

Prečišćeni tekst Pravilnika o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga obuhvata sljedeće propise:

1. Pravilnik o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga ("Službeni list Crne Gore", br. 042/18 od 29.06.2018),
2. Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga ("Službeni list Crne Gore", br. 094/21 od 03.09.2021), u kojima je naznačen njihov dan stupanja na snagu.

PRAVILNIK

O KRITERIJUMIMA ZA UTVRĐIVANJE CIJENA I NAČINU PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA

("Službeni list Crne Gore", br. 042/18 od 29.06.2018, 094/21 od 03.09.2021)

I OSNOVNE ODREDBE

Član 1

Ovim pravilnikom utvrđuju se kriterijumi za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i načina plaćanja, na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, kao i druga pitanja od značaja za utvrđivanje kriterijuma za određivanje cijena i načina plaćanja.

Član 2

Cijene zdravstvenih usluga koje se obezbjeđuju osiguranim licima Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore (u daljem tekstu: Fond) utvrđuju se saglasno normativima kadra, normativima usluga, broju osiguranih lica, koeficijentima složenosti poslova medicinskog i nemedicinskog kadra i drugim parametrima saglasno propisima kojima se uređuju:

- obim prava i standarda zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- bliži uslovi u pogledu standarda, normativa i načina ostvarivanja zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- koeficijenti složenosti poslova medicinskog i nemedicinskog kadra utvrđeni granskim kolektivnim ugovorom,
- godišnji program zdravstvene zaštite i
- sredstva za zdravstvenu zaštitu koja se finansira iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 3

Plaćanje na primarnom nivou zdravstvene zaštite vrši se:

- plaćanjem rada izabranog doktora,
- plaćanjem rada centara i jedinica za podršku,
- plaćanjem rada centara za prevenciju,
- plaćanjem stomatološke zdravstvene zaštite i
- plaćanjem hitne medicinske pomoći.

Član 4

Plaćanje sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite vrši se:

- plaćanjem akutnog bolničkog liječenja,
- plaćanjem ostalog bolničkog liječenja i
- plaćanjem specijalističko konsultativne i dijagnostičke zdravstvene zaštite.

Član 5

Sredstva za zdravstvenu zaštitu koja se finansira iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Fond utvrđuje Odlukom o rasporedu sredstava budžeta za svaku budžetsku godinu.

II NAČIN PLAĆANJA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 6

Plaćanje rada izabranog doktora u primarnoj zdravstvenoj zaštiti vrši se kombinacijom kapitulacije i naknade za usluge u odnosu 50%:50% utvrđenih finansijskih sredstava.

Član 7

Plaćanje kapitulacijom podrazumijeva unaprijed određen fiksni iznos sredstava za određeni vremenski period za svako osigurano lice koje je izabralo doktora, zavisno od njihove starosne strukture i pripadajućih koeficijenata u skladu sa Metodologijom određivanja vrijednosti kapitulacije i cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (u daljem tekstu: Metodologija).

Plaćanje naknade za uslugu podrazumijeva plaćanje pruženih zdravstvenih usluga prema cjenovniku tih usluga, u zavisnosti od bodovnog normativa usluga i vrijednosti boda u eurima, u skladu sa Metodologijom.

Plaćanje iz stava 1 ovog člana vrši se najviše do maksimalnog iznosa sredstava koji je utvrđen na osnovu maksimalnog broja osiguranika ili koeficijenata i utvrđene vrijednosti koeficijenta.

Plaćanje iz stava 2 ovog člana vrši se najviše do maksimalnog iznosa utvrđenih sredstava.

Član 8

Centri i jedinice za podršku plaćaju se prema pruženim uslugama, u zavisnosti od bodovnog normativa usluga i vrijednosti boda u eurima, ali najviše do maksimalnog iznosa utvrđenih sredstava, u skladu sa Metodologijom.

Član 9

Centar za prevenciju plaća se na osnovu vrijednosti programa u fiksnom iznosu koji je utvrđen cjenovnikom zdravstvenih usluga.

Vrijednost programa utvrđuje se zavisno od:

- strukture kadra neophodnog za realizaciju programa,
- potrebnog vremena za realizaciju programa i
- planiranih troškova za realizaciju programa.

Član 10

Plaćanje stomatološke zdravstvene zaštite vrši se po cijenama stomatoloških usluga, a najviše u visini sredstava opredijeljenih budžetom u skladu sa posebnom odlukom Fonda.

Član 11

Hitna medicinska pomoć plaća se po vrijednosti tima, koja je utvrđena u fiksnom iznosu.

Član 12

Metodologija iz člana 7 čini sastavni dio ovog pravilnika.

III NAČIN PLAĆANJA SEKUNDARNE I TERCIJARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**Član 13**

Plaćanje sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite vrši se po:

- uslugama,
- dijagnostički srodnim grupama, za akutno bolničko liječenje (u daljem tekstu: DRG).

Član 14

Plaćanje zdravstvenih usluga specijalističko konsultativne i dijagnostičke zdravstvene zaštite i usluga bolničke zdravstvene zaštite koje nijesu obuhvaćene plaćanjem po DRG vrši se plaćanjem naknade za uslugu.

Cijene zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana utvrđuju se na osnovu: standarda i normativa medicinskog rada i medicinskog kadra, sistema relativnih jedinica, normativa sestrinske njege, normativa o utrošku sanitetskog materijala, normativa ishrane po dijetama, finansijskih izvještaja zdravstvenih ustanova, programa zdravstvene zaštite u Crnoj Gori i koeficijenata složenosti poslova medicinskog i nemedicinskog kadra utvrđenih granskim kolektivnim ugovorom.

Član 15

Cijena usluge iz člana 14 ovog pravilnika se sastoji iz:

- medicinskog i
- nemedicinskog dijela.

Medicinski dio cijene sadrži rad doktora i ostalog medicinskog kadra.

Nemedicinski dio cijene sadrži troškove rada nemedicinskih radnika i ostale troškove poslovanja.

Ljekovi i medicinska sredstva koja nijesu sadržana u cijenu usluge iz stava 1 ovog člana, priznaju se prema stvarnom utrošku.

Član 16

Plaćanje zdravstvenih usluga akutnog bolničkog liječenja vrši se po pojedinačnom slučaju, prema klasifikaciji DRG.

Pojedinačni slučaj iz stava 1 ovog člana, podrazumijeva troškove nastale za vrijeme liječenja od prvog dana prijema u bolnicu do otpusta iz bolnice, izuzev troškove lijekova za rijetke bolesti i lijekova koji imaju posebno propisan način odobravanja (citostatici, lijekovi za hemofiliju, imunoglobulini, biološka terapija) koji se priznaju po stvarnom utrošku.

Član 17

Zdravstvena ustanova je u obavezi da počev od prijema do otpusta osiguranog lica, evidentira i šifrira sve dijagnoze i dijagnostičko-terapeutske postupke u skladu sa pravilima DRG šifriranja.

Kombinovanjem dobijenih šifara iz stava 1 ovog člana kroz DRG softver (u daljem tekstu: gruper), pojedinačni slučaj iz člana 16 ovog pravilnika razvrstava se u odgovarajući DRG koja nosi određeni težinski koeficijent (u daljem tekstu: koeficijent).

Pravila šifriranja iz stava 1 ovog člana čine sastavni dio ovog pravilnika.

Član 18

Pojedinačni slučajevi kojima je dodijeljen odgovarajući koeficijent sabiraju se kako bi se dobio zbir koeficijenata.

Sredstva iz budžeta predviđena za DRG plaćanje dijele se sa zbirom koeficijenata iz stava 1 ovog člana, tako da se dobija vrijednost osnovnog koeficijenta.

Cijena DRG utvrđuje se množenjem koeficijenta DRG sa vrijednošću osnovnog koeficijenta.

Član 19

Zdravstvena ustanova je u obavezi da za svako osigurano lice kojem je dodijeljen odgovarajući DRG iz člana 17 stav 2 ovog pravilnika, ovjeri fakturu i mjesečno prenese sve ovjerene fakture Fondu.

Član 20

Ukoliko zdravstvena ustanova zbog nedostatka potrebnih medicinskih kapaciteta nije u mogućnosti da završi liječenje osiguranog lica do kraja liječenja, te iz tog razloga izvrši premještaj osiguranog lica u drugu zdravstvenu ustanovu, zdravstvenoj ustanovi koja vrši premještaj, priznaće se 50% vrijednosti osnovnog koeficijenta.

Ukoliko nastupi smrt osiguranog lica na dan prijema u zdravstvenu ustanovu priznaće se 30 % vrijednosti osnovnog koeficijenta.

Kad je osigurano lice primljeno i otpušteno isti dan, a nije obavljena nijedna procedura, zdravstvena usluga će se obračunati po koeficijentu 0%.

Član 20a

Cijene specijalističko-konsultativnih, dijagnostičkih i bolničkih zdravstvenih usluga koje pružaju zdravstvene ustanove van Zdravstvene mreže, na osnovu zaključenog ugovora o pružanju usluga u skladu sa zakonom, Fond može utvrditi posebnim cjenovnikom, u skladu sa kriterijumima iz člana 2 ovog pravilnika.

IV NAČIN PLAĆANJA PROGRAMSKIH AKTIVNOSTI JAVNOG ZDRAVLJA

Član 21

Programske aktivnosti iz javnog zdravlja plaćaju se u iznosu utvrđenom godišnjim budžetom Fonda.

V NAČIN PLAĆANJA LJEKOVA I MEDICINSKIH SREDSTAVA

Član 22

Plaćanje lijekova koji se propisuju i izdaju na recept na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, vrši se po cijenama utvrđenim Odlukom o utvrđivanju liste lijekova koji se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Lista lijekova) uvećanih za uslugu izdavanja lijeka i radnu taksu za izradu magistralnog lijeka prema cjenovniku Fonda.

Izuzetno, lijekovi kojima nije definisana cijena Listom lijekova i medicinska sredstva, plaćaju se po neto nabavnim cijenama uvećanim za propisanu maržu od 6% u skladu sa Uredbom o kriterijumima za formiranje maksimalnih cijena lijekova, uvećanim za uslugu izdavanja lijeka i radnu taksu za izradu magistralnog lijeka prema cjenovniku Fonda.

Član 23

Plaćanje lijekova koji se na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja primjenjuju u liječenju osiguranih lica u zdravstvenim ustanovama, a koji nijesu obuhvaćeni cijenom zdravstvene usluge, vrši se po cijenama utvrđenim Listom lijekova.

Izuzetno, lijekovi kojima nije definisana cijena Listom lijekova i medicinska sredstva, plaćaju se po neto nabavnim cijenama uvećanim za propisanu maržu od 6% u skladu sa Uredbom o kriterijumima za formiranje maksimalnih cijena lijekova.

VI FAKTURISANJE, IZVJEŠTAVANJE I KONTROLA

Član 24

Zdravstvena ustanova će ispostavljati Fondu fakture do 10-og u mjesecu za prethodni mjesec, u elektronskoj formi sa odgovarajućim priložima - izvještajima.

Fond će na osnovu uvida u medicinsku i drugu dokumentaciju vršiti kontrolu dostavljenih faktura zdravstvenih ustanova i kontrolu ispravnosti evidentiranja pruženih zdravstvenih usluga.

Član 25

Odredbe ovog pravilnika primjenjuju se na zdravstvene ustanove primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u skladu sa Odlukom o mreži zdravstvenih ustanova i na zdravstvene ustanove sekundarnog i tercijarnog nivoa van Zdravstvene mreže sa kojima Fond ima zaključen ugovor u skladu sa zakonom.

Plaćanje zdravstvenih usluga akutnog bolničkog liječenja po DRG, ne primjenjuje se na Specijalnu bolnicu za psihijatriju Kotor, Specijalnu bolnicu za plućne bolesti "dr Jovan Bulajić" Brezovik.

VII ZAVRŠNE ODREDBE

Član 26

Odredbe čl. 16 do 20 ovog pravilnika primjenjivaće se počev od 01.01.2019. godine.

Član 27

Ovaj pravilnik stupa na snagu danom objavljivanja u "Službenom listu Crne Gore".

NAPOMENA IZDAVAČA:

Priloge koji su sastavni dio ovog propisa možete pogledati ovdje.