

20120421196

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 56 став 1 точка 14 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010 и 53/2011), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 23 февруари 2012 година донесе

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

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 дефинирани во Законот за здравственото осигурување и Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување што се обезбедуваат за осигурените лица кои се задолжително здравствено осигурени во Фондот и

б) здравствените услуги од примарната здравствена заштита опфатени со програмите за здравствена заштита.

Член 3

За обезбедување на здравствени услуги во примарната здравствена заштита на осигурените лица, Фондот склучува договори со здравствените установи кои вршат примарна здравствена заштита ако :

- укажува здравствени услуги што се во рамките на дејноста за која е регистрирана;
- постојат услови за вршење на соодветната дејност (простор, опрема, кадар согласно Законот за здравствена заштита за која има одобрение за вршење на дејност од Министерството за здравство;

- да укажува здравствени услуги согласно Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Закон за евиденции во областа на здравството, меѓудржавни договори за социјално осигурување, подзаконските акти на Фондот и медицина базирана на докази,

- редовно се плаќаат придонесите за задолжително здравствено осигурување;
- негува добри деловни односи.

Договорите Фондот ги склучува по доставена понуда за склучување на договор со приложена потребна документација.

Член 4

Надоместокот за здравствените услуги се определува врз основа на:

- бројот и структурата на осигурените лица кои го избрале лекарот;
- според пол и возраст;
- превентивни мерки и активности што треба да се постигнат во однос на резултатите од извршената работа од страна на избраниот лекар;
- дополнителните стимули за обезбедени здравствени услуги на осигурените лица во руралните подрачја.

Член 5

Плаќањето на обезбедените здравствени услуги на здравствената установа за избраниот лекар се врши по склучување на договор според бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот помножен со соодветниот број на поени по возрастни групи и вредноста на поенот за капитација.

Надоместок за капитација од став 1 на овој член се исплаќа на месечно ниво на здравствената установа за комплетен тим за обезбедените здравствени услуги.

Тимот се состои од избран лекар од дејноста општа медицина (општа медицина, медицина на труд, педијатрија, училишна медицина и семејна медицина) односно гинекологија со медицинска сестра.

Член 6

Основната капитација за дејноста општа медицина за осигурено лице Фондот ја определува во зависност од возраста и полот, помножен со поени за секоја од овие категории осигурени лица и тоа за:

- деца до 6 годишна возраст - 3.1 поени ;
- деца постари од 6 години и помлади од 18 години - 1.2 поени;
- осигурени лица над 18 години и помлади од 34 години - 1.0 поен ;
- осигурени лица над 34 години и помлади од 65 години - 1.6 поени;
- осигурени лица постари од 65 години - 3.7 поени;

Поените од став 1 на овој член се утврдени врз основа на податоците од претходниот период за потребите на осигурените лица, предвидувањата врз основа на медицина базирана на докази, и приоритетите во спроведувањето на превенцијата, заштитата на здравјето, грижа за заразни и незаразни заболувања и други утврдени цели.

Вредноста на поенот од став 1 на овој член го утврдува Фондот во зависност од планираните приходи во Буџетот на Фондот.

Во зависност од бројот на остварените поени за дејноста општа медицина (општа медицина, медицина на труд, педијатрија, училишна медицина и семејна медицина) вредноста на поенот се пресметува на следниот начин:

- до 2500 поени 100% од утврдената вредност на поенот;
- за секој нареден поен од 2501 до 3500 поени, 70% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 3501 до 4500 поени, 45% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 4501 поени, 30% од утврдената вредност на поенот.

Член 7

Основната капитација за дејноста гинекологија за осигурено лице од женски пол Фондот ја определува во зависност од возраста, помножен со поени за:

- осигурени лица над 12 години – 1 поен.

Во зависност од бројот на остварените поени за дејноста гинекологија за женската популација на возраст над 12 години до крајот на животот, вредноста на поенот се пресметува на следниот начин:

- до 3500 поени 100% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 3501 до 4500 поени 70% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 4501 до 5500 поени 45% од утврдената вредност на поените;
- за секој нареден поен од 5501 поени 30% од утврдената вредност на поените.

Член 8

Во руралните подрачја согласно критериумите определени од Фондот, со само еден лекар во примарната здравствена заштита, вкупниот износ на капитација Фондот го зголемува со поени по основ на рурални подрачја во зависност од бројот на осигурени лица кои извршиле избор најмногу до 1700 поени.

Утврдувањето на вкупниот износ на поените од став 1 се врши според одредбите на член 9.

Руралното подрачје го опфаќа населеното место во кое има еден лекар кој пружа примарна здравствена заштита на осигурените лица и кон кое гравитираат повеќе населени места што немаат здравствени установи.

Како рурални подрачја односно рурални населени места можат да се утврдат оние кои ги исполнуваат следните услови:

- најмалку 5 километри оддалечено од населеното место во кое се наоѓа најблиската здравствена установа од примарната здравствена заштита;
- најмалку 15 километри оддалечено од населено место во кое се обезбедува специјалистичко - консултативна здравствена заштита со итна медицинска помош, а по исклучок на оддалеченост од населеното место од најмалку 5 километри за тешко пристапен терен кој може да биде непристапен во определен период од годината, и
- самото рурално место односно рурално подрачје има најмалку 50 жители.

Населеното подрачје односно место во кое се наоѓа здравствената установа изградена согласно Одлуката на Влада на Република Македонија за изградба на амбуланти во рурални подрачја, се утврдува за рурално подрачје доколку исполнува еден од условите предвидени во став 5 на овој член.

Населените подрачја односно места што ги исполнуваат условите предвидени во овој член, со одлука на Управен одбор на Фондот се утврдуваат како рурални подрачја односно населени места и не можат да бидат повеќе од 100 рурални места и подрачја.

За обезбедување на континуирана здравствена заштита на населението, во руралното подрачје што има повеќе населени места кои гравитираат едно кон друго, доколку се затвори здравствената установа, а се отвори нова здравствена установа во некое од населените места кои се дел од руралното подрачје, во тој случај тоа населено место станува носител на руралноста.

Доколку во определените од Фондот рурални подрачја односно населени места се зголеми бројот на лекари од примарна здравствена заштита, капитацијата престанува да се исплаќа според руралност и истата продолжува да се исплаќа според бројот на осигурените лица што ги избрале лекарите.

Член 9

- Капитацијата за руралните населени места односно подрачја се исплатува само за осигурените лица од руралното подрачје односно населено место кои го избрале лекарот. Висината на капитацијата се пресметува во зависност од бројот на осигурените лица кои го избрале лекарот помножен со поени за секоја старосна категорија и тоа доколку:

- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е помал од 100 поени се исплатува 1100 поени;
- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 100,01 до 300 поени се исплатува 1200 поени;

- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 300,01 до 350 поени се исплатува 1300 поени;
- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 350,01 до 700 поени се исплатува 1400 поени;
- вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот е поголем од 700,01 поени се исплатува 1700 поени.

Доколку износот на вкупниот број на поени од осигурени лица кои го избрале лекарот во руралното подрачје е поголем од 1700 поени, во тој случај Фондот продолжува со исплата на капитацијата согласно член 6 од овој правилник.

Член 10

Фондот на здравствената установа за избраниот лекар исплатува до 100% месечен надоместок во кој влегуваат 70% фиксен износ на капитација и 30% променлив износ во зависност од исполнување на целите.

Во месечниот надоместок за капитација утврден согласно членовите 6, 7 и 8 од овој правилник, вклучени се трошоците за:

- одржување на ординацијата и опремата по соодветни стандарди;
- обезбедување континуирана примарна здравствена заштита за акутните случаи во текот на 24 часа секој ден за осигурените лица кои избрале лекар во здравствената установа;
- исплата на плата на лекарскиот тим (лекарот и , медицинската сестра);
- патување до и од местото на живеење на осигурените лица за обезбедување здравствени услуги;
- одржување на неопходната медицинска опрема;
- водење на компјутерска евиденција и доставување на податоци и извештаи до Фондот и центрите за јавно здравје;
- лекови, медицински и други немедицински потрошни материјали;
- такси за комунални услуги, и
- други редовни трошоци.

Член 11

Променливиот надоместок за исполнување на целите (превентивни мерки и активности) се исплатува секој месец во зависност од извршување на следните активности:

- превентивни мерки и активности за рано откривање на заболувања;
- превентивни мерки и активности за рано откривање на малигни болести;
- рационално користење и рационално пропишување на лекови;
- специфичната медицинска едукација за рано дијагностицирање на заболувања;
- рационално и оправдано препишување на боледување;
- превентивни мерки и активности за следење на правилен раст и развој на популација до 18 годишна возраст.

Здравствената установа на квартално ниво доставува извештаи за извршени активности за исполнување на целите и истите се контролорираат еднаш годишно.

Доколку со контролата се констатира неизвршување на активностите односно неисполнување на целите во определениот процент, променливиот надоместок од став 1 на овој член ќе биде намален за соодветниот процент за определената активност во дадениот квартал.

Член 12

За учениците и студентите на возраст помеѓу 7 и 26 години, кои покрај избраниот лекар избираат уште еден лекар во местото каде што се школуваат односно студираат, фиксниот износ на надоместокот за капитација 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.

Променливиот износ на надоместокот за капитација му се исплаќа само на избраниот лекар во местото на школување односно студирање.

Член 13

Во подрачја каде нема организирано итна медицинска помош со дежурна служба или истата не може да се спроведува поради тоа што нема доволен број на лекарски тимови и со тоа не ги исполнува условите предвидени во Правилникот за простор, опрема и кадар истата се врши со дежурства на избраните лекари од тоа подрачје кои ги организира јавната здравствена установа.

Јавната здравствената установа склучува посебен договор со избраните лекари заради обезбедување на услови за извршување на континуирана здравствена заштита.

Плаќањето на надоместокот за дежурство на избраните лекари го врши здравствениот дом согласно Одлуката за утврдување на цени за дежурство, остварување на приправност и породување во здравствените домови.

Член 14

Надоместокот за остварената приправност на избраниот лекар каде што нема организирано итна медицинска помош или истата не може да се спроведува поради тоа што нема доволен број на лекарски тимови и со тоа не ги исполнува условите предвидени во Правилникот за простор, опрема и кадар се исплаќа од здравствениот дом, врз основа на доставената фактура согласно Одлуката за утврдување на цени за дежурство, остварување на приправност и породување во здравствените домови.

Член 15

Во подрачјата каде што домашното лекување го врши избраниот лекар од тоа подрачје, по налог на лекар специјалист, извршените услуги ги обезбедува Фондот и се надоместуваат врз основа на фактура доставена од здравствената установа на избраниот лекар согласно Ценовникот за здравствени услуги на Република Македонија.

За извршените породувања во породилиштата што ги врши избраниот гинеколог како и прегледите на педијатарот плаќањето на надоместокот го врши здравствениот дом согласно Одлуката за утврдување на цени за дежурство, остварување на приправност и породување во здравствените домови.

Член 16

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

Фондот ќе му исплати на лекарот од став 1 на овој член, месечен износ на капитацијата 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 17

За лицата опфатени со склучени меѓународни договори за социјално осигурување - странски осигуреници, здравствената установа од примарна здравствена заштита им обезбедува здравствени услуги врз основа на договорен меѓудржавен двојазичен образец односно европска картичка за здравствено осигурување (European Health Insurance Card – EHIC).

Здравствената установа до подрачната служба на Фондот доставува посебна пресметка за пружени здравствени услуги според цените утврдени од Фондот со прикажана пресметана и наплатена партиципација.

Член 18

Овој правилник влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство, а ќе се применува од 1 април 2012 година.

Број 02 - 2354/7
23 февруари 2012 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Елена Трпковска, с.р.