

20100440846

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 56 став 1 точка 3, а во врска со член 69 од Законот за здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009 и 67/2009), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, на седницата одржана на ден 24.03.2010 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 Република Македонија“ број 14/2008, 164/2008 и 16/2010), во член 4 ставот 2 се менува и гласи:

„Остварената вкупна вредност на видот и обемот на здравствени услуги во првото, второто и третото тромесечје и проекцијата за четвртото тромесечје од предходната година во болничка здравствена заштита (по ДСГ метода за акутни болнички случаи и по утврдени цени на здравствени услуги во болнички услови за останатите болнички случаи).“

Во членот 4 по ставот 2 се додава нов став 3, кој гласи:

„Надоместокот (буџетот) за обезбедени здравствени услуги од точката 3 од став 3 на овој член, дополнително може да се усогласува и со:

- задолжителните програми за здравствена заштита кои ги донесува секоја година Владата на Република Македонија и нови здравствени услуги (вид и обем) за тековната во однос на претходна година.

- очекувани сопствени приходи на здравствената установа за тековната во однос на претходната година, прикажани во бизнис плановите на здравствените установи доставени во понудите за склучување на договори;

- очекувани реформи на здравствениот систем;

- користење на одредени специфични лекови;

- посебни здравствени состојби предизвикани од вонредни околности

- расположливи средства на буџетот на Фондот за тековната година.

Кои од наведените дополнителни критериуми за усогласување ќе се применуваат за одредена здравствена установа при утврдување на надоместокот (буџетот) за обезбедени здравствени услуги, зависи од тоа кој од критериумите влијае на остварувањето на вид и обем на здравствени услуги за тековната година (трошоците) .“

Член 2

Членот 7 се брише.

Член 3

Членот 8 се менува и гласи:

„Вкупниот надоместок утврден врз основа на член 4 од овој правилник се смета како договорен надоместок за тековната година.

Надоместокот од став 1 на овој член претставува надоместок според остварената вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, намален за износот на пресметаното учество.

Надоместокот 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 од став 2 на овој член се остварува на следниот начин:

	%
1. Основен надоместок	70
2. Надоместок според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги - ДСГ и здравствени услуги за останати болнички случаи (променлив дел)	30

Висината на надоместокот од став 3 на овој член, за здравствената установа ја утврдува Фондот.

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 неосвоената 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.“

Член 4

Во член 9 став 1, зборовите „ќе се применуваат“, се заменуваат со зборовите „ќе се следат“.

Член 5

Членот 11 се менува и гласи:

„Износот на надоместокот според член 8 на овој Правилник се исплатува доколку здравствената установа го остварила во вкупна вредност договорениот вид и обем на: здравствени услуги по дијагностички сродни групи – ДСГ, здравствени услуги за останати болнички случаи кои не се опфатени со ДСГ методата и за сите услуги за кои нема утврдени референтни цени или пакети за здравствени услуги каде се применува Ценовник за здравствени услуги на РМ, но не повеќе од утврдениот месечен надоместок.“

Член 6

Во член 12 став 1 зборовите „став 3 точка 2“ се бришат.

Ставот 2 на член 12 се менува и гласи:

„Износот на надоместокот според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги за променливиот дел утврден во член 8 став 3 точка 2 на овој Правилник, може да се намалува. Намалувањето се врши со индексот на остварувањето во однос на договорената вредност на вид и обем на здравствени услуги. Намалувањето на променливиот дел се врши по истекот на секое тримесечие.“

Член 7

Членот 13 се брише.

Член 8

Овој правилник влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство.

Бр. 02 - 4320/5
24 март 2010 година
Скопје

Управен одбор,
Претседател,
Елена Трпковска, с.р.