

**ПРАВИЛНИК
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 бр. 14/2008, 118/2008, 164/2008,
16/2010, 44/2010, 63/2010, 171/2010, 95/2011, 181/2011, 104/2012, 164/2012 и
70/2019 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 303/2020,
114/2022, 206/2023 и 57/2024)

I. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Со овој правилник се утврдуваат критериумите за склучување договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги кои ги пружаат здравствените установи на осигурените лица во болничката здравствена заштита на товар на средствата за задолжително здравствено осигурување во мрежата на здравствени установи.¹

Член 2

Како здравствени услуги во болничката здравствена заштита, во смисла на овој правилник, се сметаат основните здравствени услуги од член 9 став 1 точка б) специјалистичко-консултативната здравствена заштита и точка в) болничката и терцијарна здравствена заштита од Законот за здравственото осигурување (во натамошниот текст: Закон).

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

Терцијарна здравствена заштита пружаат универзитетски клиники.

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.

¹ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012

Критериуми за склучување на договор

Член 3

За обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица во болничката здравствена заштита Фондот за здравствено осигурување на Македонија (во натамошниот текст: Фонд) склучува договори со здравствените установи кои се во мрежата на здравствени установи.²

Договорите од став 1 на овој член се склучуваат доколку здравствената установа ги исполнува следните критериуми:

- 1) да укажува здравствени услуги што се во рамките на дејноста за која е регистрирана согласно со Законот за здравствената заштита,
- 2) да постојат услови за вршење на соодветната дејност (простор, опрема и кадри),
- 3) да има утврден план и програма за обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица и
- 4) да има утврден финансиски план на потребните средства за обезбедување одреден вид и обем на здравствени услуги на осигурените лица;
- 5) да се вклопува со потребите на населението на подрачјето на здравствената установа;
- 6) да се платени придонесите за задолжително здравствено осигурување;
- 7) да негува добри деловни односи

Договорите од став 1 и 2 на овој член Фондот ги склучува во согласност со мрежата која ја утврдува Владата на Република Македонија по предлог на Министерството за здравство, а по доставената понуда за склучување на договор од страна на здравствената установа заедно со потребната придружна документација.³

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, болничка и терцијарна 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 овај Правилник.

² Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012

³ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012

II. УТВРДУВАЊЕ НА НАДОМЕСТОКОТ

Појдовни основи за утврдување на надоместокот

Член 4⁴

Како општ критериум за определување на договорениот надоместок на сите здравствени установи се расположливите средства во Буџетот на Фондот, определени за здравствени услуги од примарна, специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита.

Се утврдуваат следните критериуми за определување на договорениот надоместок на јавните здравствени установи, во согласност со дејноста за која имаат склучено договор:

1. Остварена вкупна вредност на видот и обемот на здравствените услуги во првото, второто и третото тримесечје и проекцијата за четвртото тримесечје од претходната година во превентивната здравствена заштита, итната медицинска помош со домашно лекување, по утврдени пакети здравствени услуги;
2. Остварена вкупна вредност на видот и обемот на здравствените услуги во првото, второто и третото тримесечје и проекцијата за четвртото тримесечје од претходната година во специјалистичко – консултативната здравствена заштита, по утврдени пакети здравствени услуги и утврдени референтни цени. За здравствените установи кои вршат и примарна здравствена заштита како избрани лекари, во надоместокот е вклучено остварувањето по методата на капитација;
3. Остварена вкупна вредност на видот и обемот на здравствените услуги во првото, второто и третото тримесечје и проекцијата за четвртото тримесечје од претходната година во специјалистичко-консултативна стоматолошка здравствена заштита, по утврдени пакети здравствени услуги и утврдени референтни цени. За здравствените установи кои вршат и примарна здравствена заштита како избрани лекари, во надоместокот е вклучено остварувањето по методата на капитација;
4. Остварена вкупна вредност на видот и обемот на здравствените услуги во првото, второто и третото тримесечје и проекцијата за четвртото тримесечје од претходната година во болничката здравствена заштита (по ДСГ – метода за акутни болнички случаи и утврдени пакети здравствени услуги во болнички услови за останатите болнички случаи);
5. Остварени тековни трошоци во претходната година за обезбедени здравствени услуги за функционирање на јавните здравствени установи кои вршат превентивна, дел од примарната, специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита, согласно со Законот за здравствено осигурување. Јавните здравствени установи ги утврдува Владата на Република Македонија еднаш годишно, на предлог на Фондот, пред склучувањето на договорите. Кај овие здравствени установи Фондот не врши корекција на индексот на остварување на

⁴ Измената е направена во Сл.весник бр. 206/2023

вкупната вредност на видот и обемот на здравствените услуги во однос на договорениот надоместок, доколку индексот на остварување е под 1 (еден).

6. За акутните болнички случаи во здравствените установи кои вршат терцијарна здравствена заштита по ДСГ-методологијата се определуваат дополнителни 10% на остварена вкупна вредност на видот и обемот на ДСГ здравствени услуги во првото, второто и трето тримесечје и проекцијата за четврто тримесечје од претходната година.

7. За специјализирани здравствени установи за детската популација, како и за специјализирани здравствени установи кои пружаат услуги за психијатриски акутни болнички случаи, се определува дополнување најмногу до 25% над остварената вкупна вредност на видот и обемот на ДСГ здравствени услуги во првото, второто и трето тримесечје и проекцијата за четвртото тримесечје од претходната година.

8. Надоместокот за обезбедни здравствени услуги од точките 1, 2 и 3 од ставот 2 на овој член, дополнително може да се усогласува и со:

- бројот на населението кое гравитира кон здравствената установа;
- задолжителните програми за здравствена заштита кои ги донесува секоја година Владата на РСМ;
- нови или изменети здравствени услуги по вид и обем за тековната во однос на претходната година;
- очекувани реформи на здравствениот систем за чија имплементација е потребен подолг период, се додека Министерството за здравство овозможи воспоставување одржлив и ефикасен здравствен систем, односно здравствени установи;
- користење одредени специфични лекови;
- посебни здравствени состојби предизвикани од вонредни околности и
- утврдени состојби по преговори кои може да имаат директно влијание врз договорниот надоместок на здравствената установа.

Надоместокот за вршењето на здравствените услуги по дејности за секоја деловна година се утврдува со одлука на Управниот одбор на Фондот, врз основа на планираните средства за соодветната дејност поединечно, определени во Планот и програмата за здравствени услуги и Буџетот на Фондот. Во надоместокот не е пресметано учеството на осигурените лица во здравствената услуга (партиципацијата), кое е приход на здравствената установа.

Утврдениот надоместок може да се ревидира на почетокот на тековната година за која се однесува, по извршените анализи на реализацијата за цела претходна година, односно на сите фактурирани извршени здравствени услуги од јануари до декември во претходната година.

Член 4-а⁵

Во рамките на вкупно утврдениот договорен надоместок на здравствената установа од член 4 на овој правилник, може да се утврди условен надоместок. Условниот надоместок претставува дел од вкупниот годишен договорен надоместок на здравствената установа што може да го добие од Фондот, а се однесува на:

- остварен специфичен вид и обем, со точно дефинирани здравствени услуги кои здравствената установа треба да ги изврши во текот на годината и
- покривање на одделните трошоците од тековното работење потребни за пружање здравствени услуги.

Средствата определени со условниот надоместок од став 2, алинеја 1 и 2 од овој член, здравствената установа треба да ги користи наменски.

Здравствените услуги се прикажуваат на посебен образец – План за специфичен вид и обем, а одделните трошоците за тековното работење на образец - План за одделни трошоци од тековното работење потребни за пружање здравствени услуги, кои здравствената установа ги доставува до Фондот, за секоја година.

Во утврдениот годишен договорен надоместок на здравствената установа е вклучен и планираниот условен надоместок прикажан во плановите предвидени за таа намена од став 2 на овој член.

Критериуми за одобрување условен надоместок од став 2 алинеја 1 на овој член се:

- обезбедување дефицитарни здравствени услуги согласно со медицината базирана на докази,
- обезбедување на скапата терапија чиј трошок не може да се вклучи во референтната цена за пакет на здравствени услуги, односно ДСГ услугата и
- обезбедување нови методи на лекување.

Одобрениот условен надоместок од став 2 алинеја 2 на овој член треба да обезбеди здравствената установа редовно да ги плаќа сите доспеани месечни обврски за одделните трошоци потребни за пружање на здравствените услуги.

За секое полугодие од тековната година Фондот изготвува анализа на реализација на одобрените средства како условен надоместок. Зависно од реализацијата на овие средства, потребите на Фондот и здравствените установи, одобрениот условен надоместок може да се ревидира.

Член 4-б⁶

Утврдување и одобрување условен надоместок се врши врз основа на барање поднесено од здравствена установа до Фондот, за обезбедување финансиски средства како условен надоместок.

⁵ Измената е направена во Сл.весник бр. 57/2024

⁶ Измената е направена во Сл.весник бр. 57/2024

Барањето за утврдување условен надоместок за наредната година здравствената установа го доставува во последниот квартал од тековната година. По исклучок, заради специфични потреби на здравствените установи барање може да се достави и во текот на годината за која се однесува договорниот надоместок.

Искористувањето на средствата определени со условниот надоместок здравствената установа го врши континуирано во текот на календарската година, согласно со месечните потреби на здравствената установа.

Утврдување на трошоците на здравствената установа и видот и обемот на здравствените услуги

Член 5

Избришан во Сл.весник на РМ бр. 16/2010⁷

Планирање на видот и обемот на здравствените услуги

Член 6

Како вид и обем на здравствени услуги, во смисла на член 4 на овој правилник, се сметаат здравствени услуги кои здравствената установа ќе ги обезбеди на осигурените лица според вид и обем во тековната година , прикажани како завршени специјалистичко-консултативни здравствени услуги, и по дијагностички сродни групи - ДСГ.

Планирањето на видот и обемот на здравствените услуги за тековната година се врши врз основа на стапката на морбидитетот и на бројот на населението на подрачјето на здравствената установа, односно на поширокото подрачје од кое гравитира населението за одреден вид на здравствени услуги.

Преговори

Член 7

За утврдување на надоместоците Фондот организира преговори со јавните здравствени установи, на кои присуствуваат и претставниците од Министерство за здравство.

За потребите на преговорите Фондот може да изготви прашалник за тековната состојба и примената на нови методи во лекување, кој треба да биде пополнет

⁷ Избришан во Сл.весник на РМ бр. 16/2010

од страна на јавните здравствени установи, а со цел да обезбеди неопходни податоци за определување на надоместокот.

Во текот на преговорите Фондот води записник.⁸

Распределба на надоместокот

Член 8

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	80 ⁹
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)	20 ¹⁰

По исклучок од член 8 став 4, Фондот врз основа на пишана процедура кај одредени здравствени установи може да утврди и променлив дел 100%.¹¹

Фактурираниот месечен износ од став 5 на овој член може да биде најмногу до утврдениот надоместок за соодветниот месец.¹²

Висината на надоместокот од став 3 и 5 на овој член, за здравствената установа ја утврдува Фондот.¹³

⁸ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 104/2012

⁹ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

¹⁰ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

¹¹ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

¹² Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

¹³ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

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.

Цели што треба да се постигнат низ резултатите од извршената работа¹⁴

Член 9

За следење на успешноста на работењето во здравствената установа ќе се користат следните индикатори:¹⁵

- број на хоспитализирани пациенти,
- просечно време на престој во болница,
- број на лекувани пациенти во дневна болница,
- број на повторно примени пациенти или број на повторни операции (реоперации) за иста дијагноза, во период од еден месец по отпуштањето,
- број на инфекции предизвикани во болница.

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.

¹⁴ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

¹⁵ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

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.

Здравствените услуги за акутните болнички случаи, извршени во здравствените установи кои согласно Законот за здравствена заштита пружаат терцијарна здравствена заштита, се искажуваат по ДСГ методата зголемени за 10 % на месечно ниво.¹⁶

Здравствените услуги извршени во специјализираните здравствени установи за детска популација, во специјализирани здравствени установи кои пружаат услуги за психијатриски акутни болнички случаи, како и за акутни болнички случаи на Универзитетската клиника за токсикологија и Универзитетската клиника за неврохиригија, се искажуваат по методата Дијагностичко сродни групи зголемени за 25% на месечно ниво.¹⁷

За лековите кои не се на Листата на лекови, за кои согласност за нивна набавка дава Министерството за здравство и Фондот, доколку здравствената установа во постапка за јавна набавка не може да ги обезбеди по референтна цена, Фондот ќе ја признае набавната цена, но не повеќе од единствената големопродажна цена на лекот, одобрена од Министерството за здравство.¹⁸

Во одлуката за утврдување вкупен надоместок на здравствената установа, во која е вклучен и условниот надоместок, се определува и начинот на искажување на здравствените услуги за кои се однесува условниот надоместок.¹⁹

Начин на плаќање

Член 10

Вкупниот надоместок за здравствени услуги на здравствената установа, според член 8 на овој правилник, за деловната година се дели на 12 месечни износи.

¹⁶ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 181/2011

¹⁷ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр.114/2022

¹⁸ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр.206/2023

¹⁹ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр.57/2024

Месечниот износ од став 1 на овој член на здравствената установа и се исплатува во целост до крајот на месецот за претходниот месец.

Исплаќање на средства определени со условниот надоместок се врши на месечно ниво, по доспеана обврска за плаќање на здравствената установа.²⁰

Член 11

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.²¹

Член 12

Износот на надоместокот според извршувањето на договорениот вид и обем на здравствени услуги утврден согласно член 8 на овој правилник, во текот на годината може да се намалува.

Износот на надоместокот според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги за променливиот дел утврден 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 13

Избришан во Сл.весник на РМ бр. 44/2010²²

Член 14

Избришан во Сл.весник на РМ бр. 16/2010²³

²⁰ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 57/2024

²¹ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011

²² Избришан во Сл.весник на РМ бр. 44/2010

²³ Избришан во Сл.весник на РМ бр.16/2010

Член 14-а

По исклучок од одредбите на член 14 од овој правилник, во исклучителни ситуации вкупниот надоместок на здравствената установа може да се зголеми и повеќе од 20%.

Износот на зголемувањето од став 1 на овој член се утврдува со одлука на управниот одбор на Фондот.

Склучување на договорот

Член 15

Договорот за укажување на здравствените услуги и за надоместокот утврден врз основа на овој правилник помеѓу Фондот и здравствената установа се склучува најдоцна до 31 декември во тековната година за следната година, по извршеното усогласување.

Составен дел на договорот се:²⁴

- план за видот и обемот на здравствените услуги за тековната година;

Користење на средствата во здравствената установа

Член 16

Со средствата остварени според овој правилник и договорот, здравствената установа располага самостојно.

Здравствената установа остварените средствата според овој правилник и договорот, не може да ги пренамени за исплата на плати и надоместоци на плати на вработените ниту за други намени доколку со тоа се предизвикува намалување на правата и квалитетот на здравствените услуги на осигурените лица.

Средствата остварени од заштеди можат да се користат за унапредување на дејноста на здравствената установа.

²⁴ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 164/2012, со која во членот 15 во ставот 2 се бришат алинеите од 1 до 6 и 8 и 9

III. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 17

(член 17 и 18 од Правилникот објавен во Сл.весник на РМ бр. 95/2011)

Со денот на влегување во сила на овој правилник престанува да важи Правилникот за критериумите за склучување на договори и за начинот на плаќање на здравствените услуги на здравствените установи кои вршат специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита (Сл. весник на РМ бр. 54/2003; 35/2006 и 137/2006.

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.

Член 18

(член 3 од Правилникот објавен во Сл.весник на РМ бр. 181/2011)

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.

Член 19

(член 5 од Правилникот објавен во Сл.весник на РМ бр. 104/2012)

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

Член 20

(член 2 од Правилникот објавен во Сл.весник на РМ бр. 164/2012)

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

Член 21

(член 2 од Правилникот објавен во Сл.весник на РМ бр. 70/2019)

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.

Член 22

(член 2 од Правилникот објавен во Сл.весник на РСМ бр. 303/2020)

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

Член 23

(член 2 од Правилникот објавен во Сл.весник на РСМ бр. 114/2022)

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

Член 24

(член 3 од Правилникот објавен во Сл.весник на РСМ бр. 206/2023)

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

Член 25

(член 5 од Правилникот објавен во Сл.весник на РСМ бр. 57/2024)

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