



РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Број: _____ - 2014

Дата _____

Скопје

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

Д О Г О В О Р

**за извршување и плаќање на здравствени
услуги од специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено
болничко лекување**

Склучен помеѓу:

1. Фонд за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фонд), застапуван од Директор М-Р МАЈА ПАРНАРЦИЈЕВА-ЗМЕЈКОВА и Директор ЦЕМАЛИ МЕХАЗИ ХНЕМАЛИ МЕНАЗИ како купувач на здравствени услуги, и
2. _____ со седиште на _____, _____ (во понатамошниот текст Здравствена установа), со даночен број «zu-danosen», 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 специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување, 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 дејноста:

- специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување.

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.

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/Прилог 1 на овој договор.

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 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 лекар,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 Минисерството 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 специјалистичко - консултативна 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 на здравствените установи кои вршат специјалистичко - консултативна (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.

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.

Здравствените услуги на осигурените лица, согласно критериумите предвидени од Министерството за здравство во Правилникот за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи како и Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита, ги пружа тимот на лекар специјалист, односно тимови на лекари специјалисти вработени со полно работно време во здравствената установа (во натамошен текст лекар) кои имаат добиено лиценца за работа.

Факсимил

Член 4

Здравствената установа е должна за секој лекар од дејноста 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 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 медицинско стручно мислење 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 или здравствената установа и истиот ќе биде затворен во електронскиот систем на Фондот, со што ќе се оневозможи негово понатамошно користење до денот ќе се создадат услови за негово повторно активирање.

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

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

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

Лекарот 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.

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 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.

Вид и обем на здравствени услуги

Член 5

Здравствената установа се обврзува да ги извршува здравствените услуги од областа на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување, во согласност со прилогот кон Договорот за видот и обемот на здравствените услуги.

Видот и обемот на здравствени услуги се планираат на годишно ниво поединечно по број на случаи, по референтни цени за болничка здравствена заштита, по квартали прикажани, како завршени здравствени услуги..

Во прилог кон договорот со планот се определени болничките здравствени услуги, бројот на случаи и нивната вредност.

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 план за тековната година 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.

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

Репланирање на планот за видот и обемот се врши во зависност од промената на договорениот надоместок во тековната година.

Здравствената установа е должна да ги планира здравствените услуги во согласност со кварталните износи искажани во планот по вид и обем на здравствени услуги. Порамнувањето и усогласувањето на фактурираните износи со надоместокот се врши најмалку еднаш во текот на важење на договорот. Вкупниот фактуриран износ за здравствените услуги не смее да го надмине вкупниот износ на договорениот

надоместок за период на важење на договорот. За здравствените услуги извршени над износот на договорениот надоместок за период на важење на договорот се искажува во посебен извештај кој служи за евиденција. Во извештајот на здравствени услуги извршени над договорениот надоместок задолжително се евидентираат име и презиме, матичен број, ЕЗБО на осигуреното лице како и извршената здравствена услуга со нејзината референтна цена.

Утврдување на надоместокот

Член 6

Висината на вкупниот надоместок (како максимален надоместок) е утврдена согласно Правилникот во зависност од средствата во Буџетот на Фондот утврдени за таа намена и се смета како договорен износ за специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување за кои се склучува договорот. Надоместокот од став 1 на овој член се состои од надоместок според вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, намалена за износот на пресметаната партиципација.

Висината на вкупниот надоместок се утврдуваат со Одлука на Управниот одбор на Фондот за период од јануари – декември за секоја тековната година за време на важење 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.

Доколку се изврши измена на висината на надоместокот од став 3 на овој член, соодветно на извршената измена се менува и планот кој е дел на овој договор.

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

Со ребалансот може да се врши прераспределба на средствата од неостварената вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги од одредени здравствени установи на здравствени установи од иста дејност кои оствариле поголема вредност од договорениот надоместок.

Ревидирањето може да се врши и при промена на расположливите средства на буџетот на Фондот за таа намена.

.Цени на здравствените услуги

Член 7

Здравствените услуги од областа на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување, се искажуваат референтни цени на Фондот.

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

Здравствената установа се обврзува најдоцна во рок од 10 дена по завршување на месецот за кој се врши фактурирањето, до Фондот да достави електронски фајл со спецификација, за завршените здравствени услуги медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување. Поднесувањето на електронскиот фајл 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.

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 во хартиена форма 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.

Во прилог кон фактурата здравствената установа задолжително доставува спецификација за извршени услуги од специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување.

Здравствената установа ја води евиденцијата и изготвува пресметки за секое осигурано лице со потврда за платен придонес односно електронска здравствена картичка (ЕЗК), упат, отпусно писмо по осигурени третирани лица и решение од Фондот за одобрена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во и 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. 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 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 надомест 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.

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 пединечните годишни надоместоци.

Член 9

Месечниот надоместок од член 7 на овој договор на здравствената установа и се исплатува еднаш во месецот, а најдоцна до 60-тиот ден од истекот на последниот ден од месецот за кој се плаќа надоместок.

Фондот врши плаќање на надоместокот доколку е платен придонесот за здравствено осигурување за месецот за кој се исплатува надоместокот.

Обврски на здравствената установа

Член 10

Здравствената установа е должна за вршење на здравствените услуги, 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 на решение од Фондот за остварување на право на специјализирана медицинска рехабилитација како болничко лекување. Здравствената установа треба да ги земе предвид извршените испитувања од друга здравствена установа заради обезбедување на економичност и следење на резултатите за здравствената состојба на осигуреникот, освен доколку утврди потреба од нови или дополнителни испитувања.

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 и лекови, 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.

Здравствената установа се обврзува редовно да ја евидентира пресметаната и наплатената партиципацијата од осигурените лица.

Доколку здравствената установа наплатила партиципација од осигурените лица спротивно на прописите, износот на погрешно наплатените средства треба да ги врати на осигуреното лице.

За пружање на здравствените услуги предвидени во овој договор, здравствената установа треба во секое време да обезбеди стандардни 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 доставила невистинити и неточни податоци врз база на кои Фондот го утврдил надоместокот, по утврдување на невистинитоста и неточноста на истите, Фондот соодветно ќе го намали договорениот надоместок.

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

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

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

Член 13

Здравствената установа се обврзува да ги достави на увид сите потребни медицински податоци поврзани со осигуреното лице.

Здравствената установа се обврзува на барање на Фондот да ги достави 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.

Водење на посебни евиденции

Член 16

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

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

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

Член 17

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) и 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;
7. Да му овозможи на Фондот вршење на контрола на пружените здравствени услуги 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 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 на пациентот;
14. Да се почитуваат доследно применуваат референтните цени на Фондот во болничка здравствена заштита;
15. Да не ги фактурира пациентите кои не се осигуреници на Фондот, кои трошоците на лекувањето сами ги покриваат;
16. Да не ги фактурираат здравствените услуги кои не се опфатени во подзаконските акти на Фондот и во договорот;
17. Историјата на болести задолжително да содржи копија од пресметката потпишана од осигуреникот и отпусно писмо;
18. 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;
19. Здравствената установа со потпишување на договорот се обврзува да достави контакт телефон и е-маил адреса;
20. Здравствената установа е должна повеќе или неправилно наплатеното учество за пружената здравствена услуга да го врати на осигуреното лице;
21. 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;
22. 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;
23. 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;
24. Здравствената установа е должна да води уредна евиденција за сите набавени и потрошени материјали и лекови со доказ за набавката и рокот на траење;
25. 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 начинот на фактурирање на здравствени услуги во специјалистичко консултативна здравствена заштита;
26. 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;

27. Здравствената установа да достави обновена лиценца за работа во мрежата на здравствени установи издадена од страна на Министерството за здравство;
28. Здравствената установа да не ја злоупотребува електронска здравствена картичка (ЕЗК) на осигуреното лице;
29. 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);
30. 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;
31. Здравствената установа е должна да ги почитува Упатствата за практикување на медицина базирана на докази (протоколите) и клиничките патеки.

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 мониторинг и контрола на 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 договорот;
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. Да ги следи неправилностите за издадени, препораки за лекови и боледувања;
10. Ги следи неправилностите за издадени ортопедски помагала, препораки за лекови и боледувања и за истите да ја информира здравствената установа со цел истата да преземе мерки против одговорните лица;
11. Ги известува здравствените установи за висината на утврдениот договорен надоместок;
12. Да им овозможи на здравствените установи преку својот веб порталот/веб сервиси да добијат податоци за платен придонес и податоци за здравственото осигурување за осигурениците.

Контрола **Член 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, контрола на документацијата за пружени здравствени услуги на осигурени 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, 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 два пати е направен безуспешен обид за достава и тоа:

1. Во случај на стечај или ликвидација на здравствената установа односно доколку и биде изречена мерка забрана за вршење на дејност;
2. Ако здравствената установа односно лекарот, не овозможи вршење на контрола од страна на Фондот;
3. Во случај кога друго лице од здравствената установа го користи факсимилот на лекарот кој отсутува од работа по било кој основ или се утврди користење на факсимилот од друго лице надвор од здравствената установа;
4. Доколку неовластено лице е затекнато и пружа здравствени услуги во здравствената установа;
5. Доколку здравствената установа, односно лекарот не негуваат добри деловни односи;
6. Доколку не се исполнети критериумите врз основа на кои е склучен овој договор и го прекрши критериумот за обезбеден лекарскиот тим во соодветната дејност согласно член 2 од овој договор;
7. Доколку здравствената установа односно лекар специјалист постапува спротивно на законските и подзаконските акти
8. Доколку врз основа на договор за соработка пружа здравствени услуги друг лекар кој не е вработен во здравствената установа за дејност која не е соодветна на дејноста за која е регистрирана здравствената установа;
9. Ако дозволи вршење на дополнителна работа во здравствената установа на лекар од соодветната специјалност вработен во јавно здравство
10. Доколку здравствената установа по склучување на договорот изврши промена во осигурување со пократко од полното работно време на дел од лекарскиот тимот.

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 здравствената установа ја злоупотреби електронска здравствена картичка (ЕЗК) на осигуреното лице.

Член 24

Договорните страни за одредени повреди на одредбите од овој договор, се согласија за исплата 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 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 се применува договорната казна во износ од една четвртина од месечниот надоместок.

Доколку се утврдат повреди за кои се предвидени различни висини на договорни казни, кои се однесуваат на здравствената установа, ќе се применува договорна казна во износ од една половина просечен месечен надоместок.

Доколку се утврдат повреди за кои се предвидени различни висини на договорни казни, кои се однесуваат на лекарот, ќе се применува договорна казна во износ од една половина од месечниот надоместок.

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 од овластените лица за вршење на контрола од страна на Фондот.

Доколку при повторните контроли во иста здравствена установа во текот на важењето на договорот се констатираат и други повреди на договорните одредби ќе се изречат договорни казни, во согласност со одредбите од 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.

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.

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

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 или лекарот сторил повреди на договорните одредби во последните три месеци од важењето на договорот склучен за 2010/2011 година и анексите на договорите за 2012 и 2013 година, поради постоење на континуитет во работењето со Фондот, со склучување на овој договор Фондот го задржува правото еднострано да му го раскине истиот или 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 или лекарот наплатуваат на осигурените лица партиципација спротивно на важечките прописи и наплаќа дополнителни средства од осигурените лица, освен за утврденото учество;

2. Доколку при препорака за оцена на привремена спреченост за работа лекарот специјалист не 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;
3. Доколку лекарот дава здравствени услуги од дејноста за која нема склучено договор;
4. Доколку лекар на осигуреното лице за користење на здравствени услуги на повисоко ниво му издаде упат за лекување во здравствени установи кои немаат договор со Фондот;
5. Доколку нововработениот лекар пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот пред потпишување на анекс на договорот за вработување на нов лекар;
6. Доколку здравствената установа не изврши повраток на средста за повеќе или неправилно наплатеното учество за пружената здравствена услуга на осигуреното лице;
7. Доколку здравствената установа во извештајот за здравствени услуги извршени над договорениот месечен надоместок, искаже здравствена услуга за лице на кое приватно ја наплатила пружената здравствена услуга;
8. Доколку здравствената установа фактурира здравствени услуги кои не се извршени или здравствени услуги за кои нема соодветна пропратна документација пропишана со Упатството за фактурирање;
9. Доколку лекарот специјалист издаде потврда и/или специјалистички извештај со препорака за ортопедско и друго помагало спротивно на одредбите од Правилникот за индикации за остварување на право на ортопедски помагала;
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 ги пружа сите здравствени услуги од дејноста за која е регистрирана и за која има договор со Фондот во согласност со Законот за здравствено осигурување за сите осигурени лица со приложена соодветна документација.

Член 26

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

1. Доколку здравствената установа во рок од 20 дена писмено не го извести Фондот и подрачната служба за промена на лекарскиот тим како и за отсуство на лекарите во случај на боледување, мирување на работниот однос според Законот за работни односи, во случај на престанок на работен однос на лекарот и ако стекнал услови за остварување на право на пензија);
2. Доколку со две последователни контроли се констатира дека здравствената установа е затворена и не пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот;
3. Доколку лекар на осигурените лица не препорачува лекови од Листата на лекови кои се на товар на Фондот и не се придржува на Списокот на ортопедски помагала освен ако не е медицински индицирано;

4. Доколку здравствената установа, односно лекарот, не води уредна евиденција на медицинската документација согласно законските прописи, подзаконските акти на Фондот и одредбите на овој договор или не врши заштита на електронските податоци;
5. Доколку здравствената установа односно лекарот не обезбедува здравствени услуги на сите осигурени лица, без дискриминација;
6. Доколку здравствената установа не изготви листа на чекање со содржина пропишана согласно Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување;
7. Доколку здравствената установа не го почитува Упатството за фактурирање од Фондот;
8. Доколку здравствената установа не ја врши пресраспределбата на тимот со M1 образец за соодветната работна единица;
9. Доколку здравствената установа не го почитува работното време истакнато во ординацијата;
10. Доколку здравствената установа работи спротивно на договорните одредби за кои не е предвидена договорна казна согласно одредбите од овој договор;
11. Доколку здравствената установа не издава квитанција за наплатено учество;
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. Доколку здравствената установа на видно место нема истакнато ознака дека има склучено договор со Фондот, нема истакнато работно време на сите нејзини ординации и нема истакнато контакт телефон на лекот;
2. Доколку здравствената установа не води уредна евиденција за сите набавени материјали и лекови со доказ за набавката и рокот на употреба;
3. Доколку еднаш во месецот не го ажурира од веб страната на Фондот списокот на здравствени установи кои има склучено договор;
4. Доколку во рок од 20 дена здравствената установа писмено не го извести Фондот за било какви промени (статусни, седиште, проширување, промена на дејноста, измени на бројот на организациони единици);
5. Доколку здравствената установа нема извршено набавка или измени на компјутерската опрема и доколку не ги доставува бараните податоци согласно овој договор до Фондот;
6. Доколку здравствената установа односно лекарот не ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност;
7. Доклку здравствената установа на видно место не ја истакне Одлуката за висината на учеството на осигурените лица во цената на здравствените услуги и лековите;
8. Доколку постои писмено незадоволство на осигурениците кои ги користат здравствените услуги утврдени во соодветна постапка;
9. Доколку во утврдениот рок не достави усогласен план за вид и обем на здравствени услуги на мејл адреса dogovori@fzo.org.mk;

10. Доколку здравствената установа не достави фактура најдоцна до 10-ти во месецот за претходниот месец;
11. Доколку здравствената установа за користење на краткотрајни отсуства до 3 дена на лекарскиот тим предвидени во Законот за работни односи, не води евиденција со издавање налог за оправдано отсуство од работа (пропусница) и не ја евидентира во деловодна книга;
12. Доколку здравствената установа односно лекарот, доставуваат неточни податоци до Фондот или не ги достават во утврдениот рок;
13. Доколку здравствената установа не доставува известување согласно член 16 од овој договор;
14. Доколку придонесот за задолжителното здравствено осигурување редовно, навремено и целосно не се уплатува согласно позитивните законски прописи.

Член 28

Доколку со контрола се утврдат неправилности при фактурирање на пациентите според референтните цени на Фондот, фактурираниот износ за пружени здравствени услуги за тие осигурени лица се намалува од утврдениот вкупен договорен надоместок на здравствената установа.

Начин на склучување на договори

Член 29

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 30

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

Промена на прописите

Член 31

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 32

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 33

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 специјализирана медицинска рехабилитација како продилжено болничко лекување
- Образец за квартална пресметка (ДКП)
- Список на дејности

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