



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 Р.М. 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013 и 91/2013) и Правилникот за критериумите за склучување договори и начинот на плаќање на здравствените установи во болничката здравствена заштита (Сл. Весник бр.14/2008, 118/2008,164/2008, 16/2010, 44/2010, 63/2010, 63/2010, 171/2010, 95/2011 и 181/2011, се склучува

Д О Г О В О Р

за извршување и плаќање на здравствени услуги во областа на очна хирургија на осигурени лица во Фондот за здравствено осигурување на Македонија

Склучен помеѓу:

1. Фонд за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фонд), застапуван од Директор М-Р МАЈА ПАРНАРЦИЕВА-ЗМЕЈКОВА и Директор ЦЕМАЛИ МЕХАЗИ ХНЕМАЛИ МЕНАЗИ како купувач на здравствени услуги, и
2. _____ со седиште на _____, _____ (во понатамошниот текст Здравствена установа), со даночен број _____, и трансакциска сметка бр _____, што се води во _____ застапувана од директорот _____ 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 услуги на осигурените лица, од областа на очна хирургија, 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, услови за раскинување на договорот, како и други прашања кои се однесуваат за уредување на меѓусебните односи помеѓу договорните страни.

Давател на услуги во болничка здравствена заштита

Член 2

Здравствена установа ќе пружа здравствени услуги од болничка здравствена заштита од дејноста:

- Очна хирургија

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, издадено од Министерство за здравство и образецот за дејности за кој се склучува договорот, потпишан од директорот на здравствената установа.,

Здравствената установа својата дејност ја обавува со соодветен стручен кадар согласно Правилникот за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи и кои имаат добиено лиценца за работа.

Здравствените услуги на осигурените лица, 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 начинот на плаќање на здравствените установи во болничката здравствена заштита, ги пружаат лекари специјалисти, вработени со полно работно време во здравствената установа кои имаат добиено лиценца за работа.

Здравствената установа која нема обновено лиценца за работа во мрежата на здравствени установи, за секоја статусна промена или измена на бројот на лекарите склучува Анекс на овој договор со Фондот. Прилог 1 на овој договор.

Здравствената установа која има лиценца за работа од страна на Министерството за здравство во мрежата на здравствени установи за секоја измена на бројот на лекар/и/ и за секоја статусна промена на здравствената установа, склучува анекс на овој договор со Фондот по претходно доставен соодветен документ од Министерството за здравство за спроведената промена.

За секоја промена на седиштето, управителот и трансакциската сметка здравствената установа е должна да го извести Фондот во рок од 20 дена и да започне постапка за промена во Министерството за здравство, доколку има потреба за истото.

Член 3

Здравствената установа е должна на осигурените лица да им пружа целосна, квалитетна, навремена, економична, ефективна и ефикасна болничка здравствена заштита од дејноста за која се склучува овој договор со примена на медицина базирана на докази, во согласност со одредбите на Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Правилникот за критериуми за склучување договори и начинот на плаќање на здравствени услуги на осигурените лица во

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. Здравствените услуги дадени на осигурените лица 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 хирург од областа за која се склучува договорот, 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 хирург 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 го користи факсимилот само лично при давање 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 факсимилот од друг лекар или друго лице се смета за злоупотреба од страна на лекарот 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.

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.

Лекарот хирург 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 според Законот за 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 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 базата 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.

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.

Вид и обем на здравствени услуги

Член 5

Здравствената установа се обврзува да ги извршува здравствените услуги од областа на очна хирургија и детска очна хирургија прецизно дефинирани во посебните прилози кон договорот-Планови по вид и обем на здравствени услуги.

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 услуги групирани по ДСГ по референтни цени и по пакети на завршени епизоди на лекување по референтни цени за останати хируршки интервенции за очна хирургија.

Во прилозите кон договорот со планот се определени ДСГ групи и пакети на завршени епизоди на лекување за останати хируршки интервенции за очна хирургија, бројот на случаи и нивното учество во вкупните средства за трите области посебно.

Здравствената установа за време на важење на договорот во рамки на утврдениот надоместок, се обврзува на осигурените лица да им ги пружа здравствените услуги утврдени во овој договор.

Видот и обемот на здравствените услуги кои здравствената установа ги обезбедува на товар на средствата на Фондот ги понудува со плановите за тековната година во посебни планови за очна хирургија и детска очна хирургија кои претставуваат договорени здравствени услуги и кои здравствената установа треба да ги оствари во тековната година

Здравствените услуги се планираат на годишно ниво поединечно по број на случаи по утврдени референтни цени како завршени здравствени услуги групирани по ДСГ и по пакети на завршени епизоди на лекување за останати хируршки интервенции за очна хирургија.

Плановите за видот и обемот 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.

Утврдување на надоместокот

Член 6

Фондот утврдува посебни надоместоци за очна хирургија и одделно за детска очна хирургија во зависност од средствата во Буџетот на Фондот, определени за таа намена, и истите се сметаат како договорени износи за извршените здравствени услуги што ќе бидат според кварталната динамика утврдена во плановите за

тековната година. Надоместоците се утврдуваат на годишно ниво за секоја година во периодот на важење на договорот.

Надоместокот се состои од надоместок спрема остварената вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, намален за износот на пресметаната партиципација.

Висината на вкупните договорени надоместоци се утврдува 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

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, вклучувајќи ги сите здравствени услуги и лекови кои се користат за предоперативна припрема на осигуреното лице.

Доколку се изврши измена на висината на надоместокот од став 2 на овој член ќе се измени и планот на видот и обемот на здравствените услуги кој е составен дел на овој договор.

Доколку здравствената установа не го исполнува планот и договорениот надоместок со ревидирање може да се намалат средствата и неостварената вредност да се прераспредели за ист вид на здравствени услуги на други здравствени установи кои оствариле поголема вредност од договорениот надоместок.

Доколку здравствената установа не го исполнува планот за една од договорените области на хируршките интервенции не може средствата од неостварените здравствени услуги да ги пренасочи во другиот план за здравствени услуги.

Здравствената установа не смее да ги надмине поединечните планови за договорените здравствени услуги

Во состојби кога се работи за итен случај каде е загрозен животот на осигуреното лице здравствената установа ќе пристапи кон извршување на неопходна интервенција или итен хируршки зафат.

Здравствената установа се обврзува да ги планира итните случаи на годишно ниво према итните случаи во преходната година и за извршените итни случаи да го известат Фондот најдоцна до десетти во месецот за претходниот месец.

Итните случаи се фактурираат заедно со останатите редовни случаи и истите влегуваат во вкупниот договорен надоместок. Како дополнителна пропратна документација за секој итен случај треба да се содржи мислење од интернист специјалист или хирург.

Ревидирање може да се врши со Одлука на Управен Одбор при промена на расположливите средства на Фондот за таа намена.

Цени на здравствените услуги

Член 7

За болничката здравствена заштита здравствените услуги се искажуваат по дијагностички сродни групи-ДСГ по референтни цени и референтни цени на Фондот по пакети на завршени епизоди на лекување за останати хируршки интервенции за очна хирургија.

Во референтната цена се вклучени трошоците утврдени согласно Методологијата за утврдување на референтните цени.

Референтните цени на здравствените услуги во болничка здравствена заштита се утврдени со Одлука на Управниот одбор на Фондот.

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

Начин на пресметување и плаќање на обезбедени здравствени услуги

Член 8

Надоместоците за извршените здравствени услуги на осигурените лица се плаќаат на здравствената установа врз основа на доставена месечна фактура за извршени услуги во рамките на договорениот обем. Фактурите се доставуваат во пишана и електронска форма според 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.

Здравствената установа фактурата за завршени здравствени услуги, опфатени со планот, задолжително ја доставува - до Подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на здравствената установа до 10-ти во месецот за претходниот месец.

Фактурите се изготвуваат според утврдените цени за извршените хируршки интервенции со број на случаи според утврдени референтни цени.

Во прилог кон фактурата здравствената установа задолжително доставува спецификација за извршени здравствени услуги.

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 болничка здравствена заштита на завршени епизоди на лекување со пропратната документација само за странските осигуреници се доставуваат во Фондот.

Здравствената установа ја води евиденцијата и изготвува пресметки за секое осигурано лице со потврда за платен придонес односно електронска здравствена картичка (ЕЗК), болнички упат, отпусно писмо по осигурени третирани лица во согласност со Упатството за фактурирање.

Вкупниот износ во пресметката за извршените здравствени услуги во месецот по осигурано лице се намалува за износот на пресметаната партиципација, согласно Одлука за висината на учество на осигурените лица во вкупните трошоци за извршените здравствени услуги и лековите.

Фактурите за здравствените услуги намалени за пресметаната партиципација за сите месеци во кварталот се доставуваат до висина на утврдените договорени квартални надоместоци. Вкупниот фактуриран износ за здравствените услуги не смее да го надмине вкупниот износ на договорениот надоместок за соодветниот квартал. За здравствените услуги извршени над износот на кварталниот договорен надоместок за период на важење на договорот се искажува во посебен извештај кој служи за евиденција.

За услугите извршени над износот на договорениот квартален 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. Извештај служи за евиденција и анализа при утврдување на договорениот надоместок во

наредниот период. Здравствената установа извештајот го доставува откако ќе се оствари договорениот квартален надоместок. Содржината на извештајот е идентичен со содржината на фактурата/спецификацијата.

Контрола на фактурите се врши од страна на Фондот на квартално ниво задолжително во здравствената установа.

Здравствената установа е должна да врши плаќање на друга здравствена установа за услугите кои се составен дел на завршените здравствени услуги утврдени во овој договор, доколку ги побарала од таа здравствена установа.

Усогласувањето на остварената вкупна вредност за вкупно извршените здравствени услуги со договорениот надоместок определен со Пресметката за квартални надоместоци ДКН се врши на крајот на секое календарско тромесечје како и годишно усогласување со можност за репланирање на видот и обемот на здравствените услуги во рамките на педиечните годишни надоместоци.

Член 9

Исплатата на месечната фактура за извршените здравствени услуги на здравствената установа се врши во рок од 90 дена.

Обврски на здравствената установа

Член 10

Здравствената установа е должна за вршење на здравствените услуги од член 5 став 1 на овој договор, на осигурените лица да обезбеди лекови и други потрошни материјали потребни за целосно завршување на здравствените услуги, согласно медицина базирана на докази.

Здравствената установа е должна да ги врши бараните здравствени услуги кои се предмет на овој договор врз основа болнички упат издаден од избраниот лекар или друг соодветен упат. Здравствената установа треба да ги земе во предвид извршените испитувања од друга здравствена установа заради обезбедување на економичност и следење на резултатите за здравствената состојба на осигуреникот, освен доколку утврди неопходна потреба од нови или дополнителни испитувања.

Сите потребни дијагностички процедури (услуги), претходно треба да бидат направени во здравствени установи со кои Фондот има склучено договор, освен во случаите кога постојат неопходни медицински индикации тие да бидат примарно или повторно извршени.

Изведувањето на било какви дополнителни дијагностички или терапевтски процедури за време на изведувањето на здравствените услуги кои се дел од овој договор влегуваат во состав на здравствените услуги од овој договор и не смее дополнително да се наплатуваат од осигурениците на Фондот.

Доколку здравствената установа не ги обезбеди потребните материјали од став 1 на овој член, а осигурените лица ги набавиле со сопствени средства, договорениот месечен надоместок на здравствената установа ќе биде намален за износот на рефундираните средства за соодветниот месец.

За пружање на здравствените услуги предвидени во овој договор, здравствената установа треба во секое време да обезбеди стандарди услови на сместување на осигуреното лице на фондот.

Надстандардно сместување по барање на осигуреното лице, не паѓа на товар на средствата на Фондот.

Член 11

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 12

Доколку здравствената установа остварила приход од Фондот врз основа на невестинити и неточни податоци, по утврдување на невестинитоста и неточноста на податоците, за неправилно остварениот приход Фондот соодветно ќе го намали надоместокот за тековниот месец.

Член 13

Здравствената установа се обврзува да ги достават на увид сите потребни медицински податоци поврзани со осигуреното лице. Здравствената установа се обврзува на барање на Фондот да ги достават сите податоци, прегледи, извештаи во врска со здравствените услуги од овој договор.

Член 14

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

Член 15

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 16

Други обврски на здравствената установа:

1. Да нема селективен пристап за пружање на здравствените услуги предвидени со овој договор на осигурените лица;
2. Да го уплатува придонесот за задолжително здравствено осигурување согласно законските одредби и да води уредна евиденција;

3. Да обезбедува квалитетни здравствени услуги на сите осигурени лица без дискриминација;
4. Да ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност;
5. 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;
6. Да пресметува и наплатува партиципација согласно законските прописи, да издава потврда за наплатеното учество (партиципација), да не наплаќа дополнителни средства од осигурените лица, освен за утврденото учество како и да ги применува решенијата за ослободување од партиципација донесени од страна на Фондот, а повеќе или неправилно неплатеното учество за пружената здравствена услуга во рок определен од Фондот, да го врати на осигуреното лице.
7. Да му овозможи на Фондот вршење на финансиска и медицинска контрола на пружените здравствени услуги од член 4 на овој договор на осигурените лица на Фондот;
8. Да му овозможи на Фондот, увид и контрола на целокупната документација која е во врска со спроведувањето на овој договор;
9. Да обезбеди лекови и други потрошни материјали потребни за целосно завршување на здравствените услуги, согласно медицина базирана на докази.
10. Здравствената установа на видно место да ги истакне здравствените услуги утврдени во член 5 став 1 од овој договор за кои има склучено договор со Фондот;
11. Да ги доставува сите потребни извештаи и информации во пишана и електронска форма во врска со имплементацијата на овој договор;
12. Да негува добри деловни односи со Фондот;
13. Во историјата на болести да ги внесува анамнезата, статусот, тек на болест и оперативен протокол на пациентот согласно законските прописи;
14. Да се почитува и доследно применува ДСГ методата во болничка здравствена заштита;
15. Да не се врши прекодирање на случаите по ДСГ заради стекнување на поголеми материјални средства и да дава точни податоци за видот и обемот на услуги;
16. Во ДСГ образецот да внесува главна дијагноза според правилата за кодирање;
17. Во ДСГ образецот да внесува секундарни дијагнози според правилата за кодирање;
18. При кодирањето да не се внесува процедури за кои во медицинската документација нема докази дека се извршени и да ги внесува сите извршени процедури;
19. Да го запазува утврдениот рок од 48 часа за кодирање на испишаните пациенти-осигуреници, освен за случаите кои се временски условени со добивање на одредени резултати;
20. Да не ги кодира пациентите кои не се осигурени на Фондот, кои трошоците на лекувањето сами ги покриваат;
21. Да не кодираат здравствени услуги кои не се опфатени во подзаконските акти на Фондот и во договорот;

22. Историјата на болести задолжително да содржи копија од ДСГ образец потпишан од осигуреникот и отпусно писмо;
23. Лекарите специјалисти односно субспецијалисти при издавањето на препорака за временна спреченост за работа поради болест и повреда се должни да се придржуваат кон критериумите за дијагностички постапки и оценка;
24. Здравствената установа со потпишување на договорот се обврзува да достави контакт телефон е-маил адреса;
25. Здравствената установа е должна повеќе или неправилно неплатеното учество за пружената здравствена услуга да го врати на осигуреното лице.
26. Здравствената установа е должна на WEB 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;
27. Здравствената установа е должна да го почитува Упатството за фактурирање од Фондот.
28. 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.
29. 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.
30. Здравствената установа е должна да го известат Фондот за мирување на работниот однос по било кој основ над 30 дена на лекарот, заради затварање на факсимилот за време на мирувањето.
31. Здравствената установа е должна да достави усогласен План за вид и обем на здравствени услуги со договорениот надоместок на е-маил dogovori@fzo.org.mk
32. 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.
33. Здравствената установа да достави обновена лиценца за работа во мрежата на здравствени установи издадена од страна на Министерството за здравство;
34. Здравствената установа да не ја злоупотребува електронска здравствена картичка (ЕЗК) на осигуреното лице.
35. Здравствената установа е должна на крајот на секој работен ден да врши заштита на податоците од електронското работење (backup) на преносен медиум (USB, CD или друга локација);
36. 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;
37. Лекарот специјалист при издавањето на препорака за лекови од Листата на лекови на товар на Фондот е должен да ги почитува максимално дозволените количини согласно медицина базирана на докази.
38. Здравствената установа е должна да ги почитува Упатствата за практикување на медицина базирана на докази (протоколите) и клиничките патеки

39. Здравствената установа подготовка за хируршката интервенција која треба да е дел од фактурата за извршени здравствени услуги по ДСГ или по пакети на завршена епизода не смее да ја наплатува приватно.

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

Член 17

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 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 извршени здравствени услуги според референтните цените утврдени од Фондот.

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 - ЕНИС), или копија од Привремена Потврда/Сертификат, и копија од потпишана Изјава/Верификација.

Обврски на Фондот

Член 18

Фондот е обврзан да:

1. Врши контрола на примената на одредбите на Законот и подзаконските акти и други прописи, како и контрола на спроведување на одредбите на овој договор;
2. Контрола на доставените документи од страна на здравствената установа
3. Го плаќа надоместокот за обезбедените здравствени услуги во согласност со овој договор;
4. Врши контрола на фактурите и видот и обемот договорените здравствени услуги како и на пресметките на планираните и остварени здравствени услуги;
5. Го проверува овластувањето или акредитацијата на здравствената установа;
6. Врши тековна проверка на критериумите врз основа на кој е склучен договоро
7. Го следи износот на рефундираните средства на осигурените лица за лекови од Листата на лекови и медицински потрошен материјал, кои здравствената установа била должна да ги обезбеди и ја намалува висината на надоместокот на здравствената установа за рефундираниот износ
8. Да ги информира здравствените установи за новите договорени здравствени услуги
9. Ги следи неправилностите за издадени ортопедски помагала, препораки за лекови и боледувања
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 19

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, почитување на упатствата за медицина базирана на докази 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 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 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 20

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 Министерство за здравство и Државен санитарен здравствен инспекторат, 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.

Спогодбено раскинување на договорот

Член 21

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 22

Договорот може било која од двете договорни страни еднострано да го раскине со писмено известување, со отказан рок од 30 дена од денот на приемот на писменото известување.

Фондот има право во секое време еднострано да го раскине Договорот со здравствената установа. Договорот се смета за 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 здравствената установа не овозможува вршење на контрола од страна на Фондот;
4. Ако здравствената установа постапува спротивно на Законот и подзаконските акти на Фондот како и на одредбите на Договорот;
5. Ако не негува добри деловни односи;
6. Ако во здравствената установа обавува дејност лекар кој не е вработен во здравствената установа;
7. Ако не се исполнети критериумите врз основа на кои е склучен договорот;
8. Во случаи кога друго лице од здравствената установа го користи факсимилот на лекарот специјалист, хирург кој отсутствува од работа по било кој основ или се утврди користење на факсимилот од друго лице надвор од здравствената установа;
9. Доколку неовластено лице пружа здравствена услуга во здравствената установа.
- 10.

Член 23

Договорна казна во износ од три месечни надоместоци се утврдува за следните повреди:

1. Ако го оневозможува остварувањето на правата од задолжително здравствено осигурување;
2. Доколку од страна на здравствената се злоупотреби електронска здравствена картичка (ЕЗК) на осигуреното лице.

Член 24

Договорените страни за одредени повреди на одредбите на овој договор, се согласија за исплата на договорната казна.

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

Доколку се утврдат повреди за кои е предвидено договорна казна и еднострано раскинување на договорот, се применува еднострано раскинување на Договорот.

Доколку се утврдат повеќе повреди за кои се предвидени различни висини на договорни казни, се изрекува 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.

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.

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 28.

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

Доколку во текот на 12 месеци за иста повреда на здравствената установа 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 .

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

Доколку договорната казна не се уплати во утврдениот рок, овој договор еднострано се раскинува од страна на Фондот, од денот на доставувањето на известувањето на Фондот.

Обврската за договорната казна останува да се наплатува по судски пат.

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

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

Фондот го задржува правото да одлучи дали ќе го продолжи важењето на договорот со здравствената установа која навремено нема да ја плати изречената договорна казна.

Фондот нема да склучи нов договор пред истекот на најмалку 3 месеци од раскинувањето на предходниот договор.

Доколку здравствената установа стори повреди на договорните одредби во последните три месеци од важењето на договорот склучен за 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 25

Договорна казна во износ од 150.000,00 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, потврда 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 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 пакети за завршени здравствени услуги во болничка здравствена заштита со повисока вредност со цел да ја зголеми фактурата.
10. Ако со работата се нанесе штета на Фондот.
11. 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 оцена на привремена спреченост за работа поради болест, повреда или нега на болен член на семејството;
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 одредбите од овој договор.
 14. Доколку лекарот не го почитува Правилникот и Критериумите за дијагностичките постапки и оцена на привремената спреченост за работа поради болест и повреди или потребат а за нега на болен член од потесното семејство“.
 15. Доколку здравствената установа не изготви листа на чекање и не ја почитува истата.
 16. Доколку здравствената установа не ги почитува протоколите за работа, упатствата и клиничките патеки согласно медицина базирана на докази утврдени од Министерството за здравство
 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. Доколку здравствената установа подготовката за хируршката интервенција која треба да е дел од фактурата за извршени здравствени услуги по ДСГ или по пакети на завршена епизода . ја наплатува приватно.

Член 26

Договорна казна во износ од 75.000,00 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 го почитува Упатството за фактурирање на здравствени услуги издадено од Фондот и електронскиот начин на фактурирање.

9. Доколку здравствената установа не ги почитува протоколите за лекување и упатствата утврдени од Министерството за здравство .
10. 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
11. Доколку здравствената установа не обезбеди лекови од целокупниот асортиман од Листата на лекови, медицински потрошни и други материјали неопходни за пружање на здравствената.
12. Доколку здравствената установа не ги почитува Упатствата за практикување на медицина базирана на докази (протоколите) и клиничките патеки.

Член 27

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 висината на учеството на осигурените лица во цената 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“.
7. Доколку во утврдениот рок не достави усогласен план за вид и обем на здравствени услуги на мејл адреса 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 10-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 28

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 29

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:

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 30

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 31

Доколку со контрола се утврди неправилности при кодирање на пациентите според ДСГ методологијата, фактурираниот износ за пружени здравствени услуги за тие осигурени лица се намалува од утврдениот вкупен договорен надоместок на здравствената установа.

Член 32

Доколку при фактурирањето здравствената установа го надмине износот утврден во поединечниот план за кардиохирургија, односно поединечниот план за васкуларна хирургија, односно за детска кардиохирургија фактурираните износи за пружени здравствени услуги над договорените поединечни надоместоци се намалуваат и истите не може да бидат исплатени.

Член 33

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 34

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 35

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

Промена на прописите

Член 36

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 37

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 база на податоци на Фондот врз основа на кој е склучен овој договор.

Влегување во сила на договорот

Член 38

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 година во период на важење на договорот поделно за очна хирургија и детска очна хирургија за болнички здравствени хируршки услуги.

-Образец ДКП –договорени надоместок по квартали од здравствената установа

-список на дејности за кои се склучува договорот;

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