



РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Број: _____

Дата _____

Скопје

Врз основа на член 70 од Законот за здравствено осигурување (Сл. весник на РМ, бр. 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, 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 за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко - консултативна здравствена заштита (Сл.весник бр.14/2008, 164/2008, 16/2010, 44/2010, 63/2010, 171/2010, 95/2011 и 181/2011) се склучува

ДОГОВОР

за пружање и плаќање здравствени услуги во специјалистичко-консултативната здравствена заштита

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 _____, 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 на здравствени услуги на осигурените лица во специјалистичко-консултативна здравствена заштита.

Давател на услуги во

специјалистичко-консултативната здравствена заштита

Член 2

За потребите на осигурените лица овој договор се склучува за специјалистичко - консултативна здравствена заштита од дејноста:

•
Здравствената установа врши дејност ја врши согласност со Решението за дозвола за работа на здравствени установи број _____ од _____ година и/или Договор за лиценца за вршење на здравствена дејност во мрежата на здравствени установи, издадено од Министерството за здравство. Здравствената установа својата дејност ја обавува во една или повеќе ординации со лекари специјалисти (лекар и медицинска сестра кои го сочинуваат лекарски тим), Прилог бр.1 на овој договор.

Здравствената установа која нема обновено лиценца за работа во мрежата на здравствени установи, за секое проширување или промена на дејноста, како и измена на бројот на организационите единици или бројот на лекарите склучува Анекс на овој договор со Фондот. За секоја статусна промена на здравствената установа се склучува нов Анекс.

Фондот за секоја статусна промена (проширување или промена на дејноста, промена на директор, измена на бројот на организационите единици) и промена на вработените од лекарскиот тим (престанок на работен однос, боледување, нови вработувања и други оправдани отсуства) во здравствената установа постапува на следниот начин:

1.Здравствената установа која нема обновено лиценца за работа од страна на Министерството за здравство во мрежата на здравствени установи, за секоја статусна промена (проширување или промена на дејноста, промена на директор, измена на бројот на организационите единици) и промена на вработените од лекарскиот тим (престанок на работен однос, боледување, нови вработувања и други оправдани отсуства) во здравствената установа склучува Анекс на овој договор со Фондот.

За секоја наведена промена здравствената установа е должна да го извести Фондот за 20 дена и дополнителни 15 дена да го комплетира тимот.

2.Здравствената установа која има обновена односно издадена лиценца за работа од Министерството за здравство во мрежата на здравствени установи за секоја статусна промена (проширување или промена на дејноста, промена на директор, измена на бројот на организационите единици) и промена на вработените од лекарскиот тим (престанок на работен однос, боледување, нови вработувања и други оправдани отсуства) во здравствената установа, склучува анекс на овој договор со Фондот по претходно доставен соодветен документ од Министерството за здравство за спроведената промена.

За секоја наведена промена здравствената установа е должна да го извести Фондот во рок од 20 дена дека ја започнал постапката за промена во Министерството за здравство и дополнителни 15 дена да го комплетира тимот.

При промените наведени во точка 1 и 2 Фондот постапува на следниот начин:

- При промена на лекарот кој е единствен носител на дејност, седиште на здравствена установа, односно организациона единица, здравствената установа не може да пружа здравствени услуги на товар на Фондот од денот кога лекарот е одјавен, односно од денот кога ја направил статусната промена во Министерството за здравство, до денот на потпишување на анексот со Фондот со кој е прифатена промената за нов лекар, односно седиште на здравствената установа, односно организациона единица.

- При промена на медицинска сестра, здравствената установа со еден тим во мрежата во која по настанатата промена останал само еден лекар, може да пружа здравствени услуги на товар на Фондот 35 дена од денот кога медицинска сестра е одјавена.

- Доколку здравствената установа по истекот на 35 дена не достави соодветен документ од Министерството за здравство за настанатата промена Фондот го раскинува договорот.

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 специјалист вработен со полно работно време, да обезбеди факсимил од Фондот, со важност од денот на потпишување на договорот од двете договорни страни.

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

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

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

Употребата на факсимил од друг лекар или друго лице се смета за злоупотреба од страна на лекарот или здравствената установа и истиот ќе биде затворен во електронската евиденција на Фондот, со што ќе се оневозможи негово понатамошно користење до денот ќе се создадат услови за негово повторно активирање. Во случаите предвидени со закон за оправдано отсуство од работа на лекарот за подолготрајно боледување над 30 дена, породилно отсуство, неплатено отсуство, именување на јавна функција и еднострано раскинување на договорот, факсимилот се става во мирување.

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

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

Издадениот факсимил, здравствената установа е должна да го врати во Фондот и во случај на смрт на лекарот.

По исклучок на став 8 од овој член, кога лекарот остварил право на пензија и истата ја ставил во мирување, може и понатаму да продолжи да работи со Фондот, доколку Министерството за здравство му додели нова Лиценца за вршење на здравствена дејност во мрежата на здравствената установа.

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 електронската евиденција 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

Видот и обемот на здравствените услуги кои здравствената установа ги обезбедува на товар на средствата на Фондот ги понудува со план за секоја дејност поодделно за секоја година за периодот за кој се склучува договорот. Планот за вид и обем се усогласува со утврдениот годишен договорен надоместок.

Услугите во планот од став 1 на овој член, треба да бидат прикажани согласно основниот пакет на здравствените услуги утврден во Законот за здравственото осигурување.

Видот и обемот на здравствени услуги планирани на годишно ниво се прикажуваат по број на случаи по квартали прикажани како завршени специјалистичко - консултативни здравствени услуги со референтни цени на завршената услуга за секоја специјалност поодделно објавени од Фондот (по пакети на завршени здравствени епизоди на лекување) на утврден образец прилог кон договорот-План за видот и обемот на здравствени услуги. Истите се доставуваат во пишана и електронска форма на е-маил dogovori@fzo.org.mk.

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

Следење на резултатите од извршената работа

Член 6

За следење на успешноста на работењето во здравствената установа по квартали се користат следните индикатори:

- задоволство на осигурени лица;
- количник (однос) на бројот на првите и повторените амбулантски прегледи односно пакети на здравствени услуги во период од 3 месеци, и
- број на упати од здравствената установа до друга здравствена установа.

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

Утврдување на надоместок

Член 7

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 специјалистичко – консултативни здравствени услуги за сите дејности 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 по утврдени референтни цени, намалена за износот на пресметаната партиципација.

Висината на вкупниот годишен 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 пресметковно по квартали 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, на тромесечје 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 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 здравствени услуги

Член 8

Здравствените услуги од член 3 на овој договор се искажуваат според референтни цени на пакети на завршени здравствени епизоди на лекување и по референтни цени на завршени здравствени услуги во специјалистичко-консултативна здравствена заштита.

Пакетите претставуваат групи на збирни здравствени услуги упросечени како најчесто групирани услуги, врз основа на медицина базирана на докази, по упат на избран лекар или друг вид на упат согласно Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување.

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

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

Начин на пресметување и плаќање на обезбедени здравствени услуги

Член 9

Надоместокот на здравствената установа утврден за периодот на важење на договорот претставува максимален договорен износ.

Надоместокот на здравствената установа се исплатува по месеци за остварен вид и обем на здравствени услуги врз основа на доставена месечна фактура.

Фактурирање се врши за месецот во кој се завршени здравствените услуги.

Фактурираниот месечен износ се намалува за износот на пресметаното учество на осигурените лица (партиципација) во вкупната цена на здравствените услуги. Фактурираните месечни износи (намалени за

партиципацијата) може да биде најмногу до висина на утврдениот надоместок за соодветниот квартал. 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 квартално и најмалку еднаш во текот на важење на договорот.

Член 10

Здравствената установа доставува електронски спецификации за извршени пакети на здравствени услуги по дејности, по референтни цени и по референтни цени на завршени здравствени услуги во специјалистичко-консултативна здравствена заштита.

Здравствената установа се обврзува најдоцна во рок од 10 дена по завршување на месецот за кој се врши фактурирањето, до Подрачната служба на Фондот каде е седиште на здравствената установа, да достави електронски фајл со спецификации, за завршените здравствени услуги во специјалистичко консултативна здравствена заштита. Поднесувањето на електронските фајлови здравствената установа ќе може да го направи преку веб порталот на Фондот. Можност за поднесување на спецификации преку веб порталот има само овластено лице од здравствената установа.

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

Здравствената установа доставува хартиена фактура со спецификации по дејности. Доколку има повеќе дејности доставува збирен рекапитулар за сите дејности до Подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на здравствена установа најдоцна до 10–от ден од тековниот месец за предходниот месец.

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

Фактурите се доставуваат до висината на утврдениот договорен квартален надоместок и пресметана партиципација. За услугите извршени над износот на договорениот квартален надоместок, остварениот вид и обем на здравствена услуги се искажува на посебен извештај по дејности кој служи за евиденција и анализа при утврдување на договорениот надомест во наредниот период.

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 упатствата дефинирани од страна на Фондот. Пресметките по пакети на завршени епизоди на лекување со пропратната документација само за странските осигуреници се доставуваат во Фондот.

Усогласувањето на договорениот надоместок може да се врши еднаш во текот на важење на договорот по шестомесечие според анализа на остварен вид и обем.

Член 11

За вкупно остварена вредност на вид и обем на здравствени услуги (фактуриран износ) во износ од најмалку 90% од утврдениот максимален надоместок за период од шест месеци, договорениот надоместок за наредниот период не се намалува.

Член 12

Месечниот надоместок 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 13

Здравствената установа е должна за вршење на здравствените услуги на осигурените лица да обезбеди лекови според Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот и други потрошни материјали потребни за целосно завршување на здравствените услуги за одреденото заболување согласно медицина базирана на докази.

По исклучок од став 1 на овој член, лекарот субспецијалист вработен во здравствената установа може да дава препорака за лекови со режим на пропишување RSS.

Доколку здравствената установа не ги обезбеди потребните материјалите од став 1 и 2 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.

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

По исклучок на став 1 на овој член, кога потврдата се заверува во просториите на Подрачната служба, ако се констатира дека лекарот издава потврда за ортопедско и друго помагало спротивно на Правилникот му се скратува правото за издавање на потврди, односно право да предлага користење на помагало за период од 3 месеци. Доколку лекарот специјалист повторно предлага користење на ортопедско помагало спротивно на одредбите на Правилник му се ускратува правото на издавање односно право да предлага користење на помагало за период од 12 месеци.

Член 14

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.

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 15

Здравствената установа може да дава упат за дијагностицирање и лекување само за здравствени установи кои имаат склучено договор со Фондот. Лекарот упатувањето го врши согласно одредбите од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување. Здравствената установа се обврзува да ги доставува на увид сите потребни медицински податоци поврзани со осигуреното лице со цел да се избегне повторување на испитувањата, воспоставувањето на дијагнозата и лекувањето.

Здравствената установа е должна да ги врши бараните испитувања според упатот на избраниот лекар и да ги зема во предвид извршените испитувања од другите здравствени установи заради обезбедување на економичност и следење на резултатите за здравствената состојба на осигуреникот.

Член 16

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 квартален надоместок.

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

Член 17

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 18

Други обврски на здравствената установа

1. Да го уплатува редовно придонесот за задолжително здравствено осигурување согласно законските одредби и да води уредна евиденција;
2. Да обезбедува здравствени услуги на сите осигурени лица без дискриминација;
3. Да ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност;
4. Да го извести избраниот лекар на осигуреното лице со медицински извештај за утврдената дијагноза, медицинскиот преглед, испитување, лекувањето и за други прашања кои се однесуваат на здравствената состојба на осигуреното лице;
5. Да доставува извештаи за извршените здравствени услуги најдоцна до 5-ти по изминувањето на тримесечјето;
6. Да наплатува партиципација и да издава потврда за наплатеното учество (партиципација) и да не наплаќа дополнителни средства од осигурените лица, освен за утврденото учество и да ги применува Законот за здравствено осигурување, Одлуката за утврдување на висината на учество на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови и решенијата за ослободување од партиципација донесено од страна на Фондот;
7. Да му овозможи на Фондот, увид и контрола на целокупната документација;
8. Да обезбеди потребен медицински потрошен материјал за дејноста што ја обавува;

9. На видно место да истакне висина на партиципацијата за услугите што согласно Одлуката за утврдување на висината на учество на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови се наплаќаат;
10. Да води кадровска евиденција за вработените според законските прописи;
11. Да води уредна евиденција за сите набавени материјали и лекови со доказ за набавката и рокот на траење;
12. На видно место да истакне ознака дека има склучено договор со Фондот, да го истакне работното време на сите нејзини организациони единици согласно прописите за работно односи;
13. Да води евиденција согласно прописите за водењето на евиденциите во областа на здравството и други податоци од медицински карактер потребни за анализи, информации за медицинската наука, Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување на Македонија;
14. Да ги доставува сите потребни извештаи и информации во пишана и електронска форма во врска со имплементацијата на овој договор;
15. Писмено во рок од 20 дена да го известува Фондот за отсуство на лекарите во случај на подолготрајно боледување, упатување на субспецијализација, мирување на работниот однос според Законот за работните односи, престанок на работниот однос, односно стекнување на услови за остварување право на пензија;
16. Да негува добри деловни односи со Фондот;
17. Економично и рационално да ги користи средствата добиени од Фондот;
18. Потврдата за здравствена состојба што ја издава избраниот лекар за осигурени лица кои привремено престојуваат во земји со кои РМ има склучено меѓународен договор за социјално осигурување, треба да биде потврда за реалната здравствена состојба на осигурените лица;
19. Да дава здравствени услуги само за дејноста за која има склучено договор со Фондот;
20. Здравствената установа е должна на веб страната на Фондот редовно да ги следи сите новини како и да го следи Списокот на здравствени установи кои имаат склучено договор со Фондот за да а го упати осигуреното лице да оствари здравствена заштита на повисоко ниво;
21. Здравствената установа со потпишување на договорот се обврзува да достави контакт телефон и и-мејл адреса;
22. 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;
23. За користење на краткотрајни отсуства на лекарскиот тим над три дена да го извести писмено Фондот . За сите останати отсуства во текот на денот предвидени во Законот за работни односи, потребно е задолжително водење на кадрова евиденција со издавање налог за оправдано отсуство од работа или пропусница од страна на одговорното лице на здравствената установа заведена во деловодната книга;
24. Нововработениот лекар да пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот по потпишување на анекс на договорот за вработување на нов лекар;
25. Пружената здравствена услуга да се прикажува со соодветен специјалистички пакет;
26. Здравствената установа е должна повеќе или неправилно наплатеното учество за пружената здравствена услуга да го врати на осигуреното лице;
27. 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 Техничко упатство за начинот на фактурирање на здравствени услуги во специјалистичко консултативна здравствена заштита;
28. Здравствената установа распределбата на кадарот да ја врши со М-1 пријава на вработените во соодветната работна единица;

29. 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;
30. Здравствената установа треба задолжително да 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;
31. Здравствената установа да достави обновена лиценца за работа во мрежата на здравствени установи издадена од страна на Министерството за здравство;
32. Здравствената установа да не ја злоупотребува електронска здравствена картичка (ЕЗК) на осигуреното лице;
33. Лекарот е должен на крајот на секој работен ден да врши заштита на податоците од електронското работење (backup) на преносен медиум (USB, CD или друга локација);
34. 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;
35. Лекарот специјалист при издавањето на препорака за лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот е должен да ги почитува максимално дозволените количини согласно медицина базирана на докази
36. Лекарот суб-специјалист од соодветната специјалистичка дејност за кој здравствената установа има склучено договор со Фондот, може да препорачува лекови со режим на пропишување RSS на осигурените лица.

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

Член 19

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

Здравствената установа за обезбедените 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 5-тиот ден од тековниот месец за претходниот месец, доставува во електронска и во пишана форма посебна фактура и спецификација, и во пишана форма пресметка, за обезбедените здравствени услуги на осигурените лица опфатени во став 1 на овој член, и во нив ја искажува и намалува пресметаната и наплатената партиципација.

Во пресметките здравствената установа е должна да ги наведе сите обезбедени здравствени услуги на осигурените лица опфатени во став 1 на овој член, по референтните цени утврдени од Фондот.

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

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

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

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

Водење на посебни евиденции

Член 20

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.

Обврски на Фондот

Член 21

Фондот е обврзан да:

1. Врши контрола на примената на одредбите од Законот и подзаконските акти и другите прописи, како и контрола на спроведување на одредбите на овој договор;
2. Да го плаќа надоместокот за обезбедените здравствени услуги во согласност со овој договор, освен во случаите кога здравствената установа не го уплатува редовно и целосно придонесот;
3. Врши контрола на фактури и видот и обемот на договорените здравствени услуги;
4. Го проверува овластувањето или акредитацијата на здравствената установа;
5. Врши тековна проверка на критериумите врз основа на кој е склучуван договорот;

6. Го следи износот на рефундирани средства на осигурените лица за лекови од Листата на лекови и медицински потрошен материјал, кои здравствената установа била должна да ги обезбеди и ја намалува висината на надоместокот на здравствената установа за рефундираниот износ;
7. Да ги информира здравствените установи за новите договорени здравствени услуги во Македонија преку веб страницата на Фондот;
8. Да ги следи неправилностите за издадени ортопедски помагала, препораки за лекови и боледувања;
9. Фондот ја следи наплатената партиципација од страна на здравствената установа;
10. Подрачните служби на Фондот се обврзуваат да дадат писмено известување (задолжување) за неусогласениот износ помеѓу фактурата на здравствената установа со податоците на Фондот;
11. Да ги обезбеди на здравствената установа потребните информации преку нивно објавување на веб страницата на Фондот, со цел таа да ги исполни превземените обврски;
12. Да ги известува здравствените установи за висината на утврдениот договорен надоместок;
13. 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.
14. Да ја ажурира листата на лекари специјалисти/ суб-специјалисти на веб страната на Фондот

Контрола

Член 22

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 МЗ и ДСЗИ, 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.

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

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 23

Овластени лица за контрола на Фондот за вршење на мобилна и дежурна контрола во здравствените установи ја утврдуваат фактичката состојба во моментот на контролата, увид и проверка на , медицинска и немедицинска документација, односно контрола на остварувањето на правата од задолжителното здравствено осигурување на осигурениците, контрола на евиденцијата на осигурените лица, контрола на документацијата за пружените здравствени услуги, почитување на упатствата за медицина базирана на докази на извршените здравствени услуги заради укажување за откриените неправилности до МЗ и ДСЗ, критериуми за оценка за привремена спреченост за работа контрола на примена на одредбите од Законот за здравствено осигурување и подзаконските акти донесени врз основа на тој Закон и другите прописи, контрола на спроведување на одредбите од договорот.

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

Користење на средствата во здравствената установа

Член 24

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

Здравствената установа средствата добиени според овој договор, наменети за одредени позиции од планот не може да ги пренаменува за други позиции, односно други трошоци, со кои ќе предизвика намалување на обемот и квалитетот на здравствените услуги на осигурените лица.

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

Спогодбено раскинување на договорот

Член 25

Овој договор може спогодбено да се раскине во целост или делумно во делот на една од организационите единици само во писмена форма.

Еднострано раскинување на договорот

Член 26

Договорот може да се раскине со писмено известување, со отказан рок од 15 дена од денот на приемот на писменото известување.

Фондот има право во секое време без отказан рок еднострано да го раскине договорот со здравствената установа, во следните случаи:

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 отсуствува 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 не вработи нов лекар во случаи на породилно отсуство, подолги боледувања неплатено отсуство и именување на јавна функција или други случаи на подолготрајно отсуство на лекарот предвидени во Законот за работни односи;
6. Доколку здравствената установа, односно лекарот, не негуваат добри деловни односи;
7. 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;
8. Доколку здравствената установа односно лекар специјалист, постапува спротивно на законските и подзаконските акти;
9. 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;
10. Ако дозволи вршење на дополнителна работа во здравствената установа на лекар од соодветната специјалност вработен во јавно здравство;
11. Доколку здравствената установа по склучување на договорот изврши промена во осигурување со пократко од полното работно време на дел од лекарскиот тимот.

Договорот се смета дека е раскинат од денот на приемот на доставницата, како и во случаи кога двапати е направен безуспешен обид за достава.

Член 27

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 повреди за кои се предвидени различни висини на договорни казни, кои се однесуваат на здравствената установа, ќе се применува највисоката договорна казна пресметана како просечен износ од последно исплатениот надоместок од сите лекари од здравствената установа.

Доколку се утврдат повреди за кои се предвидени различни висини на договорни казни, кои се однесуваат на лекарот, ќе се применува највисоката договорна казна според последно исплатениот надоместок.

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.

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 лекарот 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 28

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

Член 29

Договорна казна во износ од еден половина од месечениот надоместок се утврдува за следните повреди:

1. Доколку здравствената установа, односно лекарот не им пружи здравствени услуги или повеќе им наплати од референтните цени и цените утврдени во Ценовникот за здравствени услуги во Република Македонија, на лицата од член 19 на овој договор;
2. 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;
3. 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;
4. Доколку лекарот дава здравствени услуги од дејноста за која нема склучено договор;
5. 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;
6. Доколку нововработениот лекар пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот пред потпишување на анекс на договорот за вработување на нов лекар;
7. Доколку лекарот дава препорака или издаде потврда за ортопедско и друго помагало спротивно на одредбите од Правилникот за индикации за остварување на право на ортопедски помагала;
8. Доколку здравствената установа не изврши повраток на средста за повеќе или неправилно наплатеното учество за пружената здравствена услуга на осигуреното лице;
9. Доколку здравствената установа во извештајот за здравствени услуги извршени над договорениот квартален надоместок, искаже здравствена услуга за лице на кое приватно ја наплатила пружената здравствена услуга;
10. Доколку здравствената установа фактурира здравствени услуги кои не се извршени или здравствени услуги за кои нема соодветна пропратна документација пропишана со Упатството за фактурирање;
11. Доколку здравствената установа не го извести Фондот за мирување на работниот однос по било кој основ над 30 дена на лекарот, заради затварање на факсимилот за време на мирувањето;
12. Доколку лекарот упатувањето на осигуруеното лице на исто или повисоко ниво на здравствена заштита го врши спротивно на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување;
13. 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;
14. Доколку лекарот специјалист при издавањето на препорака за лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот не ги почитува максимално дозволените количини согласно медицина базирана на докази.

Член 30

Договорна казна во износ од една четвртина од месечниот надоместок 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 паѓаат 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 лекарот издаде потврда за нереална здравствена состојба за осигурени лица кои привремено престојуваат во земји со кои РМ има склучено меѓународен договор за социјално осигурување;
 7. Доколку пружената здравствена услуга не се прикажува со соодветен специјалистички пакет;
 8. 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;
 9. Долку здравствената установа не го почитува Упатството за фактурирање од Фондот;
 10. Доколку здравствената установа не ја врши пресраспределбата на тимот со М1 образец за соодветната работна единица;
 11. Доколку здравствената установа не го почитува работното време истакнато во ординацијата;
 12. Доколку здравствената установа работи спротивно на договорните одредби за кои не е предвидена договорна казна согласно одредбите од овој договор;
 13. Доколку здравствената установа не издава квитанција за наплатено учество.

Член 31

Опомена пред изрекување на договорна казна

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 20 од овој договор;
14. Доколку придонесот за задолжителното здравствено осигурување редовно, навремено и целосно не се уплатува согласно позитивните законски прописи.

Член 32

Овој договор во однос на лекарот специјалист кој е единствен вршител на дејност престанува задолжително доколку лекарот специјалист во здравствената установа ги исполнува законските услови за пензионирање, односно е упатен на супспецијализација или избор на функција и смрт на лекарот специјалист.

Во случај на еднострано раскинување на овој договор Фондот има право да го раскине договорот во целост или само во однос на еден или повеќе лекари специјалисти наведени во член 2 од овој договор.

Во здравствените установи, во случаите на оправдани отсуства од работа на лекарот предвидени со закон, како подолготрајни боледувања над 30 дена, породилни отсуства, неплатено отсуство од работа и именување на јавна функција, поради обезбедување континуитет во пружањето на здравствените услуги на осигурените лица, здравствената установа е должна да вработи лекар за пружање на здравствени услуги. До вработувањето на новиот лекар (замена) се затвара факсимилот на лекарот.

По исклучок во случај кај подолготрајни боледувања над 30 дена Фондот не го раскинува еднострано договорот ако лекарот замена е вработен по истекот на 35 дена но најмногу до 60 дена од настанување на случајот. До вработувањето на новиот лекар (замена) се затвара факсимилот на лекарот и не се исплатува надоместокот.

Здравствената установа при промена на вработените од лекарскиот тим од една работна единица во друга (над 7 дена но не подолго од 30 дена) е должна писмено да го извести Фондот во рок од 3 дена. Примерокот од известувањето доставено до Фондот да се чува во просториите на работната единица каде е направена промената.

Краткотрајно прераспоредување на дел од тимот (до 7 дена) од една во друга работна единица, се врши со писмена наредба на директорот на здравствената установа издадена со денот на извршеното прераспоредување. Примерокот од писмената наредба задолжително се чува во просториите на работната единица каде е прераспореден вработениот.

Начин на склучување на договори

Член 33

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 34

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

Со потпишување на овој договор договорните страни се согласни дека за време на важење на договорот, сите понатамошни промени во тимовите како и останатите статусни промени на здравствената установа ќе се вршат со анекс на договорот.

Промена на прописите

Член 35

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 36

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

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

Влегување во сила на договорот

Член 37

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 специјалистичко-консултативни здравствени услуги по дејности усогласен со договорениот наодместок за секоја година во периодот на важење на договорот
- Образец за квартална пресметка (ДКП)
- Список на дејности

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