

ПРАВИЛНИК ЗА НАЧИНОТ НА ПЛАЌАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ ВО ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Врз основа на член 56 став 1 точка 3 и член 69 став 1 од Законот за здравственото осигурување ("Службен весник на РМ", бр 25/2000, 34/2000 и 96/2000), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 11.05. 2001 година, донесе:

ПРАВИЛНИК

ЗА НАЧИНОТ НА ПЛАЌАЊЕТО НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ ВО ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

("Службен весник на РМ" број 48/2001 и 31/2003)

Член 1

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

Член 2

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

- а) основните здравствени услуги во примарната здравствена заштита од член 9 став 1 под а) точките 1, 2, 4, 5, 6 и 8 од Законот за здравственото осигурување и членовите 23 до 28 од Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување ("Службен весник на РМ", број 111/2000) кој се обезбедуваат за осигурените лица кои се задолжително здравствено осигурани во Фондот и
- б) здравствените услуги од примарната здравствена заштита кои се опфатени со определени програми.:

Член 3

Основните здравствените услуги од примарната здравствена заштита за превенција, лекување и санирање на болести на устата и забите во стоматологијата, како и услугите на патронажната служба, домашно лекување и укажување на итната медицинска помош, вклучувајќи и превоз со санитарско возило кога е тоа неопходно, се регулираат со посебни подзаконски акти.

Член 4

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

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

Член 5

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

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

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

1. основна капитација;
2. капитација по основ на оддалеченост;
3. капитација по основ на рурални подрачја.

Член 6

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

Категорија	Поени
За деца до 6 годишна возраст	3.10
За деца постари од 6 и помлади од 18 години	1.20
За возрасни над 18 години и помлади од 34	1.00
За возрасни над 34 години и помлади од 65	1.60
За возрасни постари од 65	3.70
За женската популација на возраст над 11 години до крајот на животот за гинеколошко-акушерска ПЗЗ	0.43

Основните поени од став 1 на овој член се утврдени врз основа на хронолошките потреби и предвидувањата базирани на медицински докази во секојдневната пракса, како и прилагодувањата кои ќе се направат за да се избалансират приоритетите во спроведувањето на превенцијата, заштитата на акутни здравствени проблеми, грижа за незаразни заболувања и други утврдени цели. Вредноста на поените од став 1 на овој член ги утврдува Фондот врз основа на планирените приходи утврдени со Буџетот на Фондот .

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

Член 7

Капитацијата по основ на оддалеченост се обезбедува за осигурените лица на кои најблиската лекарска ординација е во селски населби кои се тешко пристапни, врз основа на список на тие населени места определен од Фондот и тоа:

- а) за многу тежок пристап поените се зголемуваат за 10 %;
- б) за тежок пристап поените се зголемуваат за 5 %.

За осигурените лица кои избрале да користат услуги во лекарска ординација подалеку од најблиската, се обезбедува само основна капитација.

Член 8

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

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

Член 9

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

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

Член 10

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

1. превентивни мерки и активности кои произлегуваат од превентивните програми;

2. рано откривање на хронични незаразни заболувања и соодветно водење на истите;
3. активности за рано откривање на малигните болести;
4. анте-натална и постпартална контрола на здравствената состојба и грижа за женската популација;
5. рационално користење и рационално пропишување на лекови;
6. рационално упатување на повисоко ниво на здравствена заштита;
7. рационално и оправдано препишување на боледување;
8. други пропишани активности.

Надоместокот од став 1 на овој член се плаќа на здравствената установа на избраниот доктор ако се исполнети активностите за постигнување на определените цели утврдени во програмите и други подзаконски акти за секое тромесечје од годината.

Член 11

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

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

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

Член 12

Здравствените установи на избраниот лекар кои имаат договор со Фондот да обезбедуваат примарна здравствена заштита во согласност со овој правилник, можат да обезбедуваат услуги на осигурените лица кои имаат потреба од користење на услуги додека се на одмор или се надвор од местото на живеење, а неможат да користат услуги од избраниот лекар.

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

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

Член 13

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

Член 14

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

Член 15

Договорите во однос на начинот на плаќањето склучени меѓу Фондот и здравствените установи за вршење на здравствените услуги од примарната здравствена заштита (член 2 став 1 точка а) од овој правилник) ќе се усогласат со одредбите на овој правилник во рок од два месеци од денот на влегувањето во сила на овој правилник.

За здравствените установи кои имаат склучено договори со Фондот, до усогласувањето од став 1 на овој член, продолжуваа да се применува постојниот начин на плаќање.

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.