

П Р А В И Л Н И К
ЗА КРИТЕРИУМИТЕ ЗА СКЛУЧУВАЊЕ ДОГОВОРИ И ЗА НАЧИНОТ
НА ПЛАЌАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ
УСТАНОВИ КОИ ВРШАТ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО - КОНСУЛТАТИВНА
ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА, ПРЕВЕНТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И
ИТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОШ СО ДОМАШНО ЛЕКУВАЊЕ
(“Службен весник на Р.М.” број 14/2008, 164/2008, 16/2010, 44/2010,
63/2010 и 171/2010)
(пречистен текст)

I. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Со овој правилник се утврдуваат критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги кои ги пружаат здравствените установи на осигурените лица во специјалистичко - консултативната здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување на товар на средствата за задолжително здравствено осигурување.

Член 2

Како здравствени услуги во специјалистичко - консултативната здравствена заштита, во смисла на овој правилник, се сметаат основните здравствени услуги од член 9 став 1 точка б) специјалистичко - консултативната здравствена заштита од Законот за здравственото осигурување (во натамошниот текст: Закон).

Осигурените лица, здравствената заштита во специјалистичко - консултативна здравствена установа остваруваат со упат од избран лекар од примарна здравствена заштита.

Како здравствени услуги од итна медицинска помош со домашно лекување и превентивна здравствена заштита, во смисла на овој правилник се сметаат основните здравствени услуги од член 9 став 1(а), точка 3, 4 и 6 укажување на итна медицинска помош вклучувајќи и превоз со санитарско возило кога е тоа неопходно, лекување во домот на корисникот и спроведување на превентивни мерки.

Критериуми за склучување на договор

Член 3

За обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица во специјалистичко - консултативната заштита, итната медицинска помош со домашно лекување и превентивната здравствена заштита Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд) склучува договори со здравствените установи.

Договорите од став 1 на овој член се склучуваат доколку здравствената установа ги исполнува следните критериуми:

- 1) да укажува здравствени услуги што се во рамките на дејноста за која е регистрирана согласно Законот за здравствената заштита;
- 2) да постојат услови за вршење на соодветната дејност (простор, опрема и кадри);
- 3) да има утврден план и програма за обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица;
- 4) да има утврден финансиски план на потребните средства за обезбедување одреден вид и обем на здравствени услуги на осигурените лица;
- 5) да се вклопува со потребите на населението на подрачјето на здравствената установа;
- 6) да се платени придонесите за задолжително здравствено осигурување;
- 7) да негува добри деловни односи.

Договорите од став 1 и 2 на овој член Фондот ги склучува, доколку има утврдени средства во буџетот на Фондот за таа намена, по доставена понуда за склучување на договор придружена со потребна документација, со важност на договорот за тековната година.

Договорите се склучуваат за спроведување на здравствена заштита за одредени дејности од специјалистичко - консултативна здравствена заштита.

За спроведување на итна медицинска помош со домашно лекување и превентивна здравствена заштита се склучуваат договори со кои се утврдува видот, обемот, квалитетот, начинот и роковите за остварување на итна медицинска помош, дежурна служба, домашно лекување и дел од превентивна здравствена заштита која не е покриена со програмите на Министерството за здравство.

Договорите се склучуваат за спроведување на здравствена заштита за дејностите од специјалистичко - консултативната здравствена заштита и итна медицинска помош со домашно лекување и превентивна здравствена заштита со примена на медицина заснована на докази, утврдени цени, договорен износ на парични средства за договорен вид и обем на

здравствени услуги, начинот и рокови на плаќање, следење и контрола над остварувањето на договорените здравствени услуги, договорните казни и условите под кои се раскинува договорот.

Фондот врши контрола на спроведувањето на договорите од член 3 став 4 и 5 и 6 на овој правилник

II. УТВРДУВАЊЕ НА НАДОМЕСТОКОТ

Појдовни основи за утврдување на надоместокот

Член 4

Надоместокот за вршење на здравствените услуги од член 2 од овој правилник за секоја деловна година се утврдува со договор склучен помеѓу Фондот и здравствената установа, врз основа на планираните средства за специјалистичко консултативна здравствена заштита утврдени во Буџетот на Фондот.

Остварената вкупна вредност на видот и обемот на здравствени услуги во првото, второто и третото тромесечје и проекцијата за четвртото тромесечје од претходната година во специјалистичко - консултативната здравствена заштита, по утврдени цени на здравствени услуги и утврдени референтни цени.

Надоместокот(буџетот) за обезбедени здравствени услуги од точката 2 од став 3 на овој член, дополнително може да се усогласува и со:

- задолжителните програми за здравствена заштита кои ги донесува секоја година Владата на Република Македонија, како и со изменети здравствени услуги по вид и обем за тековната во однос на претходната година;
- очекувани сопствени приходи на здравствената установа за тековната во однос на претходната година, прикажани во бизнис плановите на здравствените установи доставени во понудите за склучување на договори;
- очекувани реформи на здравствениот систем;
- користење на одредени специфични лекови;
- посебни здравствени состојби предизвикани од вонредни околности;
- расположливи средства на Буџетот на Фондот за тековната година.

Кои од наведените дополнителни критериуми за усогласување ќе се применуваат за одредена здравствена установа при утврдување на надоместокот(буџетот) за обезбедени здравствени услуги, завиди од тоа кој од критериумите влијае на остварувањето на видот и обемот на здравствени услуги за тековната година(трошоците).

Надоместокот за вршење на здравствени услуги од итна медицинска помош со домашно лекување и превентивна здравствена заштита за секоја деловна година се утврдува врз основа на планираните средства за овој вид на здравствена заштита утврдени во Буџетот на Фондот според вредноста на пакетите на здравствените услуги.

Годишниот надоместок за обезбедување на примарни пакети за итна медицинска помош со домашно лекување и превентивна здравствена заштита и за обезбедување на здравствени услуги во специјалистичко - консултативна здравствена заштита се утврдува врз основа на Одлуката за утврдување на критериуми за утврдување на буџетот на здравствените установи од превентивна и итна медицинска помош, специјалистичко - консултативна здравствена заштита и болничка здравствена заштита донесена од Управниот одбор на Фондот.

Планирање на видот и обемот на здравствените услуги

Член 6

Како вид и обем на здравствени услуги, во смисла на член 4 точка 7 на овој правилник, се сметаат здравствени услуги кои здравствената установа ќе ги обезбеди на осигурените лица според вид и обем во тековната година, групирани по групи на дијагнози по МКБ - 10 со слични дијагностичко терапевтски процедури (во понатамошниот текст: “терапевтски процедури“), односно пакети на завршени здравствени епизоди на лекување во специјалистичко - консултативна здравствена заштита.

Пакетите претставуваат групи на збирни здравствени услуги упросечени како најчесто групирани услуги, врз основа на медицина базирана на докази, по упат на избран лекар.

Планирањето на видот и обемот на здравствените услуги за тековната година се врши врз основа на стапката на морбидитетот и на бројот на населението на подрачјето на здравствената установа, односно на поширокото подрачје од кое гравитира населението за одреден вид на здравствени услуги.

Распределба на надоместокот

Член 7

Надоместокот пресметан врз основа на член 4 од овој правилник се смета како договорен износ на надоместокот за тековната година.

Надоместокот од став 1 на овој член се состои од надоместок според остварената вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, намален за износот на пресметаната партиципација за специјалистичко - консултативна здравствена заштита и примарни пакети за итна медицинска помош со домашно лекување и превентивна здравствена заштита.

Ревидирање на утврдениот надоместок на здравствените установи се врши врз основа на податоци со кои располага Фондот за последните шест месеци.

Со ревидирањето може да се врши прераспределба на средствата од неостварената вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги од одредени здравствени установи кои оствариле поголема вредност од договорениот надоместок.

Ревидирање може да се врши при промена на расположливите средства на Фондот за таа намена.

Цели што треба да се постигнат низ резултатите од извршената работа

Член 8

За специјалистичко - консултативна здравствена заштита оценување на успешноста на работењето во здравствената установа ќе се следат следните индикатори:

- количник (однос) на бројот на првите и повторените амбулантски прегледи,
- задоволство на осигурените лица,
- број на упати до здравствената установа.

Искажување на здравствените услуги

Член 8а

Здравствените услуги од член 2 на овој правилник се искажуваат според референтната цена за видот на завршената специјалистичко - консултативна здравствена услуга во апсолутен износ поделено по дејности и специјалности за специјалистичко - консултативна здравствена заштита во која се вклучени трошоците за сите елементи кои учествуваат

во цената, утврдени согласно Методологија за утврдување на референтните цени.

Итната медицинска помош со домашно лекување и превентивната здравствена заштита се искажуваат преку примарни пакети.

Начин на плаќање

Член 9

Договорениот надоместок за здравствени услуги на здравствената установа, според член 7 на овој правилник, за деловната година се дели на 12 месечни износи, доколку со договорот не е поинаку определено.

Член 10

Износот на надоместокот според член 7 на овој правилник за специјалистичко консултативна здравствена заштита се исплатува доколку здравствената установа го остварила во вкупна вредност договорениот вид и обем на здравствени услуги, но не повеќе од утврдениот месечен надоместок.

Член 11

Износот на надоместокот според остварување на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги во член 7 на овој правилник се намалува за износот на помалку остварени вкупни здравствени услуги(фактурирани) во однос на утврдените буџетски средства на тромесечје.

Склучување на договорот

Член 13

Договорот за укажување на здравствените услуги и за надоместокот утврден врз основа на овој правилник помеѓу Фондот и здравствената установа се склучува најдоцна до 31 декември во тековната година за следната година, по извршеното усогласување.

Составен дел на договорот се:

- извештај за приходи и трошоците на здравствената установа во последната година;

- извештај за видот и обемот на извршените здравствени услуги на осигурени лица во последната година;
- извештај за бројот и структурата на вработените во последната година;
- извештај за видовите, количините и износите на лековите, медицинските материјали и другите материјали потрошени во претходната година;
- план на приходи и трошоците на здравствената установа за тековната година;
- план и структура на вработените за тековната година;
- план за видот и обемот на здравствените услуги за тековната година;
- извештај за примарни пакети;
- план на цели што треба да се постигнат во работењето на здравствената установа.
- деловен план за тековната година.

Користење на средствата во здравствената установа

Член 14

Со средствата остварени според овој правилник и договорот, здравствената установа располага самостојно.

Остварените средства според овој правилник и договорот не можат да се пренаменат за исплата на плати и надоместоци на плати на вработените, ниту за други намени со кои ќе се предизвика намалување на правата и квалитетот на здравствените услуги на осигурените лица.

Средствата остварени од заштеди можат да се користат за унапредување на дејноста на здравствената установа.

III. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 15

Со денот на влегување во сила на овој правилник престанува да важи Правилникот за критериумите за склучување на договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита (“Сл. Весник на РМ“ бр.54/2003, 35/2006 и 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.