на шифрата, здравствениот соработник е должен веднаш да го извести Фондот за да се затвори бројот на шифрата во евиденцијата на податоци на Фондот.

За изгубената шифра покрај барањето за затворање на бројот, се доставува и извадок од објавата во Службен весник.

За украдена шифра покрај барањето за затворање на бројот, се доставува и копија од записник од МВР и извадок од објавата во Службен весник.

Со затварање на изгубената или украдената шифра, Фондот на здравствениот соработник му доделува нов број на шифра.

Податоците за затварање на шифрата поради губење или кражба, Фондот ги објавува на својата веб-страница на денот на пријавувањето.

## **Вид и обем на здравствени услуги**

### **Член 6**

Видот и обемот на здравствените услуги кои здравствената установа ги обезбедува на товар на средствата на Фондот ги понудува со план за вид и обем кој претставува договорени здравствени услуги кои здравствената установа треба да ги оствари во период на важење на договорот, поделно за секоја година, во време на важење на договорот.

### **Специјалистичко-консултативна здравствена заштита**

Видот и обемот на здравствените услуги кои здравствената установа ги обезбедува на товар на средствата на Фондот ги понудува со план за секоја дејност поделно, за секоја година, во време на важење на договорот.

Видот и обемот на здравствени услуги се планираат на годишно ниво поединечно по број на случаи по квартали прикажани како завршени специјалистичко-консултативни здравствени услуги и пакети на завршени епизоди на лекување со референтни цени.

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

### **Болничка здравствена заштита**

Видот и обемот на здравствени услуги се планираат на годишно ниво поединечно по број на случаи, по референтни цени, по квартали прикажани, како завршени здравствени услуги групирани по ДСГ метода за акутна нега на хоспитализирани болни и како останати болнички услуги по референтни цени на Фондот. Планирањето на видот и обемот на здравствените услуги за договорниот период се врши врз основа на остварувањата во претходната година и стапката на морбидитетот и бројот на жителите на подрачјето на здравствената установа, односно на поширокото подрачје од кое гравитира населението за одреден вид на здравствени услуги.

Фонд со посебен план за специфичен вид и обем на здравствени услуги може да договори определен дел од понудениот план да се реализира во целост по квартали во текот на важење на договорот. Овие здравствени услуги се прикажуваат во Образец – План за специфичен вид и обем (ПЛ 2Б-ДСГ/С) и/или Образец –План за специфичен вид и обем (ПЛ 2Б -останати/С кој е прилог кон договорот)

### **Член 7**

Планот на видот и обемот на здравствените услуги за специјалистичко-консултативна –по дејности и болничка зз (ДСГ, дневна болница и останата болничка здравствена заштита) се утврдуваат во Прилог -

обрасци усогласени со договорениот надоместок и се составен дел на овој договор, објавени на веб страната на Фондот.

Плановите за видот и обемот за специјалистичко-консултативна здравствена заштита, болничка здравствена заштита по ДСГ метода, дневна болница и останата болничка здравствена заштита задолжително се усогласува со вкупно утврдениот договорен надоместок за секоја година во периодот на важење на договорот. Истите се доставуваат во пишана и електронска форма на е-маил [dogovori@fzo.org.mk](mailto:dogovori@fzo.org.mk).

### **Следење на резултатите од извршената работа**

#### **Член 8**

За следење на успешноста на работењето во здравствената установа по квартали за специјалистичко – консултативна здравствена заштита се користат следните индикатори:

- задоволство на осигурени лица;
- количник (однос) на бројот на првите и повторените амбулантски прегледи односно пакети на здравствени услуги;
- број на упати од здравствената установа до друга здравствена установа.

За следење на успешноста на работењето во здравствената установа по квартали за болничка здравствена заштита се користат 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 од отпуштањето;
- број на инфекции предизвикани во болница.

Здравствената установа известувањето за резултатите од извршената работа за наведените индикатори ги доставува до Фондот еднаш во годината со извештаи поделно за специјалистичка и поодделно за болничка здравствена заштита прикажани по квартали.

### **Цени на здравствените услуги**

#### **Член 9**

Здравствените услуги од специјалистичко консултативна здравствена заштита се искажуваат според референтни цени на пакети на завршени здравствени епизоди на лекување и референтни цени на завршени специјалистичко консултативни здравствени услуги.

Пакетите претставуваат групи на збирни здравствени услуги упркосечени како најчесто групирани услуги, врз основа на медицина базирана на докази, по упат на избран лекар.

Завршени здравствени услуги се специјалистичко консултативни здравствени услуги кои поради своја специфика не се групирани во пакети на услуги и за кои Фонд има определено референтна цена.

Здравствените услуги за болничката здравствена заштита, се искажуваат по ДСГ методологија за акутни болнички пациенти и за останати болнички случаи кои не се опфатени со ДСГ методологијата по утврдени референтни цени.

Групирање на здравствените услуги по ДСГ е метод на класификација на акутни болнички пациенти во збир кои имаат слични болнички трошоци и слични клинички карактеристики.

Референтните цени на здравствените услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита се утврдуваат со Одлука на Управниот одбор на Фондот.

Доколку дојде до промена на Одлуката за утврдување на референтни цени на здравствени услуги за специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита, ќе се применуваат референтните цени утврдени со измените и дополнувањата на Одлуката.

## Утврдување на надоместок

### Член 10

Надоместокот се утврдува врз основа на Одлуката за утврдување на критериуми на буџетите на здравствените установи во превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување, специјалистичко - консултативна и болничката здравствена заштита на Фондот во рамките на утврдените средства од Буџетот на Фондот за таа намена и се смета како договорен надоместок за специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги, за секоја година поодделно во периодот на важење на договорот.

Надоместокот од став 1 на овој член се состои од надоместок според остварената вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги намален за износот на пресметаната партиципација.

Во вкупниот надоместок на здравствената установа се опфатени сите потребни трошоци за лекови, медицински и друг потрошен материјал потребен за целосно извршување на здравствената услуга на осигурените лица.

Доколку здравствената установа пружа здравствени услуги согласно Планот за специфичен вид и обем на здравствените услуги, во утврдениот надоместокот од став 1 на овој член е вклучен износот за вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги предвидени за таа намена.

Висината на вкупниот договорен надоместок се утврдуваат со Одлука на Управниот одбор на Фондот за период од јануари- декември тековна година. Договорниот надоместок за секоја тековна година во период на важење на договор го искажува со посебен образец – ДКП квартална пресметка за договорен надоместок, кој е прилог на договорот.

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 согласно Правилникот од променливиот дел од 20%.

Ревидирање може да се врши при промена на расположливите средства на Фондот за таа намена, на квартално ниво врз основа на анализа за остварување по вид и обем.

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

## Начин на пресметување и плаќање на обезбедени здравствени услуги

### Член 11

Вкупниот надоместок за здравствени услуги на здравствената установа, за периодот за кој се склучува договорот се дели на 12 месечни износи.

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

Договорениот надоместок 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 се остварува на следниот начин:

	%
1. Основен надоместок (фиксен дел)	80
2. Надоместок според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги (променлив дел)	20

Износот на надоместокот се исплатува доколку здравствената установа го остварила во вкупна вредност договорениот вид и обем на здравствени услуги, но не повеќе од утврдениот надоместок.

Износот на надоместокот според извршувањето на договорениот вид и обем на здравствени услуги во текот договорниот период може да се намалува од променливиот дел на надоместокот.

Намалувањето се врши со пресметка на индексот на остварувањето во однос на договорената вредност на вид и обем на здравствени услуги. Намалувањето на променливиот дел се врши по истекот на тримесечје.

Износот на надоместокот според остварување на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, се намалува за износот на помалку остварениот вкупен износ на видот и обемот на здравствени услуги (фактурирани) во однос на утврдените буџетски средства на тримесечие, од променливиот дел од 20%.

Доколку здравствената установа не ги изврши планираните здравствени услуги определени во Планот за специфичен вид и обем, Фондот може по истекот на секое тромесечие да ги намалува неискористените средства за таа намена. Усогласувањето на специфичниот вид и обем се врши и на годишно ниво.

## Член 12

1. Здравствената установа се обврзува најдоцна во рок од 15 дена по завршување на месецот за кој се врши фактурирањето, до Фондот да достави електронски фајлови со спецификации по дејности, за завршените здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита. Поднесувањето на електронските фајлови здравствената установа ќе може да го направи преку веб порталот на Фондот. Можност за поднесување на спецификации преку веб порталот има само овластено лице од здравствената установа.

Начинот, обемот, содржината и формата на податоците што ќе ги доставува здравствената установа до Фондот треба да се во согласност со одредбите од договорот, Упатството за фактурирање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита во здравствени домови, специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита во сите здравствени установи, Техничко упатство за начинот на фактурирање на здравствени услуги во специјалистичко консултативна здравствена заштита и Правилникот за начинот на користење, пристап, издавање, чување и заштита на податоците од информациониот систем на Фондот достапни на веб порталот се утврдуваат со Упатство за доставување на податоци преку веб порталот на ФЗОМ.

- a) Здравствената установа за специјалистичко консултативна здравствена заштита доставува електронски фајлови со спецификации и фактури по поделно по дејности и фактури во пишана форма и спецификации поделно по дејности и збирен рекапитулар.
- b) Здравствената установа за болничка здравствена заштита по ДСГ методата доставува посебна фактура во електронска и пишана форма според референтни цени на Фондот и
- v) Здравствената установа за останати болнички случаи кои не се опфатени со ДСГ методата доставува електронски фајлови со спецификации за здравствени услуги, и фактури во пишана форма и спецификации по референтни цени на Фондот.

Фактурите и збирниот рекапитулар во пишана форма здравствената установа ги доставува до подрачната служба на Фондот каде е седиштето на здравствената установа.

Пресметките по пакети на завршена епизода на лекување за секое осигурено лице, упат на избран лекар или друг вид на упат, доказот за платен придонес и друга потребна документација, здравствената установа е должна да ги чува во своите простории согласно Упатството за фактурирање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита во здравствени домови, специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита во сите здравствени установи дефинирани од страна на Фондот. Пресметките од специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита на завршени епизоди на лекување со пропратната документација само за странските осигуреници се доставуваат во Фондот.



При фактурирањето здравствената установа е должна да ги применува следните правила:

- кога за хоспитализирано осигурано лице се обезбеди целосна здравствена услуга со болнички упат како завршена епизода на лекување, здравствената установа доставува фактура по ДСГ метода до Фондот;
- кога за хоспитализирано осигурано лице се обезбедуваат дополнителни услуги од другите здравствени установи согласно издадените интерболнички или интерклинички упати, овие дополнителни услуги се составен дел на целосната здравствена услуга искажана по ДСГ метода. Здравствената установа во која е завршено лекувањето доставува фактура по ДСГ метода до Фондот. Истата е должна да изврши плаќање на друга здравствена установа за дополнителните услуги според утврдени референтни цени на Фондот како максимални цени на овие услуги.
- кога хоспитализирано осигурано лице се префрлува од една во друга клиника со интерклинички упат извршените здравствени услуги клиниките ги искажуваат во посебни фактури по ДСГ до Фондот.
- кога хоспитализирано осигурано лице се префрлува на исто или повисоко ниво со интерболнички упат поради незавршено лекување, секоја здравствена установа доставува посебна фактура по ДСГ метода до 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 во посебен извештај. За здравствени услуги извршени над договорениот квартален надоместок, задолжително се евидентираат име и презиме, матичен број и ЕЗБО на осигуреното лице како и извршената здравствена услуга со нејзината референтна цена, кои се идентични со фактурата. Извештај служи за евиденција и анализа при утврдување на договорениот надомест во наредниот период. Извештајот се доставува согласно Упатството за фактурирање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита во Здравствени домови, специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита во сите здравствени установи и со Техничко упатство за начинот на фактурирање на здравствени услуги во специјалистичко консултативна здравствена заштита.

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

Здравствените установи задолжително треба да склучат меѓусебни договори за здравствените услуги кои се дел од целосно завршената здравствена ДСГ услуга или пакет на завршена епизода на лекување, а кои претставуваат сервисни услуги. Со договорот треба да се уреди начин на плаќање, рокови на плаќање (кои не можат да бидат пократки од роковите според кои се врши плаќање на здравствените установи од Фондот) и цените за кои треба предходно да се усогласат, а не можат да бидат повисоки од утврдените референтни цени за тие услуги од Фондот, но истите можат да бидат пониски од утврдените референтни цени на Фондот за што меѓусебно се договараат,

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.

## **Обврски на здравствената установа**

### **Член 13**

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, материјали за вградување, санитарски и други потрошни материјали потребни за целосно завршување на здравствените услуги за одредено заболување согласно медицина базирана на докази.

Лекарот специјалист е должен да дава препорака или да издаде и да ја завери потврда за ортопедско и друго помагало согласно на одредбите од Правилникот за индикации за остварување на право на ортопедски помагала преку порталот на Фондот во моментот кога ќе се овозможат технички услови.

Доколку здравствената установа не ги обезбеди лековите и материјалите од став 1 на овој член, а осигурените лица ги набавиле со сопствени средства, договорениот надоместок на здравствената установа ќе биде намален за износот на рефундираните средства.

### **Член 14**

Здравствената установа е должна да изготви листа на чекање и да ја почитува истата согласно Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување. Осигурените лица кои не сакаат да го почитуваат редот на закажаната здравствена услуга од листата на чекање задолжително потпишуваат изјава дека ќе ги снесат 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.

### **Член 15**

Здравствената установа е должна со средствата добиени по основ на овој договор да врши редовно и навремено плаќање на добавувачите по основ на испорачани лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, медицински помагала и друг медицински потрошен материјал.

### **Член 16**

Здравствената установа има обврска да обезбеди набавка на лекови од целокупниот асортиман од Листата на лекови, медицински потрошни и други материјали.

### **Член 17**

Здравствената установа се обврзува редовно и согласно законските прописи да ја пресметува и наплатува партиципацијата и да води евиденција за пресметаната и наплатената партиципацијата од осигурените лица.

### **Член 18**

Доколку здравствената установа доставила неистинити и неточни податоци врз база на кои Фондот го утврдил надоместокот, по утврдување на неистинитоста и неточноста на истите, Фондот соодветно ќе го намали договорениот надоместок.

Здравствената установа е должна да води сметка за тоа дали лекарот правилно издава потврда за потреба од ортопедско помагало, препорака за користење на лек како и тоа дали при препорака за оценка на привремена спреченост за работа да се придржува кон Правилникот и Критериумите за дијагностичките постапки и оценка на привремената спреченост за работа поради болест и повреди ли потребата за неа на болен член од потесното семејство.

Здравствената установа е должна да го извести Фондот за постапката која ја има преземено против лекарот и другите одговорни лица за кои Фондот има утврдено неправилности во делот на издавањето на потврда за потреба од ортопедско помагало, препорака за користење на лек, односно неправилното издавање на препорака за боледување.

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 19**

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

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

Здравствената установа може да дава предлог за упатување на лекување во странство на осигурените лица на товар на средствата на Фондот согласно Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство.

Пред упатување на лекување во странство здравствената установа треба да провери дали истото лекување може да се обезбеди во здравствените установи во Македонија кои имаат склучено договор со Фонд.

Здравствената установа е должна да води евиденција на предлозите за упатување на лекување во странство и да презема мерки за обука на кадарот и обезбедување на капацитети во здравствената установа за лекување на медицински дијагнози кои се упатени во странство.

Здравствената установа е должна да преземе мерки од претходниот став во рок од 6 месеци и за преземените мерки да го извести Фондот.

Доколку здравствената установа не преземе мерки или не го извести Фондот за преземените мерки во дадениот рок, Фондот ќе го намали надоместокот на здравствената установа за вредноста на лекувањето на упатените пациенти во странство.

### **Член 20**

Здравствената установа е должна да воспостави компјутерска евиденција според процедура, форма и содржина на податоците, утврдени со Упатство на Фондот и интернет поврзување.

Начинот, обемот, содржината и формата на податоците што ќе ги доставува здравствената установа до Фондот се во согласност со одредбите од договорот и Правилникот за начинот на користење, пристап, издавање, чување и заштита на податоците од информациониот систем на ФЗОМ достапни на веб порталот утврдени со Упатство за доставување на податоци преку веб порталот на ФЗОМ.

Секоја измена на Упатството, здравствената установа е должна да ја усогласи во рок од 30 дена од објавата на веб страната на Фондот.

Здравствената установа се обврзува да обезбеди сопствен софтвер (компјутерска програма) за водење евиденција. Изготвувањето, инсталирањето и одржувањето на софтверот паѓа на товар на здравствената установа.

Секое овластено лице од здравствената установа треба да се најави на порталот на Фондот каде што ќе може да ги доставува сите спецификации и извештаи над договорениот месечен надоместок.

Здравствената установа треба секој работен ден да ја проверува електронската пошта.

### **Член 21**

**Други обврски на здравствената установа:**

- 1) Да го уплатува придонесот за задолжително здравствено осигурување согласно законските одредби и да води уредна евиденција;
- 2) Да обезбедува квалитетни здравствени услуги на сите осигурените лица без дискриминација;
- 3) Да ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност;
- 4) Да го извести избраниот лекар на осигуреното лице со отпусно писмо или медицински извештај за утврдената дијагноза, медицинскиот преглед, испитување, лекувањето и за други прашања кои се однесуваат на здравствената состојба на осигуреното лице;
- 5) Да пресметува и наплатува партиципација согласно законските прописи и да издава потврда за наплатеното учество (партиципација) и да не наплаќа дополнителни средства од осигурените лица, освен за утврденото учество и да ги применува решенијата за ослободување од партиципација донесено од страна на Фондот;
- 6) Здравствената установа е должна повеќе или неправилно наплатеното учество за пружената здравствена услуга во рок определен од Фондот да го врати на осигуреното лице;
- 7) Да планира здравствени услуги во согласност со своите просторни, кадровски и финансиски капацитети со што ќе обезбеди квалитетно и економично работење;
- 8) Да обезбеди рационално трошење на средствата и намалување на непродуктивните трошоци;
- 9) Да обезбеди еднаква распределба на средствата остварени од надоместокот од Фондот по свои организациски единици во зависност од извршените здравствени услуги;
- 10) Да му овозможи на Фондот вршење на финансиска контрола во однос на користење на средствата од утврдениот надоместок од Фондот;
- 11) Да му овозможи на Фондот увид и контрола на целокупната документација;
- 12) Здравствената установа е должна да го запознае осигуреникот со висината на партиципацијата за услугите што согласно Одлуката за партиципација се наплаќаат;
- 13) За одржување и унапредување на квалитетот на здравствената заштита лекарите специјалисти вработени во здравствената установа имаат обврска стручно да се усовршуваат;
- 14) Да ја доставува на увид кадровската евиденција за вработените која се води според законските прописи;
- 15) Здравствената установа е должна да води уредна евиденција за сите набавени и потрошени материјали и лекови со доказ за набавката и рокот на траење;
- 16) Здравствената установа е должна на видно место да истакне ознака дека има склучено договор со Фондот и да го истакне работното време на сите нејзини ординации согласно прописите за работно време;
- 17) Здравствената установа е должна да води евиденција согласно прописите за водењето на евиденциите во областа на здравството, и други податоци од медицински карактер потребни за анализи, информации за медицинската наука, Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување на Македонија;
- 18) Да ги доставува сите потребни извештаи, обрасци и информации во пишана и електронска форма во врска со имплементацијата на овој договор на е-маил [plan@fzo.org.mk](mailto:plan@fzo.org.mk);
- 19) Да достави усогласен План за вид и обем на здравствени услуги со договорениот надоместок на е-маил [dogovori@fzo.org.mk](mailto:dogovori@fzo.org.mk);
- 20) Да негува добри деловни односи со Фондот;
- 21) Во историјата на болест да ги внесува анамнезата, статусот, тек на болест и оперативен протокол на пациентот
- 22) Да се почитува и доследно применува ДСГ методата во болничка здравствена заштита;

- 23) Да не врши прекодирање на случаите по ДСГ заради стекнување на поголеми материјални средства и да дава точни податоци за видот и обемот на услугите;
- 24) Во ДСГ образецот да внесува главна дијагноза според правилата за кодирање;
- 25) Во ДСГ образецот да внесува секундарни дијагнози според правилата за кодирање;
- 26) При кодирањето да не внесува процедури за кои во медицинската документација нема доказ дека се извршени и да ги внесува сите извршени процедури;
- 27) Да го запазува утврдениот рокот од 48 часа за кодирање на испишаните пациенти – осигуреници, освен за случаите кои се временски условени со добивање на одредени резултати;
- 28) Да не ги кодира пациентите кои не се осигуреници на Фондот, кои трошоците на лекувањето сами ги покриваат;
- 29) Да не кодираат здравствени услуги кои не се опфатени во подзаконските акти на Фондот;
- 30) Историјата на болест задолжително да содржи копија од ДСГ образец потпишан од осигуреникот и отпусно писмо;
- 31) Да ја развива здравствена заштита според потребите на населението;
- 32) Да изготви и достави до Фондот и Министерството за здравство најмалку 4 клинички патеки согласно образецот на Министерството за здравство за првите 4 најчести дијагнози според последниот годишен ДСГ извештај патологија и истите да ги доставува по завршетокот на секое тромесечје;
- 33) Да изготви и достави до Фондот најмалку 2 клинички протокола за примена на специфични и скапи лекови во соодветната установа (за Универзитетска клиника);
- 34) Лекарите специјалисти односно субспецијалисти при издавање на препорака за времена спреченост за работа поради болест и повреда се должни да се придуржуваат кон критериумите за дојагностички постапки и оцена;
- 35) Пружената здравствена услуга да се прикажува со соодветен специјалистички пакет;
- 36) Да не врши групирање во специјалистички пакети заради стекнување на поголеми материјални средства и да дава точни податоци за видот и обемот на услугите;
- 37) Потврдата за здравствена состојба што ја издава лекар за осигурени лица кои привремено престојуваат во земји со кои РМ има склучено меѓународен договор за социјално осигурување, треба да биде потврда за реалната здравствена состојба на осигурените лица;
- 38) Да дава здравствени услуги само за дејности за кои има склучено договор со Фондот;
- 39) Здравствената установа е должна на веб страната на Фондот редовно да ги следи сите новини, како и да го следи Списокот на здравствени установи кои имаат склучено договор со Фондот за да а го упати осигуреното лице да оствари здравствена заштита на повисоко ниво;
- 40) Здравствената установа со потпишување на договорот се обврзува да достави контакт податоци за последно важечки телефон и и-мејл адреса и истите да ги ажурира за време на важење на договорот;
- 41) Здравствената установа е должна да го почитува Упатството за фактурирање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита во Здравствени домови, специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита во сите здравствени установи и со Техничко упатство за електронски начин на фактурирање;
- 42) Здравствената установа е должна да ги почитува Упатствата за практикување на медицина базирана на докази (протоколите) и клиничките патеки;
- 43) 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;
- 44) Здравствената установа е должна да ги пружа основните здравствени услуги од дејноста за која е регистрирана во согласност со Законот за здравственото осигурување за сите осигурени лица со приложена соодветна документација;

- 45) Здравствената установа да достави обновена лиценца за работа во мрежата на здравствени установи издадена од страна на Министерството за здравство;
- 46) Здравствената установа да не ја злоупотребува електронска здравствена картичка (ЕЗК) на осигуреното лице;
- 47) Здравствената установа е должена на крајот на секој работен ден да врши заштита на податоците од електронското работење (backup) на преносен медиум (USB, CD или друга локација);
- 48) Здравствената установа е должна при користење на податоците од веб портал/ веб сервисите на Фондот да се придржува на одредбите за заштита на личните податоци;
- 49) Лекарот при препорачувањето на лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот е должен да ги почитува максимално дозволените количини согласно медицина базирана на докази.

## **Обврски на здравствената установа за лицата опфатени со меѓународни договори за социјално осигурување – странски осигуреници**

### **Член 22**

На лицата опфатени со склучени (превземени) меѓународни договори за социјално осигурување - странски осигуреници, кои се наоѓаат на привремен престој во Република Македонија, здравствената установа се обврзува да обезбедува итни и неопходни здравствени услуги врз основа на договорен меѓународен двојазичен образец, или врз основа на Потврда за право на користење здравствени услуги на странски осигуреник и членовите на неговото семејство, издадена од подрачна служба на Фондот, или врз основа на европска картичка за здравствено осигурување (European Health Insurance Card - EHIC), доколку со таа земја Фондот има потпишано посебен договор за користење на европската картичка за здравствено осигурување на територија на Република Македонија, или врз основа на Привремена Потврда/Сертификат, доколку европската картичка е во изработка.

Здравствената установа за извршените здравствени услуги на осигурените лица опфатени во став 1 на овој член, наплатува партиципација согласно Одлуката за утврдување на висината на учество на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови.

Здравствената установа до подрачната служба на Фондот, каде што е седиштето на здравствената установа, најдоцна до 10-тиот ден од тековниот месец за претходниот месец, доставува во електронска и во пишана форма посебна фактура и спецификација, и во пишана форма пресметка/и за осигурените лица опфатени во став 1 на овој член, и во нив ја искажува и намалува пресметаната и наплатената партиципација. Во пресметката/ите здравствената установа е должна да ги наведе сите обезбедени здравствени услуги по референтните цени утврдени од Фондот за специјалистичко-консултативна здравствена заштита, и по ДСГ методологија, односно по утврдени референтни цени за болничка здравствена заштита.

Доколку осигурено лице од став 1 на овој член бара над стандардно сместување, таквото сместување не паѓа на товар на средствата на Фондот.

Во прилог на секоја фактура здравствената установа задолжително доставува копија од договорен меѓународен двојазичен образец, или копија од Потврда за право на користење здравствени услуги на странски осигуреник и членовите на неговото семејство, издадена од подрачна служба на Фондот, или копија од европска картичка за здравствено осигурување (European Health Insurance Card - EHIC), или копија од Привремена Потврда/Сертификат, и копија од потпишана Изјава/Верификација.

Здравствената установа е должна за вршење на здравствените услуги на осигурените лица опфатени во став 1 на овој член да обезбеди лекови според Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот и други потрошни материјали, потребни за целосно завршување на здравствените услуги за одредено заболување согласно медицина базирана на докази.

Здравствената установа на осигурените лица опфатени во став 1 на овој член може да дава упат за дијагностицирање и лекување само за здравствени установи кои имаат договор со Фондот, согласно одредбите од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување.

Лекарот специјалист/субспецијалист е должен да издаде потврда за ортопедско и друго помагало за осигурените лица опфатени во став 1 од овој член согласно на одредбите од Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала, само во случај на итно потребно помагало.

### **Водење на посебни евиденции**

#### **Член 23**

Здравствената установа се обврзува на посебен образец С кој е истакнат на веб страната на Фондот веднаш, а најдоцна во рок од 10 дена да ја извести Подрачната служба на Фондот за сите случаи кои се последица од: сообраќајна несреќа, несреќа на работа, професионална болест и повреди предизвикани со нанесување на телесни повреди од други лица и ќе ги доставува потребните податоци за покренување на постапка за регрес.

Здравствената установа се обврзува за пружената здравствена заштита во врска со лекувањето како последица на причините наведени во став 1 на овој член, посебно да ги евидентира пресметките (фактурите) за извршените здравствени услуги во здравствената установа и со посебен допис да ги достави до подрачната служба на Фондот.

Доколку здравствената установа за наведените случаи не постапи според одредбите на овој договор, Фондот ќе го исплати договорениот надоместок намален за висината на лекувањето.

### **Користење на средствата во здравствената установа**

#### **Член 24**

Со средствата остварени според овој договор, здравствената установа располага самостојно.

Здравствената установа средствата добиени според овој договор треба да ги користи за пружање на здравствени услуги на осигурените лица, односно не смее да ги користи за други цели со кои би предизвикала намалување на обемот и квалитетот на здравствените услуги на осигурените лица.

Средствата остварени од заштеди, здравствената установа може да ги користи за континуирана медицинска едукација и унапредување на дејноста на здравствената установа.

### **Обврски на Фондот**

#### **Член 25**

**Фондот е обврзан да:**

1. Вши контрола на примената на одредбите од Законот и подзаконските акти и другите прописи, како и контрола на спроведување на одредбите на овој договор;
2. Го плаќа надоместокот за обезбедените здравствени услуги во согласност со овој договор;
3. Врши контрола на фактурите и видот и обемот на договорените здравствени услуги;

4. Го проверува решението на здравствената установа;
5. По потреба врши проверка на критериумите врз основа на кој е склучуван договорот;
6. Го следи износот на рефундирани средства на осигурените лица за лекови од Листата на лекови и медицински материјал и кои здравствената установа била должна да ги обезбеди и ја намалува висината на надоместокот на здравствената установа за рефундираниот износ;
7. Ги следи лекувањата во странство и информации од здравствените установи за преземените мерки за обезбедување на обука на кадарот и капацитети;
8. Да ги информира здравствените установи за новите договорени здравствени услуги во Македонија преку веб страницата на Фондот;
9. 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;
10. Фондот ја следи пресметаната и наплатената партиципација од страна на здравствената установа;
11. Фондот се обврзува да даде писмено известување (задолжување) за делот од фактурата којшто не е исправен и не се прифаќа;
12. Да им овозможи на здравствените установи преку својот веб порталот/веб сервиси да добијат податоци за платен придонес и податоци за здравственото осигурување за осигурениците.

## **Контрола**

### **Член 26**

Овластени лица за контрола на Фондот согласно Правилникот за овластувања и начин на работа на контролата на Фондот за здравствено осигурување, во здравствената установа вршат контрола на: обезбедени здравствени услуги на осигурените лица, контрола на остварувањето на правата од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица, контрола на документацијата за пружени здравствени услуги на осигурени лица, почитување на Упатствата за практикување на медицина базирана на докази (протоколите) на извршените здравствени услуги заради укажување за откриените неправилности до Министерство за здравство и Државен санитарен здравствен инспекторат, критериуми за оценка за привремена спреченост за работа, контрола на економично и рационално користење на средствата од надоместокот, контрола на доставените фактури до Фондот, контрола на примена на одредбите од Законот за здравственото осигурување и подзаконските акти донесени врз основа на тој Закон и другите прописи, како и контрола на спроведување на одредбите од овој договор.

Ликвидаторите на Фондот вршат контрола на фактурите, спецификациите, пресметките и останата пропратна документација согласно Упатството за фактурирање на здравствените услуги.

Здравствената установа се обврзува во секое време да им овозможи на овластените лица за контрола на Фондот увид во целокупното свое работење.

Постапката на доставување на приговор по извршена контрола во делот по записник/извештај, целосно е регулирана во Правилникот за овластувања и начин на работа на контролата на Фондот за здравствено осигурување.

### **Член 27**

Овластени лица за контрола на Фондот за вршење на мобилна и дежурна контрола во здравствените установи ја утврдуваат фактичката состојба во моментот на контролата, увид и проверка на медицинска и немедицинска документација, односно контрола на остварувањето на правата од задолжителното здравствено осигурување на осигурениците, контрола на евиденцијата на осигурените лица, контрола на документацијата за пружените здравствени услуги, почитување на упатствата за медицина базирана на докази на извршените здравствени услуги заради укажување за откриените неправилности до МЗ и ДСЗ,



критериуми за оценка за привремена спреченост за работа контрола на примена на одредбите од Законот за здравствено осигурување и подзаконските акти донесени врз основа на тој Закон и другите прописи, контрола на спроведување на одредбите од договорот.

Постапката на доставување на приговор по извршена мобилна и дежурна контрола во делот по записник/извештај, целосно е регулирана во Правилникот за овластувања и начин на работа на контролата на Фондот за здравствено осигурување.

### **Раскинување на договорот**

#### **Член 28**

Овој договор може да се раскине спогодбено во писмена форма.

Договорот може да се раскине со писмено известување, со отказан рок од 30 дена од денот на приемот на писменото известување.

### **Еднострано раскинување на договорот**

#### **Член 29**

Фондот има право во секое време без отказан рок еднострано да го раскине договорот со здравствената установа. Договорот се смета дека е раскинат од денот на приемот на доставницата, освен во случаи кога два пати е направен безуспешен обид за достава и тоа:

1. Во случај на стечај или ликвидација на здравствената установа односно доколку и биде изречена мерка забрана за вршење на дејност;
2. Ако здравствената установа континуирано не пружа здравствени услуги според позитивните законски прописи;
3. Ако не негува добри деловни односи;
4. Доколку не се извршуваат здравствените услуги од член 2 на овој договор.

#### **Член 30**

Договорните страни за одредени повреди на одредбите од овој договор се согласни за наплата на договорна казна.

Износот на договорната казна, повредите за кои е определена можност за договорна казна како и рокот за исплата на договорна казна се утврдени со овој договор.

Доколку се утврдат повреди за кои се предвидени различни висини на договорни казни, кои се однесуваат на здравствената установа, ќе се применува повисоката договорна казна.

Доколку за настаната повреда е изречена опомена и истата нема да биде отстранети во рок од 8 дена со пониската договорна казна, со исклучок на повреди при кодирање на ДСГ метода.

Доколку при повторна контрола се утврди дека е веќе изречена опомена поради, повреди при кодирање на ДСГ метода, се изрекува пониската договорна казна.

При изрекување на договорната казна за неправилности при кодирање според ДСГ метода ќе се толерираат грешки најмногу до 5 % од контролираните истории на болест, освен за договорната казна од член 34.

Со исполнувањето на договорната казна за одредена повреда, истата важи за утврдени повреди до исполнувањето на договорната казна, а не се однесува за натамошниот период на важењето на договорот.

Со утврдување на договорната казна, здравствената установа се обврзува веднаш да ги отстрани утврдените повреди за кои е составен записникот/извештајот од извршена контрола.

Доколку договорната казна не се уплати во утврдениот рок, овој договор еднострано се раскинува од страна на Фондот, од денот на доставувањето на известувањето од Фондот. Обврската за договорната казна останува да се наплатува по судски пат.

Доколку во текот на 12 месеци за повреда, непочитување на Упатствата за практикување на медицина базирана на докази (протоколи) веќе два пати му е изречена договорна казна и при повторни контроли се утврди дека истата се повторува, Фондот без постапка мериторно ќе изрече договорна казна во дуплиран износ од претходно изречената договорна казна.

Рокот за исплата на договорната казна изнесува 30 дена од денот на доставувањето на известувањето од Фондот и се врши со уплата на договорната казна на сметката на Фондот.

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

Ако при следна контрола на веќе казнета здравствена установа се утврди повреда на договорните одредби на истата, ќе се изрече повторно соодветна договорна казна.

Доколку здравствената установа стори повреди на договорните одредби во последните три месеци од важењето на договорот склучен за 2010/2011 година и анексите на договорот за 2012 и 2013 година, поради постоење на континуитет во работењето со Фондот, со склучување на овој договор Фондот го задржува правото да му изрече договорна казна, во зависност од сторената повреда.

Изрекувањето на договорната казна не ја ослободува здравствената установа од поведување на прекршочни санкции доколку е сторен прекршок според член 84 од Законот за здравствено осигурување.

### **Член 31**

**Договорна казна во износ од 75.000,00 денари се утврдува за следните повреди:**

1. Доколку здравствената установа наплатува на осигурените лица партиципација спротивно на важечките прописи или не ја врати во рок определен од Фондот погрешно наплатената партиципација на осигуреното лице;
2. Доколку здравствената установа на осигуреното лице не му издаде соодветен доказ (запис на отпусното писмо, конзилијарно мислење или друг доказ со кој ќе се потврди фактичката состојба), во случај кога не се обезбедени лековите и материјалите од член 13 на овој договор;
3. Доколку здравствената установа на посебен образец (Образец С) веднаш, а најдоцна во рок од 10 дена не ја извести Подрачната служба на Фондот за сите случаи кои се последица од: сообраќајна несреќа, несреќа на работа, професионална болест и повреди предизвикани со нанесување на телесни повреди од други лица и да ги доставува потребните податоци за покренување на постапка за регрес;
4. Доколку здравствената установа ја наплатува партиципацијата спротивно на законските прописи, не води правилна и уредна евиденција за наплатената партиципација или не издава потврда за наплатено учество;
5. Доколку здравствената установа доставува невистинити податоци до Фондот;
6. Ако здравствената установа не овозможи вршење на контрола од страна на Фондот;
7. Доколку здравствената установа здравствените услуги за осигуреното лице ги фактурира по ДСГ метода, а истовремено и по пакети за завршени епизоди на лекување;
8. Доколку здравствената установа фактурира здравствените услуги со цени различни од референтните цени утврдени со Одлука за утврдување на референтни цени на пакети за завршени епизоди на лекување за специјалистичко консултативна здравствена заштита;
9. Доколку здравствената установа намерно ги избира несоодветните специјалистички пакети со повисока вредност со цел да ја зголеми фактурата;
10. Доколку здравствената установа не води сметка за тоа дали лекарот правилно издава потврда за потреба од ортопедско помагало, препорака за користење на лек како и за тоа дали при издавањето

- на прелогот за боледување ги почитува Критериумите за дијагностички постапки оценка на привремена спреченост за работа поради болест, повреда или нега на болен член на семејството;
11. Доколку здравствената установа не го извести Фондот за постапката која ја има преземено против лекарот и другите одговорни лица за кои Фондот има утврдено неправилности во делот на издавањето на потврда за потреба од ортопедско помагало, препорака за користење на лек, односно неправилното издавање на препорака за боледување;
  12. Доколку здравствената установа фактурира здравствени услуги кои не се извршени или здравствени услуги за кои нема соодветна пропратна документација пропишана со Упатството за фактурирање;
  13. Доколку здравствената установа работи спротивно на договорните одредби за кои не е предвидена договорна казна согласно согласно одредбите од овој договор;
  14. Доколку здравствената установа го упати осигуреникот за дијагностицирање и лекување во здравствени установи кои немаат склучено договор со Фондот;
  15. Доколку лекарот не го почитува Правилникот и Критериумите за дијагностичките постапки и оценка на привремената спреченост за работа поради болест и повреди или потребат а за нега на болен член од потесното семејство;
  16. Доколку здравствената установа не изготви листа на чекање и не ја почитува истата;
  17. Доколку здравствената установа води некомплетна медицинска документација (анамнеза и статус, отпусно писмо, температурна листа, оперативен протокол и др.) според Законот за водење на медицинска евиденција;
  18. Ако го оневозможува или отежнува остварувањето на правата од задолжително здравствено осигурување.

### **Член 32**

**Договорна казна во износ од 35.000,00 денари се утврдува за следните повреди:**

1. Доколку во рок од 20 дена не го извести Фондот за било какви промени (статусни, седиште, проширување, промена на дејноста, измени на бројот на организациони единици и сл.);
2. Доколку здравствената установа не води евиденција согласно законските прописи, актите на Фондот и овој договор;
3. Доколку здравствената установа во договорениот рок не ги доставува бараните податоци до Фондот согласно овој договор;
4. Доколку здравствената установа не ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност;
5. Доколку здравствената установа не обезбедува здравствени услуги на сите осигурени лица без дискриминација;
6. Доколку здравствената установа не води уредна евиденција за сите набавени материјали и лекови со доказ за набавката и рокот на употреба;
7. Доколку здравствената установа на секое тромесечје не доставува до Фондот и Министерството за здравство најмалку 4 клинички патеки согласно образецот на Министерството за здравство за првите 4 најчести дијагнози според последниот годишен ДСГ извештај патологија;
8. Доколку здравствената установа не достави до Фондот најмалку 2 клинички протокола за примена на специфични и скапи лекови во соодветната установа (за Универзитетски клиници);
9. Доколку здравствената установа не го почитува Упатството за фактурирање на здравствени услуги издадено од Фондот и електронскиот начин на фактурирање;
10. Доколку здравствената установа не го почитува Упатствата за практикување на медицина базирана на докази (протоколите) и клиничките патеки;

11. 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;
12. Доколку здравствената установа не обезбеди лекови од целокупниот асортиман од Листата на лекови, медицински потрошни и други материјали неопходни за пружање на здравствената.

### Член 33

**Пред спроведување на казнените одредби на здравствената установа и се упатува писмена опомена за следните повреди:**

1. На видно место не истакне ознака дека има склучено договор со Фондот и нема истакнато работно време;
2. На видно место не ја истакне Одлуката за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите;
3. Доколку постои оправдано писмено незадоволство на осигурениците кои ги користат здравствените услуги;
4. Доколку не го запазува утврдениот рокот од 48 часа за кодирање на испишаните пациенти – осигуреници, освен за случаите кои се врзани за одредени резултати;
5. Доколку историите на осигурените лица се постари од 3 месеци од доставената фактура;
6. Доколку здравствената установа не доставува редовни месечни извештаи во пропишаната електронска форма до план и анализа на е-маил [plan@fzo.org.mk](mailto:plan@fzo.org.mk);
7. Доколку во утврдениот рок не достави усогласен план за вид и обем на здравствени услуги на меил адреса [dogovori@fzo.org.mk](mailto:dogovori@fzo.org.mk);
8. Доколку здравствената установа нема извршено набавка на компјутерска опрема и интернет поврзување;
9. Доколку здравствената установа во договорениот рок не ги доставува бараните податоци согласно овој договор до Фондот;
10. Доколку здравствената установа не достави фактура најдоцна до 15-ти во месецот за претходниот месец;
11. Доколку здравствената установа има неправилности при кодирање на пациентите според ДСГ методологијата во случаи кога не се менува ДСГ кодот за следните повреди:
  - Погрешно кодирана примарна дијагноза
    - спротивно на правилата за кодирање
    - несоодветна со медицинската документација
  - Погрешно кодирана секундарна дијагноза
    - спротивно на правилата за кодирање
    - несоодветна со медицинската документација
  - Погрешно кодирана процедура
    - несоодветна според медицинската документација
    - нема доказ во медицинската документација
  - Погрешно внесени податоци
    - тип на испис
    - датум на прием и испис
    - пол
    - телесна тежина и денови на возарст кај деца под една година

12. Доколку придонесот за задолжителното здравствено осигурување редовно не се уплатува согласно законот.

#### **Член 34**

**Договорна казна за неправилности при кодирање на пациентите според ДСГ методологијата по контролиран репрезентативниот примерок во висина од 5 % од фактурираниот износ по ДСГ за соодветниот месец се утврдува за следните повреди:**

- Водење на медицинска документација за пациенти кои не се хоспитализирани или во моментот на контролата пациентот не е во болница (фиктивна историја на болест).

#### **Член 35**

**Договорна казна за неправилности при кодирање на пациентите според ДСГ методологијата по контролиран репрезентативниот примерок во висина од 3,5 % од фактурираниот износ по ДСГ за соодветниот месец се утврдува за следните повреди:**

1. Добиен несоодветен ДСГ код во однос на погрешна примарна или секундарна дијагноза или процедура со правилно прекодирање се добива друг ДСГ код:
  - при внесување на податоци кои не соодветствуваат со медицинската документација.
  - кодирање спротивно од правилата за кодирање. Погрешно внесени податоци
  - тип на испис
  - датум на прием и испис
  - возраст
  - телесна тежина и денови на возарст кај деца под една година

Со правилно прекодирање се добива друг ДСГ код.

#### **Член 36**

**Договорна казна за неправилности при кодирање на пациентите според ДСГ методологијата по контролиран репрезентативниот примерок во висина од 2,5% од фактурираниот износ по ДСГ за соодветниот месец се утврдува за следните повреди:**

1. Кодирање на пациенти кои се фактурираат по стара метода
  - физикална терапија
  - не се хоспитализирани туку повеќекратно се примаат само за апликација на терапија
2. Двојно кодирање на ист пациент за ист временски период
3. Добиени повеќе ДСГ кодови за ист пациент при префрлување од одделение на одделение во истата здравствена установа
4. Погрешно кодирање на пациенти без ноќевање (во однос на ДБ или ЕДБ)

#### **Член 37**

Во случај на еднострано раскинување на договорот од страна на Фондот согласно одредбите на овој Договор, Фондот не е во обврска да склучи нов договор со здравствената установа.

## **Начин на склучување на договори**

### **Член 38**

По претходно дадена согласност од здравствената установа, договорите со здравствените установи ќе се склучуваат исклучиво по електронски пат преку користење на услугите од веб порталот на Фондот со нивно електронско потпишување од страна на овластените лица. Електронска верификација на договорот овластеното лице на здравствената установа ќе ја врши со користење на електронска здравствена картичка (ЕЗК).

Договорот се смета за склучен откако ќе биде електронски верификуван од страна на овластените лице од двете договорни страни.

Секоја договорна страна го задржува правото да испечати примерок од електронски потпишаниот договор заради своја евиденција.

## **Промени на договорот**

### **Член 39**

За секоја промена на одредбите на овој договор, договорните страни склучуваат анекс на договорот.

## **Промена на прописите**

### **Член 40**

При промена (измени и дополнувања) на прописите кои се директно поврзани со примената овој договор (закони и подзаконски акти), доаѓа до промена на одредбите од договорот, согласно извршените измени.

Се што не е предвидено во одредбите на овој договор, важат одредбите од Законот за облигационите односи.

## **Судска надлежност**

### **Член 41**

За решавање на споровите што ќе настанат од овој договор, надлежен ќе биде Основен суд Скопје 2 Скопје на Р.Македонија.

Во случај на судски спор валидни ќе бидат податоците земени од електронска евиденција на податоци на Фондот врз основа на кој е склучен овој договор.

## **Влегување во сила на договорот**

### **Член 42**

Овој договор влегува во сила со денот на потпишувањето од двете договорни страни, а ќе се применува за период од 01.01.2014 до 31.12.2018 година.

## **ПРИЛОЗИ:**

- План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за секоја тековна година за специјалистичко-консултативни здравствени услуги по дејности,
- План на видот и обемот на ДСГ здравствени услуги на осигурените лица за секоја тековна година за болничка здравствена заштита по ДСГ метода;
- План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за секоја тековна година за останати болнички здравствени услуги (кои не се опфатени со ДСГ метода);
- Список на дејности и
- Образец ДКП за пресметковни квартални надоместоци.

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