



**РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

Број: \_\_\_\_\_-2014

Дата \_\_\_\_\_ год.

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, 91/2013 и 187/2013) 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 за вршење на хемодијализен третман во специјалистичко-консултативната здравствена заштита**

1. Фонд за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фонд), застапуван од директор Маја Парнарџиева Змејкова и директор Џемали Мехази Xhemali Mehazi како купувач на здравствени услуги од една страна и
2. Здравствена установа ПЗУ \_\_\_\_\_ со седиште на \_\_\_\_\_ (во понатамошниот текст Здравствена установа), застапувана од директорот \_\_\_\_\_, со трансакциска сметка бр. \_\_\_\_\_ што се води кај \_\_\_\_\_, даночен број \_\_\_\_\_ како давател на услуги од друга страна.

**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 «zu-resenie-broj», од «zu-resenie-datum» година и/или Договор за лиценца за вршење на здравствена дејност во мрежата на здравствени установи бр. «zu-resenie-broj», од «zu-resenie-datum», 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.

Здравствените услуги на осигурените лица, ги пружа тимот на лекари специјалисти и субспецијалисти вработени со полно работно време во здравствената установа кои имаат добиено лиценца за работа.

Здравствената установа за секое проширување или промена на дејноста, како и измена на бројот на организационите единици, склучува анекс на овој договор со Фондот согласно средствата во буџетот на Фондот за таа намена.

За секоја статусна промена на здравствената установа се склучува нов анекс на договор. За секоја промена на седиштето и директорот здравствената установа е должна да го известува Фондот во рок од 20 дена.

### **Член 3**

Здравствената установа е должна на осигурените лица да им пружа целосна, квалитетна, навремена, економична, ефективна и ефикасна здравствена заштита – хемодијализен третман, 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, Упатството за дијализа, 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, ги пружаат 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 договорот за вработување, да работи со Фондот најмногу до 65 години возраст. Издадениот факсимил, здравствената установа е должна да го врати во Фондот и во случај на смрт на лекарот.

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

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.

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 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.

Во пакетот на здравствени услуги се содржани хемодијализен третман и задолжителните дијагностички испитувања дефинирани во Упатството за дијализа.

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 поделно 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](mailto: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 индикаторите за квалитет согласно европските протоколи за добра медицинска пракса за хемодијализа (European Best Practice Guidelines for Haemodialysis). Начинот на следењето на успешноста на работењето на здравствена установа ќе се врши согласно упатството на Фондот.

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 дејноста хемодијализа за која 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 како и трошоци за лекови, медицински и друг потрошен материјал потребен за целосно извршување на здравствената услуга и превоз на осигурените лица.

Доколку се изврши измена на висината на надоместокот, 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 за хемодијализа се искажуваат според референтна цена на пакет на завршени здравствени епизоди на лекување.

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.

Во референтната цена се вклучени трошоците утврдени сите потребни трошоци како и трошоци за лекови, медицински и друг потрошен материјал потребен за целосно извршување на здравствената услуга и превоз на осигурените лица, 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, со можност за репланирање на видот и обемот на здравствените услуги во рамките на периодичните годишни надоместоци и на годишно ниво.

### **Член 10**

Здравствената установа доставува електронски спецификации за извршени пакети на здравствени услуги, по референтни цени на хемодијализен третман согласно Упатството за дијализа.

Здравствената установа се обврзува најдоцна во рок од 15 дена по завршување на месецот за кој се врши фактурирањето, до Подрачната служба на Фондот каде е 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 спецификација до Подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на здравствена установа најдоцна до 15-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 намалени за 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, потврдата за извршени месечни, квартални, шестомесечни и годишни дијагностички испитувања и друга потребна документација, здравствената установа е должна да ги чува во местата каде што се врши хемодијализата, 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 120-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.

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

#### **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 неvistинити и неточни податоци, по утврдување на неvistинитоста и неточноста на податоците, за неправилно остварениот приход Фондот соодветно ќе го намали надоместокот за тековниот месец.

#### **Член 15**

Здравствената установа може да ги упати за дијагностицирање и лекување согласно Упатството за дијализа, во друга здравствена установа. Извршените здравствени услуги во другата здравствена установа не се наплаќаат на осигуреното лице, бидејќи се дел од пакетот за хемодијализен третман. 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 се обврзува да склучува меѓусебни договори за начинот на фактурирање и плаќање на дополнителни сервисни услуги според утврдените референтни цени на Фондот како максимално утврдени цени. Здравствените установи можат да договорат и пониски цени од утврдените референтни цени.

Со договорот треба да се уреди начин на плаќање, рокови на плаќање (кои не можат да бидат пократки од роковите според кои се врши плаќање на здравствените установи од Фондот) и цените за кои треба предходно да се усогласат, а не можат да бидат повисоки од утврдените референтни цени за тие услуги од Фондот, но истите можат да бидат пониски од утврдените референтни цени на Фондот за што меѓусебно се договараат.

#### **Член 17**

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

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

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

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

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

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

### **Член 18**

Здравствената установа е должна да обезбеди услови за лабораториско испитување на крв и редовни испитувања на пациентите на дијализа, и дијагностички испитувања на месечно, квартално, шестомесечно и годишно ниво дефинирани во Упатството за дијализа или да склучи договор со друга здравствена установа која има лиценца за вршење на лабораториски испитувања од Министерството за здравство.

Здравствената установа е должна да обезбеди транспорт на пациентите на дијализа од местото на живеење на осигуреното лице до здравствената установа каде што се врши дијализата и обратно.

### **Член 19**

#### **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 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 партиципација и решенијата за ослободување од партиципација донесено од страна на Фондот;
6. Да му овозможи на Фондот, увид и контрола на целокупната документација;
7. Да обезбеди потребен медицински потрошен материјал за дејноста што ја обавува;
8. На видно место да истакне висина на партиципацијата за услугите што согласно Одлуката за партиципација се наплаќаат;



9. 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;
10. 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;
11. Да ги доставува сите потребни извештаи и информации во пишана и електронска форма во врска со имплементацијата на овој договор;
12. 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;
13. Да негува добри деловни односи со Фондот;
14. Економично и рационално да ги користи средствата добиени од Фондот;
15. Да дава здравствени услуги само за дејноста за која има склучено договор со Фондот;
16. 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;
17. Здравствената установа со потпишување на договорот се обврзува да достави контакт телефон и и-мејл адреса;
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. Пружената здравствена услуга да се прикажува со соодветен специјалистички пакет;
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 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.
22. Здравствената установа распределбата на кадарот да ја врши со М-1 пријава на вработените во соодветната работна единица
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 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;
25. Здравствената установа да достави обновена лиценца за работа во мрежата на здравствени установи издадена од страна на Министерството за здравство;
26. Здравствената установа да не ја злоупотребува електронска здравствена картичка (ЕЗК) на осигуреното лице.

27. 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);
28. 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;

### **Обврски на Фондот** **Член 20**

**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.

### **Контрола** **Член 21**

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 22**

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 23**

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 24**

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 25**

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

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

## Член 26

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

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

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

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

Доколку за настаната повреда е изречена опомена и истата нема да биде отстранети во рок од 8 дена со пониската договорна казна.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Член 27**

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

1. Доколку здравствената установа ја наплатува партиципацијата спротивно на законските прописи, не води правилна и уредна евиденција за наплатената партиципација или не издава потврда за наплатено учество;
7. Доколку здравствената установа доставува невистинити податоци до Фондот;
8. Ако здравствената установа не овозможи вршење на контрола од страна на Фондот;
9. Доколку здравствената установа фактурира здравствените услуги со цени различни од референтните цени утврдени со Одлука за утврдување на референтни цени на пакети за завршени епизоди на лекување за специјалистичко консултативна здравствена заштита;
11. Доколку здравствената установа намерно ги избира несоодветните специјалистички пакети со повисока вредност со цел да ја зголеми фактурата;
12. Доколку здравствената установа не води сметка за тоа дали лекарот правилно дава препорака за користење на лек;
15. Доколку здравствената установа фактурира здравствени услуги кои не се извршени или здравствени услуги за кои нема соодветна пропратна документација пропишана со Упатството за фактурирање;
16. Доколку здравствената установа работи спротивно на договорните одредби за кои не е предвидена договорна казна согласно одредбите од овој договор;
17. Доколку лекарот не го почитува Правилникот и Критериумите за дијагностичките постапки и оцена на привремената спреченост за работа поради болест и повреди или потребат а за неа на болен член од потесното семејство;
18. Доколку здравствената установа води некомплетна медицинска документација според Законот за водење на медицинска евиденција
19. Доколку здравствената установа не ги почитува Упатството за начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на лекувањето со дијализа за населението во Република Македонија
20. Доколку здравствената установа не обезбеди транспорт на осигуреното лице на дијализа од неговото место на живеење до здравствената установа каде што се врши дијализата и обратно.
21. Доколку не се почитуваат индикаторите за квалитет согласно европските протоколи за добра медицинска пракса за хемодијализа (European Best Practice Guidelines for Haemodialysis).

#### **Член 28**

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

1. Доколку во рок од 20 дена не го извести Фондот за било какви промени (статусни, седиште, проширување, промена на дејноста, измени на бројот на организациони единици и сл.);

2. Доколку здравствената установа не води евиденција согласно законските прописи, актите на Фондот и овој договор;
  3. Доколку здравствената установа во договорениот рок не ги доставува бараните податоци до Фондот согласно овој договор;
  4. Доколку здравствената установа не ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност;
  5. Доколку здравствената установа не обезбедува здравствени услуги на сите осигурени лица без дискриминација;
  6. Доколку здравствената установа не го почитува Упатството за фактурирање на здравствени услуги издадено од Фондот и електронскиот начин на фактурирање.
- 
7. 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 .
  8. Доколку здравствената установа не обезбеди лекови од целокупниот асортиман од Листата на лекови, медицински потрошни и други материјали неопходни за пружање на здравствената услуга.

#### **Член 29**

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

1. На видно место не истакне ознака дека има склучено договор со Фондот и нема истакнато работно време;
2. На видно место не ја истакне Одлуката за висината на учеството на осигурените лица во цената на здравствените услуги и лековите;
3. Доколку постои оправдано писмено незадоволство на осигурениците кои ги користат здравствените услуги;
4. Доколку во утврдениот рок не достави усогласен план за вид и обем на здравствени услуги на мејл адреса [dogovori@fzo.org.mk](mailto:dogovori@fzo.org.mk);
5. Доколку здравствената установа нема извршено набавка на компјутерска опрема и интернет поврзување;
6. Доколку здравствената установа во договорениот рок не ги доставува бараните податоци согласно овој Договор до Фондот.
7. Доколку здравствената установа не достави фактура најдоцна до 15-ти во месецот за претходниот месец.
8. Доколку придонесот за задолжителното здравствено осигурување редовно не се уплатува согласно законот.

#### **Член 30**

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

#### **Начин на склучување на договори**

#### **Член 31**

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

здравствената установа ќе ја врши со користење на електронска здравствена картичка (ЕЗК).

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

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

### **Промени на договорот**

#### **Член 32**

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

### **Промена на прописите**

#### **Член 33**

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

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

### **Судска надлежност**

#### **Член 34**

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

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

### **Влегување во сила на договорот**

#### **Член 35**

Овој договор влегува во сила од денот на потпишувањето од двете договорни страни а ќе важи од 01.03.2014 до 31.12.2018 година.

### **ПРИЛОЗИ:**

-План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за хемодијализен третман со задолжителните дијагностички испитувања дефинирани во Упатството за дијализа.

– Образец ДКП за пресметковни квартални надоместоци.

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