



РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА
ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

=====

Број: \${dogovorBroj}
Дата _____ год.
Скопје

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

Д О Г О В О Р

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

Склучен во Скопје на _____ 2011 година, помеѓу:

1. Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фонд), застапуван од директорите М-р.Маја Парнарџиева-Змејкова и М-р Виолета Петровска како купувач на здравствени услуги, од една страна и

2. _____ со седиште на _____ - _____ (во понатамошниот текст Здравствена установа), застапувана од директорот _____, ж-ска _____ што се води кај _____, даночен број _____ како давател на услугите, 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 услуги на осигурените лица, од областа на: кардиоваскуларна хирургија и интервентна кардиологија, утврдување на видот, обемот, квалитетот, начинот и роковите за остварување на договорените здравствени услуги, утврдени цени, начин и рокови на плаќање, контрола на спроведувањето на договорот, права и обврски на договорните страни, услови за раскинување на договорот, како и други прашања кои се однесуваат за уредување на меѓусебните односи помеѓу договорните страни.

Давател на услуги во болничка здравствена заштита

Член 2

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

Дејноста од став 1 на овој член здравствената установа ја врши во согласност со решението број _____ од _____ год. , издадено од Министерство за здравство.

Здравствената установа својата дејност ја обавува со соодветен стручен кадар согласно Правилникот за поблиските просторни услови, опремата и кадрите за основање и работење на здравствените организации и кои имаат добиено лиценца за работа.

Здравствената установа за секое проширување или промена на дејноста склучува Анекс на овој Договор со Фондот согласно средствата од буџетот на Фондот за таа намена.

За секоја статусна промена на здравствената установа се склучува нов анекс на договор.

За секоја промена на седиштето, управителот (директорот), жиро сметка здравствената установа е должна да го извести 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 болничка здравствена заштита од дејноста за која се склучува овој договор со примена на медицина базирана на докази, во согласност со одредбите на Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Правилникот за критериуми за склучување договори и начинот на плаќање на здравствените установи кои вршат кардиоваскуларни хируршки здравствени услуги на осигурените лица во болничката здравствена заштита (во понатамошниот текст Правилникот), меѓународни договори за социјално осигурување, општите акти на Фондот, здравствени услуги кои се опфатени со определени програми за здравствена заштита како и одредбите на овој договор.

Здравствените услуги дадени на осигурените лица надвор од став 1 на овој член и надстандардните услуги по барање на осигуреното лице, не се на товар на Фондот.

Факсимил

Член 4

Здравствената установа е должна за секој лекар хирург од областа за која се склучува договорот, вработен со полно работно време, да обезбеди факсимил од Фондот, со важност од денот на потпишување на Договорот од двете договорни страни.

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

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

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

Употребата на факсимилот од друг лекар или друго лице се смета за злоупотреба од страна на лекарот или здравствената установа и истиот подложи на санкции.

Лекарот хирург не може да го употребува факсимилот во друга здравствена установа, каде што не е вработен или нема склучено договор со Фондот.

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

Во случаите предвидени со закон за оправдано отсуство од работа на лекарот за долготрајно боледување, породилно отсуство и еднострано раскинување на договорот, факсимилот се става во мирување.

При затварање на факсимилот на лекарот Фондот ги известува здравствената установа и подрачната служба на Фондот.

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

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

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

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

Здравствната установа се обврзува да ги извршува здравствените услуги прецизно дефинирани во прилог кон договорот-План по ДСГ здравствени услуги.

Во прилог кон договорот со планот се определени ДРГ групи, бројот на случаи и нивното учество во вкупните средства.

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

Видот и обемот на здравствените услуги кои здравствената установа ги обезбедува на товар на средствата на Фондот ги понудува со план за текованата година во дефинираниот сооднос кои претставуваат договорени здравствени услуги кои здравствената установа треба да оствари во тековната година.

Здравствените услуги се планираат на годишно ниво поединечно по број на случаи како завршени здравствени услуги групирани по ДСГ методи.

Утврдување на надоместокот

Член 6

Висината на вкупниот надоместок утврдена во зависност од средствата во Буџетот на Фондот, определени за таа намена, се смета како договорен износ за извршените здравствени услуги што ќе бидат рамномерно остварени по квартали во тековната година.

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

Висината на вкупниот договорен надоместок се утврдува со Одлука на Управниот одбор на Фондот.

Во вкупниот надоместок на здравствената установа се опфатени сите потребни трошоци за лекови, медицински и друг потрошен материјал потребен за целосно извршување на здравствената услуга на осигурените лица, вклучувајќи ги сите здравствени услуги и лекови кои се користат за предоперативна припрема на осигуреното лице.

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

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

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

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

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

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

Цени на здравствените услуги

Член 7

За болничката здравствена заштита здравствените услуги се искажуваат по дијагностички сродни групи-ДСГ по референтни цени.

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

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

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

Начин на пресметување и плаќање на обезбедени здравствени услуги

Член 8

Надоместокот за извршените здравствени услуги на осигурените лица се плаќа на здравствената установа врз основа на доставена фактура за извршени услуги во рамките на договорениот обем.

Здравствената установа доставува збирна месечна фактура за завршени услуги до Подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на здравствената установа до 10-ти во месецот за претходниот месец.

Фактурите се изготвуваат според утврдените цени за извршените, кардиоваскуларни хируршки интервенции број на случаи според ДСГ методата за акутна нега на хоспитализирани лица .

Во прилог на фактурата се доставува пресметка за секое осигурано лице, потврда за платен придонес, болнички упат, отпусно писмо по осигурени третирани лица.

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

Доколку износот на средствата што здравствената установа ги фактурирала за здравствените услуги на осигурените лица на крајот од годината е поголем или помал од износот на утврдениот вкупен надоместок, здравствената установа и Фондот го отпишуваат побарувањето за разликата помеѓу фактурираниот износ и утврдениот надоместок.

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

Усогласувањето на износите за вкупно извршените здравствени услуги со месечниот износ определен од Фондот се врши на крајот на секое календарско тромесечје.

Член 9

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

Обврски на здравствената установа

Член 10

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

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

Здравствената установа е должна при лекувањето на осигурените лица од болести на срце да ги следи насоките на Американското здружение за срце (American Heart Association Guidelines) во делот кој се однесува за здравствените услуги кои ги обезбедува, при тоа кардиохируршката интервенција треба да се планира и одредува според класификацијата Classification of recommendations од Американското здружение за срце за секој осигуреник поединечно. Секој пациент треба да биде класифициран според насоките на Американското здружение за срце пред да се изврши интервенцијата и тоа да биде заведено во медицинската документација.

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

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

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

Доколку здравствената установа не ги обезбеди потребните материјалите од став 1 на овој член, истата е должна на осигуреното лице да му издаде соодветен доказ (потврда) со која ќе ја потврди фактичката состојба.

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

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

Член 11

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

Член 12

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

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

Член 13

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

Доколку здравствената установа наплатила партиципација од осигурените лица спротивно на прописите, износот на средствата што Фондот ги рефундирал на осигурените лица по овој основ ќе биде намален од месечниот надоместок на здравствената установа.

Член 14

Здравствената установа е должна по потпишувањето на овој Договор да воспостави компјутерска евиденција според процедура, форма и содржина на податоците, утврдени со упатствата на Фондот.

Секоја измена на обрасците на кои се доставуваат податоци до Фондот, здравствената установа е должна да ги усогласи во рок од 30 дена.

Член 15

Други обврски на здравствената установа:

1. Да нема селективен пристап за пружање на здравствените услуги предвидени со овој договор на осигурените лица;
2. Да го уплатува придонесот за задолжително здравствено осигурување согласно законските одредби и да води уредна евиденција;
3. Да обезбедува квалитетни здравствени услуги на сите осигурени лица без дискриминација;
4. Да ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност;
5. Да го известува избраниот лекар на осигуреното лице со отпусно писмо или медицински извештај за утврдената дијагноза, медицинскиот преглед, испитување, лекувањето и за други прашања кои се однесуваат на здравствената состојба на осигуреното лице;
6. Да доставува извештаи и пресметки за извршените здравствени услуги најдоцна до 10-ти по изменувањето на тримесечјето во пишана и електронска форма;
7. Да пресметува и наплатува партиципација согласно законските прописи, да издава потврда за наплатеното учество (партиципација) и да не наплаќа дополнителни средства од осигурените лица, освен за утврденото учество како и да ги применува решенијата за ослободување од партиципација донесени од страна на Фондот;
8. Да му овозможи на Фондот вршење на претходна Ex-ante и Ex-post контрола на пружените здравствени услуги од член 4 на овој договор на осигурените лица на Фондот;
9. Да му овозможи на Фондот, увид и контрола на целокупната документација која е во врска со спроведувањето на овој договор;
10. Да обезбеди лекови и други потрошни материјали потребни за целосно завршување на здравствените услуги, согласно медицина базирана на докази.
11. Здравствената установа на видно место да ги истакне здравствените услуги утврдени во член 5 став 1 од овој договор за кои има склучено договор со Фондот;
12. Да ги доставува сите потребни извештаи и информации во пишана и електронска форма во врска со имплементацијата на овој договор;
13. Да негува добри деловни односи со Фондот;
14. Во историјата на болести да ги внесува анамнезата, статусот, тек на болест и оперативен протокол на пациентот;
15. Да се почитува и доследно применува ДСГ методата во болничка здравствена заштита;
16. Да не се врши прекодирање на случаите по ДСГ заради стекнување на поголеми материјални средства и да дава точни податоци за видот и обемот на услуги;
17. Во ДСГ образецот да внесува главна дијагноза според правилата за кодирање;
18. Во ДСГ образецот да внесува секундарни дијагнози според правилата за кодирање;
19. При кодирањето да не се внесува процедури за кои во медицинската документација нема докази дека се извршени и да ги внесува сите извршени процедури;
20. Да го запазува утврдениот рок од 48 часа за кодирање на испишаните пациенти-осигуреници, освен за случаите кои се временски условени со добивање на одредени резултати;
21. Да не ги кодира пациентите кои не се осигурени на Фондот, кои трошоците на лекувањето сами ги покриваат;
22. Да не кодираат здравствени услуги кои не се опфатени во подзаконските акти на Фондот и во договорот;
23. Историјата на болести задолжително да содржи копија од ДСГ образец потпишан од осигуреникот и отпусно писмо;
24. Лекарите специјалисти односно субспецијалисти при издавањето на препорака за времена спреченост за работа поради болест и повреда се должни да се придржуваат кон критериумите за дијагностички постапки и оцена;
25. Потврдата за здравствена состојба што ја издава избраниот лекар за осигурени лица кои привремено престојуваат во земји со кои Р.М. има склучено меѓународен договор за социјално осигурување, треба да биде потврда за реалната здравствена состојба на осигуреното лице;
26. Здравствената установа со потпишување на договорот се обврзува да достави контакт телефон е-маил адреса;
27. Здравствената установа е должна повеќе или неправилно неплатеното учество за пружената здравствена услуга да го врати на осигуреното лице.

Член 16

На лицата опфатени со склучени меѓудржавни договори за социјално осигурување-странски осигуреници, здравствената установа им обезбедува 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 Card - EHIC), доколку со таа земја Фондот има склучено посебен договор за користење на европска картичка за здравствено осигурување на територијата на Република Македонија како и врз основа на сертификат доколку европската картичка е во изработка.

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

Фондот веднаш по склучувањето на договорот треба да достави на Здравствената установа посебен список на земјите со кои има склучено посебен договор за користење на европска картичка за здравствено осигурување на територијата на Република Македонија.

Во пресметките, здравствената установа е должна да ги наведе сите здравствени услуги кои се пружени според цените утврдени од Фондот.

Обврски на Фондот

Член 17

Фондот е обврзан да:

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

Контрола

Член 18

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 Министерство за здравство и Државен санитарен здравствен инспекторат, критериуми за оценка за привремена спреченост за работа, контрола на примена на одредбите од Законот за здравственото осигурување и подзаконските акти донесени врз основа на тој Закон и другите прописи, 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 19

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

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

Спогодбено раскинување на договорот

Член 20

Овој Договор може да се раскине спогодбено во писмена форма.

Договорот може да се раскине со писмено известување, со отказан рок од 30 дена од денот на приемот на писменото известување.

Еднострано раскинување на Договорот

Член 21

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

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

1. Во случај на стечај или ликвидација на здравствената установа односно доколку и биде изречена мерка забрана за вршење на дејност;
2. Ако здравствената установа континуирано не пружа здравствени услуги според позитивните законски прописи;
3. Ако го оневозможува или отежнува остварувањето на правата од задолжително здравствено осигурување;
4. Ако здравствената установа не овозможува вршење на контрола од страна на Фондот;
5. Ако со работата се нанесе финансиска штета на Фондот;
6. Ако здравствената установа постапува спротивно на Законот и подзаконските акти на Фондот како и на одредбите на Договорот;
7. Ако не негува добри деловни односи;
8. Ако во здравствената установа обавува дејност лекар кој не е вработен во здравствената установа;
9. Ако не се исполнети критериумите врз основа на кои е склучен договорот;
10. Во случаите кога е применета договорната казна, а по повторна контрола се утврди повреда на било која одредба од овој Договор;
11. Во случаи кога друго лице од здравствената установа го користи факсимилот на лекарот специјалист, хирург кој отсутствува од работа по било кој основ или се утврди користење на факсимилот од друго лице надвор од здравствената установа;
12. Доколку неовластено лице пружа здравствена услуга во здравствената установа.

Член 22

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

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

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

Доколку се утврди повреди од член 23,24 и 25 од овој Договор, се применува договорна казна од член 24.

Доколку се утврдат повреди од член 25 од овој Договор кој нема да бидат отстранети по изречната опомена во рок од 8 дена се применува договорна казна од член 24 од овој Договор.

Доколку при повторна контрола се утврди дека претходниот период веќе еднаш е изречена опомена поради сторени повреди на одредбите на договорот, во таков случај за новосторената повреда на здравствената установа наместо опомена се изрекува договорна казна од член 24.

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

Со утврдување на договорната казна, здравствената установа се обврзува веднаш да ги отстрани утврдените повреди за кои е составен записникот од член 18 и 19 на овој Договор.

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

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

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

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

Фондот нема да склучи нов договор со здравствената установа на која во текот на важењето на овој договор поради утврдени неправилности во работењето наведени во членот 21 договорот е раскинат.

Доколку здравствената установа стори 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 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 23

Договорна казна во износ од 150.000,00 денари се утврдува за следните повреди:

1. Доколку здравствената установа наплатува на осигурените лица партиципација спротивно на важечките прописи;
2. Доколку придонесот за задолжително здравствено осигурување редовно не се уплатува согласно законот;
3. Доколку здравствената установа на барање на Фондот не доставува податоци, прегледи, извештаи во врска со здравствените услуги кои произлегуваат од овој договор.

Член 24

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

1. Доколку здравствената установа односно лекарот кардиолог доставува неточни податоци до Фондот или не доставува во утврдениот рок;
2. Доколку здравствената установа не води уредна евиденција согласно законските прописи, актите на Фондот и овој Договор;
3. Доколку постои писмено незадоволство на осигурениците кои ги користат здравствените услуги. Писменото незадоволство се докажува во постапка пропишана во Правилникот за контрола.

4. Доколку здравствената установа не ја почитува дискрецијата на податоци и информации 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 ги наплатува трошоците за лекови, медицински и друг потрошен материјал потребени за целосно извршување на здравствената услуга на осигурените лица, вклучувајќи ги и здравствените услуги и лекови кои се користат за предоперативна припрема на осигуреното лице

Член 25

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

1. Доколку здравствената установа не води уредна евиденција за сите набавени материјали и лекови со доказ со доказ за набавката и рокот на употреба;
2. Доколку здравствената установа на видно место не истакне ознака дека има склучено договор со Фондот.

Член 26

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

Член 27

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.

Судска надлежност

Член 28

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

Влегување во сила на Договорот

Член 29

Овој Договор влегува во сила со денот на потпишување 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 30

Овој договор е составен во 4 (четири) еднообразни примероци, по два за секоја од договорените страни.

Промена на прописите

Член 31

Доколку дојде до промена на прописите, врз одредбите на овој договор ќе се применуваат новите прописи.

Член 32

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

ПРИЛОЗИ:

-План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за 2011 година за болнички здравствени хируршки услуги;