



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 член 3 и 4 од 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 (Сл.весник на РМ бр.14/2008, 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 здравствена заштита во јавни здравствени установи

Склучен помеѓу:

1. Фонд за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фонд), застапуван Директор М-Р МАЈА ПАРНАРЦИЕВА-ЗМЕЈКОВА и Директор ЦЕМАЛИ МЕХАЗИ ХНЕМАЛИ МЕНАЗИ како купувач на здравствени, и
2. _____ со седиште на _____, _____ (во понатамошниот текст здравствена установа), застапувана од директорот _____ со трезорска сметка бр. _____ на фондот за буџетски корисник бр. «zigosmetka» што се води при Фондот за здравствено осигурување на Македонија, со даночен број «zu-danocen» 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, утврдување на видот, 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 здравствена заштита

Член 2

Здравствената установа врши дејност од:

- специјалистичко - консултативна 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-tesenie-broj» од «zu-tesenie-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 специјалистичко-консултативна здравствена заштита, превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување. Здравствените услуги на осигурените лица ги пружаат тимови на лекари 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, директор здравствената установа е должна да го извести Фондот.

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 порталот меѓудржавни 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 издавање на мислење, 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 и истиот ќе биде затворен во електронската 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 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 електронската 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 8 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 важечки законски прописи.

Лекарот специјалист/субспецијалист не може да го употребува факсимилот во друга здравствена установа, каде што не е вработен или нема склучено договор со Фондот.

Издадениот факсимил, здравствената установа односно лекарот е должен да го врати во Фондот кога исполнува услови за остварување на право на пензија и во случај на смрт на лекарот.

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

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 ќе биде затворен во електронската 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.

Затварањето на шифрата се спроведува во електронската евиденција на податоци со наведување на точен датум на затварање 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 затварање 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 известува Фондот за да се затвори бројот на шифрата во евиденцијата на податоци на Фондот.

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

За украдена шифра покрај барањето за затварање 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, поодделно за секоја година, во време на важење на договорот.

Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Видот и обемот на здравствените услуги во специјалистичко консултативна здравствена заштита кои здравствената установа ги обезбедува на товар на средствата на Фондот ги понудува со план за за вид и обем на здравствени услуги, за секоја година, во време на важење на договорот.

Услугите во планот, треба да бидат прикажани согласно основниот пакет на здравствените услуги утврден во Законот за здравственото осигурување.

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. на утврден образец прилог кон договорот-План за видот и обемот на здравствени услуги. Истите се доставуваат во пишана и електронска форма на е-маил dogovori@fzo.org.mk.

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.

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

Следење на резултатие од извршената работа

Член 7

За следење на успешноста на работењето во здравствената установа по квартали 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.

Здравствената установа известувањето за резултатите од извршената работа за наведените индикатори ги доставува до Фондот еднаш во годината.

Цени на здравствените услуги

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 упроечени како најчесто групирани услуги, врз основа на медицина базирана на докази, по упат на избран лекар или друг вид на упат.

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.

Референтните цени на здравствените услуги во специјалистичко-консултативна се утврдени со Одлука на Управниот одбор на Фондот.

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

Во референтната цена се вклучени трошоците утврдени согласно Методологија за утврдување на референтните цени, донесена од Управниот одбор на Фондот.

Утврдување на надоместок

Член 8

Надоместокот се утврдува врз основа на Одлуката и Правилникот за утврдување на критериуми на буџетите на здравствените установи во превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување, специјалистичко-консултативна здравствена заштита на Фондот утврдени за таа намена и се смета како договорен надоместок за специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги, и се смета како договорен надоместок за специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги, за секоја година поделно 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.

Висината на вкупниот договорен надоместок се утврдуваат со Одлука на Управниот одбор на Фондот за период од јануари-декември секоја 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

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 неосстварената 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, на тромесечје врз основа на анализа за остварување по вид и обем.

Начин на пресметување и плаќање на обезбедени здравствени услуги

Член 9

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 месечен 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.

Член 10

Здравствената установа се обврзува најдоцна во рок од 15 дена по завршување на месецот за кој се врши фактурирањето, до Подрачната служба на Фондот каде е седиштето на здравствената установа да достави електронски фајл со спецификации по дејности, за завршените здравствени услуги во специјалистичко консултативна 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 е 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 .

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

здравствена заштита на завршени епизоди на лекување со пропратната документација само за странските осигуреници се доставуваат во 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 во посебен извештај. За здравствени услуги извршени над договорениот 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 надоместок 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.

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 11

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

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 12

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 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.

Член 13

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 и друг медицински потрошен материјал.

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

Член 14

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

Здравствената установа е должна да води сметка за тоа дали лекарот правилно дава препорака за користење на лек како и тоа дали при издавањето на препорака за боледување ги почитува Критериумите за дијагностички постапки оцена на привремена спреченост за работа поради болест, повреда или нега на болен член на семејството.

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.

Член 15

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 16

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.

Член 17

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 18

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 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), 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;
19. Да достави усогласен План за вид и обем на здравствени услуги со договорениот надоместок на е-маил dogovori@fzo.org.mk;
20. Да негува добри деловни односи со Фондот;
21. Да ја развива здравствена заштита според потребите на населението;
22. 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 оценка;
23. Пружената здравствена услуга да се прикажува со соодветен специјалистички пакет;
24. Да не врши групирање во специјалистички пакети заради стекнување на поголеми материјални средства и да дава точни податоци за видот и обемот на услугите;
25. 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;
26. Да дава здравствени услуги само за дејности за кои има склучено договор со Фондот;
27. 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 го упати осигуреното лице да оствари здравствена заштита на повисоко ниво;
28. 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;

29. 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;
30. Лекарот специјалист да издава потврда и/или специјалистички извештај со препорака за ортопедско и друго помагало согласно одредбите од Правилникот за индикации за остварување на право на ортопедски и други помагала;
31. 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;
32. 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;
33. Здравствената установа е должна да води уредна евиденција за сите набавени и потрошени материјали и лекови со доказ за набавката и рокот на траење;
34. 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;
35. Здравствената установа да достави обновена лиценца за работа во мрежата на здравствени установи издадена од страна на Министерството за здравство;
36. Здравствената установа да не ја злоупотребува електронска здравствена картичка (ЕЗК) на осигуреното лице;
37. 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);
38. 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;
39. Здравствената установа е должна да ги почитува Упатствата за практикување на медицина базирана на докази (протоколите) и клиничките патеки.

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

Член 19

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 - ЕНИС), 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 15-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.

Доколку осигурено лице од став 1 на овој член бара користење на повисок стандард на здравствени услуги, таквите услуги не паѓаат 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 - ЕНИС), 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 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 20

Здравствената установа се обврзува на посебен образец С кој е истакнат на веб-страницата 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 21

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 22

Фондот е обврзан да:

1. Врши 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 кои здравствената установа била должна да ги обезбеди и ја намалува висината на надоместокот на здравствената установа за рефундираниот износ;

7. Фондот ја следи пресметаната и наплатената партиципација од страна на здравствената установа;
8. Фондот се обврзува да даде писмено известување (задолжување) за делот од фактурата којшто не е исправен и не се прифаќа;
9. Да ги информира здравствените установи за новите договорени здравствени услуги во Македонија преку веб страницата на Фондот;
10. 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 23

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 евиденција на осигурените лица кои го избрале избраниот лекар, контрола на документацијата за пружени здравствени услуги на осигурени лица, почитување на Упатствата за практикување на медицина базирана на докази (протоколи) 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, контрола на извршените активности за постигнување на определени цели кај избраниот лекар, 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 и контрола 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 24

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 ДСЗИ, 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 25

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 26

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 двапати 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 27

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 е предвидено договорна казна и еднострано раскинување на договорот, се применува едностраното раскинување на договорот.

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 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 28

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 извештај или друг доказ со кој ќе се потврди фактичката состојба);
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 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;
8. Доколку здравствената установа намерно ги избира несоодветните специјалистички пакети со повисока вредност со цел да ја зголеми фактурата;
9. Ако со работата се нанесе штета на Фондот;
10. Доколку здравствената установа не води сметка за тоа дали лекарот правилно дава препорака за користење на лек;
11. Доколку здравствената установа фактурира здравствени услуги кои не се извршени или здравствени услуги за кои нема соодветна пропратна документација пропишана со Упатството за фактурирање;
12. Доколку здравствената установа работи спротивно на договорните одредби за кои не е предвидена договорна казна согласно одредбите од овој договор;
13. Доколку здравствената установа го упати осигуреникот за дијагностицирање и лекување во здравствени установи кои немаат склучено договор со Фондот;
14. 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 неа на болен член од потесното семејство;
15. Доколку здравствената установа не изготви листа на чекање и не ја почитува истата;
16. Доколку здравствената установа води некомплетна медицинска документација според Законот за водење на медицинска евиденција.

Член 29

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 не го почитува Упатството за фактурирање на здравствени услуги издадено од Фондот и електронскиот начин на фактурирање;
8. Доколку здравствената установа не ги почитува Упатствата за практикување на медицина базирана на докази (протоколите) и клиничките патеки;
9. 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;
10. Доколку здравствената установа не обезбеди лекови од целокупниот асортиман од Листата на лекови, медицински потрошни и други материјали неопходни за пружање на здравствената услуга.

Член 30

Пред спроведување на казнените одредби на здравствената установа и се упатува писмена опомена:

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 здравствената установа не доставува редовни месечни извештаи во пропишаната електронска форма до план и анализа на е-маил plan@fzo.org.mk;
5. Доколку во утврдениот рок не достави усогласен план за вид и обем на здравствени услуги на мејл адреса dogovori@fzo.org.mk;
6. Доколку здравствената установа нема извршено набавка на компјутерска опрема и интернет поврзување;
7. Доколку здравствената установа во договорениот рок не ги доставува бараните податоци согласно овој договор до Фондот;
8. Доколку здравствената установа не достави фактура најдоцна до 15-ти во месецот за претходниот месец;
9. Доколку придонесот за задолжителното здравствено осигурување редовно не се уплатува согласно законот.

Начин на склучување на договори

Член 31

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 32

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

Промена на прописите

Член 33

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 34

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 35

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,
- Список на дејности и
- Образец ДКП за пресметковни квартални надоместоци.
-

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