

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

ТЕХНИЧКО УПАТСТВО

за пресметувањето и плаќањето на здравствените услуги за осигурените лица во здравствените установи од примарната стоматолошка здравствена заштита кои имаат склучено договор со Фондот за лекарите кои имаат статус на избран лекар преку веб порталот на Фондот

Содржина

1	Вовед.....	3
2	Компјутерска евиденција.....	3
3	Вредност на поенот.....	4
4	Цели.....	4
5	Начин на фактурирање и генерирање на пресметки.....	5
5.1	Изготвување на фактура за ПЗУ преку Веб порталот на Фондот.....	5
6	Промена на избран лекар.....	5
7	Активности за постигнување на определени цели.....	6
7.1	Планирање на цели.....	6
7.2	Контролни прегледи.....	6
7.3	Контрола на дентален плак и остранување на меки наслаги на забите.....	6
7.4	Превентивно залевање на фисурите на забите.....	7
7.5	Рационално користење и рационално препишување на лекови.....	7
7.6	Рационално упатување на повисоко ниво на здравствена заштита.....	7
7.7	Рационално и оправдано препишување на боледување.....	7
8	Реализирација на цели.....	8

1 Вовед

Пресметувањето и плаќањето на надоместокот за обезбедени здравствени услуги на осигурените лица во здравствените установи од примарната здравствена заштита се врши според бројот на осигурените лица кои избрале лекар во здравствената установа (капитација).

Износот на капитацијата за избраниот лекар се пресметува како производ од бројот на осигурените лица кои го избрале за свој лекар и утврдената вредност за еден поен.

2 Компјутерска евиденција

Здравствената установа е должна да воспостави компјутерска евиденција според процедура, форма и содржина на податоците, утврдени со ова упатство на Фондот.

Според тоа, Фондот нема никаква обврска во однос на програмата која ќе ја обезбеди здравствената установа и не врши никаква проверка на истата. Фондот со ова Упатство утврдува процедура, форма и содржина на податоците кои треба да се достават до Фондот преку Веб порталот.

Здравствената установа е должна да го користи софтверот за електронска здравствена картичка (ЕЗК) даден од страна на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Сите информации околу користењето електронската здравствена картичка се објавени на веб страната на Фондот. Програмското решение во здравствената установа треба да обезбеди компјутерска евиденција на следниве податоци:

- Регистрација на здравствената установа;
- Евиденција на избрани лекари во здравствената установа;
- Евиденција на осигуреници;
- Евиденција за извршени прегледи;
- Евиденција на пропишани лекови на рецепт на товар на ФЗОМ, согласно Листата на лекови на товар на ФЗОМ – позитивната листа (вклучително и режимот на пропишување на лековите и индикациите за определени лекови) и согласно Одлуката за утврдување референтни цени на лекови на товар на ФЗОМ и други законски прописи.
- Евиденција за аплицирана терапија;
- Евиденција на издадени упати до ЗУ кои имаат договор со ФЗОМ;
- Евиденција на издадени боледувања;
- Евиденција за планирани цели по тромесечја и години за секој избран лекар;
- Евиденција за реализирани цели по тромесечја и години за секој избран лекар;

Здравствената установа треба да постапува согласно Упатството за постапување на избраните лекари (општа медицина, гинекологија и стоматологија) во врска со обврската за пропишување на лекови на печатен рецепт на товар на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Според договорот за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита од стоматологија е наведено:

“На еден рецепт се пропишува само едно оригинално пакување на лекот, освен за лековите чии оригинални пакувања се делат односно кои се издаваат на парче, по единица фармацевтска дозажна форма, според списокот на лекови чии оригинални пакувања се делат, објавен на веб страницата на Фондот. За овие лекови количината на пропишаниот лек треба да е прецизно

наведена на рецептниот образец по единица фармацевтска форма.”

Со воведување на користење на ЕЗК, само за осигурениците кои имаат добиено ЕЗК на сите обрасци (рецепт, упат и др.) кои ги пропишува/издава избраниот лекар, покрај останатите податоци треба да се печати/запише и единствениот здравствен број на осигуреникот (ЕЗБО). Доколку се работи за член, на рецептот се печати/запишува само ЕЗБО за членот, корисникот на кој се однесува рецептот. Во овие случаи кај податоците за носителот, полето за ЕЗБО не е задолжително да се пополни.

3 Вредност на поенот

Во зависност од бројот на остварените поени, вредноста на поенот се пресметува на следниот начин:

- до 2000 поени 100 % од утврдената вредност на поенот;
- за секој нареден поен од 2001 до 3000 поени, 70% од утврдената вредност на поенот;
- за секој нареден поен од 3001 до 4000 поени, 45% од утврдената вредност на поенот;
- за секој нареден поен од 4001 поени, 30% од утврдената вредност на поенот.

4 Цели

Фондот на здравствената установа за избраниот лекар и исплатува до 100% месечен надоместок во кој влегуваат 80% основна капитација и 20% исполнување на цели во зависност од висината на остварувањето и тоа за:

- Извршување на предвидениот број на превентивни прегледи;
- Придржување кон обврската за рационално препишување на рецепти;
- Упатување на повисоко ниво на стоматолошка здравствена заштита;
- Оправдано одобрување на боледување.

Доколку избраниот лекар стоматолог не ги исполни погоре споменатите цели, утврдениот износ на капитација се намалува и тоа за:

- Контрола на дентален плак и остранување на меки наслаги на забите **2%** ;
- Превентивно залевање на фисурите на забите **5%**;
- Контролни прегледи **3%**;
- за неизвршување на предвидениот број на превентивни прегледи за **10%** ;
- за нерационално препишување на рецепти за **4%**;
- за нерационално упатување на повисоко ниво за **4%** и
- за неоправдано одобрување на боледување за **2%**.

5 Начин на фактурирање и генерирање на пресметки

5.1 Изготвување на фактура за ПЗУ преку Веб порталот на Фондот

Стоматолошките здравствени установи до матичната подрачна служба документите ги доставуваат во хартиена и електронска форма.

Секој месец за секој избран лекар се прави една групна пресметка за сите осигуреници кои го избрале без разлика во која подрачна служба се осигурени.

Здравствната установа до подрачната служба на фондот ги доставува следниве документи:

1. Пресметки за сите избрани лекари од здравствената установа;
2. Фактура од здравствената установа до матичната подрачна служба;
3. Планирани активности од извештајот Образец ПЛС- Планирано;
4. Извршени активности од извештајот Образец ИС- Извршено;
5. Извештај за извршени стоматолошки здравствени услуги за месец Образец ПС;

Секој избран лекар од здравствената установа мора да е регистриран на Веб порталот на Фондот согласно Правилникот за начинот и користење, пристап, издавање, чување и заштита на податоците од информациониот систем на фондот достапни на веб порталот.

Најкасно до 10-ти во тековниот месец, ЗУ поднесува фактура за изминат месец, за кој не е поднесена фактура за капитација до ФЗОМ, со која се прави побарување и која е основ за изработка на пресметка според евиденција на ФЗОМ. Фактурата се поднесува на ниво на здравствената установа, а пресметката се прави на ниво на избран лекар. Исплатата се врши на ниво на здравствена установа.

Поднесувањето на фактурите преку Веб порталот на Фондот го вршат само овластени лица согласно Правилникот за начинот и користење, пристап, издавање, чување и заштита на податоците од информациониот систем на фондот достапни на веб порталот.

Овластеното лице на здравствената установа врз основа на поединечните пресметки на ниво на лекар врши генерирање на збирна фактура за сите тимови од таа здравствената установа.

Избраниот лекар со најава на Портал во период од 1-10-ти во месецот, ќе може да ја прегледа состојбата на сопствената, веќе генерирана пресметка, за соодветен месец и година и здравствена установа, бидејќи еден избран лекар може во даден месец да работи во две или повеќе ПЗУ. Во овој период по автоматизам е генерирана пресметка за претходниот месец, додека пак доколку има потреба од репресметка за минат месец за кој не е поднесена фактура до фондот, генерирањето на пресметките и фактурите ќе започне по иницирање на овластеното лице.

Фактурата се потпишува од страна на овластеното лице со електронски потпис од неговата електронска здравствена картичка, со што истото се согласува со износот на фактурата. Потпишаната фактура може да испечати, а хартиената форма се доставува до фондот, како побарување за дадениот месец и година.

6 Промена на избран лекар

Здравствената установа е должна до матичната подрачна служба на фондот да доставува и податоци за осигуреници кои направиле промена на избран лекар. Овие податоци се доставуваат само во случаите кога избраниот лекар и осигуреникот кој ја направил промената немаат валидна електронска здравствена картичка. Податоците се доставуваат согласно Техничкото упатство за

електронска достава на ИЛ-обрасци.

7 Активности за постигнување на определени цели

На почетокот на секое тромесечје (јануари, април, јули и октомври) избраниот лекар доставува податоци за активности за постигнување на определени цели кај избраниот лекар за тековното тромесечје (планирани цели) и податоци за извршени активности за постигнување на определени цели кај избраниот лекар за претходното тромесечје (реализирани цели). Овие податоци избраниот лекар ги доставува преку Веб порталот на Фондот.

7.1 Планирање на цели

Целите се планираат на почетокот на тромесечието, и треба да се реализираат во текот на целото тромесечје. Ако во текот на тромесечјето настане промена на бројот и структурата на осигурени лица (го избале нови осигуреници или се одјавиле постоечки осигуреници), тогаш треба да се направи репланирање (репрограмирање) на целите за тоа тромесечје. Реализацијата на целите ќе се води според последното направено планирање за дадено тромесечје.

Планирање на цели се врши за следниве тромесечја: јануари- март, април-јуни, јули-септември, октомври-декември.

Треба да се направи планирање на следниве цели:

7.2 Контролни прегледи

Превентивно иследување на болестите на устата и забите со утврдување на орално хигиенски статус на 15% на осигурени лица еднаш годишно, или за едно тромесечје 3.75% од осигурените лица. Ако се реализира оваа цел лекарот добива 3 поени. Пример: За да избраниот лекар-стоматолог кој има 1,500 осигуреници да ја оствари оваа цел мора да изврши оваа активност кај $1,500 * 3,75 / 100 =$ осигуреници. (1,500 осигуреници по 3,75/100 е еднакво на 56,26 осигуреници. Заокружувањето е до $< 0,5$ на нула а над $\geq 0,5$ на 1). Ако избраниот лекар- стоматолог не ја реализира оваа цел кај најмалку 56 осигуреници (ја изврши кај 50 осигуреници не добива поени за оваа активност во оваа тромесечие).

7.3 Контрола на дентален плак и отстранување на меки наслаги на забите

Кај 15% од осигурени лица на годишно ниво, или за едно тромесечје 3,75% од осигурените лица. За да избраниот лекар-стоматолог кој има 1,500 осигуреници да ја оствари оваа цел мора да изврши оваа активност кај $1,500 * 3,75 / 100 = 56,26$ осигуреници (1,500 осигуреници по 3,75/100 е еднакво на 56 осигуреници). Ако избраниот лекар-стоматолог не ја реализира оваа цел кај најмалку 56 осигуреници (ја изврши кај 50 осигуреници не добива поени за оваа активност во оваа тромесечие).

7.4 Превентивно залевање на фисурите на забите

Превентивно залевање на фисурите на сталните молари до 12 години кај 100% од осигурените лица. Кај оваа цел треба сите осигурани лица кои имаат 12 години во дадено тромесечје да им се направи превентивно залевање на фисурите на сталните молари. Ако над осигуреното лице во претходното тромесечје е остварена оваа цел, тогаш тоа осигурено лице не треба да се планира во наредното тромесечје. За оваа цел избраниот лекар може да планира и 0 прегледи во текот на некое тромесечје. На крај избраниот лекар во текот на годината мора да ја изврши оваа активност кај сите осигуреници што го задоволуваат условот да имаат 12 години.

7.5 Рационално користење и рационално препишување на лекови

Препишување на рецепти за лековите од листата на лекови издадени на рецепт во примарна стоматолошка здравствена заштита, просечно по 0.4 по осигурено лице на годишно ниво, или 0.1 по осигурено лице за едно тромесечје. Значи ако лекарот го избрале за матичен лекар 1500 осигурени лица, максимален број на рецепти кои треба да ги пропише се 600 рецепти на годишно ниво или 150 рецепти за едно тромесечје. Ако избраниот лекар-стоматолог препише повеќе од 150 рецепти тромесечно нема да добие 4 поени, а ако препише омалку од 150 рецепти тогаш добива 4 поени.

7.6 Рационално упатување на повисоко ниво на здравствена заштита

Упати за специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита просечно по 0.4 упати по осигурено лице на годишно ниво, освен за упатите за биохемиска лабораторија, микробиолошка лабораторија и рентген дијагностика, или 0.1 по осигурено лице за едно тромесечје. Значи ако лекарот го избрале за матичен лекар 1,500 осигурени лица тогаш максимален број на упати кои треба да ги пропише се 600 упати на годишно ниво или 150 упати за едно тромесечје. Ако избраниот лекар-стоматолог препише повеќе од 150 упати тромесечно нема да добие 4 поени, а ако препише омалку од 150 упати тогаш добива 4 поени.

7.7 Рационално и оправдано препишување на боледување

Препишување на боледување до 15 дена просечно по 0.2 по осигурено лице на годишно ниво, или 0.05 по осигурено лице за едно тромесечје. Значи ако лекарот го избрале за избран лекар 1,500 осигурени лица, максимален број на боледувања кои треба да ги пропише се 300 боледувања на годишно ниво или 75 боледувања за едно тромесечје. Ако избраниот лекар-стоматолог препише повеќе од 75 боледувања до 15 дена тромесечно нема да добие 2 поени, а ако препише помалку од 75 рецепти тогаш добива 2 поени.

8 Реализирација на цели

Откако ќе се испланираат целите за следното тромесечје, лекарот треба да започне со реализација на целите, извршување на превентивни прегледи и на препишување на рецепти, упати и боледување.

Се собираат поените од сите шест цели (3 за превентивните мерки и 3 за препишување на рецепт, издавање на упат и препишување на боледување) и се добива вкупниот процент на реализирани цели за тоа тромесечје. Овој процент се однесува за сите три месеца од тромесечјето и износот за реализирани цели се добива на следниот начин:

$$P = (P1 + P2 + P3) \times (\text{Процент} / 100)$$

Каде :

P е износ на пресметаните цели;

P1- Вкупен пресметан износ на капитација за првиот месец од тромесечјето (100%),

P2- Вкупен пресметан износ на капитација за вториот месец од тромесечјето (100%),

P3- Вкупен пресметан износ на капитација за третиот месец од тромесечјето (100%),

Процент - вкупен процент на реализирани цели за цело тромесечје (најмногу 20%).

Секој избран лекар во првиот месец од новото тримесечјето, податоците за реализираните цели од претходното тромесечје ги внесува преку веб порталот на Фондот.