

П Р А В И Л Н И К
ЗА НАЧИНОТ НА ПЛАЌАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ ВО
ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА (“СЛУЖБЕН ВЕСНИК НА РМ“ БРОЈ
48/2001, 31/2003, 137/06, 25/2007, 151/2007 и 44/2010)
(Пречистен текст)

Член 1

Со овој правилник се утврдуваат критериумите за склучување на договори со здравствените установи и начинот на плаќање на здравствените услуги кои здравствените установи ги даваат на осигурените лица во примарната здравствена заштита на товар на средствата за задолжително здравствено осигурување на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд).

Член 2

Под здравствени услуги во примарната здравствена заштита (во натамошниот текст: услуги), чиј начин на плаќање се регулира со овој правилник, се сметаат:

а) основните здравствени услуги во примарната здравствена заштита од член 9 став 1 под а) точките 1, 2, 4, 5, 6 и 8 од Законот за здравственото осигурување и членовите 23 до 28 од Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување (“Сл. Весник на РМ“ бр.111/2000) кој се обезбедуваат за осигурените лица кои се задолжително здравствено осигурени во Фондот и

б) здравствените услуги од примарната здравствена заштита се опфатени со определени програми.

Член 3

За обезбедување на здравствени услуги во примарната здравствена заштита на осигурените лица, Фондот склучува договори со здравствените установи кои вршат примарна здравствена заштита ако:

- Укажува здравствени услуги што се во рамките на дејноста за која е регистрирана и за која има дозвола согласно законот за здравствена заштита;
- Постојат услови за вршење на соодветната дејност (простор, опрема, кадар и сл.);
- Се вклопува со потребите на населението на подрачјето на здравствената установа;

- Се платени придонесите за задолжително здравствено осигурување;
- Негува добри деловни односи.

Договорите од став 1 Фондот ги склучува во рамките на утврдените буџетски средства за таа намена, по доставена понуда за склучување на договор придружена со потребна документација, со важност на договорот за тековната година.

Член 4

Појдовни критериуми за определувањето на надоместокот за плаќањето на услугите од член 2 на овој правилник се:

- планираните средства за примарна здравствена заштита што се остваруваат од придонесите за задолжителното здравствено осигурување;
- бројот и структурата на населението според пол и возраст и бројот и структурата на потребите од услуги утврдени во претходните години;
- целите што треба да се постигнат во однос на резултатите од извршената работа од страна на избраниот доктор;
- дополнителните стимули за давање на услуги на населението кое живее во оддалечени краеве и во руралните подрачја.

Член 5

Плаќањето на услугите на здравствената установа на избраниот лекар од примарната здравствена заштита се врши по склучување на договор според бројот на осигурените лица кои избрале лекар во здравствената установа помножен со соодветниот број на поени на надоместокот за капитација.

Надоместок за капитација, во смисла на овој правилник, е потенцијален месечен износ на надоместок кој осигуреното лице може да го донесе како износ кој се плаќа на здравствената установа за тимот на избраниот лекар за обезбедување на услугите од член 2 на овој правилник.

Тимот на избраниот лекар се состои од лекар од соодветната дејност и медицинска сестра.

Надоместокот за капитацијата може да се состои од соодветен број на поени за:

- основна капитација;
- капитација по основ на оддалеченост;

- капитација по основ на рурални подрачја.

Член 6

Основната капитација за осигурено лице Фондот ја определува во зависност од возраста и полот на осигуреното лице, помножен со основните поени за секоја од овие категории и тоа

Категорија Поени;

За деца до 6 годишна возраст 3.1;

За деца постари од 6 и помлади од 18 години 1.2;

За возрасни над 18 години и помлади од 34 1.0;

За возрасни над 34 години и помлади од 65 1.6;

За возрасни постари од 65 3.7;

За женската популација на возраст над 14 години до крајот на животот за гинеколошко - акушерска ПЗЗ 1.

Основните поени од став 1 на овој член се утврдени врз основа на хронолошките потреби и предвидувањата базирани на медицински докази во секојдневната пракса, како и прилагодувањата кои ќе се направат за да се избалансираат приоритетите во спроведувањето на превенцијата, заштитата на акутни здравствени проблеми, грижа за незаразни заболувања и други утврдени цели.

Вредноста на поените од став 1 на овој член ги утврдува Фондот врз основа на планираните приходи утврдени со Буџетот на Фондот.

Во зависност од бројот на остварените поени за дејноста општа медицина, медицина на труд, педијатрија и училишна медицина, вредноста на поенот се пресметува на следниот начин:

- до 2500 поени 100% од утврдената вредност на поенот;
- за секој нареден поен од 2501 до 3500 поени, 70% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 3501 до 4500 поени, 45% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 4501 поени, 30% од утврдената вредност на поенот.

Основната капитација за секое осигурено лице Фондот ја плаќа на здравствената установа на избраниот лекар.

Член 6-а

(се брише)

Член 7

(се брише)

Член 8

Во оддалечените рурални места определени од Фондот со само еден лекар во примарна здравствена заштита, ако износот на капитација е помал од 1700 поени, Фондот го зголемува износот на капитацијата по основ на рурални подрачја до 1700 поени.

Доколку во руралните места определени од Фондот се јават повеќе лекари се плаќа по капитација според бројот на осигурените лица што го избрале.

Член 9

Фондот на здравствената установа на избраниот лекар и плаќа 70% од надоместокот за капитација утврден согласно член 6, 7 и 8 од овој правилник, како надоместок за трошоците за:

- одржување на ординацијата и опремата по соодветни стандарди;
- обезбедување континуирана примарна здравствена заштита за акутните случаи во текот на 24 часа секој ден за осигурените лица кои избрале лекар во здравствената установа;
- плаќање на лекарите, медицинските сестри, административниот и помошниот персонал;
- патување до и од местото каде што живеат осигурените лица за обезбедување медицински третман кога тоа им е потребно на осигурените лица;
- одржување на неопходната медицинска опрема;
- водење на компјутерска евиденција и доставување на податоци и извештаи до Фондот и заводите за здравствена заштита;
- потрошни материјали и комунални такси и
- други вообичаени трошоци.

Член 10

Фондот да исплати на здравствената установа на избраниот лекар 30% од надоместокот за капитација утврден согласно член 6, 7 и 8 од овој правилник како надоместок за следните активности:

- превентивни мерки и активности за рано откривање на заболувања;
- активности за рано откривање на малигните болести;
- превентивни мерки и активности за рано откривање на малигни болести;
- рационално користење и рационално пропишување на лекови;
- рационално упатување на повисоко ниво на здравствена заштита;
- рационално и оправдано препишување на боледување;
- превентивни мерки и активности за следење на правилен раст и развој на популација до 18 годишна возраст.

Надоместокот од став 1 на овој член се плаќа на здравствената установа на избраниот лекар ако се исполнети во целост активностите за постигнување на определени цели за утврдени целни групи како и цели за сите осигурени лица, на начин утврден со договорот, програмите и со овој правилник, за секое тромесечје во годината.

Член 11

За учениците и студентите на возраст помеѓу 7 и 26 години, кои избираат лекар и во местото каде што се школуваат односно студираат, надоместокот за капитација од член 9 од овој правилник се распределува со следниов сооднос:

- а) 70% за избраниот лекар во местото каде што ученикот односно студентот се школува односно студира;
- б) 30% за избраниот лекар во местото каде што ученикот односно студентот има постојано место на живеење.

Плаќањето на надоместокот на капитацијата од член 10 на овој правилник за учениците и студентите од став 1 на овој член се врши само на здравствената установа на избраниот лекар во местото на школување, односно студирање.

Член 11-а

Надоместокот за здравствените услуги за итна медицинска помош и домашно лекување, вклучувајќи и превоз со санитарско возило кога е тоа неопходно, превентивна здравствена заштита на предучилишни и училишни деца до 18 години, поливалентна патронажа, породилиште, советувалиште за здрави деца и задолжителни вакцинации, итна стоматолошка здравствена заштита и

превентивна стоматолошка здравствена заштита кои се вршат во јавната здравствена установа (Здравствен дом), се утврдува со договорот помеѓу Фондот и Здравствениот дом.

Здравствените услуги од став 1 на овој член се надоместуваат на Здравствениот дом, согласно Ценовникот на здравствените услуги на Република Македонија.

Член 11-б

Во подрачјата каде што не е организирана итна медицинска помош, истата се врши со дежурство од сите избрани лекари на тоа подрачје. Надоместокот на Здравствениот дом врз основа на доставена фактура за извршените дежурства на избраниот лекар го обезбедува Фондот согласно Ценовникот за здравствените услуги на Република Македонија.

Член 11-в

Надоместокот за остварената приправност на избраниот лекар каде што нема организирано итна медицинска помош, врз основа на доставена фактура на Здравствениот дом, го обезбедува Фондот согласно Ценовникот за здравствените услуги на Република Македонија.

Член 11-г

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 здравствени услуги на Република Македонија.

За извршените породувања во породилиштата што ги врши избраниот гинеколог како и прегледите на педијатарот, надоместокот на Здравствениот дом врз основа на доставена фактура за извршените здравствени услуги го обезбедува Фондот според бројот на извршените услуги по Ценовникот за здравствени услуги на Република Македонија.

Член 12

Здравствените установи на избраниот лекар кои имаат договор со Фондот да обезбедуваат примарна здравствена заштита во согласност со овој правилник, можат да обезбедуваат услуги на осигурените лица кои имаат потреба од

користење на услуги додека се на одмор или се надвор од местото на живеење, а не можат да користат услуги од избраниот лекар.

Фондот ќе му исплати на лекарот од став 1 на овој член, месечен износ на капитацијата од член 9 на овој правилник за соодветното осигурено лице.

Надоместокот од став 2 на овој член Фондот го исплаќа на здравствената установа на лекарот кој ги извршил услугите по доставувањето на извештајот за извршените услуги до избраниот лекар и по добиената потврда од страна на избраниот лекар.

Член 13

Укинат со Одлука на Уставниот суд на Република Македонија У.бр.143/2001, У.бр.170/2001 (“Службен весник на РМ“ бр.91/2002).

Член 14

Надоместокот за извршените здравствени услуги од примарната здравствена заштита кои не се опфатени со овој правилник, до утврдување на начинот на плаќање со друг општ акт, ќе се пресметува според цените утврдени со Ценовникот на здравствените услуги во Република Македонија.

Член 15

Се брише, “Службен весник на РМ“ бр.137/2006.

Член 16

Овој правилник влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во “Службен весник на Република Македонија“, а ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство.

Членовите 1, 2, 3 и 4 од Правилникот за измени и дополнувања на Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита (Сл. Весник на Р.М. 151/2007) ќе се применува од 01.01.2008 година.

Правилникот за изменување и дополнување на Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарната здравствена заштита (Сл. Весник бр. 44/2010 ќе се применува од 01.04.2010 година.