РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Број: _____________ - 2014
Дата _____________
Скопје

Врз основа на член 70 од Законот за здравствено осигурување (Сл.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, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013 и 91/2013) и член 5 од Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита (Сл.весник на РМ бр.42/2012) се склучува

Д О Г О В О Р
за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита – општа медицина

Склучен помеѓу:

1. Фонд за здравствено осигурување на Македонија (во понатамошниот текст Фонд), застапуван од Директор М-р Маја Парнарџиева Змејкова и Директор Џемали Мехази Xhemali Mehazi како купувач на здравствени услуги, и

2. ________________ со седиште на _______________, _____________ (во понатамошниот текст Здравствена установа), со даночен број «zu-danocen», и трансакциска сметка бр _______________,што се води во ______________ застапувана од директорот _____________како давател на услуги од друга страна.

Предмет на договорот
Член 1

Предмет на овој договор е регулирање на односите помеѓу Фондот и здравствената установа во мрежата на здравствени установи за обезбедување и извршување на основни здравствени услуги на осигурените лица во примарната здравствена заштита.

Давател на услуги во примарната здравствена заштита
Член 2

Здравствената установа врши дејност од примарна здравствена заштита општа медицина во согласност со Решението за дозвола за работа на здравствени

установи број ______________ од __________________година и/или Договор за лиценца за вршење на здравствена дејност во мрежата на здравствени установи, издадено од Министерството за здравство. Здравствената установа својата дејност ја обавува во една или повеќе ординации со избрани лекар (избран лекар и медицинска сестра кои го сочинуваат лекарски тим), Прилог бр.1 на овој договор.

Фондот за секоја статусна промена (проширување или промена на дејноста, промена на директор, измена на бројот на организационите единици и др.) и промена на вработените од лекарскиот тим (престанок на работен однос, боледување, нови вработувања и други оправдани отсуства) во здравствената установа постапува на следниот начин:

1.Здравствената установа која нема обновено лиценца за работа од страна на Министерството за здравство во мрежата на здравствени установи, за секоја статусна промена (проширување или промена на дејноста, промена на директор, измена на бројот на организационите единици и др.) и промена на вработените од лекарскиот тим (престанок на работен однос, боледување, нови вработувања и други оправдани отсуства) во здравствената установа склучува анекс на овој договор со Фондот.
За секоја наведена промена здравствената установа е должна да го извести Фондот за 20 дена и дополнителни 15 дена да го комплетира тимот.

2.Здравствената установа која има обновена односно издадена лиценца за работа од Министерството за здравство во мрежата на здравствени установи за секоја статусна промена (проширување или промена на дејноста, промена на директор, измена на бројот на организационите единици и др.) и промена на вработените од лекарскиот тим (престанок на работен однос, боледување, нови вработувања и други оправдани отсуства) во здравствената установа, склучува анекс на овој договор со Фондот по претходно доставен соодветен документ од Министерството за здравство за спроведената промена.
За секоја наведена промена здравствената установа е должна да го извести Фондот во рок од 20 дена дека ја започнал постапката за промена во Министерството за здравство и дополнителни 15 дена да го комплетира тимот.

При промените наведени во точка 1 и 2 Фондот постапува на следниот начин:

- При промена на лекарот кој е единствен носител на дејност, седиште на здравствена установа, односно организациона единица, здравствената установа не може да пружа здравствени услуги на товар на Фондот од денот кога лекарот е одјавен, односно од денот кога ја направил статусната промена во Министерството за здравство, до денот на потпишување на анексот со Фондот со кој е прифатена промената за нов лекар, односно седиште на здравствената установа, односно организациона единица.
- При промена на медицинска сестра, здравствената установа со еден тим во мрежата во која по настанатата промена останал само еден лекар, може да пружа здравствени услуги на товар на Фондот 35 дена од денот кога медицинска сестра е одјавена.

- Доколку здравствената установа по истекот на 35 дена не достави соодветен документ од Министерството за здравство за настанатата промена Фондот го раскинува договорот.

Обврски на здравствената установа

Член 3

Здравствената установа е должна на осигурените лица да им пружа во целост квалитетна, навремена, економична и ефикасна примарна здравствена заштита од задолжителното здравствено осигурување во согласност со одредбите на Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Закон за евиденции во областа на здравството, меѓународни договори за социјално осигурување, општите акти на Фондот, Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување, Правилникот за начинот на користење, пристап,издавање, чување и заштита на податоците од информациониот систем на ФЗОМ достапни на веб потралот, медицина базирана на докази, здравствени услуги кои се опфатени со определени програми, како и од одредбите на овој договор.

За услуги дадени на осигуреното лице надвор од став 1 на овој член, за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжително здравствено осигурување и здравствени услуги по барање на осигуреното лице, Фондот не ги надоместува направените трошоци.

Здравствените услуги на осигурените лица, согласно критериумите предвидени од Министерството за здравство во Правилникот за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи како и Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита, ги пружа тимот на избраниот лекар, односно тимови на избраните лекари вработени со полно работно време во здравствената установа (во натамошен текст избран лекар) кои имаат добиено лиценца за работа.

Факсимил

Член 4

Здравствената установа е должна за секој вработен избран лекар, да обезбеди факсимил од Фондот, со важност од денот на потпишување на договорот од двете договорни страни.

Издадениот факсимил на избраниот лекар е траен и не се менува доколку избраниот лекар ја промени здравствената установа.

Избраниот лекар врз основа на издадениот образец - одобрение за издаден број на факсимил од Фондот, може да направи само еден факсимил во форма на печат.

Факсимилот, избраниот лекар го користи само лично за издавање на рецепти, упати, боледување и други обрасци согласно Законот за медицинска евиденција на осигурените лица и истиот не смее да го даде на користење на друго лице.

Употребата на факсимил од друг лекар или друго лице се смета за злоупотреба од страна на избраниот лекар или здравствената установа и истиот ќе биде затворен во електронската евиденција на податоци на Фондот, со што ќе се оневозможи негово понатамошно користење до денот ќе се создадат услови за негово повторно активирање.

Избраниот лекар не може да го употребува факсимилот во друга здравствена установа, каде што не е вработен и каде што нема склучено договор со Фондот, освен во случаи на организирано дежурство. Факсимилот ќе биде затворен во

електронската евиденција на податоци на Фондот, со што ќе се оневозможи негово понатамошно користење до денот кога ќе се создадат услови за негово повторно активирање.
Во случаите предвидени со закон за оправдано отсуство од работа на избраниот лекар за подолготрајно боледување над 30 дена, породилно отсуство, специјализација, неплатено отсуство, именување на јавна функција и еднострано раскинување на договорот, факсимилот се става во мирување.
Затварањето на факсимилот при случаите наведени во став 5,6 и 7 од овој член, се спроведува во електронската евиденција на податоци со наведување на точен датум на затварање на факсимилот, за што писмено Фондот ја известува здравствената установа односно лекарот.
Издадениот факсимил, здравствената установа односно лекарот е должен да го врати во Фондот кога исполнува услови за остварување на право на пензија согласно Законот за пензиско и инвалидско осигурување на Македонија. Согласно член 104 став 2 од Законот за работни односи на барање на лекарот, истиот може со продолжен договорот за вработување, да работи со Фондот најмногу до 65 години возраст. Издадениот факсимил, здравствената установа е должна да го врати во Фондот и во случај на смрт на лекарот.
По исклучок на став 9 од овој член, кога лекарот остварил право на пензија и истата ја ставил во мирување, може и понатаму да продолжи да работи со Фондот, доколку Министерството за здравство му додели нова Лиценца за вршење на здравствена дејност во мрежата на здравствената установа.
При затварање на факсимилот на избраниот лекар Фондот ги известува здравствената установа, подрачните служби на Фондот и замената на избраниот лекар.
При губење или кражба на факсимил избраниот лекар е должен веднаш да го извести Фондот за да се затвори бројот на факимилот во базата на податоци.
За изгубен факсимил покрај барањето за затворање на бројот, се доставува и извадок од објавата во Службен весник.
За украден факсимил покрај барањето за затворање на бројот, се доставува и копија од записник од МВР и извадок од објавата во Службен весник.
Со затворање на изгубениот или украдениот факсимил, Фондот на избраниот лекар му доделува нов број на факсимил.
Податоците за затворање на факсимилот поради губење или кражба Фондот ги објавува на веб страна.
На избраниот лекар за време на специјализација му се издава времен факсимил кој е со ист број како и факсимилот на новопримениот лекар кој е определен за негова замена, со таа разлика што факсимилот на лекарот кој е на специјализација има ознака “С”.
Здравствената установа во која има повеќе лекарски тимови, при одење на специјализација на еден од избраните лекари, не е должна да вработи нов лекар. Осигурените лица кои го избрале лекарот што заминува на специјализација ги презема еден од избраните лекари во истата здравствена установа.
Избраниот лекар по завршување на специјализацијата е должен во рок од 5 дена да го врати факсимилот со ознака “С” во Фондот.
Избраниот лекар за време на специјализацијата не подлежи на избор.

Член 5

По исклучок од член 4 став 19 од договорот, избраниот лекар кој е на специјализација по семејна медицина продолжува да работи со постоечкиот факсимил во здравствената установа без обврска да вработи нов избран лекар.
За време на специјализацијата избраниот лекар продолжува да работи со осигурените лица кои го избрале со исполнување на целите во целост.
За време на специјализацијата по семејна медицина на избраниот лекар неговата редовна замена има обврска да пружа здравствени услуги на осигурените лица кои го избрале лекарот на специјализација.
Избраниот лекар во чија здравствена установа се спроведуваат турнуси од Програмата за специјализација по семејна медицина е назначен за едукатор од Катедрата по семејна медицина при Медицински факултет Скопје.
На едукаторот за време на траење на турнусите кои се изведуваат во неговата здравствена установа му се издава уште еден факсимил со нов број кој ќе го користат специјализантите по семејна медицина.
Специјализантот ќе го користи факсимилот со новиот број на едукаторот во чија здравствена установа се спроведуваат турнуси од Програмата за специјализација по семејна медицина.
Специјализантот ќе работи со осигурените лица кои го имаат избрано за избран лекар едукатор.
Обврска и одговорност на едукаторот е да врши надзор и следење на работата на специјализантот по семејна медицина.
Рецептите, упатите и боледувањата издадени со факсимил на лекарот кој е на специјализација по семејна медицина ќе се евидентираат во целите на едукаторот.
Едукаторот по завршување на обуките е должен да го врати во Фондот факсимилот кој му е издаден за време траење на едукацијата на специјализантите по семејна медицина.

Начин на пресметување и плаќање на обезбедени здравствени услуги
Член 6

Пресметувањето и плаќањето на обезбедените здравствени услуги (во понатамошен текст: “надоместок за капитација”) кои се предмет на овој договор, се врши по осигурено лице, според бројот и возраста на осигурени лица кои извршиле избор на лекар, помножен со износот на утврдената капитација согласно Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарната здравствена заштита.
Надоместокот за обезбедените здравствени услуги на избраниот лекар се пресметува согласно член 6 од Правилникот за начинот на плаќањето на здравствените услуги во примарна здравствена заштита, согласно бројот на остварените поени и утврдената вредност на поенот и тоа:

Број на остварени поени	Од утврдена вредност на поените
до 2500 поени	100%
од 2501 до 3500 поени	70%
од 3501 до 4500 поени	45%
од 4501 поени	30%

За избраните лекари кои имаат осигурени лица на кои им се обезбедува и капитација во рурални подрачја, износот на капитација се пресметува според член 8 од Правилникот.

Вкупниот надоместок за обезбедени здравствени услуги на здравствената установа е вкупен збир на поединечните надоместоци пресметани за сите избрани лекари од здравствената установа.
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 цените утврдени од страна на Фондот, се до организирање на домашно лекување служба на тоа подрачје.
За избраниот лекар кој прв пат склучува договор со Фондот и за прв пат му е издадено одобрение за број на факсимил или има издаден број на факсимил од страна на Фондот кој не е активен повеќе од пет години предвидена е стимулација во начинот на пресметување на капитацијата согласносно Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарна здравствена заштита.

Член 7

Преку веб порталот на Фондот здравствената установа ќе може да генерира поединечни пресметки по избран лекар и збирна фактура за даден месец и година согласно евиденцијата на осигурени лица кои направиле избор на лекар од таа здравствена установа.
Здравствената установа ја доставува збирната фактура за обезбедени здравствени услуги во пишана форма до Подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на Приватната здравствена установа, најдоцна до 10-тиот ден од тековниот месец за претходниот месец. (Образец Ф)
Здравствената установа треба да овласти лице вработено во здравствената установа кое ќе ги генерира пресметките за избраните лекари и фактурата преку веб порталот на Фондот.
Содржината на фактурата, пресметката и извештајот за остварени цели ја утврдува Фондот и е составен дел на овој договор.
За осигурениците кои во тековниот месец извршиле избор или промена на избраниот лекар, надоместокот за капитацијата се исплаќа на избраниот, односно новоизбраниот лекар, од денот на извршениот избор, односно промена.
За осигурениците за кои не е платен придонес од задолжителното здравствено осигурување, нема да се исплатува надоместокот за капитација.
Капитацијата се исплатува само за периодот за кој има комплетен лекарски тим.

Член 8

Фондот на здравствената установа за избраниот лекар исплатува до 100% месечен надоместок во кој влегуваат 70% основна капитација и 30% исполнување на цели во зависност од висината на остварувањето.
Плаќањето на надоместокот од став 1 на овој член, Фондот го врши месечно, а најдоцна до 60-тиот ден од истекот на последниот ден од месецот за кој се плаќа надоместок.
Фондот врши плаќање на месечниот надоместок доколку е платен придонесот за здравствено осигурување.

Член 9

Еднаш во годината Подрачната служба на Фондот врши контрола во здравствените установи за извршените активности за исполнување на целите врз основа на доставените извештаи од секое тромесечие. Контролата ќе се врши на репрезантативен примерок на 2,5% од целите за секоја цел поединечно за секој

квартал. Доколку со контролата се констатира неисполнување на целите во контролираниот процент, истите ќе бидат намалени во целост за кварталот во кој е утврдена неправилноста, со исклучок на СМЕ кој се контролира на годишно ниво.

Целите, процентот за секоја цел, начинот на реализација се составен дел на овој договор (Прилог ЦЛ).

Податоците за извршени активности и остварени цели избраниот лекар е должен во печатена и електронска форма (преку веб порталот согласно Техничкото упатство) да ги достави заедно со фактурата за последниот месец од тромесечјето до Фондот, најдоцна до 10-тиот ден по истекот на секое тромесечје. (Прилог П и Прилог Ф)

Порамнување на бројот на реализираните рецепти и издадените боледувања со бројот на осигурените лица кај избраниот лекар се врши со состојба до 31.12. во годината за годината за која се однесува порамнувањето.

Доколку работниот однос на избраниот лекар престанува поради ново вработување, пензионирање или престанок на работен однос по друг основ, здравствената установа е должна една недела пред поднесување на барањето за еднострано раскинување на договорот, со писмо да побара од Фондот да се изврши контола на реализираните цели. Во случај на смрт на избраниот лекар, Фондот по службена должност врши контрола на реализираните цели.

Активностите на здравствената установа, односно избраниот лекар за постигнување на целите т.е превентивните мерки и активности се задолжителни.

Целта се смета за постигната и во случај кога осигуреното лице нема да се јави на покана од избраниот лекар за која постои како доказ список на испратени покани заверен во пошта.

Член 10

Здравствената установа е должна да изготвува план на активности за постигнување на целите, посебно за секое тромесечие за секоја година.

При промена на бројот на осигурените лица кај избраниот лекар во периодот на важење на договорот за секое тромесечие се врши репланирање на планот за наредното тромесечие.

Избраниот лекар кој прв пат склучува договор должен е да достави план за цели почнувајќи од второ тромесечје. Исплатата на капитацијата кај лекарот за првото тромесечје се врши во целост.

Содржината на планот е составен дел на овој договор (Прилог ПЛ) кој е истакнат на веб страницата на Фондот.

Здравствената установа за избраниот лекар за секое тромесечје по истекот на тромесечјето заедно со последната фактура доставува извештај за извршени активности и остварени цели според структурата на осигурените лица.

Содржината на образецот на извештајот ја утврдува Фондот.

Доставата на електронската верзија на податоците за планирање и реализација на целите треба да е во согласност со Техничкото упатство на Фондот.

Член 11

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

Начинот, обемот, содржината и формата на податоците што ќе ги доставува здравствената установа до Фондот во согласност со одредбите од договорот и Правилникот за начинот на користење, пристап, издавање, чување и заштита на

податоците од информациониот систем на ФЗОМ достапни на веб потралот се утврдуваат со Упатство за доставување на податоци преку веб порталот на ФЗОМ .
Секоја измена на Упатството од став 1 и став 2 на овој член, здравствената установа е должна да ја усогласи во рок од 30 дена од неговиот прием.
Здравствената установа се обврзува да обезбеди сопствен софтвер (компјутерска програма) за водење евиденција од став 1 на овој член. Изготвувањето, инсталирањето и одржувањето на софтверот паѓа на товар на здравствената установа.
Секој избран лекар од здравствената установа треба да се најави на порталот на Фондот. Здравствената установа треба да овласти лице кое ќе има можност да доставува барање и известување и кое ќе има привилегии да потпишува договори и анекси во име на здравствената установа.
Здравствената установа треба секој работен ден да ја проверува електронската пошта.

Член 12

Други обврски на здравствената установа:

1. Да го уплатува редовно придонесот за задолжително здравствено осигурување согласно одредбите на Законот за здравствено осигурување;
2. Да ги обезбеди и уредно да ги води ИЛ обрасците (изјавата-одјавата на избран лекар) и истите да ги доставува редовно до подрачната служба на Фондот во случај кога избраниот лекар и осигуреникот немаат електронска здравствена картичка (ЕЗК), или немаат интернет поврзување согласно подзаконските акти на Фондот;
3. Лекарот кој има електронска здравствена картичка (ЕЗК), да врши избор на лекар за осигурени лица кои немаат ЕЗК преку веб порталот на Фондот, согласно подзаконските акти на Фондот;
4. Во случај на одјава на осигуреното лице да го врати здравствениот картон на истото;
5. Со цел да се обезбеди континуитет во издавање на боледувањето, избраниот лекар еден месец пред прекин на работен однос по било кој основ е должен да ги извести осигурениците кои се привремено спречени за работа поради болест;
6. Лекарот кој исполнува услови за пензионирање е должен три месеци пред пензионирањето да ги извести осигурените лица дека треба да си го подигнат здравствениот картон,
7. Да обезбедува здравствени услуги на сите осигурени лица кои избрале лекар во здравствентата установа, без дискриминација;
8. Да ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност според Правилникот за овластувања и начин на работа на контролата на Фондот за здравствено осигурување;
9. Да издава потврда за наплатеното учество (партиципација) и фискална сметка, како и да не наплаќа дополнителни средства од осигурените лица, освен за утврденото учество;
10. Да му овозможи на Фондот увид и контрола на документацијата поврзана со извршените здравствени услуги;
11. При издавање на оцена на привремена спреченост за работа да се придржува на Критериумите за дијагностички постапки оцена на

привремена спреченост за работа поради болест, повреда или нега на болен член на семејството;

12. На видно место да ги извести осигурените лица кои го избрале за избран лекар дека работниот однос му престанал во таа здравствена установа, за да се обезбеди континуитет во здравствената заштита;
13. Да го извести писмено во рок од 20 дена Фондот и подрачната служба за отсуство на лекарите во случај на боледување, специјализација, мирување на работниот однос според Законот за работни односи, во случај на престанок на работен однос на избраниот лекар и ако стекнал услови за остварување право на пензија;
14. Да ја извести подрачната служба на Фондот за лекарот кој е негова замена и на видно место да истакне податоци за истиот;
15. За користење на краткотрајни отсуства на лекарскиот тим над три дена да го извести писмено Фондот. За сите останати отсуства во текот на денот предвидени во Законот за работни односи, потребно е задолжително водење на кадрова евиденција со издавање налог за оправдано отсуство од работа или пропусница од страна на одговорното лице на здравствената установа заведена во деловодната книга;
16. На видно место во ординацијата на избраниот лекар, во форма и големина утврдена од Фондот, да истакне текст дека “Прегледот како и помошните дијагностички прегледи со ЕКГ и ЕХО кај избраниот лекар не се наплаќа” Образец Б се составен дел од овој договори и е истакнат на веб страната на Фондот;
17. Во ординацијата на избраниот лекар на видно место да истакне висина на партиципација Образец Ц, кој е составен дел од овој договори и е истакнат на веб страната на Фондот;
18. Да води кадровска евиденција за вработените според законските прописи;
19. Да води уредна евиденција за сите набавени лекови и медицински потрошен материјал, со доказ за набавката и рокот на траење односно матерјални картички кои треба да се чуваат во здравствената установа;
20. На видно место да истакне ознака дека има склучено договор со Фондот, да го истакне работното време на сите организациони единици, контакт телефон за избраниот лекар и неговата замена;
21. Да учествува во обезбедувањето на домашното лекување, итна медицинска помош, со дежурство односно приправност во подрачјата каде што нема организирана итна медицинска помош;
22. Да негува добри деловни односи со Фондот;
23. Потврдата за здравствена состојба што ја издава избраниот лекар за осигурени лица кои привремено престојуваат во земји со кои РМ има склучено меѓународен договор за социјално осигурување, треба да биде потврда за реалната здравствена состојба на осигурените лица;
24. Да издава потврда за пропишана рецепта за потребите на осигуреното лице за остварување на право на надомест на средства во управна постапка;
25. Да дава здравствени услуги само за дејноста за која има склучено договор со Фондот;
26. Здравствената установа е должна на веб страната на Фондот редовно да ги следи сите новини како и да го следи Списокот на здравствени установи

кои имаат склучено договор со Фондот за да го упати осигуреното лице да оствари здравствена заштита на повисоко ниво;

27. Здравствената установа да доставува годишен извештај на реализираните цели (превентивни мерки и активности) на пропишан образец (ГЦЛ) од Фондот, истакнат на веб страната на Фондот;
28. Нововработениот лекар да пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот по потпишување на анекс на договорот за вработување на нов лекар;
29. Помошните дијагностички прегледи со ЕКГ, ЕХО и други апарати што ги врши избраниот лекар не се наплатуваат на осигурените лица;
30. Избраниот лекар е обврзан да обезбедува здравствени услуги на осигурени лица кои сакаат да го изберат лекарот, независно од бројот на осигурени лица кои направиле избор кај матичниот лекар;
31. Здравствената установа распределбата на кадарот да ја врши со М-1 пријава на вработените во соодветната работна единица;
32. Избраниот лекар е обврзан да обезбеди ЕКГ апарат;
33. Здравствената установа да достави обновена лиценца за работа во мрежата на здравствени установи издадена од страна на Министерството за здравство;
34. Здравстената установа да не ја злоупотребува електронска здравствена картичка (ЕЗК) при промена на избраниот лекар;
35. Избраниот лекар е должен во здравствениот картон на осигуреното лице да ја чува изјавата за промена на избран лекар пополнета на пропишан образец, во согласност со подзаконските акти на Фондот;
36. Избраниот лекар е должен на крајот на секој работен ден да врши заштита на податоците од електронското работење (backup) на преносен медиум (USB, CD или друга локација);
37. Здравствената установа е должна при користење на податоците од веб портал/ веб сервисите на Фондот да се придржува на одредбите за заштита на личните податоци;
38. Лекарот кој е редовна замена е должен да пропишува боледувања и упати на осигурените лица на избраниот лекар кој го заменува;
39. Лекарот кој е редовна замена може да ги остварува целите на избраниот лекар кој го заменува преку веб порталот на Фондот, во моментот кога ќе се овозможат технички услови;
40. Лекарот при пропишувањето на лекови на рецепт од Листата на лекови на товар на Фондот е должен да ги почитува максимално дозволените количини согласно медицина базирана на докази.

Член 13

Избраниот лекар е должен на осигуреното лице за користење на здравствени услуги во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита да му издава упат само за здравствени установи кои имаат договор со Фондот.

Лекарот е должен да издаде и да ја завери потврда за ортопедско и друго помагало согласно на одредбите од Правилникот за индикации за остварување на право на ортопедски помагала преку порталот на Фондот во моментот кога ќе се овозможат технички услови.

Избраниот лекар упатувањето го врши согласно одредбите од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување.
Реализацијата на издадените упати на осигурените лица на избраниот лекар од лекарот замена се евидентираат на избраниот лекар.

Член 14

Здравствената установа се обврзува најдоцна до 5-ти во месецот, за претходниот месец на посебен преглед да дава известување на подрачната служба на Фондот за сите случаи кои се предизвикани од: сообраќајна несреќа, повреди предизвикани од страна на друго лице, повреда на работа и професионално заболување. Образецот „С“ е составен дел на овој договор и е истакнат на веб страната на Фондот.

Член 15

Заради остварување на целите-стимулативен дел, избраниот лекар може на товар на Фондот на осигурените лица кои го избрале, да им пропишува лекови на рецепт со режим на пропишување “R“, како и лекови од групата на анксиолитици со режим на пропишување “R“ и антибиотици со режим на пропишување “R“, “RS“, “RSS“ согласно Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, најмногу просечно годишно 330,00 денари по поен.
Во износот од 330,00 денари групата на лекови на рецепт анксиолитици со режим на пропишување“R“ и групата на лекови антибиотици со режим на пропишување “R“ “RS“ “RSS“, учествуват најмногу просечно годишно во износ од 150,00 денари по поен. Во останатиот износ до 330,00 денари влегуваат сите останатите лекови со режим на пропишување “R“.
Распределбата на процентите за целта - Рационално користење и пропишување на лековите од Листата на лекови ќе се намалува во зависност од процентот на зголемување на износот на реализираните рецепти, за секој избран лекар над дозволениот тромесечен износ.

Дозволен лимит на секој избран лекар (вкупно 330,00 ден по поен/12 месеци во година)	**Износ на реализирани рецепти за секој избран лекар**	**Максимален процент на остварена цел 6% (3% + 3%)**
Дозволен месечен износ претставува вкупен број на поени во месецот X 150,00 ден по поен / 12 (месеци во година) за анксиолитици со режим на пропишување “R” и антибиотици со режим на пропишување “R”, “RS” и “RSS” Збирот на дозволените месечни износ на месеците во тромесечието се споредува со износот на реализираните рецепти во истото тромесечие (дозволен тромесечен	Помал или еднаков на дозволениот тромесечен износ	3
	Поголем до 20,00% од дозволениот тромесечен износ	3-1=2
	Поголем од 20,01% до 50,00% од дозволениот тромесечен износ	3-2=1
	Поголем над 50,01% од дозволениот тромесечен износ	3-3=0 (не остварува проценти за оваа цел)

износ)		
Дозволен месечен износ представува вкупен број на поени во месецот X (330,00 ден минус реализирани рецепти за антибиотици со режим на пропишување “R”, “RS” и “RSS” и анксиолотици со режим на пропишување “R” по поен) /12 (месеци во година). Збирот на дозволените месечни износ на месеците во тромесечието се споредува со износот на реализираните рецепти во истото тромесечие (дозволен тромесечен износ)	Помал или еднаков на дозволениот тромесечен износ	3
	Поголем до 20,00% од дозволениот тромесечен износ	3-1=2
	Поголем од 20,01% до 50,00% од дозволениот тромесечен износ	3-2=1
	Поголем над 50,01% од дозволениот тромесечен износ	3-3 = 0 (не остварува проценти за оваа цел)

Во случај на прогласена епидемија, во согласност со Фондот, се зголемува бројот на дозволениот износ од став 1 на овој член во зависност од подрачјето на кое е прогласена епидемијата и посебно издадените рецепти по осигурено лице и лекови определени според прогласената епидемија и е должна да поднесе извештај до Фондот за извршени работи по прогласена епидемија.
Во случај на зголемување на определен тип на заболувања на определено подрачје, потврдени од Институтот за јавно здравје на РМ, избраниот лекар до Фондот треба да достави потврда од Институтот, со цел да го оправда надминувањето на пропишани рецепти за периодот за кој е надминато пропишувањето на рецептите.
Избраниот лекар за свои потреби е должен да располага со рецепти за пропишување на лекови на утврден образец.

Член 16

Избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар пропишувањето на лековите на рецепт кои се издаваат во примарна здравствена заштита на осигурените лица, го врши согласно одредбите од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување.
Избраниот лекар и лекарот замена е должен при пропишување на лековите на рецепт кои се издаваат во примарна здравствена заштита на осигурените лица, истите да ги пропишува на рецептниот образец на Фондот според Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, по генеричко име на лекот со фармацевтска дозажна форма и јачина, количина и сигнатура.
Реализацијата на лековите пропишани на осигурените лица на избраниот лекар од лекарот замена се евидентираат на избраниот лекар.

Избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар е должен да ги информира осигурените лица за лековите за кои Фондот има утврдена референтна цена, односно за можноста да користат лек од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот кои се без доплата.

Избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар е должен да се придржува на Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот во целост, односно на индикациите, како и на режимот на пропишување на лекови за кои е потребно мислење од лекар специјалист, субспецијалист и конзилиум на лекари.

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 Одлуката на Управниот одбор за утврдување на лековите чии оригинални пакувања се делат објавена на веб страницата на Фондот. За овие лекови количината на пропишаниот лек треба да е прецизно наведена на рецептниот образец по единица фармацевтска форма.

За хронични болести може да се пропишуваат лекови кои ќе обезбедат терапија за 180 дена, односно за секои 30 дена поединечно, а на рецептниот образец се назначува соодветно датумот од месецот за кој се однесува терапијата.

Рецептниот образец избраниот лекар, лекарот замена е должен да го изготви и пополни во електронска форма, да го испечати и испечатениот рецепт да го завери со печат на здравствената установа, факсимил и потпис на лекарот.

Избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар е должен во рецептниот образец да ги пополни сите полиња кои се однесуваат во делот на пропишување на лекот и податоците за осигуреникот.

Пропишаните лекови на рецепт избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар, е должен да ги запишува во здравствената легитимација на осигуреното лице целосно и уредно по генеричко име на лекот со фармацевтска дозажна форма, јачина и количина на лекот и факсимил и потпис на лекарот.

За хроничната терапија во здравствената легитимација на осигуреникот уредно се запишува пропишаниот лек за секој месец поединечно, со датумот назначен на рецептот како датум на пропишување, согласно ставот 7 на овој член.

Избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар на осигуреното лице пред да пропише лек на рецептен образец е должен да го информира за лек без доплата на товар на средствата на Фондот. Списокот на лекови без доплата избраниот лекар е должен да го испечати минимум на А3 формат, преземен од веб страницата на Фондот и да го истакне на видно место.

Член 17

Избраниот лекар е должен секоја година во периодот на важење на договорот да посетува специфична медицинска едукација.

Темите за специфичната медицинска едукација за рано дијагностицирање Фондот ќе ја усогласува секоја година за време на важењето на договорот.

Специфичната медицинска едукација за рано дијагностицирање ја организира Здружението на приватни лекари на РМ во соработка со Македонското лекарско друштво и Лекарската комора на Македонија, а ја спроведуваат соодветни стручни професионални здруженија. За извршените обуки избраниот лекар добива сертификат.

Член 18

Здравствената установа односно избраниот лекар согласно Правилникот за начинот на плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита, е должен да

располага со ампули потребни за примарна здравствена заштита, да обезбеди соодветно чување според списокот на ампули кој е прилог А на договорот, истакнат на веб страницата на Фондот.
Задолжителна ампуларна терапија избраниот лекар треба да ја да поседува и аплицира во целост без да бара од осигреникот да ја набави со сопствени средства кои дополнитено ќе ги побарува како рефундација од Фондот.
Средствата за набавка на задолжителната и ургентната ампуларна терапија се пресметани во делот на основна капитација.
Избраниот лекар е должен да води евиденција за ампуларната терапија со која располага и за секоја аплицирана ампула во ординацијата, на грбот на секој рецепт, или на налогот за аплицирана ампуларна терапија, задолжително треба да се евидентира датумот на аплицирање на истата и потпис на пациентот.

Член 19

Избраниот лекар за итни постапки е должен да располага со лекови дадени по генерички имиња во прилог А-1 на договорот кој е истакнат на веб страната на Фондот.

Член 20

Согласно Правилникот за начинот на плаќање на здравствените услуги во примарна здравствена заштита, избраниот лекар кај осигурените лица кои го избрале утврдува привремена спреченост за работа поради болест и повреда (боледување) до 15 дена, согласно Правилникот и Критериумите за дијагностичките постапки и оцена на привремената спреченост за работа поради болести и повреди или потребата за нега на болен член од потесното семејство, најмногу просечно тромесечно по осигурено лице за следните категории на осигурени лица.

Категории на осигурени лица	**Број на проценти за боледувања до 15 дена**
0 до 6	3%
Над 6 до 18	2%
Над 18 до 34	1%
Над 34 до 65	5%
Над 65	0%

Евентуалните пречекорувања на утврдениот процент на боледувања, избраниот лекар треба да ги оправда со објективните здравствени потреби на осигурениците, за што доставува извештај до подрачната служба на Фондот.

Обврски на избраниот лекар

Член 21

Избраниот лекар е должен да пружи здравствени услуги на товар на Фондот, доколку осигуреното лице приложи потврда за платен придонес/електронска здравствена картичка (ЕЗК) и задолжително го идентификува осигуреникот со заверена здравствена легитимација и со лична карта на увид, а ученикот и студентот со ученичка книшка и индекс.

Избраниот лекар е должен за секое осигурено лице да води здравствен картон, амбулантски дневник, дневник за интервенции и друга евиденција, согласно прописите за водење на евиденциите од областа на здравството, сметководството и финансиите.

Член 22

Здравствената установа да обезбеди континуирана здравствена заштита за акутни случаи во текот на 24 часа - ноќе, сабота, недела и државни празници во договор со друга здравствена установа и за истата за потребите на осигурените лица да истакне известување на видно место, се додека на тоа подрачје не се организира дежурна служба во рамките на итната медицинска помош согласно Правилникот за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи.
Заради обезбедување континуирана здравствена заштита на осигурените лица во подрачја каде нема организирано итна медицинска помош со дежурна служба или истата не може да се спроведува поради тоа што не ги исполнува условите предвидени во Правилникот за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи јавната здравствена установа во согласност за потребите на населението на избраните лекари треба да им обезбеди простор, услови за работа и ампуларна терапија, без надомест.
За време на дежурство избраниот лекар може да пропишува само лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот кои со Одлука ги утврдува Управниот одбор на Фондот.
На пропишаниот рецепт покрај печатот со број на шифра-ДЕЖУРНА СЛУЖБА треба да биде ставен и факсимилот на избраниот лекар.
Врз основа на претходно склучен договор и надоместок за дежурство утврден од Фондот, јавната здравствена установа на избраниот лекар извршените здравствени услуги во став 2 на овој член му ги надоместува, врз основа на доставена фактура.

Член 23

Здравствената установа односно избраниот лекар во итни случаи, доколку на подрачејто не постои организирана итна медицинска помош е должен да спроведува итна медицинска помош преку дежурства или приправност, се додека на тоа подрачје не се организира итна медицинска помош.
Избраниот лекар ако оцени за потребно и ако за тоа постојат услови, должен е да обезбеди преглед или други здравствени услуги во домот на осигуреното лице (домашна посета).

Член 24

По препорака на лекар специјалист избраниот лекар го спроведува домашното лекување на осигуреното лице, со цел да се обезбеди рационално, ефикасно и неопходно подобрување на здравствената состојба на осигуреното лице.

Член 25

Секој избран лекар е должен да определи друг лекар од својата или од друга најблиска здравствена установа во градот или општината (освен за град Скопје) која врши иста дејност, а кој ќе го заменува во случај на негово привремено отсуство (годишен одмор и краткотрајно боледување до 30 дена или краткотрајно

службено отсуство) за што го известува Фондот. Заради обезбедување на континуирана здравствена заштита, избраниот лекар кој пружа здравствени услуги на осигурените лица само во една смена, должен е со лекарот кој е определен како негова замена да се организираат да работат во различни смени. Избраните лекари кои пружаат здравствена заштита во здравствени установи во рурални подрачја согласно критериумите на Фондот или во здравствени установи кои се наоѓаат во села не се должни да се организираат да работат во различни смени со замената.

Односите помеѓу избраниот лекар и замената се регулираат со меѓусебен договор.

Замената на избраниот лекар е должна да се евидентира во здравствената легитимација на осигуреното лице со потпис и факсимил.

Во здравствените установи, во случаите на оправдани отсуства од работа на избраниот лекар предвидени со закон, како подолготрајни боледувања над 30 дена, породилни отсуства, специјализација, неплатено отсуство од работа и именување на јавна функција, поради обезбедување континуитет во пружањето на здравствените услуги на осигурените лица, здравствената установа е должна да вработи лекар за пружање на здравствени услуги. До вработувањето на новиот лекар (замена) се затвара факсимилот на лекарот и не се исплатува капитација.

По исклучок во случај кај подолготрајни боледувања над 30 дена Фондот не го раскинува еднострано договорот ако лекарот замена е вработен по истекот на 35 дена, но најмногу до 180 дена од настанување на случајот. Капитацијата кај подолготрајните боледувања се исплатува до 30 дена. По 30 ден до вработувањето на новиот лекар (замена) се затвара факсимилот на лекарот и не се исплатува капитација.

Здравствената установа при промена на вработените од лекарскиот тим од една работна единица во друга (над 7 дена, но не подолго од 30 дена) е должна писмено да го извести Фондот во рок од 3 дена.Примерокот од известувањето доставено до Фондот да се чува во просториите на работната единица каде е направена промената.

Краткотрајно прераспоредување на дел од тимот (до 7 дена) од една во друга работна единица, се врши со писмена наредба на директорот на здравствената установа издадена со денот на извршеното прераспоредување. Примерокот од писмената наредба задолжително се чува во просториите на работната единица каде е прераспоредеен вработениот.

Односите помеѓу избраниот лекар и замената-нововработениот лекар се регулираат со меѓусебен договор.

Фондот, само врз основа на меѓусебен договор помеѓу лекарите во случаите на породилно отсуство, подолготрајно боледување, специјализација, неплатено отсуство и вршење на јавна функција, автоматски со потпишување на анексот за замена врши поврзување на осигурениците од кај лекарот кој заминува на отсуство кај лекарот кој го заменува за времетраење на отсуството. Со ваквото поврзување на пациентите кој го избрале лекарот кој заминува на отсуство кај лекарот кој е замена, Фондот овозможува во пресметката на капитацијата за лекарот кој е замена да се вклучени и осигурениците на лекарот кој го заменува, без спроведување на групна одјава од кај лекарот кој заминува на отсуство и групна пријава кај лекарот кој е негова замена.

По службена должност Фондот ќе изврши евиденција на колективна одјава на осигурениците од избраниот лекар од здравствената установа во случај на пензионирање или смрт на избраниот лекар, смрт на осигурени лица и во случај на престанок на работниот однос на избраниот лекар во здравствената установа како и

при преместување на избраниот лекар во друга работна единица во друга општина во рамките на иста здравствена установа.
Лекарот кој е упатен на специјализација и замената-нововработениот лекар, заедно со медицинската сестра се сметаат за еден лекарски тим и за нив се плаќа една капитација.

Член 26

Здравствените установи кои имаат договор со Фондот во акутни случаи можат да обезбедуваат здравствени услуги додека осигурените лица се на одмор или се надвор од местото на живеење, а не можат да користат услуги од избраниот лекар.
Лекарот што ја извршил услугата на овие осигурени лица, до избраниот лекар треба да достави извештај за извршените здравствени услуги на осигуреното лице, а избраниот лекар да достави потврда до подрачната служба на Фондот.
За пружените здравствени услуги на осигуреното лице, Фондот ќе и исплати на здравствената установа на лекарот кој ги извршил услугите 70% од месечниот износ на капитацијата за осигуреното лице, по добиената потврда од страна на избраниот лекар за извршените здравствени услуги. Во таквите случаи капитацијата на избраниот лекар за тоа осигурено лице не се исплатува.

Обврски на здравствената установа, односно на лекарскиот тим за лицата опфатени со меѓународни договори за социјално осигурување – странски осигуреници

Член 27

На лицата опфатени со склучени (превземени) меѓународни договори за социјално осигурување - странски осигуреници кои се наоѓаат на привремен престој во Република Македонија, здравствената установа, односно лекарскиот тим, е должна да обезбедува итни и неопходни здравствени услуги врз основа на договорен меѓународен двојазичен образец, или врз основа на Потврда за право на користење здравствени услуги на странски осигуреник и членовите на неговото семејство, издадена од подрачна служба на Фондот, или врз основа на европска картичка за здравствено осигурување (European Health Insurance Card - EHIC), доколку со таа земја Фондот има потпишано посебен договор за користење на европската картичка за здравствено осигурување на територија на Република Македонија, или врз основа на Привремена Потврда/Сертификат, доколку европската картичка е во изработка.

Обврски на здравствената установа

Член 28

Пресметувањето и плаќањето на обезбедените здравствени услуги на осигурените лица опфатени во член 27 се врши согласно член 17 од Правилникот за начинот на плаќањето на здравствени услуги во примарна здравствена заштита, односно според Ценовникот за здравствени услуги на Република Македонија.

Здравствената установа за обезбедените здравствени услуги на осигурените лица опфатени во член 27 наплатува партиципација, согласно Одлуката за утврдување на висината на учество на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови.

Здравствената установа до подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на Приватната здравствена установа, најдоцна до 5-тиот ден од тековниот месец за претходниот месец доставува во електронска и во пишана форма посебна фактура и пресметка за обезбедените здравствени услуги на осигурените лица опфатени во член 27, и во нив ја искажува и намалува пресметаната и наплатената партиципација.

Во прилог на секоја фактура, пресметка, здравствената установа задолжително доставува копија од договорен меѓународен двојазичен образец, или копија од Потврда за право на користење здравствени услуги на странски осигуреник и членовите на неговото семејство, издадена од подрачна служба на Фондот, или копија од европска картичка за здравствено осигурување (European Health Insurance Card - EHIC), или копија од Привремена Потврда/Сертификат, и копија од потпишана Изјава/Верификација.

Фондот по извршената контрола на фактурата и пресметката од став 3 и 4 од овој член, врши плаќање на неспорното побарување, кон здравствената установа.

Обврски на лекарскиот тим
Член 29

Лекарскиот тим е должен на осигурените лица опфатени во член 27 за користење на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита да им издаде упат, само за здравствени установи кои имаат договор со Фондот, согласно одредбите од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување.

Лекарскиот тим е должен да издаде потврда за ортопедско и друго помагало за осигурените лица опфатени во член 27 согласно на одредбите од Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала.

Лекарскиот тим е должен при пропишување на лекови на рецепт кои се издаваат во примарна здравствена заштита на осигурени лица опфатени во член 27, истите да ги пропишува на посебен рецептен образец на Фондот според Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот, по генеричко име на лекот со фармацевтска дозажна форма и јачина, количина и сигнатура.

Лекарскиот тим е должен во посебниот рецептен образец да ги пополни сите полиња кои се однесуваат во делот на пропишување на лекот и податоците на осигуреното лице опфатено во членот 27.

Лекарскиот тим треба да поседува ампуларна терапија и за осигурените лица опфатени во член 27. Средствата за набавка на ампуларната терапија за овие осигурени лица, здравствената установа ги пресметува и фактурира до подрачната служба на Фондот каде што е седиштето на приватната здравствена установа, согласно Ценовникот за здравствени услуги на Република Македонија.

Лекарскиот тим утврдува привремена спреченост за работа поради болест и повреда до 15 дена за осигурените лица од член 27 согласно Правилникот и Критериумите за дијагностичките постапки и оцена на привремена спреченост за работа поради болест и повреда.

Обврски на Фондот
Член 30

Фондот е обврзан на следното:

1. Да го плаќа надоместокот за обезбедените здравствени услуги во согласност со овој договор, освен во случаите кога здравствената установа не го уплатува редовно и целосно придонесот за задолжително здравствено осигурување за месецот за кој се исплатува капитација;
2. Да ги обезбеди на Здравствената установа потребните информации преку нивно објавување на веб страницата на Фондот, со цел таа да ги исполни превземените обврски;
3. Да врши мониторинг (контрола) врз имплементацијата на овој договор;
4. Да врши мониторинг на извршените цели и програми, квалитетот и квантитетот на пружените здравствени услуги (прегледи, анкети и извештаи);
5. Да ја проверува дозволата за работа на здравствената установа односно лиценцата за работа на избраниот лекар;
6. Да врши тековна проверка на критериумите врз основа на кои е склучуван договорот;
7. Подрачните служби на Фондот се обврзуваат да дадат писмено известување (задолжување) за корегирање на фактурата на здравствената установа;
8. Да негува добри деловни односи со здравствената установа;
9. Да им овозможи на здравствените установи преку својот веб потралот/веб сервиси да добијат податоци за платен придонес и податоци за здравственото осигурување за осигурениците на избраниот лекар.

Контрола
Член 31

Овластени лица за контрола на Фондот согласно Правилникот за овластувања и начин на работа на контролата на Фондот за здравствено осигурување, во здравствената установа вршат контрола на: обезбедени здравствени услуги на осигурените лица, контрола на остварувањето на правата од задолжителното здравствено осигурување на осигурените лица, контрола на евиденција на осигурените лица кои го избрале избраниот лекар, контрола на документацијата за пружени здравствени услуги на осигурени лица, почитување на упатствата за медицина базирана на докази на извршените здравствени услуги заради укажување за откриените неправилности до МЗ и ДСЗИ, критериуми за оценка за привремена спреченост за работа, контрола на примена на одредбите од Законот за здравственото осигурување и подзаконските акти донесени врз основа на тој Закон и другите прописи, контрола на извршените активности за постигнување на определени цели кај избраниот лекар, како и контрола на спроведување на одредбите од овој договор.

Ликвидаторите на Фондот вршат контрола на фактурите, спецификациите, пресметките и останата пропратна документација согласно Упатството за фактурирање на здравствените услуги.

Здравствената установа се обврзува во секое време да им овозможи на овластените лица за контрола на Фондот увид и контрола во целокупното свое работење.

Постапката на доставување на приговор по извршена контрола во делот по записник/извештај, целосно е регулирана во Правилникот за овластувања и начин на работа на контролата на Фондот за здравствено осигурување.

Член 32

Овластени лица за контрола на Фондот за вршење на мобилна и дежурна контрола во здравствените установи ја утврдуваат фактичката состојба во моментот на контролата, увид и проверка на , медицинска и немедицинска документација, односно контрола на остварувањето на правата од задолжителното здравствено осигурување на осигурениците, контрола на евиденцијата на осигурените лица, контрола на документацијата за пружените здравствени услуги, почитување на упатствата за медицина базирана на докази на извршените здравствени услуги заради укажување за откриените неправилности до МЗ и ДСЗИ, критериуми за оценка за привремена спреченост за работа контрола на примена на одредбите од Законот за здравствено осигурување и подзаконските акти донесени врз основа на тој Закон и другите прописи, контрола на спроведување на одредбите од договорот. Постапката на доставување на приговор по извршена мобилна и дежурна контрола во делот по записник/извештај, целосно е регулирана во Правилникот за овластувања и начин на работа на контролата на Фондот за здравствено осигурување.

Спогодбено раскинување на договорот

Член 33

Овој договор може спогодбено да се раскине во целост или делумно во делот на избраниот лекар, само во писмена форма, согласно Законот за облигациони односи.

Еднострано раскинување на договорот

Член 34

Договорот може да се раскине со писмено известување, со отказен рок од 30 дена од денот на приемот на писменото известување.

Фондот има право во секое време без отказен рок еднострано да го раскине договорот со здравствената установа во следните случаи:

1. Во случај на стечај или ликвидација на здравствената установа, односно доколку и биде изречена мерка забрана за вршење на дејност;
2. Во случај кога друго лице од здравствената установа го користи факсимилот на избраниот лекар кој отсуствува од работа по било кој основ или се утврди користење на факсимилот од друго лице надвор од здравствената установа;
3. Доколку неовластено лице е затекнато и пружа здравствени услуги во здравствената установа;
4. Доколку здравствената установа не вработи нов лекар во случаи на породилно отсуство, подолги боледувања, специјализација, неплатено отсуство и именување на јавна функција, согласно роковите дадени во договорот;
5. Доколку здравствената установа, односно избраниот лекар не негуваат добри деловни односи со Фондот;
6. Доколку не се исполнети критериумите врз основа на кои е склучен овој договор и го прекрши критериумот за обезбеден лекарскиот тим во соодветната дејност согласно член 2 од овој договор;
7. Доколку здравствената установа односно избраниот лекар, постапува спротивно на законските и подзаконските акти;

8. Доколку врз основа на договор за соработка во здравствената установа, пружа здравствени услуги друг лекар за дејност која не е соодветна на дејноста за која е регистрирана здравствената установа;
9. Доколку со две последователни контроли се констатира дека здравствената установа е затворена и не пружа здравстени услуги на осигурените лица на Фондот;
10. Доколку здравствената установа по склучување на договорот изврши промена во осигурување со пократко од полното работно време на дел од лекарскиот тим.

Договорот се смета дека е раскинат од денот на приемот на доставницата и во случаи кога двапати е направен безуспешен обид за достава.

Постапка за начинот на изрекување и утврдување на висината на договорната казна

Член 35

Договорните страни за одредени повреди на одредбите од овој договор, се согласија за исплата на договорна казна.

Износот на договорната казна, повредите за кои е определена можност за договорна казна како и рокот за исплата на договорна казна се утврдени со овој договор.

Доколку се утврдат повреди за кои е предвидено договорна казна и еднострано раскинување на договорот, се применува едностраното раскинување на договорот.

Доколку се утврдат повреди за кои се предвидени различни висини на договорни казни, кои се однесуваат на здравствената установа, ќе се применува највисоката договорна казна пресметана како просечен износ од последно исплатената капитација од сите лекари од здравствената установа.

Доколку се утврдат повреди за кои се предвидени различни висини на договорни казни, кои се однесуваат на избраниот лекар, ќе се применува највисоката договорна казна според последно исплатената капитација.

Доколку за настаната повреда е изречена опомена и истата нема да биде отстранета во рок од 8 дена се применува договорната казна во износ од една четвртина од месечната капитација од фиксен дел.

Со исполнувањето на договорната казна за одредена повреда, истата важи за утврдени повреди до исполнувањето на договорната казна, а не се однесува за натамошниот период на важењето на договорот.

Со утврдување на договорната казна, здравствената установа се обврзува веднаш да ги отстрани утврдените повреди за кои е составен записникот од овластените лица за вршење на контрола од страна на Фондот.

Доколку при повторните контроли во иста здравствена установа во текот на важењето на договорот се констатираат и други повреди на договорните одредби ќе се изречат договорни казни, во согласност со одредбите од договорот.

Доколку во текот на 12 месеци за иста повреда на избраниот лекар веќе два пати му е изречена договорна казна и при повторни контроли се утврди дека истата се повторува, Фондот без постапка мериторно ќе изрече договорна казна во дуплиран износ од претходно изречената договорна казна.

Рокот за исплата на договорната казна изнесува 30 дена од денот на доставувањето на известувањето од Фондот и се врши со уплата на договорната казна на сметката на Фондот.

Доколку договорната казна не се уплати во утврдениот рок, овој договор еднострано се раскинува од страна на Фондот од денот на доставување на известувањето од Фондот. Обврската за договорната казна останува да се наплатува по судски пат.

Фондот го задржува правото да одлучи дали ќе го продолжи важењето на договорот со здравствената установа која навремено нема да ја плати изречената договорна казна.

Фондот нема да склучи нов договор пред истекот на најмалку 1 месец од раскинувањето на предходниот договор.

Доколку здравствената установа или избраниот лекар сторил повреди на договорните одредби во последните три месеци од важењето на договорот склучен за 2010/2011 година и Анексите на договорите за 2012 и 2013 година, поради постоење на континуитет во работењето со Фондот, со склучување на овој договор Фондот го задржува правото еднострано да му го раскине истиот или да му изрече договорна казна, во зависност од сторената повреда.

Изрекувањето на договорната казна не ја ослободува здравствената установа од поведување на прекршочни санкции доколку е сторен прекршок според член 84 од Законот за здравствено осигурување.

Член 36

Договорна казна во износ од три месечни капитации од фиксен дел се утврдува за следните повреди:

1. Ако го оневозможува остварувањето на правата од задолжително здравствено осигурување;
2. Доколку избраниот лекар одбива да пружа здравствена заштита во итни случаи;
3. Доколку здравствената установа односно избраниот лекар изврши фалсификување на потписот на осигуреното лице на ИЛ образецот;
4. Доколку избраниот лекар ја злоупотреби електронска здравствена картичка (ЕЗК) при промена на избраниот лекар.

Член 37

Договорна казна во износ од една половина месечна капитација од фиксен дел се утврдува за следните повреди:

1. Доколку здравствената установа, односно избраниот лекар не им пружи здравствени услуги или повеќе им наплати од референтните цени и цените утврдени во Ценовникот за здравствени услуги во Република Македонија, на лицата од член 27 став 1 на овој договор;
2. Ако здравствената установа не обезбеди континуирана здравствена заштита за акутни случаи во текот на 24 часа - ноќе, сабота, недела и државни празници во договор со друга здравствена установа се додека на тоа подрачје не се организира ноќна служба;
3. Доколку здравствената установа или избраниот лекар наплатуваат на осигурените лица партиципација спротивно на важечките прописи и наплаќа дополнителни средства од осигурените лица, освен за утврденото учество;
4. Доколку здравствената установа не ги обезбеди во целост ампулите од терапијата за ургентни состојби, освен за ампулите од точка 6 (додека

иститe не добијат одобрение за ставање во промет на територијата на РМ) и 8 во Прилог А/1, кој е објавен на веб страната на Фондот;

5. Доколку избраниот лекар не го почитува Правилникот и Критериумите за дијагностичките постапки и оцена на привремената спреченост за работа поради болест и повреди или потребат а за нега на болен член од потесното семејство;
6. Доколку избраниот лекар не обезбедува здравствени услуги на осигурени лица кои сакаат да го изберат лекарот, независно од бројот на осигурените лица кои направиле избор кај истиот лекар;
7. Доколку избраниот лекар дава здравствени услуги од дејноста за која нема склучено договор;
8. Доколку избраниот лекар на осигуреното лице за користење на здравствени услуги во специјалистичко консултативна и болничка здравствена заштита му издаде упат за лекување во здравствени установи кои немаат договор со Фондот;
9. Доколку нововработениот лекар пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот пред потпишување на анекс на договорот за вработување на нов лекар;
10. Доколку лекарот издаде потврда за ортопедско и друго помагало спротивно на одредбите од Правилникот за индикации за остварување на право на ортопедски помагала, се до воведување на електронска потврда за ортопедско помагало;
11. Доколку со една извршена контрола се констатира дека здравствената установа од руралното подрачје е затворена без да биде истакнато известување и не пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот;
12. Доколку избраниот лекар упатувањето на осигуреното лице на повисоко ниво на здравствена заштита го врши спротивно на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжително здравствено осигурување;
13. Доколку избраниот лекар не го почитува режимот на пропишување на лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот;
14. Доколку лекарот при пропишувањето на лекови на рецепт од Листата на лекови на товар на Фондот не ги почитува максимално дозволените количини согласно медицина базирана на докази;
15. Доколку избраниот лекар издава (отвори) ретроградно боледување, спротивно на подзаконските акти на Фондот.

Член 38

Договорна казна во износ една четвртина од месечна капитација од фиксен дел се утврдува за следните повреди:

1. Доколку здравствената установа во рок од 20 дена писмено не го извести Фондот и подрачната служба за промена на лекарскиот тим како и за отсуство на лекарите во случај на боледување, специјализација, мирување на работниот однос според Законот за работни односи, во случај на престанок на работен однос на избраниот лекар и ако стекнал услови за остварување на право на пензија);

2. Доколку избраниот лекар не оствари преглед или други здравствени услуги во домот на осигуреното лице (домашна посета), а за повикот постојат оправдани причини;
3. Доколку избраниот лекар на осигурените лица не препишува лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот и не се придржува на Списокот на ортопедски помагала;
4. Доколку здравствената установа, односно избраниот лекар, не води уредна евиденција или не врши заштита на електронските податоци согласно законските прописи, подзаконските акти на Фондот и одредбите на овој договор;
5. Доколку здравствената установа односно избраниот лекар не обезбедува здравствени услуги на сите осигурени лица кои го избрале, без дискриминација;
6. Доколку помошните дијагностички прегледи со ЕКГ, ЕХО и други апарати што ги врши избраниот лекар се наплатуваат на осигурените лица;
7. Доколку избраниот лекар задолжителна ампуларна терапија не ја поседува и аплицира во целост и бара и од осигреникот да ја набави со сопствени средства кои дополнитено ќе ги побарува како рефундација од Фондот;
8. Доколку избраниот лекар не пропишува лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот по генеричко име на лекот;
9. Доколку на аплицирана ампуларна терапија, на позадината на секој рецепт или налог нема евидентирана дата на аплицирање и потпис на пациентот;
10. Доколку здравствената установа не ја врши прераспределбата на тимот со М1 образец за соодветната работна единица;
11. Доколку избраниот лекар одбива да пропишува потребен број на лекови на рецепт за хронично болни;
12. Доколку здравствената установа работи спротивно на договорните одредби за кои не е предвидена договорна казна согласно одредбите на овој договор;
13. Доколку здравствената установа не го почитува работното време истакнато во ординацијата, како и доколку избраниот лекар кој пружа здравствени услуги на осигурените лица само во една смена, не го почитува работното време определено со лекарот замена да работат во различни смени;
14. Доколку здравствената установа во рок од 30 дена од склучување на овој договор не набави ЕКГ апарат во ординацијата;
15. Доколку избраниот лекар не ја чува во здравствениот картон на осигуреното лице изјавата за промена на избран лекар пополнета на пропишан образец во согласност со подзаконските акти на Фондот;
16. Доколку не издаде потврда за наплатено учество-партиципација (квитанција);
17. Доколку лекарот замена не пропишува боледувања, упати и рецепти на осигурените лица на избраниот лекар кој го заменува.

Член 39

Опомена пред изрекување на договорна казна се утврдува за следните повреди:

1. Доколку здравствената установа на видно место нема истакнато ознака дека има склучено договор со Фондот, нема истакнато работно време на сите нејзини ординации, нема истакнато замена за избраниот лекар и нема

истакнато контакт телефон на избраниот лекар и неговата замена и дежурна служба на подрачјето;

2. Доколку на видно место не се истакнати Прилозите Б и Ц од овој договор;
3. Доколку здравствената установа не води уредна евиденција за сите набавени материјали и лекови со доказ за набавката и рокот на употреба;
4. Доколку еднаш во месецот не го ажурира од веб страната на Фондот списокот на здравствени установи кои има склучено договор;
5. Доколку здравствената установа нема извршено набавка или измени на компјутерската опрема и доколку не ги доставува бараните податоци согласно овој договор до Фондот;
6. Доколку здравствената установа или избраниот лекар не ја извести подрачната служба на Фондот за лекарот кој што е негова замена;
7. Доколку здравствената установа односно избраниот лекар не ја почитува дискрецијата на податоците и информациите во врска со осигурените лица, нивниот дигнитет и интимност;
8. Доколку Списокот на лекови без доплата не е испечатен минимум во А3 формат преземен од веб страницата на Фондот и истакнат на видно место за да биде достапен на осигурените лица;
9. Доколку избраниот лекар не дава одјава и здравствениот картон на барање на осигуреното лице;
10. Доколку постои писмено незадоволство на осигурениците кои ги користат здравствените услуги утврдени во соодветна постапка;
11. Доколку здравствената установа не обезбеди ЕКГ апарат;
12. Доколку здравствената установа секој месец од веб страната на Фондот редовно не ги следи сите новини како и Списокот на здравствени установи кои имаат склучено договор со Фондот за да го упати осигуреното лице да оствари здравствена заштита на повисоко ниво;
13. Доколку здравствената установа, на видно место не ги извести осигурените лица дека работниот однос на избраниот лекар му престанал во здравствена установа;
14. Доколку здравствената установа односно избраниот лекар, доставуваат неточни податоци до Фондот или не ги достават во утврдениот рок;
15. Доколку здравствената установа не доставува известување согласно член 14 од овој договор;
16. Доколку во рецептниот образец избраниот лекар не ги пополнува сите полиња кои се однесуваат во делот на пропишување на лекот;
17. Доколку придонесот за задолжителното здравствено осигурување редовно, навремено и целосно не се уплатува согласно позитивните законски прописи;
18. Доколку здравствената установа за користење на краткотрајни отсуства до 3 дена на лекарскиот тим предвидени во Законот за работни односи, не води евиденција со издавање налог за оправдано отсуство од работа (пропусница) и не ја евидентира во деловодна книга- опомена.

Член 40

Овој договор во однос на еден од избраниот лекар се раскинува задолжително доколку избраниот лекар кој е вработен во здравствената установа ги исполнува законските услови за пензионирање и доколку престане работниот однос на лекарот кој е единствен вршител на дејноста во здравствената установа.

Во случај на еднострано раскинување на овој договор, Фондот има право да го раскине договорот во целост или само во однос на еден или повеќе избрани лекари наведени во Прилогот 1 на овој договор.

Начин на склучување на договори
Член 41

По претходно дадена согласност од здравствената установа, договорите со здравствените установи ќе се склучуваат исклучиво по електронски пат преку користење на услугите од веб порталот на Фондот со нивно електронско потпишување од страна на овластените лица. Електронска верификација на договорот овластеното лице на здравствената установа ќе ја врши со користење на електронска здравствена картичка (ЕЗК).
Договорот се смета за склучен откако ќе биде електронски верификуван од страна на овластените лице од двете договорни страни.
Секоја договорна страна го задржува правото да испечати копија од електронски потпишаниот договор заради своја евиденција.

Промени на договорот
Член 42

За секоја промена на одредбите на овој договор, договорните страни склучуваат анекс на договорот.
Со потпишување на овој договор договорните страни се согласни дека за време на важење на договорот, сите понатамошни промени во тимовите како и останатите статусни промени на здравствената установа ќе се вршат со анекс на договорот.

Промена на прописите
Член 43

При промена (измени и дополнувања) на прописите кои се директно поврзани со примената овој договор (Закони и подзаконски акти), доаѓа до промена на одредбите од договорот, согласно извршените измени.
Се што не е предвидено во одредбите на овој договор, важат одредбите од Законот за облигационите односи.

Судска надлежност
Член 44

За решавање на споровите што ќе настанат од овој договор, надлежен ќе биде Основен суд Скопје 2 Скопје на Р.Македонија.
Во случај на судски спор валидни ќе бидат податоците земени од електронска евиденција на Фондот врз основа на кој е склучен овој договор.

Влегување во сила на договорот
Член 45

Овој договор влегува во сила со денот на потпишувањето од двете договорни страни, а ќе се применува за период од 01.01.2014 до 31.12.2018 година.

Напомена: Обрасците кои се прилог на овој договор се истакнати на веб страницата на Фондот.