

П Р А В И Л Н И К
ЗА КРИТЕРИУМИТЕ ЗА СКЛУЧУВАЊЕ ДОГОВОРИ И ЗА НАЧИНОТ
НА ПЛАЌАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ
УСТАНОВИ КОИ ВРШАТ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНА
ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА, ПРЕВЕНТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И
ИТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОШ СО ДОМАШНО ЛЕКУВАЊЕ

(Сл.весник на РМ бр.14/2008, 164/2008, 16/2010, 44/2010, 63/2010, 171/2010, 95/2011-пречистен текст, 95/2011, 181/2011, 104/2012, 164/2012 и 206/2023)

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 специјалистичко-консултативната здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување во мрежата на здравствени установи.¹

Член 2

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

Осигурените лица, здравствената заштита во специјалистичко-консултативна здравствена установа остваруваат со упат од избран лекар од примарна здравствена заштита.

Како здравствени услуги од итна медицинска помош со домашно лекување и превентивна здравствена заштита, во смисла на овој правилник се сметаат основните здравствени услуги од член 9 став 1(а) точка 3, 4 и 6 укажување на итна медицинска помош вклучувајќи и превоз со санитетско возило кога е тоа неопходно, лекување во домот на корисникот и спроведување на превентивни мерки.

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

Критериуми за склучување на договор

Член 3

За обезбедување на здравствени услуги на осигурените лица во специјалистичко-консултативната заштита, итната медицинска помош со домашно лекување и превентивната 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 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;
- 4) да има утврден финансиски план на потребните средства за обезбедување одреден вид и обем на здравствени услуги на осигурените лица;
- 5) да се платени придонесите за задолжително здравствено осигурување;
- 6) 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 специјалистичко-консултативна здравствена заштита.

За спроведување на итна медицинска помош со домашно лекување и превентивна здравствена заштита се склучуваат договори со кои се утврдува видот, обемот, квалитетот, начинот и роковите за остварување на итна медицинска помош, дежурна служба, домашно лекување и дел од

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

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

превентивна здравствена заштита која не е покриена со програмите на Министерството за здравство.

Договорите се склучуваат за спроведување на здравствена заштита за дејностите од специјалистичко-консултативната здравствена заштита и итна медицинска помош со домашно лекување и превентивна 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 и 5 и 6 на овој правилник.

I. УТВРДУВАЊЕ НА НАДОМЕСТОКОТ

Појдовни основи за утврдување на надоместокот

Член 4⁴

Како општ критериум за определување на договорниот надоместок на здравствените установи се расположливите средства во Буџетот на Фондот, определени за здравствени услуги од специјалистичко – консултативна здравствена заштита, превентивна здравствена заштита и итна медицинска помош со домашно лекување.

Се утврдуваат следните критериуми за определување на договорниот 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. 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 здравственото осигурување. Јавните здравствени установи ги утврдува Владата на Република Северна Македонија еднаш годишно, на предлог на Фондот, пред склучување на договорите.

Кај овие здравствени установи Фондот не врши корекција на индексот на остварување на вкупната вредност на видот и обемот на здравствените

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

услуги во однос на договорениот надоместок, доколку индексот на остварување е под 1 (еден).

Надоместокот за обезбедени здравствени услуги од точките 1 и 2 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;
- очекуваните сопствени приходи на здравствената установа за тековната во однос на претходната година;
- очекуваните 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;
- 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 вршење 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 5

Избришан Сл.весник на РМ бр. 16/2010⁵

Планирање на видот и обемот на здравствените услуги

Член 6

Како вид и обем на здравствени услуги, во смисла на член 4 точка 7 на овој правилник, се сметаат здравствени услуги кои здравствената установа ќе ги обезбеди на осигурените лица според вид и обем во тековната година, групирани по групи на дијагнози по МКБ - 10 со слични дијагностичко терапевтски процедури (во понатамошниот текст: “терапевтски процедури“),

⁵ Членот е избришан во Сл. Весник на РМ бр. 16/2010 година

односно пакети на завршени здравствени епизоди на лекување во специјалистичко-консултативна здравствена заштита.

Пакетите претставуваат групи на збирни здравствени услуги упркосечени како најчесто групирани услуги, врз основа на медицина базирана на докази, по упат на избран лекар.

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.

Распределба на надоместокот

Член 7

Надоместокот пресметан врз основа на член 4 од овој правилник се смета како договорен износ на надоместокот за тековната година.

Надоместокот од став 1 на овој член се состои од надоместок според остварената вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги, намален за износот на пресметаната партиципација за специјалистичко-консултативна здравствена заштита и примарни пакети за итна медицинска помош со домашно лекување и превентивна здравствена заштита.

За здравствени установи кои пружаат здравствени услуги во : превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување; превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување и/или специјалистичко консултативна здравствена заштита, структурата на надоместоците се остварува на следниот начин:

Структура на надоместок	%
1. Основен надоместок (фиксен дел)	80
2. Надоместок според остварувањето на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги (променлив дел)	20

За здравствени установи кои пружаат здравствени услуги исклучиво од специјалистичко консултативна здравствена заштита, променливиот дел на надоместокот изнесува 100% .

Висината на надоместокот за здравствената установа ја утврдува Управниот Одбор на Фондот⁶.

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 неостварената вкупна вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги од одредени здравствени установи кои оствариле поголема вредност од договорениот надоместок.

Ревидирање може да се врши при промена на расположивите средства на Фондот за таа намена.

Следење на резултатите од извршената работа⁷

Член 8

За специјалистичко-консултативна здравствена заштита следење на успешноста на работењето во здравствената установа ќе се користат следните индикатори:⁸

- количник (однос) на бројот на првите и повторените амбулантски прегледи,
- задоволство на осигурените лица,
- број на упати до здравствената установа.

Искажување на здравствените услуги

Член 8а

Здравствените услуги од член 2 на овој правилник се искажуваат според референтната цена за видот на завршената специјалистичко-консултативна здравствена услуга во апсолутен износ поодделно 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.

Итната медицинска помош со домашно лекување и превентивната здравствена заштита се искажуваат преку примарни пакети.

⁶ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011 година

⁷ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011 година

⁸ Измената е направена во Сл. Весник на РМ бр. 95/2011 година

Начин на плаќање

Член 9

Вкупниот надоместок на здравствената установа која пружа здравствени услуги во: превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување; превентивна здравствена заштита, итна медицинска помош со домашно лекување и/или специјалистичко консултативна здравствена заштита, за периодот за кој се склучува договорот, се дели на 12 месечни износи.

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

За здравствените установи кои пружаат здравствени услуги исклучиво од специјалистичко консултативна здравствена заштита надоместокот утврден за периодот на важење на договорот пресметковно се искажува на месечно ниво како максимален месечен износ.

Надоместокот на здравствената установа од став 3 на овој член се исплатува по месеци за остварен вид и обем на здравствени услуги врз основа на доставена месечна фактура, но не повеќе од утврдениот месечен надоместок.⁹

Член 10

Избришан Сл. Весник на РМ бр.95/2011 година¹⁰

Член 11

Износот на надоместокот според остварување на вкупната вредност на договорениот вид и обем на здравствени услуги во член 7 став 3 на овој правилник се намалува за износот на помалку остварени вкупни здравствени услуги(фактурирани) во однос на утврдените буџетски средства на тромесечје.¹¹

Член 12

Избришан Сл.весник на РМ бр. 44/2010¹²

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

¹⁰ Членот е избришан во Сл. Весник на РМ бр.95/2011 година

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

¹² Членот е избришан во Сл. Весник на РМ бр. 44/2010 година

Склучување на договорот

Член 13

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:¹³

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

Користење на средствата во здравствената установа

Член 14

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

Остварените средства според овој правилник и договорот не можат да се пренаменат за исплата на плати и надоместоци на плати на вработените, ниту за други намени со кои ќе се предизвика 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.

II. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 15

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).

Член 16

¹³ Измената е направена во Сл.Весник на РМ бр. 164/2012 година со која во членот 13 во ставот 2 се бришат алинеите од 1 до 6 и 8,9 и 10.

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

Член 17

(член 7 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ бр.95/2011)

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

Член 18

(член 2 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ 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 4 од Правилникот објавен во „Службен весник на Република Македонија“ 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 „Службен весник на Република Македонија“ 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 „Службен весник на Република Македонија“ бр. 206/2023)

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.