

**ПРАВИЛНИК  
ЗА КРИТЕРИУМИТЕ ЗА СКЛУЧУВАЊЕ ДОГОВОРИ И ЗА НАЧИНОТ НА  
ПЛАЌАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ  
УСТАНОВИ КОИ ВРШАТ БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА**

(Службен весник на Република Македонија” бр.14/2008, 118/2008, 164/2008, 16/2010, 44/2010, 63/2010, 171/2010, 95/2011-пречистен текст, 95/2011, 181/2011, 104/2012, 164/2012, и 70/2019 и Службен весник на Република Северна Македонија бр. 303/2020 година)

**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 болничката здравствена заштита на товар на средствата за задолжително здравствено осигурување во мрежата на здравствени установи.<sup>1</sup>

**Член 2**

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

Болничка здравствена заштита пружаат универзитетските клиници, клиничките болници, општите болници и специјалните болници.

Терцијарна здравствена заштита пружаат универзитетски клиници.

Здравствените установи од став 2 на овој член, освен болничка здравствена заштита пружаат и специјалистичко-консултативната здравствена заштита.

---

<sup>1</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012

Осигурените лица, здравствената заштита во специјалистичко –консулативна и болничка здравствена установа ја остваруваат со упат од избран лекар од примарна здравствена заштита.

## Критериуми за склучување на договор

### Член 3

За обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица во болничката здравствена заштита Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд) склучува договори со здравствените установи кои се во мрежата на здравствени установи.<sup>2</sup>

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 со 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 и
- 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 во согласност со мрежата која ја утврдува Владата на Република Македонија по предлог на Министерството за здравство, а по доставената понуда за склучување на договор од страна на здравствената установа заедно со потребната придружна документација.<sup>3</sup>

Договорите се склучуваат за спроведување на здравствена заштита за одредени дејности од болничка здравствена заштита и со нив, се утврдува видот, обемот, квалитетот, начинот и роковите за остварување на договорените здравствени услуги од задолжителното здравствено

---

<sup>2</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012

<sup>3</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012

осигурување за поедини дејности на специјалистичко – консултативна, болничка и терцијарна 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 на овај 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 Одлука на Управниот одбор на Фондот врз основа на планираните средства за болничка здравствена заштита во Планот и програмата за здравствени услуги и Буџетот на Фондот.<sup>4</sup>

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 болничка здравствена заштита (по ДСГ метода за акутни болнички случаи и по утврдени цени на здравствени услуги во болнички услови за останатите болнички случаи).

За акутни болнички случаи во здравствените установи кои вршат терцијарна здравствена заштита по ДСГ методологија се определува 10% од остварената вкупна вредност на видот и обемот на ДСГ здравствени услуги во првото, второто и трето тромесечје и проекција за четвртото тромесечје од претходната година.

За специјализирани здравствени установи за детската популација како и за специјализирани здравствени установи кои пружаат услуги за психијатриски акутни болнички случаи се определува најмногу до 25% над остварената вкупна вредност на видот и обемот на ДСГ здравствени услуги во првото, второто и трето тромесечје и проекцијата за четвртото тромесечје од претходната година.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012

<sup>5</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

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-консултативна здравствена заштита, по утврдени цени на здравствени услуги и утврдени референтни цени.

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

- задолжителните програми за здравствена заштита кои ги донесува секоја година Владата на Република Македонија и нови здравствени услуги ( вид и обем) за тековната во однос на претходна 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 за чија имплементација е потребен подолг период се додека Министерството за здравство не овозможи воспоставување на одржлив и ефикасен здравствен систем, односно здравствени установи;<sup>6</sup>
- користење на одредени специфични лекови;
- посебни здравствени состојби предизвикани од вонредни околности
- расположливи средства на буџетот на Фондот за тековната година.

По исклучок при утврдувањето на надоместокот за здравствените установи дефинирани во ставовите 4 и 5 на член 69 во Законот за здравствено осигурување, како главни критериуми за утврдување на надоместокот ќе се применат остварените трошоци во претходната година кои се неопходни за нивно целосно функционирање.<sup>7</sup>

Надоместокот се определува за јавни здравствени установи кои вршат превентивна, дел од примарна, специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита кај кои Фондот врши корекција на индексот на остварување на вкупната вредност на видот и обемот на здравствени услуги во однос на договорениот надоместок. По предлог на Фондот пред склучувањето на договорите, Владата ги утврдува јавните здравствени установи за кои се обезбедува нивно целосно функционирање.<sup>8</sup>

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

---

<sup>6</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

<sup>7</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр.181/2011

<sup>8</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр.181/2011

#### Член 4-а

Во рамките на вкупно утврдениот договорен надоместок на јавната здравствена установа од член 4 на овој правилник, може да се утврди условен надоместок. Условниот надоместок претставува дел од вкупниот годишен договорен надоместок на здравствена установа што може да го добие од Фондот, а се однесува на:

- Остварен специфичен вид и обем со точно дефинирани здравствени услуги кои здравствената установа треба да ги изврши во текот на годината и
- Покривање на одделни трошоците од тековното работење потребни за пружање на здравствени услуги.

Здравствените услуги се прикажуваат на посебен образец – План за специфичен вид и обем, а одделните трошоци за тековното работење на образец - План за одделни трошоци од тековното работење потребни за пружање на здравствени услуги, кои здравствената установа ги доставува до Фондот за секоја година поодделно.

Во утврдениот годишен договорен надоместок на здравствената установа е вклучен и планираниот условен надоместок прикажан во плановите предвидени за таа намена од став 2 на овој член.

Одобрениот условен надоместок од став 1 точка 1 на овој член, ги стимулира здравствените установи да ги обезбедат оние здравствени услуги кои се дефицитарни или несоодветно планирани поради скапата терапија и методите на лекување. Доколку здравствената установа не ги изврши планираните специфични здравствени услуги, прикажани во доставениот План за специфичен вид и обем, Фондот може по истекот на секое тромесечие да ги намали неискористените средства за таа намена.

Одобрениот условен надоместок од став 1 точка 2 на овој член, треба да обезбеди здравствената установа редовно да ги плаќа сите доспеани месечни обврски за одделните трошоци потребни за пружање на здравствените услуги. Доколку здравствената установа не ги изврши планираните обврски, прикажани во доставениот План за одделни трошоци од тековното работење потребни за пружање на здравствени услуги, Фондот може по истекот на секое тромесечие да ги намали неискористените средства за таа намена.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РСМ бр. 303/2020 во овој службен весник насловот на Правилникот е Правилник за изменување и дополнување на правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во болничка здравствена заштита

## Утврдување на трошоците на здравствената установа и видот и обемот на здравствените услуги

### Член 5

(бришан)

## Планирање на видот и обемот на здравствените услуги

### Член 6

Како вид и обем на здравствени услуги, во смисла на член 4 на овој правилник, се сметаат здравствени услуги кои здравствената установа ќе ги обезбеди на осигурените лица според вид и обем во тековната година, прикажани како завршени специјалистичко-консултативни здравствени услуги, и по дијагностички сродни групи - ДСГ.

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.

## Преговори

### Член 7

За утврдување на надоместоците Фондот организира преговори со јавните здравствени установи, на кои присуствуваат и претставниците од Министерство за здравство.

За потребите на преговорите Фондот може да изготви прашалник за тековната состојба и примената на нови методи во лекување, кој треба да биде пополнет од страна на јавните здравствени установи, а со цел да обезбеди неопходни податоци за определување на надоместокот.

Во текот на преговорите Фондот води записник.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012

## Распределба на надоместокот

### Член 8

Вкупниот надоместок утврден врз основа на член 4 од овој правилник се смета како договорен надоместок за тековната година.

Надоместокот од став 1 на овој член претставува надоместок според остварената вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, намален за износот на пресметаното учество.

Надоместокот се состои од: основен надоместок (фиксен дел) и надоместок според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги (променлив дел).

Структурата на надоместоците од став 2 на овој член се остварува на следниот начин:

	%
1. Основен надоместок	80 <sup>11</sup>
2. Надоместок според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги - ДСГ и здравствени услуги за останати болнички случаи (променлив дел)	20 <sup>12</sup>

По исклучок од член 8 став 4, Фондот врз основа на пишана процедура кај одредени здравствени установи може да утврди и променлив дел 100%.<sup>13</sup>

Фактурираниот месечен износ од став 5 на овој член може да биде најмногу до утврдениот надоместок за соодветниот месец.<sup>14</sup>

Висината на надоместокот од став 3 и 5 на овој член, за здравствената установа ја утврдува Фондот.<sup>15</sup>

<sup>11</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

<sup>12</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

<sup>13</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

<sup>14</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

<sup>15</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

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 на здравствени установи кои оствариле поголема вредност од договорениот надоместок.

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

## **Следење на резултатите од извршената работа<sup>16</sup>**

### **Член 9**

За следење на успешноста на работењето во здравствената установа ќе се користат следните индикатори:<sup>17</sup>

- број на хоспитализирани пациенти,
- просечно време на престој во болница,
- број на лекувани пациенти во дневна болница,
- број на повторно примени пациенти или број на повторни операции (реоперации) за иста дијагноза, во период од еден месец по отпуштањето,
- број на инфекции предизвикани во болница.

## **Искажување на здравствените услуги**

### **Член 9а**

Здравствените услуги од член 2 на овој Правилник се искажуваат според референтната цена за видот на завршената специјалистичко-консултативна здравствена услуга во апсолутен износ подделно 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.

За болничката здравствена заштита, здравствените услуги се искажуваат групирани по методата на ДСГ( дијагностички сродни групи) за акутни болнички пациенти искажани по секоја поединечна ДСГ услуга означена со

---

<sup>16</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

<sup>17</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011



соодветна шифра од Груперот, според утврдениот ДСГ коефициент за услугата, со утврдена референтна цена на здравствените услуги врз основа на Методологија за утврдување на референтните цени.

Референтните цени на здравствените услуги се утврдуваат со одлука на Управниот одбор на Фондот.

Здравствени услуги групирани по ДСГ( дијагностички сродни групи) е метод на класификација на акутни болнички пациенти во збир кој имаат слични болнички трошоци и слични клинички карактеристики.

Здравствените услуги за акутните болнички случаи, извршени во здравствените установи кои согласно Законот за здравствена заштита пружаат терцијарна здравствена заштита, се искажуваат по ДСГ методата зголемени за 10 % на месечно ниво.<sup>18</sup>

Здравствените услуги извршени во специјализираните здравствени установи задетска популација, како и во специјализирани здравствени установи кои пружаат услугиза психијатриски акутни болнички случаи и за акутни болнички случаи во токсикологија, се искажуваат по методата Дијагностичко сродни групи зголемени за 25% на месечно ниво.<sup>19</sup>

## Начин на плаќање

### Член 10

За здравствената установа од член 8 став 4 на овој правилник плаќањето на вкупниот надоместок се врши еднаш во месецот.

За здравствена установа од член 8 став 5 на овој правилник надоместокот се исплатува по месеци за остварен вид и обем на здравствени услуги врз основа на доставена месечна фактура.<sup>20</sup>

### Член 11

Износот на надоместокот според член 8 став 4 на овој Правилник се исплатува доколку здравствената установа го остварила во вкупна вредност договорениот вид и обем на: здравствени услуги по дијагностички сродни групи – ДСГ, здравствени услуги за останати болнички случаи кои не се опфатени со ДСГ методата и за сите услуги за кои нема утврдени референтни

---

<sup>18</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 181/2011

<sup>19</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр70/2019

<sup>20</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

цени или пакети за здравствени услуги каде се применува Ценовник за здравствени услуги на РМ, но не повеќе од утврдениот месечен надоместок.<sup>21</sup>

#### Член 12

Износот на надоместокот според извршувањето на договорениот вид и обем на здравствени услуги утврден согласно член 8 на овој правилник, во текот на годината може да се намалува.

Износот на надоместокот според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги за променливиот дел утврден член 8 став 3 точка 2 на овој Правилник, може да се намалува. Намалувањето се врши со индексот на остварувањето во однос на договорената вредност на вид и обем на здравствени услуги. Намалувањето на променливиот дел се врши по истекот на секое тримесечие.

#### Член 13

(бришан)

#### Член 14

(бришан)

#### Член 14-а

По исклучок од одредбите на член 14 од овој правилник, во исклучителни ситуации вкупниот надоместок на здравствената установа може да се зголеми и повеќе од 20%.

Износот на зголемувањето од став 1 на овој член се утврдува со одлука на управниот одбор на Фондот.

### Склучување на договорот

#### Член 15

---

<sup>21</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

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:<sup>22</sup>

- план за видот и обемот на здравствените услуги за тековната година;

### **Користење на средствата во здравствената установа**

#### **Член 16**

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

Здравствената установа остварените средствата според овој правилник и договорот, не може да ги пренамени за исплата на плати и надоместоци на плати на вработените ниту за други намени доколку со тоа се предизвикува 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 17**

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 18**

---

<sup>22</sup> Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 164/2012, со која во членот 15 во ставот 2 се бришат алинеите од 1 до 6 и 8 и 9

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

#### Член 19

(член 7 од Правилникот објавен во Сл.весник на РМ бр. 95/2011)

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

#### Член 20

(член 3 од Правилникот објавен во Сл.весник на РМ бр. 181/2011)

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

#### Член 21

(член 5 од Правилникот објавен во Сл.весник на РМ бр. 104/2012)

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

#### Член 22

(член 2 од Правилникот објавен во Сл.весник на РМ бр. 164/2012)

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

## Член 23

(член 2 од Правилникот објавен во Сл.весник на РМ бр. 70/2019)

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

## Член 24

(член 2 од Правилникот објавен во Сл.весник на РСМ бр. 303/2020)

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