



РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Број:
Дата _____ год
Скопје

Врз основа на член 70 од Законот за здравствено осигурување (“Сл.весник на РМ” бр.25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 92/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009 и 50/2010) и член 5 од Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита (“Сл.весник на РМ” бр.48/2001, 31/2003, 137/2006, 25/2007, 36/2007, 151/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009 и 44/2010), се склучува

ДОГОВОР

за извршување и плаќање здравствени услуги во примарната здравствена заштита - гинекологија

Склучен во Скопје на ден _____ 2011 година, помеѓу

1. Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд) застапуван од _____ по овластување број _____ како купувач на здравствени услуги од една страна и
2. _____ со седиште на адреса _____ - _____ (во понатамошниот текст Здравствена установа), застапувана од директорот _____, со ж-ска бр _____ што се води кај банка _____, со даночен број _____, 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 за обезбедување и извршување на основни здравствени услуги на осигурените лица во примарната здравствена заштита.

**Давател на услуги во примарната
здравствена заштита**

Член 2

Здравствена установа врши дејност од примарна здравствена заштита _____ во согласност со решение за вршење на дејност број _____ од датум _____ година издадено од Министерството за здравство.

Здравствената установа својата дејност ја обавува во една или повеќе ординации со избрани лекари (лекарски

тим). Прилог бр.1 на овој Договор.

Здравствената установа за секое проширување на дејноста, за секоја статусна промена на здравствената установа, измена на бројот на организационите единици или бројот на избраните лекари, склучува Анекс на овој Договор со Фондот. За секоја статусна промена на здравствената установа се склучува нов Анекс. За секоја промена на седиштето, управителот, и жиро - сметката здравствената установа е должна да го извести Фондот во рок од 20 дена.

Обврски на Здравствената установа

Член 3

Здравствената установа е должна на осигурените лица да им пружа квалитетна, навремена, економична и ефикасна примарна здравствена заштита од задолжителното здравствено осигурување во согласност со одредбите на Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Закон за евиденции во областа на здравството, меѓудржавни договори за социјално осигурување, општите акти на Фондот, медицина базирана на докази, здравствени услуги кои се опфатени со определени програми, како и од одредбите на овој договор.

За услуги дадени на осигуреното лице надвор од став 1 на овој член, за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжително здравствено осигурување и здравствени услуги по барање на осигуреното лице, Фондот не ги надоместува направените трошоци.

Здравствените услуги на осигурените лица ги пружа тимот на избраниот лекар, односно тимови на избраните лекари вработени со полно работно време во здравствената установа (во натамошен текст избран лекар) кои имаат добиено основна лиценца или лиценца за работа.

Во случај на престанок на работниот однос на дел од тимот (избраниот лекар или медицинската сестра), здравствената установа е должна во рок од 20 дена да го извести Фондот за промена на тимот и дополнителни 15 дена да го комплетира тимот.

Факсимил

Член 4

Здравствената установа е должна за секој вработен избран лекар, да обезбеди факсимил од Фондот, со важност од денот на потпишување на Договорот од двете договорни страни.

Издадениот факсимил на избраниот лекар е траен и не се менува доколку избраниот лекар ја промени здравствената установа.

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

Фондот нема да издаде факсимил на лице кое остварува право на пензија.

Факсимилот, избраниот лекар го користи само лично за издавање на рецепти, упати, боледување и други обрасци согласно Законот за медицинска евиденција на осигурените лица 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 избраниот лекар или здравствената установа и подлежи на санкции.

Избраниот лекар не може да го употребува факсимилот во друга здравствена установа, каде што не е вработен и каде што нема склучено договор со Фондот, освен во случаи на организирано дежурство.

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

Во случаите предвидени со закон за оправдано отсуство од работа на избраниот лекар, долготрајно боледување, породилно отсуство, специјализација, еднострано раскинување на договорот во делот за избраниот лекар и други случаи, факсимилот се става во мирување.

При затварање на факсимилот на избраниот лекар Фондот ги известува здравствената установа, подрачните служби на Фондот и замената на избраниот лекар.

При губење или кражба на факсимил избраниот лекар е должен веднаш да го извести Фондот за да се затвори бројот на факсимилот во базата на податоци.

За изгубен факсимил покрај барањето за затворање на бројот, се доставува и извадок од објавата во Службен весник.

За украден факсимил покрај барањето за затворање на бројот, се доставува и копија од записник од МВР.

Со затворање на изгубениот или украдениот факсимил, Фондот на избраниот лекар му доделува нов број на факсимил.

Податоците за затворање на факсимилот поради губење или кражба Фондот ги објавува на веб страна.

Член 5

Избраниот лекар кој е на специјализација по семејна медицина продолжува да работи со постоечкиот факсимил во здравствената установа без обврска да вработи нов избран лекар.

За време на специјализацијата избраниот лекар продолжува да работи со осигурените лица кои го избрале со исполнување на целите во целост.

За време на специјализацијата по семејна медицина на избраниот лекар негова редовна замена има обврска да пружа здравствени услуги на осигурените лица кои го избрале лекарот на специјализација.

Избраниот лекар во чија здравствена установа се спроведуваат турнуси од Програмата за специјализација по семејна медицина е назначен за едукатор од Катедрата по семејна медицина при Медицински факултет Скопје.

На едукаторот за време на траење на турнусите кои се изведуваат во неговата здравствена установа му се издава уште еден факсимил со нов број.

Специјализантот ќе го користи факсимилот на едукаторот во чија здравствена установа се спроведуваат турнуси од Програмата за специјализација по семејна медицина. Специјализантот ќе работи со осигурените лица кои го имаат избрано за избран лекар едукатор.

Обврска и одговорност на едукаторот е да врши надзор и следење на работата на специјализантот по семејна медицина.

Рецептите, упатите и боледувањата издадени со факсимил на лекарот кој е на специјализација по семејна медицина ќе се евидентираат во целите на едукаторот.

Едукаторот е должен да го врати во Фондот факсимилот кој му е издаден за време траење на едукацијата на специјализантите по семејна медицина.

Начин на пресметување и плаќање на обезбедени здравствени услуги

Член 6

Пресметувањето и плаќањето на обезбедените здравствени услуги (во понатамошен текст надоместок за капитација) кои се предмет на овој Договор, се врши по осигурено лице, според бројот и возраста на осигурени лица кои извршиле избор на лекар, помножен со износот на утврдената капитација согласно Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита.

Надоместокот за обезбедените здравствени услуги на избраниот лекар се пресметува согласно член 6 од Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарна здравствена заштита, согласно бројот на остварените поени и утврдената вредност на поенот и тоа:

Број на остварени поени	Од утврдена вредност на поените
до 2500 поени	100%
од 2501 до 3500 поени	70%
од 3501 до 4500 поени	45%
од 4501 поени	30%

За избраните лекари кои имаат осигурени лица на кои им се обезбедува и капитација во рурални подрачја,

износот на капитација се пресметува според член 8 од Правилникот.

Вкупниот надоместок за обезбедени здравствени услуги на здравствената установа е вкупен збир на поединечните надоместоци пресметани за сите избрани лекари од здравствената установа.

Во подрачјата каде што домашното лекување го врши избраниот лекар од тоа подрачје, по налог на лекар специјалист, извршените услуги ги обезбедува Фондот и се надоместуваат врз основа на фактура доставена од здравствената установа на избраниот лекар, согласно Ценовникот за здравствените услуги на Република Македонија, се до организирање на итна медицинска служба на тоа подрачје.

Член 7

Здравствената установа доставува збирна фактура за обезбедени здравствени услуги до Подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на Приватната здравствена установа, најдоцна до 5-тиот ден од тековниот месец за претходниот месец. (Образец Ф).

Подрачната служба доставува пресметка и доколку постои неусогласеност помеѓу податоците од фактурата на здравствената установа и пресметката, до крајот на месецот се прави усогласување со писмено задолжение.

Во прилог на фактурата се доставуваат: поединечни пресметки за капитација за секој избран лекар и извештаи за извршените здравствени услуги за секој избран лекар и за секоја Подрачна служба поединечно. (Образец П).

Содржината на фактурата, пресметката и извештајот ја утврдува Фондот и е составен дел на овој Договор.

За осигурениците кои во тековниот месец извршиле избор или промена на избраниот лекар, надоместокот за капитацијата се исплаќа на избраниот, односно новоизбраниот лекар, од денот на извршениот избор, односно промена.

За осигурениците за кои не е издадена потврда за платен придонес од задолжителното здравствено осигурување, нема да се исплатува надоместокот за капитација.

Капитацијата се исплатува само за периодот за кој има комплетен лекарски тим освен во случаи на користење на краткотрајно боледување до 21 ден.

Фактурите доставени од здравствената установа се исплатуваат за сите осигуреници кои го избрале лекарот само од Подрачната служба каде е регистрирана Приватната здравствена установа.

Член 8

Фондот на здравствената установа на избраниот лекар и исплатува 70% од месечниот надоместокот за основна капитацијата, согласно Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарна здравствена заштита.

Плаќањето на надоместокот за капитација, Фондот го врши месечно, а најдоцна до 60-тиот ден од истекот на последниот ден од месецот за кој се плаќа надоместок.

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

Член 9

Фондот на здравствената установа на избраниот лекар и исплатува 30% од месечниот надоместок за капитацијата, за секој месец, по истекот на секое тромесечје, врз основа на извештаите за извршените активности за исполнување на целите - стимулативен дел (во понатамошниот текст цели) по извршената контрола и оценка од страна на Фондот.

Еднаш во годината Подрачната служба на Фондот, врши контрола во здравствените установи за извршените активности за исполнување на целите врз основа на доставените извештаи од секое тромесечје. Контролата ќе се врши последниот квартал од годината на важење на договорот на репрезентативен примерок на 2.5% од целите за секоја цел поединечно за секој квартал. Доколку со контролата се констатира неисполнување на целите во контролираниот процент, истите ќе бидат намалени во целост за кварталот во кој е утврдена

неправилноста.

Целите, процентот како дел од став 1 на овој член за секоја цел, начинот на реализација како и начинот на исплата за секоја цел се составен дел на овој договор (Прилог ЦЛ).

Извештајот од став 1 на овој член избраниот лекар е должен во електронска форма да го достави до Фондот најдоцна до 5-тиот ден по истекот на секое тромесечје (Образец И).

Порамнување на бројот на реализираните рецепти, издадените упати и боледувања со бројот на осигурените лица кај избраниот лекар се врши тромесечно, а конечно усогласување по овој основ се врши на крајот на годината.

Активностите на здравствената установа односно избраниот лекар за постигнување на целите определени со Правилникот се задолжителни.

Исплата на целите се врши доколку активностите за постигнување на определени превентивни цели се извршени над 70 %, во зависност од процентот на остварување на целите за утврдените целни групи, освен во случаите кога ќе се утврдат неправилности за соодветниот квартал, но не повеќе од 100%.

По извршена контрола од страна на Фондот врз основа на репрезентативен примерок утврден со Правилник, ќе се врши исплата на целите.

Кај целите во кои има фиксно утврдена возраст на одредени целни групи, се врши доколку активностите за постигнување на определени превентивни цели се извршени во целост.

Целта се смета за постигната и во случај кога осигуреното лице нема да се јави на писмената покана од избраниот лекар.

Член 10

Здравствената установа е должна да изготвува план на активности за постигнување на целите, посебно за секое тромесечје од годината за период од 01.04.2011 до 31.03.2012 година за секој избран лекар.

Здравствената установа, годишниот план за наредната година го доставува до Фондот во електронска форма најдоцна до 30 април.

При промена на бројот на осигурените лица кај избраниот лекар во период на важење на договорот секое тромесечје се врши репрограмирање на планот.

Здравствените установи кои прв пат склучуваат договори должни се да достават план за целите најдоцна во рок од два месеци, од денот на потпишување на договорот.

Содржината на планот е составен дел на овој договор (Образец ПЛ), согласно член 9 на овој договор.

Избраниот лекар кој прв пат склучува договор должен е да достави план за целите по истекот на првото тромесечје, од денот на потпишување на договорот. Исплатата на реализираните цели кај новиот избран лекар започнува од второто тромесечје.

По доставувањето на извештајот од избраниот лекар од став 1 на овој член, Фондот ја контролира и оценува висината на надоместокот за извршени активности и остварените цели, за конечна исплата во зависност од структурата на осигурениците и бројот на извршените активности за спроведување на целите од член 10 од Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарна здравствена заштита.

Содржината на образецот на извештајот ја утврдува Фондот.

Член 11

Здравствената установа е должна по потпишувањето на овој Договор 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 утврдуваат со Упатство од Фондот.

Податоците од став 2 на овој член се доставуваат на трошок на здравствената установа.

Секоја измена на Упатството од став 1 и став 2 на овој член, здравствената установа е должна да ја усогласи во рок од 30 дена од неговиот прием.

Здравствената установа се обврзува да обезбеди сопствен софтвер (компјутерска програма) за водење

евиденција од став 1 на овој член. Изготвувањето, инсталирањето и одржувањето на софтверот паѓа на товар на здравствената установа.

Член 12

Други обврски на здравствената установа:

1. Да го уплатува редовно придонесот за задолжително здравствено осигурување согласно одредбите на Законот за здравствено осигурување;
2. Да ги обезбеди и уредно да ги води ИЛ обрасците (изјавата - одјавата на избран лекар) и истите да ги доставува редовно до подрачната служба на Фондот согласно подзаконските акти на Фондот;
3. Да даде одјава и здравствениот картон на барање на осигурено лице;
4. Да обезбедува здравствени услуги на сите осигурени лица кои избрале лекар во здравствената установа, без дискриминација;
5. Да ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност; според Правилникот за контрола;
6. Да издава потврда за наплатеното учество (партиципација) и фискална сметка, како и да не наплаќа дополнителни средства од осигурените лица, освен за утврденото учество;
7. Да му овозможи на Фондот увид и контрола на документацијата поврзана со извршените здравствени услуги;
8. При издавање на оценка на привремена спреченост за работа да се придржува на Критериумите за дијагностички постапки оценка на привремена спреченост за работа поради болест, повреда или нега на болен член на семејството;
9. На видно место да ги извести осигурените лица кои го избрале за избран лекар дека работниот однос му престанал во таа здравствена установа, за да се обезбеди континуитет во здравствената заштита;
10. Да го извести писмено во рок од 20 дена Фондот и подрачната служба за отсуство на лекарите во случај на боледување, специјализација, мирување на работниот однос според Законот за работни односи, во случај на престанок на работен однос на избраниот лекар и ако стекнал услови за остварување право на пензија;
11. Да ја извести подрачната служба на Фондот за лекарот кој е негова замена и на видно место да истакне податоци за истиот;
12. За користење на краткотрајни отсуства на лекарскиот тим предвидени во Законот за работни односи, потребно е задолжително водење на кадровска евиденција со издавање налог за оправдано отсуство од работа или пропусница од страна на овластеното лице на здравствената установа;
13. На видно место во ординацијата на избраниот лекар, во форма и големина утврдена од Фондот, да истакне текст дека “Прегледот кај избраниот лекар не се наплаќа;
14. Во ординацијата на избраниот лекар на видно место да истакне висина на партиципација Образец Ц;
15. Да води кадровска евиденција за вработените според законските прописи;
16. Да води уредна евиденција за сите набавени лекови и медицински потрошен материјал, со доказ за набавката и рокот на траење;
17. На видно место да истакне ознака дека има склучено договор со Фондот, да го истакне работното време на сите организациони единици, контакт телефон за избраниот лекар и неговата замена;
18. Да учествува во обезбедувањето на домашното лекување, итна медицинска помош, односно приправност во подрачјата каде што нема организирана итна медицинска помош; како и породување, и преглед на педијатар во подрачјата каде што нема организирана;
19. Да негува добри деловни односи со Фондот;
20. 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;
21. Во случај на пензионирање или смрт на избраниот лекар, здравствената установа е должна на осигуреното лице да му го врати здравствениот картон заедно со целокупната медицинска документација;
22. Да издава потврда за пропишана рецепта за потребите на осигуреното лице за остварување на право на надомест на средства во управна постапка;

23. Да дава здравствени услуги само за дејноста за која има склучено договор со Фондот;
24. Здравствената установа секој месец од WEB страната на Фондот редовно 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;
25. Здравствената установа да доставува годишен извештај на реализираните цели (превентивни мерки и активности) на пропишан образец од Фондот;
26. Нововработениот лекар да пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот по потпишување на анекс на договорот за вработување на нов лекар.

Член 13

Избраниот лекар е должен на осигуреното лице за користење на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита да му издава упат само за здравствени установи кои имаат договор со Фондот.

Член 14

Заради остварување на целите - стимулативен дел од член 8 на овој договор, избраниот лекар од дејноста гинекологија е овластен на осигурените лица кои го избрале, да им пропишува лекови на рецепт на товар на Фондот, согласно Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот.

Категорија	Број на рецепти
за женска популација на возраст над 14 години до крајот на животот за гинеколошко – акушерска ПЗЗ	0.5

Во случај на прогласена епидемија, во согласност со Фондот, се зголемува бројот на дозволеният износ од став 1 на овој член во зависност од подрачјето на кое е прогласена епидемијата и посебно издадените рецепти по осигурено лице и лекови определени според прогласената епидемија и е должна да поднесе извештај до Фондот за извршени работи по прогласена епидемија.

По исклучок, износот од став 1 на овој член не се однесува на лековите дадени во прилог Л е составен дел на овој договор.

Избраниот лекар за свои потреби е должен да располага со рецепти за пропишување на лекови и упати на утврден образец.

Член 15

Избраниот лекар е должен при пропишување на лековите на рецепт кои се издаваат во примарна здравствена заштита на осигурените лица, истите да ги пропишува на рецептниот образец на Фондот според Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, по генеричко име на лекот со фармацевтска дозajна форма и јачина, количина и сигнатура.

Избраниот лекар е должен да ги информира осигурените лица за лековите за кои Фондот има утврдена референтна цена, односно за можноста да користат лек од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот кои се без доплата.

Избраниот лекар е должен да се придржува на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот во целост, односно на индикациите, како и на режимот на пропишување на лекови за кои е потребно мислење од лекар специјалист, субспецијалист и конзилиум на лекари.

На еден рецепт се пропишува само едно оригинално пакување на лекот, освен за лековите чии оригинални пакувања се делат односно кои се издаваат на парче, по единица фармацевтска дозajна форма, според списокот на лекови чии оригинални пакувања се делат, објавен на веб страницата на Фондот. За овие лекови количината на пропишаниот лек треба да е прецизно наведена на рецептниот образец по единица фармацевтска форма.

За хронични болести може да се пропишуваат лекови кои ќе обезбедат терапија за 90 дена, односно за секои 30 дена поединечно, а на рецептниот образец се назначува датумот соодветно од месецот за кој се однесува терапијата.

Рецептниот образец избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар, е должен да го изготви и пополни во електронска форма, да го испечати и испечатениот рецепт да го завери со печат на здравствената установа, факсимил и потпис на лекарот. Електронското пополнување и печатење на рецептниот образец ќе се применува од 01.07.2011 година.

Избраниот лекар е должен во рецептниот образец да ги пополни сите полиња кои се однесуваат во делот на пропишување на лекот и податоците за осигуреникот.

Пропишаните лекови на рецепт избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар, е должен да ги запишува во здравствената легитимација на осигуреникот целосно и уредно по генеричко име на лекот со фармацевтска дозажна форма, јачина и количина на лекот, и факсимил и потпис на лекарот.

За хроничната терапија во здравствената легитимација на осигуреникот уредно се запишува пропишаниот лек за секој месец поединечно, со датумот назначен на рецептот како датум на пропишување, согласно ставот 5 на овој член.

Член 16

Согласно Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарна здравствена заштита, избраниот лекар е овластен да дава упати за специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита најмногу просечно годишно(за време на важење на договорот) по осигурено лице:

Категории на осигурени лица	Број на упати по осигуреник
Гинекологија	0.5

Избраниот лекар е должен при упатување на осигурените лица на специјалистички прегледи или болничко лекување, кон упатот да ги приложи резултатите од спроведените дијагностички испитувања.

Член 17

Здравствената установа односно избраниот лекар согласно Правилникот за начинот на плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита, е должен да располага со ампули потребни за примарна здравствена заштита, да обезбеди соодветно чување според списокот на ампули кој е даден во прилог А на договорот.

Избраниот лекар е должен да води евиденција за ампуларната терапија со која располага и за секоја аплицирана ампула во ординацијата и напозадината на секој рецепт задолжително треба да се стави дата на аплицирање на истата и потпис на пациентот.

Член 18

Избраниот лекар за итни постапки е должен да располага со следните лекови дадени под генерички имиња во прилог А-1 на договорот.

Задолжителна ампуларна терапија избраниот лекар треба да ја да аплицира во целост без да бара од осигуреникот да ја набави со сопствени средства кои дополнително ќе ги побарува како рефундација од Фондот.

Член 19

Согласно Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарна здравствена заштита, избраниот лекар кај осигурените лица кои го избрале утврдува привремена спреченост за работа поради болест и повреда (боледување) до 15 дена, согласно Правилникот и Критериумите за дијагностичките постапки и оцена на привремената спреченост за работа поради болести и повреди или потребата за неа на болен член од потесното семејство, најмногу просечно тромесечно по осигуреник за следните категории на осигурени лица.

Категории на осигурени лица	Број на проценти за боледувања до 15 дена
Гинекологија	3%

Евентуалните пречекорувања на утврдениот процент на боледувања, избраниот лекар треба да ги оправда со објективните здравствени потреби на осигурениците, за што доставува извештај до подрачната служба на Фондот.

Обврски на избраниот лекар

Член 20

Избраниот лекар е должен да пружи здравствени услуги на товар на Фондот, доколку осигуреното лице приложи потврда за платен придонес и задолжително го идентификува осигуреникот со заверена здравствена легитимација и со лична карта, а ученикот и студентот со ученичка книшка и индекс.

Избраниот лекар е должен за секое осигурено лице да води здравствен картон, дневник за работа и друга евиденција, согласно прописите за водење на евиденциите од областа на здравството, сметководството и финансиите.

Избраниот лекар е должен заедно со одјавата на осигуреното лице да му го даде и здравствениот картон заедно со целокупната медицинска документација.

Здравствената установа односно избраниот лекар задолжително води посебен дневник за интервенции.

Член 21

Избраниот лекар ако оцени за потребно и ако за тоа постојат услови, должен е да обезбеди преглед или други здравствени услуги во домот на осигуреното лице (домашна посета).

Избраниот лекар- гинеколог спроведува породување во места каде што има обезбедено породилиште.

Член 22

Секој избран лекар е должен да определи друг лекар од својата или од друга најблиска здравствена установа во општината или градот (освен за град Скопје) која врши иста дејност, кој ќе го заменува, во случај на негова привремено отсуство(годишен одмор , краткотрајно боледување до 21 ден или краткотрајно службено отсуство) и за определената замена е должен да ја евидентира во здравствената легитимација на осигуреното лице со потпис и факсимил како и да го извести Фондот.

Во здравствените установи, во случаите на оправдани отсуства од работа на избраниот лекар предвидени со закон, како подолготрајни боледувања над 21 ден, породилни отсуства, специјализација и други случаи поради обезбедување континуитет во пружањето на здравствените услуги на осигурените лица, здравствената установа е должна да вработи лекар за пружање на договорените здравствени услуги во рок од 15 дена.

Односите помеѓу избраниот лекар и замената - нововработениот лекар се регулираат со меѓусебен договор.

Подрачната служба, само врз основа на меѓусебен договор помеѓу лекарите во случаите на породилно отсуство, подолготрајно боледување и специјализација врши колективна одјава и пријава на осигурениците од едниот на другиот лекар и по завршување на случајот, врши колективно враќање на осигурениците на избраниот лекар.

По службена должност подрачната служба на Фондот ќе изврши колективна одјава на осигурениците од

избраниот лекар од здравствената установа во случај на пензионирање или смрт на избраниот лекар, смрт на осигурените лица и во случај на престанок на работниот однос на избраниот лекар во здравствената установа како и при преместување на избраниот лекар во друга работна единица во друга општина (освен за град Скопје) во иста здравствена установа.

Во здравствените установи, во случаите на оправдани отсуства од работа на избраниот лекар предвидени со закон, како подолготрајни боледувања над 21 ден, породилни отсуства, специјализација и други случаи, 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 и не се исплатува капитација. 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.

Здравствената установа при промена на вработените од лекарскиот тим од една работна единица во друга (над 7 но не подолго од 21 ден) 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.

Член 23

Здравствените установи кои имаат договор со Фондот во акутни случаи можат да обезбедуваат здравствени услуги додека осигурените лица се на одмор или се надвор од местото на живеење, а не можат да користат услуги од избраниот лекар.

Лекарот што ја извршил услугата на овие осигурени лица, до избраниот лекар треба да достави извештај за извршените здравствени услуги на осигуреното лице, а избраниот лекар да достави потврда до подрачната служба на Фондот.

За пружените здравствени услуги на осигуреното лице, Фондот ќе и исплати на здравствената установа на лекарот кој ги извршил услугите 70% од месечниот износ на капитацијата за осигуреното лице, по добиената потврда од страна на избраниот лекар за извршените здравствени услуги. Во таквите случаи капитацијата на избраниот лекар за тоа осигурено лице не се исплатува.

Член 24

На лицата опфатени со склучени меѓудржавни договори за социјално осигурување - странски осигуреници, здравствената установа односно лекарскиот тим им обезбедуваат здравствени услуги врз основа на договорен меѓудржавен двојазичен образец, врз основа на потврда за правата на користење здравствена заштита на странскиот осигуреник и членовите на неговото семејство издадена од соодветната подрачна служба или врз основа на европска картичка за здравствено осигурување (European Health Insurance Card – EHIC), доколку со таа земја Фондот има склучено посебен договор за користење на европска картичка за здравствено осигурување на територија на Република Македонија како и врз основа на сертификат доколку европската картичка е во изработка.

Здравствената установа односно лекарскиот тим до соодветната подрачна служба доставува посебна пресметка за пружени здравствени услуги од став 1 на овој член.

Во пресметките, здравствената установа односно лекарскиот тим се должени да ги наведат сите здравствени услуги кои се пружени според цените утврдени во Ценовникот за здравствени услуги во Република Македонија, со прикажана, пресметана и наплатена партиципација.

Обврски на Фондот

Член 25

Фондот е обврзан на следното:

1. Да го плаќа надоместот за обезбедените здравствени услуги во согласност со овој договор, освен во случаите кога здравствената установа не го уплатува редовно и целосно придонесот за задолжително здравствено осигурување за месецот за кој се исплатува капитација;
2. Да ги обезбеди на здравствената установа потребните информации, со цел таа да ги исполни превземените обврски преку нивно објавување на веб страницата на Фондот;
3. Да врши мониторинг (контрола) врз имплементацијата на овој Договор;
4. Да врши мониторинг на извршените цели и програми, квалитетот и квантитетот на пружените здравствени услуги (прегледи, анкети, и извештаи);
5. Да ја проверува дозволата за работа на здравствената установа односно лиценцата за работа на избраниот лекар;
6. Да врши тековна проверка на критериумите врз основа на кои е склучуван договорот;
7. Подрачните служби на Фондот се обврзуваат по доставено писмено барање од здравствената установа да дадат известување за неусогласени фактури до здравствената установа, а врз основа на тоа известување здравствената установа се обврзува да издаде финансиско одобрение;
8. Да негува добри деловни односи со здравствената установа;

Контрола

Член 26

Овластени лица за контрола на Фондот согласно Правилникот за овластувања и начин на работа на контролата на Фондот за здравствено осигурување, во здравствената установа вршат контрола на: обезбедени здравствени услуги на осигурените лица, контрола на остварувањето на правата од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица, контрола на евиденција на осигурените лица кои го избрале избраниот лекар, контрола на документацијата за пружени здравствени услуги на осигурени лица, почитување на упатствата за 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, контрола на извршените активности за постигнување на определени цели кај избраниот лекар, како и контрола на спроведување на одредбите од овој договор.

Здравствената установа се обврзува во секое време да им овозможи на овластените лица за контрола на Фондот увид и контрола во целокупното свое работење.

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

Член 27

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

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

Фондот за здравствено осигурување.

Спогодбено раскинување на договорот Член 28

Овој Договор може спогодбено да се раскине во целост или делумно во делот на избраниот лекар, само во писмена форма, согласно Законот за облигациони односи.

Еднострано раскинување на Договорот Член 29

Договорот може да се раскине со писмено известување, со отказан рок од 30 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 го оневозможува остварувањето на правата од задолжително здравствено осигурување;
3. Ако здравствената установа односно избраниот лекар, не овозможи вршење на контрола од страна на Фондот;
4. Во случај кога друго лице од здравствената установа го користи факсимилот на избраниот лекар кој отсутствува од работа по било кој основ или се утврди користење на факсимилот од друго лице надвор од здравствената установа;
5. Доколку неовластено лице е затекнато и пружа здравствени услуги во здравствената установа;
6. Доколку здравствената установа не вработи нов лекар во случаи на породилно отсуство, подолги боледувања и специјализација;
7. Доколку здравствената установа, односно избраниот лекар не негуваат добри деловни односи;
8. 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 3 став 3 од овој договор;
9. Доколку здравствената установа односно избраниот лекар изврши фалсификување на потписот на осигуреното лице на ИЛ образецот;
10. Доколку здравствената установа односно избраниот лекар, постапува спротивно на законските и подзаконските акти;
11. Доколку врз основа на договор за соработка во здравствената установа, пружа здравствени услуги друг лекар за дејност која не е соодветна на дејноста за која е регистрирана здравствената установа;
12. Доколку избраниот лекар издава (отвори) ретроградно боледување повеќе од еден ден на осигуреното лице, освен во случаи на болничко лекување;
13. Доколку со две последователни контроли се констатира дека здравствената установа е затворена и не пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот.

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

Постапка за начинот на изрекување и утврдување на висината на договорната казна Член 30

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 од член 31 и 32 од овој Договор, се применува договорната казна од член 31 на овој договор.

Доколку се утврдат повреди од член 33 од овој Договор кои нема да бидат отстранети по изречената опомена во рок од 8 дена се применува договорната казна во износ од една половина од месечната капитација од фиксен дел.

Доколку се утврдат повреди од член 31 и член 32 од овој Договор кои се однесуваат на здравствената установа ќе се применува договорна казна во износ од една половина од просечна месечна капитација од фиксен дел.

Доколку се утврдат повреди од член 31 и член 32 од овој Договор кои се однесуваат на избраниот лекар ќе се применува договорна казна во износ од една половина месечна капитација од фиксен дел.

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 член 26 и член 27 на овој договор.

Доколку при повторните контроли во иста здравствена установа во текот на годината се констатираат и други повреди на договорните одредби, ќе се изречат договорни казни, согласно повредите пропишани во член 29, 21, 32 и 33 на овој договор.

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

Фондот го задржува правото да одлучи дали ќе склучи договор во наредната година со здравствената установа која нема да ја плати изречената договорната казна од претходната година.

Фондот нема да склучи нов договор пред истекот на најмалку 6 месеци. Од раскинувањето на претходниот договор 6 месеци, доколку истиот е раскинат во последните три месеци на неговото важење.

Доколку здравствената установа или избраниот лекар сторил повреди на договорните одредби во последните три месеци од важењето на договорот склучен за 2010/2011 година, поради постоење на континуитет во работењето со Фондот, со склучување на овој договор Фондот го задржува правото еднострано да му го раскине договорот или да му изрече договорна казна, во зависност од сторената повреда.

Фондот нема да склучи договор со здравствената установа на која два пати и е раскинат договорот.

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

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 31

Договорна казна во износ од една половина од месечна капитација од фиксен дел се утврдува за следните повреди:

1. Доколку здравствената установа, односно избраниот лекар 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 24 на овој договор;
2. Ако со работата на избраните лекари финансиски е оштетен Фондот;
3. Доколку здравствената установа или избраниот лекар наплатуваат на осигурените лица партиципација спротивно на важечките прописи и наплаќа дополнителни средства од осигурените лица, освен за утврденото учество;
4. Доколку здравствената установа не ги обезбеди во целост ампулите од терапијата за ургентни состојби (Образец А-1) освен за лекот во точката 8 од Прилогот А/1;
5. Доколку придонесот за задолжителното здравствено осигурување редовно, навремено и целосно не се уплатува согласно позитивните законски прописи;
6. Доколку избраниот лекар не пропишува лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот по генеричко име на лекот за кој е утврдена референтна цена на лекот;
7. Доколку здравствената установа не ги обезбеди лековите од Листата на лекови кои паѓаат на товар на

Фондот, а осигурените лица ги набавиле со сопствени средства;

8. Доколку избраниот лекар не го запази дијагностичкиот минимум и критериумот за апсолутната и релативната спреченост за работа утврдени во Правилникот и Критериумите за дијагностичките постапки и оцена на привремената спреченост за работа поради болест и повреди или потребата за неа на болен член од потесното семејство;
9. Доколку избраниот лекар не обезбедува здравствени услуги на осигурени лица кои сакаат да го изберат лекарот, независно од бројот на осигурените лица кои направиле избор кај истиот лекар;
10. Доколку избраниот лекар дава здравствени услуги од дејноста за која нема склучено договор;
11. Доколку избраниот лекар на осигуреното лице за користење на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита му издаде упат за лекување во здравствени установи кои немаат договор со Фондот;
12. Доколку здравствената установа за користење на краткотрајни отсуства на лекарскиот тим предвидени во Законот за работни односи, не води кадрова евиденција со издавање налог за оправдано отсуство од работа или пропусница од страна на овластеното лице на здравствената установа;
13. Доколку нововработениот лекар пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот пред потпишување на анекс на договорот за вработување на нов лекар.

Член 32

Договорна казна во износ една четвртина од месечната капитација од фиксен дел 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, специјализација, мирување на работниот однос според Законот за работни односи, во случај на престанок на работен однос на избраниот лекар и ако стекнал услови за остварување на право на пензија);
2. Ако здравствената установа најмалку во две последователни тромесечја не ги исполнува целите во целост определени со Правилникот за начинот на плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита;
3. Доколку здравствената установа не издаде налог за оправдано отсуство од работа или пропусница, за користење на краткотрајни отсуства на лекарскиот тим предвидени во Законот за работни односи;
4. Доколку со две последователни контроли се констатира дека здравствената установа е затворена и не пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот;
5. Доколку здравствената установа, на видно место не ги извести осигурените лица дека работниот однос на избраниот лекар му престанал во здравствена установа;
6. Доколку избраниот лекар на осигурените лица не препишува лекови од Листата на лекови кои се на товар на Фондот и не се придржува на Списокот на ортопедски помагала освен ако не е медицински индицирано;
7. Доколку здравствената установа односно избраниот лекар, доставуваат неточни податоци до Фондот или не ги достават во утврдениот рок;
8. Доколку здравствената установа, односно избраниот лекар, не води уредна евиденција на медицинската документација согласно законските прописи, подзаконските акти на Фондот и одредбите на овој Договор;
9. Доколку постои писмено незадоволство на осигурениците кои ги користат здравствените услуги утврдени во соодветна постапка;
10. Доколку здравствената установа односно избраниот лекар не обезбедува здравствени услуги на сите осигурени лица кои го избрале, без дискриминација;
11. Доколку здравствената установа не води кадровска евиденција за вработените според законските прописи и ако по склучувањето на договорот се изврши промена во осигурувањето со пократко работно време на лекарскиот тим;
12. Доколку избраниот лекар издаде потврда за нереална здравствена состојба за осигурени лица кои привремено престојуваат во земји со кои РМ има склучено меѓународен договор за социјално осигурување;
13. Доколку избраниот лекар не го почитува режимот на пропишување на лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот;

14. Доколку избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар рецептниот образец не го изготви и пополни во електронска форма, испечати и да го завери рецептот со печат на здравствената установа и факсимил на лекарот, согласно Правилникот за остварување на права од задолжително здравствено осигурување сметано од 01.07.2011 година;

15. Доколку избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар рецептниот образец не го изготви и пополни во електронска форма, испечати и да го завери рецептот со печат на здравствената установа и факсимил на лекарот, согласно Правилникот за остварување на права од задолжително здравствено осигурување, сметано од 01.07.2011 година;

16. Доколку избраниот лекар задолжителна ампуларна терапија не ја поседува и аплицира во целост и бара и од осигуреникот да ја набави со сопствени средства кои дополнително ќе ги побарува како рефундација од Фондот.

Член 33

Опомена пред изрекување на договорна казна во износ од една половина од месечна капитација од фиксен дел се утврдува за следните повреди:

1. Доколку здравствената установа на видно место нема истакната ознака дека има склучено договор со Фондот, нема истакнато работно време на сите нејзини ординации, нема истакнато замена за избраниот лекар и нема истакнато контакт телефон на избраниот лекар и неговата замена;

2. Доколку на видно место не се истакнати Прилозите Б и Ц од овој договор;

3. Доколку здравствената установа не води уредна евиденција за сите набавени материјали и лекови со доказ за набавката и рокот на употреба;

4. Доколку еднаш во месецот не го ажурира од веб страната на Фондот списокот на здравствени установи кои има склучено договор;

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 или избраниот лекар не ја извести подрачната служба на Фондот за лекарот кој што е негова замена;

7. Доколку здравствената установа односно избраниот лекар не ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност;

Член 34

Овој Договор, во однос на еден од избраниот лекар се раскинува задолжително доколку избраниот лекар кој е вработен во Здравствената установа ги исполнува законските услови за пензионирање и доколку престане работниот однос на лекарот кој е единствен вршител на дејноста во здравствената установа.

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 избрани лекари наведени во Прилогот на овој договор.

Член 35

Во случај на еднострано раскинување на Договорот од страна на Фондот согласно одредбите на овој Договор, Фондот нема обврска да склучи Договор со здравствената установа односно избраниот лекар.

Промена на прописите

Член 36

При промена (измени и дополнувања) на прописите врз основа на кои е склучен 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, вajat одредбите од Законот за облигационите односи.

**Судска надлежност
Член 37**

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

**Влегување во сила на Договорот
Член 38**

Овој договор влегува во сила со денот на потпишувањето од двете договорни страни, а ќе се применува од 01.04. 2011 година заклучно со 31.03.2012 година.

**Број на примероци на договорот
Член 39**

Овој договор е составен во 4 (четири) еднообразни примероци, од кои по еден за договорната страна и подрачната служба и два примероци за Фондот.