



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 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:

ДОГОВОР

за пружање и плаќање здравствени услуги во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита

Склучен во Скопје на _____ 2011 година, помеѓу:

1. Фонд за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фонд), застапуван од директорите 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 _____, во здравствениот _____ ски систем, сметка на здравствена установа бр. _____, 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 здравствени услуги на осигурените лица во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита, 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, договорни казни и услови за раскинување на договорот, како и други прашања кои се однесуваат за уредување на меѓусебните односи помеѓу договорните страни.

**Давател на услуги во
Специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита**

Член 2

Здравствената установа врши дејност од:

1.специјалистичко-консултативна здравствена заштита:

2.болничка здравствена заштита:

Дејноста од став 1 на овој член здравствената установа ја врши во согласност со Решението број _____,
_____ година, издадено од Министерството за здравство

Здравствената установа својата дејност ја обавува во една или повеќе организациони единици 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, како и измена на бројот на организационите единици, склучува Анекс на овој Договор со Фондот согласно средствата во буџетот на Фондот за таа намена.

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

За секоја промена на седиштето и управителот (директорот) 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 специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита со примена на медицина базирана на докази, во согласност со одредбите на Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Правилникот за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги кои ги пружаат здравствените установи на осигурените лица во превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување, специјалистичко-консултативна и болничката здравствена заштита(во понатамошниот текст Правилникот), меѓудржавни 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.

Здравствени услуги дадени на осигуреното лице 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 специјалист/субспецијалист 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 специјалист/субспецијалист 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 специјалист/субспецијалист го користи факсимилот само лично при издавање на мислење, лекови на рецепт и заверка на други обрасци 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 лекарот или здравствената установа и истото подлежи на санкции.

Лекарот специјалист/субспецијалист 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

Видот и обемот на здравствените услуги кои здравствената установа ги обезбедува на товар на средствата на Фондот ги понудува со план кој претставува договорени здравствени услуги кои здравствената установа треба да ги оствари во период на важење на договорот.

Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Видот и обемот на здравствените услуги кои здравствената установа ги обезбедува на товар на средствата на Фондот ги понудува со план за секоја дејност поодделно за периодот за кој се склучува договорот.

Видот и обемот на здравствени услуги се планираат на годишно ниво поединечно по број на случаи по квартали прикажани како завршени специјалистичко-консултативни здравствени услуги и пакети со референтни цени на завршената епизода на лекување.

Болничка здравствена заштита

Видот и обемот на здравствени услуги се планираат на годишно ниво поединечно по број на случаи по квартали прикажани, како завршени здравствени услуги групирани по ДСГ метода за акутна нега на хоспитализирани болни и како останати болнички услуги по референтни цени на Фондот.

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

Фонд со посебен план за специфичен вид и обем на здравствени услуги може да договори определен дел од понудениот план да се реализира во целост по квартали во текот на важење на договорот. Овие здравствени услуги се прикажуваат во

Образец – План за специфичен вид и обем (ПЛ 2Б-ДСГ/С) и/или Образец –План за специфичен вид и обем (ПЛ 2Б -

останати/С кој е прилог кон договорот

Член 6

Планот на видот и обемот на здравствените услуги се утврдуваат во Прилог - обрасци и се составен дел на овој договор.

Член 7

Следење на резултатите од извршената работа

За следење на успешноста на работењето во здравствената установа се користат следните индикатори:

А) За специјалистичко консултативна здравствена заштита

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

Б) За болничка здравствена заштита

- 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,

Цени на здравствените услуги

Член 8

Здравствените услуги од специјалистичко консултативна здравствена заштита се искажуваат според референтни цени на пакети на завршени здравствени епизоди на лекување и референтни цени на завршени специјалистичко консултативни здравствени услуги.

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

Завршени здравствени услуги се специјалистичко консултативни здравствени услуги кои поради своја специфика не се групирани во пакети на услуги и за кои Фонд има определено референтна цена.

Здравствените услуги за болничката здравствена заштита, се искажуваат по ДСГ методологија за акутни болнички пациенти и за останати болнички случаи кои не се опфатени со ДСГ методологијата по утврдени референтни цени.

Групирање на здравствените услуги по ДСГ е метод на класификација на акутни болнички пациенти во збир кои имаат слични болнички трошоци и слични клинички карактеристики.

Референтните цени на здравствените услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита се утврдуваат со Одлука на Управниот одбор на Фондот.

Доколку дојде до промена на Одлуката за утврдување на референтни цени на здравствени услуги за специјалистичко

консултативна и болничка здравствена заштита, ќе се применуваат референтните цени утврдени со измените и дополнувањата на Одлуката.

Утврдување на надоместок

Член 9

Надоместокот се утврдува врз основа на Одлуката и Правилникот за утврдување на критериуми на буџетите на здравствените установи во превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување, специјалистичко-консултативна и болничката здравствена заштита на Фондот утврдени за таа намена и се смета како договорен надоместок за специјалистичко-консултативни и болнички здравствени услуги.

Надоместокот од став 1 на овој член се состои од надоместок според остварената вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги намален за износот на пресметаната партиципација.

Доколку здравствената установа пружа здравствени услуги согласно Планот за специфичен вид и обем на здравствените услуги, во утврдениот надоместокот од став 1 на овој член е вклучен износот за вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги предвидени за таа намена.

Висината на вкупниот договорен надоместок се утврдуваат со Одлука на Управниот одбор на Фондот за период од 01.04.2011 до 31.12.2011 година и Одлука на Управниот одбор на Фондот за период 01.01.2012 до 31.03.2012 година.

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.

Начин на пресметување и плаќање на обезбедени здравствени услуги

Член 10

Вкупниот надоместок за здравствени услуги на здравствената установа, за периодот за кој се склучува договорот се дели на 12 месечни износи.

Месечниот надоместок од став 1 на овој член на здравствената установа се исплатува во целост до крајот на месецот за претходниот месец.

Договорениот надоместок 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 се остварува на следниот начин:

	%
1. Основен надоместок (фиксен дел)	80
2. Надоместок според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги (променлив дел)	20

Износот на надоместокот се исплатува доколку здравствената установа го остварила во вкупна вредност договорениот вид и обем на здравствени услуги, но не повеќе од утврдениот месечен надоместок.

Износот на надоместокот според извршувањето на договорениот вид и обем на здравствени услуги во текот договорниот период може да се намалува од променливиот дел на надоместокот

Намалувањето се врши со пресметка на индексот на остварувањето во однос на договорената вредност на вид и обем на здравствени услуги. Намалувањето на променливиот дел се врши по истекот на тримесечје.

Износот на надоместокот според остварување на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, се намалува за износот на помалку остварениот вкупен износ на видот и обемот на здравствени услуги (фактурирани) во однос на утврдените буџетски средства на тримесечие.

Доколку здравствената установа не ги изврши планираните здравствени услуги определени во Планот за специфичен вид и обем, Фондот може по истекот на секое тромесечие да ги намалува неискористените средства за таа намена.

Член 11

Фактурите за извршени здравствени услуги до Подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на здравствената установа, се доставуваат најдоцна до 10-тиот ден од тековниот месец за предходниот месец.

а)Здравствената установа доставува фактура за специјалистичко консултативна здравствена заштита по дејности и збирен рекапитулар. Со фактурите се доставува спецификација и поединечна пресметка за секое осигурено лице со потребна документација согласно упатствата на Фондот за фактурирање на здравствени услуги во следните случаи:

б)Здравствената установа доставува фактура за болничка здравствена заштита по ДСГ цени и за здравствени услуги за останати болнички случаи кои не се опфатени со ДСГ методата по референтни цени на Фондот.

Со фактурите по ДСГ метода се доставува спецификација и поединечна пресметка за секое осигурено лице со потребна документација согласно упатствата на Фондот.

При фактурирањето здравствената установа е должна да ги применува следните правила:

- кога за хоспитализирано осигурено лице се обезбеди целосна здравствена услуга со болнички упат како завршена епизода на лекување, здравствената установа доставува фактура по ДСГ метода до Фондот;
- кога за хоспитализирано осигурено лице се обезбедуваат дополнителни услуги од другите здравствени установи согласно издадените интерболнички или интерклинички упати, овие дополнителни услуги се составен дел на целосната здравствена услуга искажана по ДСГ метода. Здравствената установа во која е завршено лекувањето доставува фактура по ДСГ метода до Фондот. Истата е должна да изврши плаќање на друга здравствена установа за дополнителните услуги според утврдени референтни цени на Фондот како максимални цени на овие услуги.
- кога хоспитализирано осигурено лице се префрлува од една во друга клиника со интерклинички упат извршените здравствени услуги клиниките ги искажуваат во посебни фактури по ДСГ до Фондот.

- кога хоспитализирано осигурано лице се префрлува на исто или повисоко ниво со интерболнички упат поради незавршено лекување, секоја здравствена установа доставува посебна фактура по ДСГ метода до Фондот. Здравствената установа во која не е завршено лекувањето доставува фактура со намален износ, кој се утврдува во Упатството за начинот на фактурирање.

Здравствените установи се обврзуваат да склучат меѓусебни договори за начинот на фактурирање и плаќање на дополнителни услуги според утврдените референтни цени на Фондот како максимално утврдени цени.

Доколку износот на средствата што здравствената установа го фактурирала за здравствени услуги на осигурените лица на крајот од годината до Фондот, 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.

Обврски на здравствената установа

Член 12

Здравствената установа е должна за вршење на здравствените услуги на осигурените лица да обезбеди лекови според Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, помошни медицински материјали кои служат за примена на лековите, материјали за вградување (инплантанти), санитарски и други потрошни материјали потребни за целосно завршување на здравствените услуги за одредено заболување согласно медицина базирана на докази.

Доколку здравствената установа не ги обезбеди лековите и медицинските материјали 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.

Доколку здравствената установа не ги обезбеди лековите и материјалите од став 1 на овој член, а осигурените лица ги набавиле со сопствени средства, договорениот надоместок на здравствената установа ќе биде намален за износот на рефундираните средства.

Член 13

Здравствената установа е должна со средствата добиени по основ на овој договор да врши редовно и навремено плаќање на добавувачите по основ на испорачани лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот и медицински помагала.

Член 14

Здравствената установа има обврска да обезбеди набавка на лекови од целокупниот асортиман од Листата на лекови, медицински потрошни и други материјали.

Член 15

Здравствената установа се обврзува редовно и согласно законските прописи да ја пресметува и наплатува партиципацијата и да води евиденција за пресметаната и наплатената партиципацијата 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 16

Доколку здравствената установа доставила неистинити и неточни податоци врз база на кои Фондот го утврдил надоместокот, по утврдување на неистинитоста и неточноста на истите, Фондот соодветно ќе го намали договорениот надоместок.

Член 17

Здравствената установа може да дава предлог за упатување на лекување во странство на осигурените лица на товар на средствата на Фондот, само доколку лекувањето не може да се изврши во постојните здравствени установи во Р. Македонија.

Член 18

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 во електронска и пишана форма 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.

Член 19

Други обврски на здравствената установа:

- 1) Да го уплатува придонесот за задолжително здравствено осигурување согласно законските одредби и да води уредна евиденција;
- 2) Да обезбедува квалитетни здравствени услуги на сите осигурените лица без дискриминација;
- 3) Да ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност;
- 4) Да го извести 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;
- 5) Да пресметува и наплатува партиципација согласно законските прописи и да издава потврда за наплатеното учество (партиципација) и да не наплаќа дополнителни средства од осигурените лица, освен за утврденото учество и да ги применува решенијата за ослободување од партиципација донесено од страна на Фондот;
- 6) Здравствената установа е должна повеќе или неправилно наплатеното учество за пружената здравствена услуга да го врати на осигуреното лице;
- 7) Да планира здравствени услуги во согласност со своите просторни, кадровски и финансиски капацитети со што ќе обезбеди квалитетно и економично работење;
- 8) Да обезбеди рационално трошење на средствата и намалување на непродуктивните трошоци;
- 9) Да обезбеди еднаква распределба на средствата остварени од надоместокот од Фондот по свои организациски единици во зависност од извршените здравствени услуги;
- 10) Да му овозможи на Фондот вршење на финансиска контрола во однос на користење на средствата од утврдениот

надоместок од Фондот;

- 11) Да му овозможи на Фондот увид и контрола на целокупната документација;
- 12) Здравствената установа е должна да го запознае осигуреникот со висината на партиципацијата за услугите што согласно Одлуката за партиципација се наплаќаат;
- 13) За одржување и унапредување на квалитетот на здравствената заштита лекарите специјалисти вработени во здравствената установа имаат обврска стручно да се усовршуваат;
- 14) Да ја доставува на увид кадровската евиденција за вработените која се води според законските прописи;
- 15) Здравствената установа е должна да води уредна евиденција за сите набавени материјали и лекови со доказ за набавката и рокот на траење;
- 16) Здравствената установа е должна на видно место да истакне ознака дека има склучено договор со Фондот и да го истакне работното време на сите нејзини ординации согласно прописите за работно време;
- 17) Здравствената установа е должна да води евиденција согласно прописите за водењето на евиденциите во областа на здравството, и други податоци од медицински карактер потребни за анализи, информации за медицинската наука, Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување на Македонија;
- 18) Да ги доставува сите потребни извештаи, обрасци и информации во пишана и електронска форма во врска со имплементацијата на овој договор;
- 19) Да негува добри деловни односи со Фондот;
- 20) Во историјата на болест да ги внесува анамнезата, статусот, тек на болест и оперативен протокол на пациентот
- 21) Да се почитува и доследно применува ДСГ методата во болничка здравствена заштита;
- 22) Да не врши прекодирање на случаите по ДСГ заради стекнување на поголеми материјални средства и да дава точни податоци за видот и обемот на услугите;
- 23) Во ДСГ образецот да внесува главна дијагноза според правилата за кодирање;
- 24) Во ДСГ образецот да внесува секундарни дијагнози според правилата за кодирање;
- 25) При кодирањето да не внесува процедури за кои во медицинската документација нема доказ дека се извршени и да ги внесува сите извршени процедури;
- 26) Да го запазува утврдениот рокот од 48 часа за кодирање на испишаните пациенти – осигуреници, освен за случаите кои се временски условени со добивање на одредени резултати;
- 27) Да не ги кодира пациентите кои не се осигуреници на Фондот, кои трошоците на лекувањето сами ги покриваат;
- 28) Да не кодираат здравствени услуги кои не се опфатени во подзаконските акти на Фондот.
- 29) Историјата на болест задолжително да содржи копија од ДСГ образец потпишан од осигуреникот и отпусно писмо
- 30) Да ја развива здравствена заштита според потребите на населението;
- 31) Да изготви и достави до Фондот и Министерството за здравство најмалку 4 клинички патеки на годишно ниво (една патека секое тромесечие) согласно образецот на Министерството за здравство за првите 4 најчести дијагнози според последниот годишен ДСГ извештај;
- 32) Да изготви и достави до Фондот најмалку 2 клинички протокола за примена на специфични и скапи лекови во соодветната установа;
- 33) Лекарите специјалисти односно субспецијалисти при издавање на препорака за времена спреченост за работа поради болест и повреда се должни да се придуржуваат кон критериумите за дијагностички постапки и оцена;
- 34) Пружената здравствена услуга да се прикажува со соодветен специјалистички пакет;
- 35) Да не врши групирање во специјалистички пакети заради стекнување на поголеми материјални средства и да дава точни податоци за видот и обемот на услугите;
- 36) Потврдата за здравствена состојба што ја издава 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.
- 37) Да дава здравствени услуги само за дејности за кои има склучено договор со Фондот
- 38) Здравствената установа редовно од WEB страната на Фондот да го ажурира Списокот на здравствени установи кои имаат склучено договор со Фондот и да ги информира осигурените лица.
- 39) Здравствената установа со потпишување на договорот се обврзува да достави контакт податоци за последно важечки телефон и и-мејл адреса и истите да ги ажурира за време на важење на договорот.

Член 20

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

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

Водење на посебни евиденции

Член 21

Здравствената установа се обврзува на посебен образец веднаш, а најдоцна во рок од 10 дена да ја извести Подрачната служба на Фондот за сите случаи кои се последица од: сообраќајна несреќа, несреќа на работа, професионална болест и повреди предизвикани со нанесување на телесни повреди од други лица и ќе ги доставува потребните податоци за покренување на постапка за регрес.

Здравствената установа се обврзува за пружената здравствена заштита во врска со лекувањето како последица на причините наведени во став 1 на овој член, посебно да ги евидентира пресметките (фактурите) за извршените здравствени услуги во здравствената установа и со посебен допис да ги достави до подрачната служба на Фондот.

Доколку здравствената установа за наведените случаи не постапи според одредбите на овој Договор, Фондот ќе го исплати договорениот надоместок намален за висината на лекувањето.

Користење на средствата во здравствената установа

Член 22

Со средствата остварени според овој договор, здравствената установа располага самостојно.

Здравствената установа средствата добиени според овој договор треба да ги користи за пружање на здравствени услуги на осигурените лица, односно не смее да ги користи за други цели со кои би предизвикала намалување на обемот и квалитетот на здравствените услуги на осигурените лица.

Средствата остварени од заштеди, здравствената установа може да ги користи за континуирана медицинска едукација и унапредување на дејноста на здравствената установа.

Обврски на Фондот

Член 23

Фондот е обврзан да:

1. врши контрола на примената на одредбите од Законот и подзаконските акти и другите прописи, како и контрола на спроведување на одредбите на овој договор;
2. го плаќа надоместокот за обезбедените здравствени услуги во согласност со овој договор;
3. врши мониторинг и контрола на видот и обемот на договорените здравствени услуги;
4. го проверува решението на Здравствената установа;
5. по потреба врши проверка на критериумите врз основа на кој е склучуван договорот;
6. го следи износот на рефундирани средства на осигурените лица за лекови од Листата на лекови и медицински материјал кои здравствената установа била должна да ги обезбеди и ја намалува висината на надоместокот на здравствената установа за рефундираниот износ;
7. Фондот ја следи пресметаната и наплатената партиципација од страна на здравствената установа;
8. Фондот се обврзува да даде писмено известување (задолжување) за делот од фактурата којшто не е исправен и не се прифаќа.

Контрола

Член 24

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 економично и рационално користење на средствата од надоместокот, контрола на доставените фактури до Фондот, 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 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 25

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 ДСЗ, 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

Раскинување на договорот

Член 26

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 27

Фондот има право во секое време без отказан рок еднострано да го раскине договорот со здравствената установа. Договорот се смета дека е 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 постапува спротивно од одредбите на овој Договор.
5. Ако не негува добри деловни односи;
6. Доколку не се извршуваат здравствените услуги од член 3 на овој договор;

Член 28

Договорните страни за одредени повреди на одредбите од овој договорот се согласни за наплата 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 32,33 и 34 од овој Договор, се применува договорната казна од член 32.

Доколку се утврдат повреди од член 34 од овој Договор кој нема да бидат отстранети по изречената опомена во рок од 8 дена се применува договорна казна од член 33 од овој Договор.

Доколку при повторна контрола се утврди дека во предходниот период е изречена опомена на здравствената установа и се

изрекува договорна казна од член 33.

Доколку се утврдат повреди од член 35,36,37 и 38 од овој Договор, се применува договорната казна од член 35.

При изрекување на договорната казна ќе се толерираат грешки најмногу до 5 % од контролираните истории на болест, освен за договорната казна од член 35.

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, 27 и член 28 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 од Фондот. Обврската за договорната казна останува да се наплатува по судски пат.

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

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

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 29

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

1. Доколку здравствената установа наплатува на осигурените лица партиципација спротивно на важечките прописи;
2. Доколку придонесот за задолжителното здравствено осигурување редовно не се уплатува согласно законот;
3. Доколку здравствената установа во договорениот рок не ги доставува бараните податоци согласно овој Договор до Фондот;
4. Доколку здравствената установа на осигуреното лице не му издаде соодветен доказ (запис на отпусното писмо, конзилијарно мислење, потврда или друг доказ со кој ќе се потврди фактичката состојба), во случај кога не се обезбедени лековите и материјалите од член 15. на овој договор;
5. Доколку здравствената установа на посебен образец (Образец С) веднаш, а најдоцна во рок од 10 дена не ја извести Подрачната служба на Фондот за сите случаи кои се последица од: сообраќајна несреќа, несреќа на работа, професионална болест и повреди предизвикани со нанесување на телесни повреди од други лица и да ги доставува потребните податоци за покренување на постапка за регрес;
6. Доколку здравствената установа ја наплатува партиципацијата спротивно на законските прописи, не води правилна и уредна евиденција за наплатената партиципација или не издава потврда за наплатено учество.
7. Доколку здравствената установа доставува невистинити податоци до Фондот

8. Ако здравствената установа не овозможи вршење на контрола од страна на Фондот;
9. Доколку здравствената установа здравствените услуги за осигуреното лице ги фактурира по ДСГ метода, а истовремено и по пакети за завршени епизоди на лекување.
10. Доколку здравствената установа фактурира здравствените услуги со цени различни од референтните цени утврдени со Одлука за утврдување на референтни цени на пакети за завршени епизоди на лекување за специјалистичко консултативна здравствена заштита.
11. Доколку здравствената установа намерно ги избира несоодветните специјалистички пакети со повисока вредност со цел да ја зголеми фактурата.
12. Ако со работата се нанесе штета на Фондот.

Член 30

Договорна казна во износ од 35.000,00 денари се утврдува за следните повреди:

1. Доколку во рок од 20 дена не го извести Фондот за било какви промени (статусни, седиште, проширување, промена на дејноста, измени на бројот на организациони единици и сл.);
2. Доколку здравствената установа нема извршено набавка на компјутерска опрема и интернет поврзување;
3. Доколку здравствената установа не води евиденција согласно законските прописи, актите на Фондот и овој Договор;
4. Доколку здравствената установа во договорениот рок не ги доставува бараните податоци до Фондот согласно овој Договор;
5. Доколку здравствената установа не ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност;
6. Доколку здравствената установа не обезбедува здравствени услуги на сите осигурени лица без дискриминација;
7. Доколку здравствената установа не води уредна евиденција за сите набавени материјали и лекови со доказ за набавката и рокот на употреба;
8. Доколку здравствената установа не води кадровска евиденција;
9. Доколку здравствената установа води некомплетна медицинска документација (анамнеза и статус; отпусно писмо; температурна листа; оперативен протокол
10. Доколку здравствената установа на секое тромесечје не доставува до Фондот и Министерството за здравство најмалку 1 клиничка патека согласно образецот на Министерството за здравство за првите 4 најчести дијагнози според последниот годишен ДСГ извештај;
11. Доколку здравствената установа не достави до Фондот најмалку 2 клинички протокола за примена на специфични и скапи лекови во соодветната установа
12. Доколку здравствената установа има неправилности при кодирање на пациентите според ДСГ методологијата во случаи кога не се менува ДСГ кодот за следните повреди:
 1. Погрешно кодирана примарна дијагноза
 - спротивно на правилата за кодирање
 - несоодветна со медицинската документација
 2. Погрешно кодирана секундарна дијагноза
 - спротивно на правилата за кодирање
 - несоодветна со медицинската документација
 3. Погрешно кодирана процедура
 - несоодветна според медицинската документација
 - нема доказ во медицинската документација
 4. Погрешно внесени податоци
 - тип на испис
 - датум на прием и испис
 - пол

-телесна тежина и денови на возарст кај деца под една година
5.Погрешно кодирање на пациенти без ноќевање (во однос на ДБ или ЕДБ)

Член 31

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

1. На видно место не истакне ознака дека има склучено договор со Фондот и нема истакнато работно време;
2. На видно место не ја истакне Одлуката за висината на учеството на осигурените лица во цената на здравствените услуги и лековите;
3. Доколку постои оправдано писмено незадоволство на осигурениците кои ги користат здравствените услуги;
4. Доколку не го запазува утврдениот рокот од 48 часа за кодирање на испишаните пациенти – осигуреници, освен за случаите кои се врзани за одредени резултати;
5. Доколку историите на осигурените лица се постари од 3 месеци од доставената фактура.

Член 32

Договорна казна за неправилности при кодирање на пациентите според ДСГ методологијата во висина од 5 % од фактурираниот износ по ДСГ за соодветниот месец се утврдува за следните повреди:

- Водење на медицинска документација за пациенти кои не се хоспитализирани или во моментот на контролата пациентот не е во болница (фиктивна историја на болест).

Член 33

Договорна казна за неправилности при кодирање на пациентите според ДСГ методологијата во висина од 3,5 % од фактурираниот износ по ДСГ за соодветниот месец се утврдува за следните повреди:

- 1.Погрешен (error) ДСГ код (901Z; 902Z; 903Z; 960Z; 961Z; 963Z; B40Z)
- 2.Добиен несоодветен ДСГ код во однос на погрешна примарна или секундарна дијагноза или процедура со правилно прекодирање се добива друг ДСГ код:
 - при внесување на податоци кои не соодветствуваат со медицинската документација.
 - кодирање спротивно од правилата за кодирање.Со правилно прекодирање се добива друг ДСГ код.

Член 34

Договорна казна за неправилности при кодирање на пациентите според ДСГ методологијата во висина од 2,5% од фактурираниот износ по ДСГ за соодветниот месец се утврдува за следните повреди:

1. Кодирање на пациенти кои се фактурираат по стара метода
 - физикална терапија

- не се хоспитализирани туку повеќекратно се примаат само за апликација на терапија
- 2. Двојно кодирање на ист пациент за ист временски период
- 3. Добиени повеќе ДСГ кодови за ист пациент при префрлување од одделение на одделение во истата здравствена установа.
- 4. Некомплетна медицинска документација (анамнеза и статус; отпусно писмо; температурна листа; оперативен протокол)

Член 35

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 36

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

Влегување во сила на Договорот

Член 37

Овој договор влегува во сила со денот на потпишувањето од двете договорни страни, а ќе се применува 01.04.2011 година заклучно со 31.03.2012 година.

Број на примероци на договорот

Член 38

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

Промена на прописите

Член 39

При промена (измени и дополнувања) на прописите врз основа на кои е склучен овој договор, доаѓа до промена на одредбите од Договорот, согласно извршените измени.

Член 40

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

Преодна одредба

Член 41

Со денот на склучувањето на овој договор престануваат обврските и побарувањата од претходните години помеѓу договорните страни, освен за започнатите судски постапки.

ПРИЛОЗИ:

- План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за 2011/2012 година за специјалистичко-консултативни здравствени услуги;
- План на видот и обемот на ДСГ здравствени услуги на осигурените лица за 2011/2012 година за болничка здравствена заштита;
- План на видот и обемот на здравствените услуги на осигурените лица за 2011/2012 година за останати болнички здравствени услуги (кои не се опфатени со ДСГ метода);
- Деловен план.

Изготвил: _____

Контролирал: _____

Согласен: _____

Фонд за здравствено осигурување
на Македонија, _____

Директор
М-р Маја Парнарџиева Змејкова

В.Д Директор
М-р Виолета Петровска

Директор
