

20081643456

## ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Врз основа на член 56 став 1 точка 3, а во врска со член 69 од Законот за здравствено осигурување (“Службен весник на РМ”, бр.25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008 и 98/2008), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на ден 18.12.2008 година, донесе

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

#### Член 1

Во Правилникот за критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат болничка здравствена заштита (“Службен весник на РМ” бр. 14/2008) во членот 2 се додаваат 3 нови става 2, 3 и 4 кои гласат:

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

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

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

#### Член 2

Во членот 3 по став 3 се додаваат два нови става 4 и 5 кои гласат:

„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 осигурување за поедини дејности на специјалистичко – консултативна и болничка 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 овој Правилник. ”

#### Член 3

Во членот 4 по став 1 се додава нов став 2 кој гласи:

„Плаќањето се врши со утврдување на надоместок на здравствената установа во кој е опфатен надоместок за специјалистичко-консултативна здравствена заштита и надоместок за обезбедување на здравствени услуги за болничка здравствена заштита од членот 2 на овој Правилник, за осигурените лица на фондот.

Во ставот 2 кој станува став 3, во точка 2 алинеа 1 точката и запирката се заменуваат со точка и се додаваат зборовите:

“Видот и обемот на здравствени услуги се планираат на годишно ниво поединечно по квартали прикажани како завршени специјалистичко-консултативни здравствени услуги со референтни цени на завршената услуга за специјалистичко- консултативна здравствена заштита и планираниот вид и обем на здравствени услуги групирани по ДСГ метода, за акутна нега на хоспитализирани болни, на посебен образец.”

Ставот 3 и 4 станува став 4 и 5.

#### Член 4

Во членот 6 став 1 зборовите „ групирани по групи на дијагнози по МКБ-10 со слични дијагностичко терапевтски процедури (во понатамошниот текст: „терапевтски процедури”), се заменуваат со зборовите “прикажани како завршени специјалистичко-консултативни здравствени услуги”.

#### Член 5

Во членот 8 во ставот 3 бројот ”2008” се брише.

#### Член 6

По членот 9 се додава нов поднаслов и нов член 9а кој гласи :

“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 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. “

#### Член 7

Во членот 14 во ставот 1 зборовите “ Од 1.07.2008 година со започнување на примена на системот на ДРГ “ се бришат.

#### Член 8

Во членот 15 во ставот 2 се додава нова алинеја која гласи:

“ - деловен план за тековната година.“

#### Член 9

Во текстот на Правилникот зборот ”ДРГ” се заменува со зборот ”ДСГ”.

Член 10

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.

Бр. 02 - 25017/11  
18 декември 2008 година  
Скопје

Управен одбор  
Заменик на претседателот,  
**Фисник Ибраими, с.р.**