

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРАЊЕ ЦРНЕ ГОРЕ**

Број: 01-4441

Подгорица, 16.05.2024. године

Фонд за здравствено осигурање Црне Горе, на основу члана 30 став 1 Закона о слободном приступу информацијама (“Сл. лист ЦГ” бр. 44/12, 30/17) и члана 18 Закона о управном поступку (“Сл. лист ЦГ” бр. 56/14, 20/15, 40/16, 37/17), поступајући по захтјеву за слободан приступ информацијама Мреже за афирмацију невладиног сектора – МАНС, број 148422 од 14.05.2024. године, ул. Далматинска 188 Подгорица, доноси

Р Ј Е Ш Е Њ Е

I Усваја се захтјев за слободан приступ информацијама Вање Ћаловић Марковић, извршне директорице Мреже за афирмацију невладиног сектора – МАНС, Подгорица, број 148422 од 14.05.2024. године (број пријема 01-4236 од 14.05.2024. године) којим се тражи „копија акта који садржи методологију коју службеници Фонда користе приликом контроле рада Стоматолошких ординација“.

II Приступ предметној информацији оствариће се достављањем исте путем електронске поште на емаил spi@mans.co.me, што је опциони начин достављања информације предвиђен предметним захтјевом, с обзиром да је орган власти посједује у електронској форми.

III Трошкова поступка није било.

IV Жалба против овог рјешења не одлаже његово извршење.

О б р а з л о ж е њ е

Вања Ћаловић Марковић, извршна директорица Мреже за афирмацију невладиног сектора - МАНС поднијела је Фонду за здравствено осигурање Црне Горе захтјев за слободан приступ информацијама, број 148422 од 14.05.2024. године (број пријема 01-4236 од 14.05.2024. године) којим се тражи копија акта који садржи методологију коју службеници Фонда користе приликом контроле рада Стоматолошких ординација“.

У поступку по захтјеву именоване утврђено је да се тражена информација налази у посједу Фонда за здравствено осигурање, а приступ предметној информацији оствариће се се достављањем исте путем електронске поште на емаил spi@mans.co.me , што је опциони начин достављања информације предвиђен предметним захтјевом, с обзиром да је орган власти посједује у електронској форми, као и да не постоје додатни трошкови скенирања.

На основу изложеног, сходно члану 30 став 1 Закона о слободном приступу информацијама, одлучено је као у диспозитиву рјешења.

У складу са чланом 36 Закона о слободном приступу информацијама жалба на рјешење којим се дозвољава приступ информацији не одлаже извршење рјешења.

ПРАВНА ПОУКА: Против овог рјешења може се изјавити жалба Агенцији за заштиту личних података и слободан приступ информацијама, у року од 15 дана од дана његовог пријема, преко овог органа.

ДОСТАВЉЕНО:

- подносиоци захтјева,
- списи предмета,
- а/а.

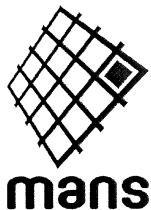
Обрадио:
Милан Ђођић



ДИРЕКТОР

др Вук Кадих





Mreža za afirmaciju nevladinog sektora - MANS

Dalmatinska 188, 81000 Podgorica, Crna Gora
Tel/Mob: +382 20 266 326; 266 327; 266 328; +382 69 446 094
+382 67 262 724
mans@t-com.me, www.mans.co.me

FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PODGORICA			
Primljeno:	14. 05. 2024		
Org. jed.	Br. akta	Prilog	Vrijednost
01	4236		

NVO MANS

Broj: 148422
Podgorica, 14.05.2024.

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore

Predmet: Zahtjev za slobodan pristup informacijama

Poštovani,

Molimo Vas da nam na osnovu Zakona o slobodnom pristupu informacijama dostavite KOPIJU akta koji sadrži metodologiju koju službenici Fonda koriste prilikom kontrole rada Stomatoloških ordinacija.

Rješenje donešeno po ovom zahtjevu i KOPIJE traženih informacija možete dostaviti na adresu Dalmatinska ulica broj 188, 81000 Podgorica ili ih poslati na e-mail adresu spi@mans.co.me.

U slučaju da tražene informacije već posjedujete u elektronskoj formi, te da ne postoje dodatni troškovi njihovog skeniranja, možete ih dostaviti na e-mail adresu spi@mans.co.me.

Podnosilac zahtjeva:

Vanja Čalović Marković

Izvršni direktor NVO MANS

V. Čalović

Ove informacije mogu biti tražene u okviru redovnih aktivnosti MANS-a ili po zahtjevu građana, novinara ili nevladinih organizacija kojima pružamo pomoć da dođu do podataka putem mobilne aplikacije „Pitajte institucije“.

Наслов **Fond za zdravstveno osiguranje**

Од <milan.djodjic@rfzcg.co.me>

За Spi <spi@mans.co.me>

Цц Kabinet <kabinet@rfzcg.co.me>

Датум 2024-05-16 12:27



-
- 01-4441.pdf (289 KB)
 - Odluka o rasporedu i nacinu placanja stomatoloske zdravstvene zastite, 2024.pdf (137 KB)
 - Metodologija odredjivanja vrijednsoti kapitacije i cijena zdravstvenih usluga.pdf (180 KB)
 - Pravilnik o kriterijumima za utvrdjivanje cijena i nacinu placanja zdravstvenih usluga.pdf (111 KB)
-

Poštovana,

U prilogu Vam, po Rješenju Fonda, broj 01-4441 od 16.05.2024. godine, dostavljamo informaciju traženu Vašim zahtjevom za slobodan pristup informacijama broj 148422 od 14.05.2024. godine.

S poštovanjem,

--

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore

Milan Đodić

Samostalni savjetnik ,

Kontakt telefon: 020 404 121

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),
3. Pravilnik o izmjenama Pravilnika o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga ("Službeni list Crne Gore", br. 146/22 od 28.12.2022),
4. Ispravka Pravilnika o izmjenama Pravilnika o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga ("Službeni list Crne Gore", br. 001/23 od 04.01.2023),
5. Pravilnik o izmjenama Pravilnika o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga ("Službeni list Crne Gore", br. 045/23 od 26.04.2023), 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, 146/22 od 28.12.2022,
001/23 od 04.01.2023, 045/23 od 26.04.2023)**

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 propisima koji regulišu oblast zarada u javnim zdravstvenim ustanovama,
- 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 kapitacije i naknade za usluge u odnosu 50%:50% utvrđenih finansijskih sredstava.

Član 7

Plaćanje kapitacijom 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 kapitacije 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 propisima koji regulišu oblast zarada u javnim zdravstvenim ustanovama.

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 prilogima - 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".

Broj dodatnih koeficijenata se dijeli sa brojem osiguranih lica i dobija se broj dodatnih koeficijenata po osiguranom licu. To znači da se osnovni broj koeficijenata uvećava za svako osigurano lice za utvrđenu vrijednost dodatnih koeficijenata.

NAPOMENA IZDAVAČA:

Priloge koji su sastavni dio ovog propisa možete pogledati ovdje.

ODREDBE KOJE NIJESU UŠLE U PREČIŠĆEN TEKST**PRAVILNIK O IZMJENAMA PRAVILNIKA O KRITERIJUMIMA ZA UTVRĐIVANJE
CIJENA I NAČINU PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA**

("Službeni list Crne Gore", br. 146/22 od 28.12.2022)

Član 2

Utvrdjuje se izmijenjena Metodologija određivanja vrijednosti kapitacije i cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja čini sastavni dio ovog pravilnika.

OBRAZLOŽENJE

U skladu sa zakonskim i statutarnim ovlaštenjima, Upravni odbor Fonda je donio Pravilnik o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga ("Službeni list Crne Gore" br. 42/18 i 94/21).

Navedenim aktom definisan je način plaćanja zdravstvenih usluga na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, saglasno postojećoj regulativi kojom je definisan obim i način pružanja zdravstvene zaštite.

Odredbama čl. 6 do 12 definiše se način plaćanja primarne zdravstvene zaštite, sa pozivom na Metodologiju određivanja vrijednosti kapitacije i cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja čini sastavni dio ovog pravilnika. Shodno istoj, plaćanje izabranih doktora za odrasle, izabranih doktora za djecu i izabranih ginekologa, vrši se kombinacijom plaćanja kapitacijom i naknadom za usluge u odnosu 50%:50%.

Granski kolektivni ugovor za zdravstvenu djelatnost je u ranije važećem članu 10 predviđao da se način obračuna zarade za zaposlene u zdravstvenim ustanovama u kojima se pružaju usluge primarne zdravstvene zaštite koje se ostvaruju putem izabranog tima ili izabranog doktora, uređuje Metodologijom određivanja vrijednosti kapitacije i cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Shodno tome, u posebnom poglavlju Metodologije "Interna realokacija sredstava" date su smjernice i predložen mehanizam interne realokacije u okviru zdravstvene ustanove, tačnije na koji način da se, od sredstava dobijenih od Fonda za zdravstveno osiguranje na osnovu ispostavljenih faktura i učešća pojedinog tima u ukupnoj fakturi za organizacionu jedinicu, izvrši preraspodjela između pojedinih timova izabranih doktora shodno njihovom radnom učinku.

Da bi se za sve domove zdravlja obračun zarada za izabrane doktore i medicinske sestre odnosno tehničare iz tima vršio na jedinstven način odnosno shodno rezultatima rada, Upravni odbor Fonda je donio Odluku o načinu obračuna zarade izabranog doktora i medicinske sestre odnosno tehničara u timu izabranog doktora u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja je bila u primjeni do 01.12.2022. godine.

Kako je donošenjem Granskog kolektivnog ugovora o izmjenama GKU za zdravstvenu djelatnost ("Sl. list CG" br. 130/22) koji je stupio na snagu 01.12.2022. godine, brisan član 10 ranije važećeg GKU, to je u skladu sa istim Upravni odbor Fonda donio Odluku o stavljanju van snage Odluke o načinu obračuna zarade izabranog doktora i medicinske sestre odnosno tehničara u timu izabranog doktora u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zbog navedenih izmjena, potrebno je izvršiti izmjenu Metodologije na način da se iz iste briše poglavlje "Interna realokacija sredstava" i vrše druge izmjene koje se odnose na obračun zarada za izabrane doktore i medicinske sestre odnosno tehničare iz tima.

Shodno navedenom, donijeta je izmijenjena Metodologija kojom prestaje da važi Metodologija koja je objavljena uz Pravilnik o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga ("Službeni list Crne Gore" br. 42/18 i 94/21).

Takođe, došlo je do potrebe za izmjenama čl. 2 i 14 iz razloga što su Zakonom o zaradama zaposlenih u javnom sektoru, od 1. jula 2022. godine po prvi put utvrđeni koeficijenti složenosti poslova za zaposlene u zdravstvu sa zvanjem ljekar subspecijalista, ljekar specijalista, ljekar specijalista stomatologije, doktor medicine i doktor stomatologije.

² Tako npr. opština u Crnoj Gori sa indeksom razvijenosti 40 dobija 30% uvećanja osnovnog koeficijenta. Ukupan mogući broj osnovnih koeficijenata za tu opštinu je, na taj način, uvećan za 30% i dobijen je broj dodatnih koeficijenata po osnovu ranga razvijenosti.

³ Ako je prosječan br. stanovnika po km² na teritoriji Crne Gore 45,4, to je opština sa gustom naseljenosti od 3,7 stanovnika po km² dobila uvećanje osnovnog koeficijenta za 20,84% po osnovu gustine naseljenosti.

FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE CRNE GORE

**METODOLOGIJA ODREĐIVANJA VRIJEDNOSTI KAPITACIJE I CIJENA
ZDRAVSTVENIH USLUGA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Podgorica, 2023. godine

1. UVOD

Metodologija određivanja vrijednosti kapitacije i cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zasniva se na finansiranju:

- primarne zdravstvene zaštite u dijelu rada izabranih doktora kombinacijom plaćanja putem kapitacije i naknade za usluge;
- dijela primarne zdravstvene zaštite u oblasti stomatologije, centara i jedinica za podršku plaćanjem naknade za usluge;
- dijela primarne zdravstvene zaštite u oblasti rada Centra za prevenciju po sprovedenim programima;
- hitne medicinske pomoći kroz paušalno plaćanje vrijednosti timova.

Metodologija određivanja vrijednosti kapitacije i cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u osnovi predstavlja prospektivno planiranje i finansiranje. Fond za zdravstveno osiguranje plaća najviše onoliko usluga (odnosno bodova) koliko je planirano na osnovu normativa i očekivanih potreba za određenim zdravstvenim uslugama, a ne onoliko koliko zdravstvene ustanove mogu da pruže i samim tim da fakturišu.

Ciljevi modela plaćanja primarne zdravstvene zaštite u Crnoj Gori su:

- Unapređenje efikasnosti finansiranja primarne zdravstvene zaštite;
- Unapređenje kvaliteta zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
- Održavanje i unapređenje finansijske stabilnosti javnog zdravstvenog sektora;
- Unapređenje jednakog pristupa primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
- Stimulisanje pružanja preventivnih usluga;
- Unapređenje efektivnosti alokacije javnih sredstava.

2. ODREĐIVANJE VRIJEDNOSTI KAPITACIJE I CIJENA ZDRAVSTVENIH USLUGA IZABRANIH DOKTORA

Kapitacija predstavlja mehanizam plaćanja u kome doktor pojedinac odnosno zdravstvena ustanova dobija unaprijed određeni fiksni iznos sredstava za određeni vremenski period, za svako osigurano lice koje se opredijelilo za tog doktora odnosno zdravstvenu ustanovu, kako bi se obezbijedilo pružanje svih predviđenih zdravstvenih usluga. Iznos novca koji se obezbjeđuje je unaprijed definisan i ne zavisi od vrste usluge pružene u tom periodu. Kod ovog načina plaćanja doktor pojedinac odnosno zdravstvena ustanova preuzimaju dio rizika pri obezbjeđivanju zdravstvene zaštite, zbog toga što se unaprijed znaju sredstva namijenjena pružanju zdravstvenih usluga, dok se samo može pretpostaviti koje će zdravstvene usluge biti pružene u istom vremenskom periodu.

Iznos kapitacije se određuje u odnosu na raspoloživa sredstva i očekivane troškove pružanja zdravstvene zaštite. Pojedina osigurana lica će imati veću potrebu za zdravstvenom zaštitom i trebaće im liječenje koje košta mnogo više nego što je iznos utvrđen kapitulacijom, dok drugi neće imati potrebu za zdravstvenom zaštitom i neće im trebati zdravstvene usluge.

2.1. Način plaćanja izabranih doktora

Polovinu (50%) svojih prihoda zdravstvena ustanova ostvaruju putem kapitacije, a drugu polovinu (50%) fakturisanjem unaprijed definisanih usluga. Na ovaj način se minimalizuju loše strane ovih načina plaćanja, a potenciraju se dobre strane. Ukoliko bi se koristila kapitacija kao jedini mehanizam plaćanja onda bi izabrani doktori bili stimulisani da pružaju što manje usluga, s obzirom da prihod zdravstvene ustanove ne zavisi od broja usluga koje pružaju već od broja opredijeljenih osiguranih lica i njihove starosne strukture. Zbog toga bi se moglo dogoditi da oni ne liječe adekvatno osigurana lica koja su ih izabrala. S druge strane, ukoliko bi se kao mehanizam plaćanja primijenilo plaćanje naknadom za uslugu, onda bi izabrani doktori bili stimulisani da pruže što više usluga bez obzira na to da li su one stvarno potrebne ili ne, te bi troškovi pružanja zdravstvene zaštite stalno rasli.

Utvrđene vrijednosti kapitacije nisu iste za sva područja u Crnoj Gori. Naime, specifičnosti pojedinih područja Crne Gore u dijelu finansiranja su uvažena uvođenjem dodatnih koeficijenata.

Sastav timova izabranih doktora utvrđen je propisom Ministarstva zdravlja, kojim je definisan normativ kadra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i svaka izmjena tog dokumenta za posledicu ima i preračun vrijednosti timova, kako u finansijskom smislu tako i u broju bodova koje izabrani tim treba da pruži.

Dok jedan dio naknade izabrani doktori odnosno zdravstvena ustanova ostvaruju putem kapitacije, drugi dio naknade izabrani doktori odnosno zdravstvena ustanova ostvaruju plaćanjem naknade za uslugu. Ovaj mehanizam plaćanja podrazumijeva da se plaćanje vrši samo nakon pružene usluge i ukupan iznos tog dijela fakture direktno zavisi od broja pruženih usluga i njihovih cijena do maksimalno utvrđenog iznosa.

2.2. Koeficijenti po starosnim grupama

Kapitacija podrazumijeva da se sredstva dijele samo na osnovu broja opredijeljenih osiguranih lica. Međutim, pošto očekivana potreba za zdravstvenom zaštitom nije ista kod svih osiguranih lica i ona, prije svega, zavisi od njihove starosti, uvedeni su koeficijenti za pojedine grupe osiguranih lica u zavisnosti od njihove starosne strukture, koji imaju za cilj da iskažu očekivanu potrebu za zdravstvenom zaštitom pojedinih grupa osiguranih lica.

Utvrđeno je sedam starosnih grupa za osigurana lica i određeni sledeći koeficijenti:

- **grupa 1** - za osigurana lica starosti do 1 godine – koeficijent 3,00;
- **grupa 2** - za osigurana lica starosti od 1 do 7 godina – koeficijent 1,90;
- **grupa 3** - za osigurana lica starosti od 7 - 19 godina – koeficijent 0,88;
- **grupa 4** - za osigurana lica starosti od 19 - 50 godina – koeficijent 0,84;
- **grupa 5** - za osigurana lica starosti od 50 - 65 godina – koeficijent 1,40;
- **grupa 6** - za osigurana lica starosti od 65 - 75 godina – koeficijent 2,20;
- **grupa 7** - za osigurana lica starosti preko 75 godina - koeficijent 3,00.

Posebni koeficijenti su utvrđeni za 5 starosnih grupa za ginekološku zdravstvenu zaštitu i to:

- **grupa 8** - za osigurana lica starosti do 20 godina – koeficijent 0,20;
- **grupa 9** - za osigurana lica starosti od 20 - 40 godina – koeficijent 0,55;
- **grupa 10** - za osigurana lica starosti od 40 - 65 godina – koeficijent 0,25;
- **grupa 11** - za osigurana lica starosti preko 65 godina – koeficijent 0,15;
- **grupa 12** - za osigurana lica u trudnoći – koeficijent 2,25.

2.3. Dodatni koeficijenti

Specifičnosti Crne Gore, u dijelu finansiranja, za manje razvijene i opštine sa manjom gustinom naseljenosti uvažene su kroz uvođenje dodatnih koeficijenata koji se dodaju na osnovni koeficijent za svako osigurano lice koje izabere svog doktora na teritoriji neke od tih opština.

Kao kriterijumi za određivanje dodatnih koeficijenata korišćeni su podaci o rangu razvijenosti i gustini naseljenosti pojedinih opština¹.

- Rang razvijenosti: kao bazni parametar uzeta je prosječna razvijenost u Crnoj Gori koja je označena sa 100. Sve opštine koje imaju manji rang razvijenosti od 100 su rangirane na način da se za svaka dva indeksna poena niže razvijenosti dodaje 1% u odnosu na osnovni koeficijent². Broj dodatnih koeficijenata se dijeli sa brojem osiguranih lica i dobija se broj dodatnih koeficijenata po osiguranom licu. To znači da se osnovni broj koeficijenata uvećava za svako osigurano lice za utvrđenu vrijednost dodatnih koeficijenata.
- Gustina naseljenosti: iskazana je na osnovu broja stanovnika po kvadratnom kilometru. Kao bazna vrijednost uzet je prosječan broj stanovnika po km² na teritoriji Crne Gore. Svim opštinama koje imaju nižu gustinu naseljenosti od prosječne se na svaka dva indeksna poena niže gustine naseljenosti dodaje 1% uvećanja osnovnog koeficijenta³.

Kod svake opštine su izračunati kumulativni dodatni koeficijenti korišćenjem ova dva kriterijuma.

¹ Izvor: Pravilnik o utvrđivanju liste stepena razvijenosti jedinice lokalne samouprave i Monstat

² Tako npr. opština u Crnoj Gori sa indeksom razvijenosti 40 dobija 30% uvećanja osnovnog koeficijenta. Ukupan mogući broj osnovnih koeficijenata za tu opštinu je, na taj način, uvećan za 30% i dobijen je broj dodatnih koeficijenata po osnovu ranga razvijenosti.

³ Ako je prosječan br.stanovnika po km² na teritoriji Crne Gore 45,4, to je opština sa gustinom naseljenosti od 3,7 stanovnika po km² dobila uvećanje osnovnog koeficijenta za 20,84% po osnovu gustine naseljenosti.

Dodatni broj koeficijenata za svako osigurano lice koje pravo na zdravstvenu zaštitu ostvaruje u opštinama koje su, bilo po rangu razvijenosti bilo po osnovu gustine naseljenosti, ispod utvrđenog prosjeka, omogućuje da se pokriju veći troškovi poslovanja koje imaju zdravstvene ustanove – pružaoci zdravstvenih usluga u ruralnim krajevima Crne Gore (veći troškovi energenata neophodnih za grijanje, pokriće rada seoskih ambulanti, sanitetski prevoz i dr.).

Dodatni koeficijenti koji se po svakom osiguranom licu dodaju na osnovni koeficijent po pojedinim opštinama su:

- za opštinu Andrijevića	0,58
- za opštinu Berane	0,23
- za opštinu Petnjica	0,58
- za opštinu Bijelo Polje	0,30
- za opštinu Cetinje	0,33
- za opštinu Danilovgrad	0,05
- za opštinu Kolašin	0,51
- za opštinu Mojkovac	0,40
- za opštinu Nikšić	0,17
- za opštinu Plužine	0,31
- za opštinu Šavnik	0,68
- za opštine Plav i Gusinje	0,42
- za opštinu Pljevlja	0,33
- za opštinu Žabljak	0,43
- za opštinu Rožaje	0,27
- za opštinu Ulcinj	0,15

2.4. Prosječan broj koeficijenata po jednom osiguranom licu

Prosječan broj koeficijenata po jednom osiguranom licu dobija se po formuli:

$$V = \Sigma M_i / \Sigma D \text{ gdje je:}$$

V – prosječan koeficijent po jednom osiguranom licu;

M_i – ukupan broj koeficijenata za osigurana lica gdje "i" označava broj koeficijenata u svakoj starosnoj grupi;

D – ukupan broj osiguranih lica.

2.5. Izračunavanje vrijednosti timova

Vrijednost timova izabranih doktora, izračunava se na osnovu:

- vrijednosti bruto zarada i ostalih ličnih primanja tima izabranog doktora (dobijenih na osnovu koeficijenata za utvrđivanje zarade po osnovu potrebne stručnosti i složenosti poslova, obračunske vrijednosti koeficijenta, startnog dijela zarade, uvećanja zarade po osnovu prosječnih troškova minulog rada i ostalih uvećanja u skladu sa propisima koji regulišu oblast zarada i ostalih ličnih primanja u javnim zdravstvenim ustanovama) i
- tekućih materijalnih troškova (u koje su uključeni troškovi lijekova i ostalih medicinskih sredstava u zdravstvenoj ustanovi, amortizacije, stručnog usavršavanja i ostali troškovi koji su utvrđeni na osnovu procjena i analiza ostvarenih rashoda u ranijim godinama).

Ukupna vrijednost tima je dobijena po formuli:

$$G = K + (K / A \times 100 - K) \text{ gdje je:}$$

G - vrijednost tima;

K - vrijednost bruto zarada i ostalih ličnih primanja;

A - procenat učešća bruto zarada i ostalih ličnih primanja u ukupnoj vrijednosti tima.

Procenat učešća materijalnih troškova u vrijednosti timova izabranih doktora utvrđuje Fond za zdravstveno osiguranje na osnovu dosadašnjih iskustava i podataka o troškovima pojedinih organizacionih cjelina domova zdravlja. U ukupan iznos materijalnih troškova uključeno je i stručno usavršavanje koje iznosi 3% od bruto zarada zdravstvenih radnika i amortizacija u vrijednosti 7% ukupnih izdataka (dok svi ostali troškovi čine 93%).

2.6. Prosječan broj bodova po osiguranom licu

Prosječan broj bodova po jednom osiguranom licu se dobija po formuli:

$$C = [(T \times B) + (I \times J)] / L \times 100 \text{ gdje je:}$$

C - prosječan broj bodova po jednom osiguranom licu;
T - prosječan broj prvih pregleda po jednom osiguranom licu;
B - vrijednost prvog pregleda u bodovima;
I - prosječan broj ponovnih pregleda po jednom osiguranom licu;
J - vrijednost ponovnog pregleda u bodovima;
L - % učešća prvih i ponovnih pregleda u ukupnom broju bodova.

Vrijednost jednog koeficijenta u bodovima dobijen je po formuli:

$$E = \Sigma F / \Sigma M_i \text{ gdje je:}$$

E – vrijednost jednog koeficijenta u bodovima;
 ΣF – ukupna suma svih bodova;
 M_i – ukupan broj koeficijenata za osigurana lica gdje "i" označava broj koeficijenata u svakoj starosnoj grupi.

Na osnovu izračunatog ukupnog broja koeficijenata i ukupnog broja bodova, koje izabrani doktori odnosno zdravstvena ustanova mogu fakturirati Fondu za zdravstveno osiguranje, utvrđuje se vrijednost jednog koeficijenta u bodovima. Broj bodova po jednom osiguranom licu se dobija na osnovu broja pregleda koji su kroz metodološka pojašnjenja i procjene potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom dati u Programu zdravstvene zaštite i vrijednosti pregleda u bodovima, kao i na osnovu ostalih podataka iz informacionog sistema Fonda i dosadašnjih analiza i iskustava.

Ukupan broj bodova za sva osigurana lica dijeli se sa ukupnim brojem koeficijenata i na taj način se dobija odnos koeficijent – bod.

2.7. Utvrđivanje vrijednosti koeficijenta i boda

Timovi izabranih doktora odnosno zdravstvena ustanova ostvaruju polovinu svojih prihoda tako što fakturišu troškove na osnovu ukupnog broja koeficijenata i vrijednosti koeficijenta.

Na osnovu broja timova izabranih doktora i vrijednosti tima iskazanom u eurima dobija se ukupan iznos sredstava namijenjenih za finansiranje primarne zdravstvene zaštite u dijelu rada izabranih doktora, od čega se 50% opredjeljuje za kapitulaciju, a 50% na ime naknade za uslugu.

Dijeljenjem sredstava opredjeljenih za kapitulaciju sa ukupnim brojem koeficijenata osiguranih lica koja su izabrala doktora, utvrđuje se vrijednost koeficijenta.

Drugu polovinu svojih prihoda izabrani doktori odnosno zdravstvena ustanova ostvaruju tako što fakturišu pružene usluge osiguranim licima koja su ih izabrala i to do maksimalnog broja bodova, koji je utvrđen na osnovu sredstava namijenjenih za naknadu za uslugu i utvrđene vrijednosti boda. Vrijednost boda utvrđuje se na osnovu vrijednosti koeficijenta i odnosa koeficijent-bod.

Utvrđivanje i usklađivanje vrijednosti koeficijenta i boda vrši Fond za zdravstveno osiguranje, na osnovu parametara neophodnih za izračun vrijednosti kapitulacije i cijena zdravstvenih usluga.

Kod prekoračenja maksimalno dozvoljenog broja bodova za pružene usluge kada se fakturiše veći broj bodova za pružene usluge od maksimalno mogućeg, vrši se umanjenoje vrijednosti boda. To znači, da se prihvata maksimalno utvrđeni iznos i stvaran broj bodova za pružene usluge, ali se umanjuje vrijednost boda.

2.8 Preračunavanje vrijednosti koeficijenta i boda na stvaran broj opredjeljenih osiguranih lica

Kako se neće dogoditi da sva osigurana lica izaberu svoje doktore, vrijednost koeficijenta i boda će varirati u odnosu na broj opredjeljenih osiguranih lica, kako bi planirana sredstva za primarnu zdravstvenu zaštitu bila raspoređena domovima zdravlja odnosno izabranim doktorima. To znači da se prosječna vrijednost koeficijenta i boda dobija na

osnovu stvarno opredijeljenih osiguranih lica, odnosno sa povećanjem broja registrovanih osiguranih lica dolazi do smanjenja vrijednosti koeficijenta i boda.

2.9. Izračunavanje efektivnih radnih sati

Ukupan broj efektivnih radnih sati je 1.610 ili 96.600 efektivnih radnih minuta godišnje.

U toku radne godine od 365 dana ili 52 nedjelje odbijeno je 6 nedjelja i to po osnovu:

- 4 nedjelje za godišnji odmor, vjerske i državne praznike;
- 1 nedjelja za prosječno bolovanje;
- 1 nedjelja za stručno usavršavanje.

Nedjeljno postoji 35 efektivnih radnih sati (pet radnih dana po sedam efektivnih radnih sati, nakon odbitka jednog sata dnevno na ime pripreme i pauze) što za 46 nedjelja iznosi 230 efektivnih radnih dana odnosno 1.610 efektivnih radnih sati ili 96.600 minuta.

2.10. Pretvaranje vremenskih normativa u relativne vrijednosti

Vremenski normativ usluga utvrđen je propisom Ministarstva zdravlja kojim je definisan normativ usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Kod pretvaranja vremenskog normativa usluga u relativne vrijednosti polazi se od odnosa složenosti rada, odnosno potrebne stručnosti i složenosti poslova utvrđene propisima koji regulišu oblast zarada u javnim zdravstvenim ustanovama.

Složenost poslova zaposlenih planira se na osnovu propisa koji regulišu oblast zarada u javnim zdravstvenim ustanovama, tako da se kao osnov - vrijednost 1 uzima visoka stručna sprema doktora medicine sa utvrđenim koeficijentom složenosti poslova. Vrijednost jednog boda rada doktora u minutama utvrđuje Fond za zdravstveno osiguranje, koji služi kao osnov za izračunavanje ukupnog broja bodova u okviru utvrđenog efektivnog radnog vremena u minutama.

Na osnovu odnosa složenosti poslova u skladu sa propisima koji regulišu oblast zarada u javnim zdravstvenim ustanovama i utvrđene vrijednosti jednog boda rada doktora u minutama, vrši se preračun za ostale članove iz sastava tima.

Na osnovu bodovnog normativa usluga (pretvaranjem vremenskog normativa usluga u bodove) i vrijednosti boda izračunava se cijena usluge.

$$E = O \times U, \text{ gdje je}$$

E – cijena usluge;

O – vrijednost jednog boda;

U – normativ usluge izražen u bodovima.

3. ODREĐIVANJE CIJENA ZDRAVSTVENIH USLUGA CENTARA I JEDINICA ZA PODRŠKU, STOMATOLOŠKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Centri i jedinice za podršku i stomatološka zdravstvena zaštita se plaćaju naknadom za uslugu, tako što se Fondu za zdravstveno osiguranje fakturiše svaka pružena usluga prema unaprijed utvrđenoj cijeni, do maksimalnog iznosa sredstava koji jedan tim može da fakturiše.

Sastav timova u centrima i jedinicama za podršku i stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti, utvrđen je propisom Ministarstva zdravlja kojim je definisan normativ kadra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Hitna medicinska pomoć se plaća paušalno po vrijednosti tima i ne zavisi od obima pruženih usluga. Sastav timova hitne medicinske pomoći utvrđen je zakonom kojim se reguliše hitna medicinska pomoć.

3.1. Izračunavanje vrijednosti timova

Vrijednost timova u centrima i jedinicama za podršku, stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti i hitnoj medicinskoj pomoći, izračunava se na osnovu:

- vrijednosti bruto zarada i ostalih ličnih primanja tima (dobijenih na osnovu koeficijenata za utvrđivanje zarade po osnovu potrebne stručnosti i složenosti poslova, obračunske vrijednosti koeficijenta, startnog dijela zarade, uvećanja zarade po osnovu prosječnih troškova minulog rada i ostalih uvećanja u skladu sa propisima koji regulišu oblast zarada i ostalih ličnih primanja u javnim zdravstvenim ustanovama) i
- tekućih materijalnih troškova (u koje su uključeni troškovi lijekova i ostalih medicinskih sredstava u zdravstvenoj ustanovi, amortizacije, stručnog usavršavanja i ostali troškovi koji su utvrđeni na osnovu procjena i analiza ostvarenih rashoda u ranijim godinama).

Ukupna vrijednost tima je dobijena po formuli:

$$G = K + (K / A \times 100 - K) \text{ gdje je:}$$

G – vrijednost tima;

K – vrijednost bruto zarada i ostalih ličnih primanja;

A – procenat učešća bruto zarada i ostalih ličnih primanja u ukupnoj vrijednosti tima.

Procenat učešća materijalnih troškova u ukupnoj vrijednosti tima utvrđuje Fond za zdravstveno osiguranje na osnovu dosadašnjih iskustava i podataka o troškovima pojedinih organizacionih cjelina. U ukupan iznos materijalnih troškova uključeno je i stručno usavršavanje koje iznosi 3% od bruto zarada zdravstvenih radnika i amortizacija u vrijednosti 7% ukupnih izdataka (dok svi ostali troškovi čine 93%).

3.2. Izračunavanje bodovne vrijednosti timova i cijena usluga

Za 96.600 efektivnih radnih minuta za godinu dana za timove u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti, centrima i jedinicama za podršku neophodno je da se ostvari planirani broj bodova.

Na osnovu sastava timova, utvrđenih propisom Ministarstva zdravlja kojim je definisan normativ kadra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, dobijene su bodovne vrijednosti timova u centrima i jedinicama za podršku i stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti, prema formuli:

$$N = (W \times Q) + (W_1 \times Q_1) + (W_2 \times Q_2) + \dots, \text{ gdje je}$$

N – vrijednost tima u bodovima;

W, W₁, W₂ – broj po svakom pojedinačnom članu tima u sastavu tima;

Q, Q₁, Q₂ – broj bodova za svakog pojedinačnog člana tima u sastavu tima.

Broj bodova za svakog pojedinačnog člana tima u sastavu tima se utvrđuje u skladu sa poglavljem 2.11. ove Metodologije.

Izračunate bodovne vrijednosti za pojedine timove istovremeno predstavljaju i njihov planski normativ. Na taj način je utvrđen i maksimalan iznos sredstava koji jedan tim može da fakturiše.

Izuzetno, u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti planski normativ tj. vrijednost tima u bodovima ne služi za utvrđivanje maksimalnog iznosa sredstava za fakturisanje.

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

Kod prekoračenja maksimalnog broja bodova za pružene usluge kada se fakturiše veći broj bodova za pružene usluge od maksimalno mogućeg, vrši se umanjeње vrijednosti boda. To znači, da se priznaje maksimalno utvrđeni iznos i stvaran broj bodova za pružene usluge, ali se umanjuje vrijednost boda.

Na osnovu utvrđenih vrijednosti timova iskazanim u eurima i bodovne vrijednosti timova dobija se vrijednost jednog boda (koji je različit za usluge koje pružaju različiti timovi).

$$O = P / N, \text{ gdje je}$$

O – vrijednost jednog boda;

P – vrijednost tima izražena u eurima;

N – vrijednost tima izražena u bodovima.

Izuzetak od ovog pravila je stomatološka zdravstvena zaštita, gdje se vrši ponderisanje vrijednosti boda, tako da postoji jedinstvena vrijednost boda bez obzira na činjenicu da različiti timovi u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti imaju različite vrijednosti.

Na osnovu bodovnog normativa usluga (pretvaranjem vremenskog normativa usluga u bodove) i vrijednosti boda izračunava se cijena usluge.

$$E = O \times U, \text{ gdje je}$$

E – cijena usluge;

O – vrijednost jednog boda;

U – normativ usluge izražen u bodovima.

4. ODREĐIVANJE VRIJEDNOSTI PROGRAMA CENTRA ZA PREVENCIJU

Centar za prevenciju se finansira na osnovu vrijednosti programa, koji se utvrđuje polazeći od:

- strukture kadra neophodnog za realizaciju programa;
- potrebnog vremena za realizaciju programa po strukturi kadra;
- planiranih troškova za realizaciju programa.

U zavisnosti od broja, strukture i vremena angažovanog kadra, kao i materijalnih troškova neophodnih za realizaciju konkretnih programa ugovaraju se paušalne vrijednosti za programe.

Zdravstvena ustanova, na osnovu Programa zdravstvene zaštite predlaže Fondu za zdravstveno osiguranje programe centara za prevenciju.

5. MONITORING I EVALUACIJA

Pored evidentiranja zdravstvenih usluga koje se pružaju neophodno je i obezbijediti evidentiranje minimalnog seta indikatora koji bi trebalo da pruži osnovne pokazatelje kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga (kao što je odnos prvih i ponovnih pregleda, broj upućenih pacijenata na druge nivoe zdravstvene zaštite itd). Neki od ovih indikatora predstavljaju značajan pokazatelj efikasnosti i racionalnosti pri pružanju zdravstvenih usluga i to:

1. Broj prvih pregleda u odnosu na broj opredijeljenih osiguranih lica;
2. Broj ponovnih pregleda u odnosu na broj opredijeljenih osiguranih lica;
3. Odnos između prvih i ponovnih pregleda;
4. Broj kućnih posjeta u odnosu na broj opredijeljenih osiguranih lica;
5. Broj propisanih recepata u odnosu na broj opredijeljenih osiguranih lica;
6. Broj naloga za ampuliranu terapiju u DZ u odnosu na broj opredijeljenih osiguranih lica;
7. Broj uputa za biohemijsku laboratoriju u odnosu na broj opredijeljenih osiguranih lica;
8. Broj uputa na RTG dijagnostiku (u DZ i van njega) u odnosu na broj opredijeljenih osiguranih lica;
9. Broj uputa za UZ dijagnostiku (u DZ i van njega) u odnosu na broj opredijeljenih osiguranih lica;
10. Broj uputa na konsultativno-specijalističke preglede (u DZ i van njega) u odnosu na broj opredijeljenih osiguranih lica;
11. Broj uputa za stacionarno liječenje u odnosu na broj opredijeljenih osiguranih lica;

Radi praćenja troškova pružanja zdravstvene zaštite neophodno je obezbijediti evidencije, po organizacionim cjelinama doma zdravlja, o utrošku:

1. Ljekova u domu zdravlja;
2. Sanitetskog materijala u domu zdravlja;
3. Laboratorijskog materijala u domu zdravlja;
4. RTG materijala u domu zdravlja;
5. Potrošnog materijala u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti;
6. Energenata;
7. Isplaćenih bruto zarada.

Fond za zdravstveno osiguranje utvrđuje izvještaje za praćenje navedenih indikatora.

Na osnovu člana 69 stav 1 tačka 5 Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Sl. list CG“ br. 145/21), člana 10 Pravilnika o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga („Sl. list CG“, br. 42/18, 94/21, 146/22, 01/23, 45/23 i 93/23) i člana 9 stav 2 tačka 7 Statuta Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore („Sl. list CG“, br. 21/20), Upravni odbor Fonda za zdravstveno osiguranje je na sjednici od 26.01 2024. godine, donio

Odluku

o rasporedu sredstava i načinu plaćanja stomatološke zdravstvene zaštite

Član 1

Ovom odlukom uređuje se način plaćanja davalaca stomatološke zdravstvene zaštite, koji sa Fondom za zdravstveno osiguranje Crne Gore (u daljem tekstu: Fond) imaju zaključen ugovor za pružanje stomatološke zdravstvene zaštite osiguranim licima (u daljem tekstu: ugovorni davalac usluga).

Član 2

Sredstva za finansiranje stomatološke zdravstvene zaštite na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja, utvrđuju se posebnom odlukom o rasporedu sredstava budžeta za određenu budžetsku godinu.

Član 3

Plaćanje stomatološke zdravstvene zaštite ugovornim davaocima usluga vrši se po cijenama stomatoloških usluga, utvrđenim Cjenovnikom usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a najviše u visini sredstava opredijeljenih budžetom za određenu budžetsku godinu.

Član 4

Maksimalna mjesečna vrijednost stomatološkog tima ugovornog davaoca usluga utvrđena je saglasno Metodologiji određivanja vrijednosti kapitacije i cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i iznosi 4.150,00 € i to:

- za tim izabranog stomatologa,
- za tim doktora ortodonta i
- za tim izabranog doktora stomatologa koji pruža i usluge ortodoncije.

Timu doktora iz stava 1 alineja 3 ovog člana, maksimalna mjesečna vrijednost za pružanje usluga ortodoncije iznosi 2.075,00 €.

Član 5

Mjesečna finansijska sredstva za finansiranje stomatološke zdravstvene zaštite utvrđuju se dijeljenjem ukupnih sredstava iz člana 2 ove odluke sa brojem mjeseci u godini.

Mjesečna finansijska sredstva se raspodjeljuju za pružanje usluga izabranog doktora stomatologa i za pružanje ortodontskih usluga.

Mjesečni iznos sredstava za ugovorne davaoce ortodontskih usluga utvrđuje se množenjem maksimalne mjesečne vrijednosti tima doktora ortodonta iz člana 4 ove odluke sa brojem zaključenih ugovora za ortodontske usluge.

Od ukupnog mjesečnog iznosa sredstava za finansiranje stomatološke zdravstvene zaštite iz stava 1 ovog člana oduzima se dio sredstava za pružanje ortodontskih usluga, a preostali dio se raspoređuje na ugovorne davaoce usluga izabranih stomatologa.

Član 6

Raspodjela mjesečnih finansijskih sredstava iz člana 5 stav 4 ove odluke, ugovornim davaocima usluga izabranih stomatologa, vrši se na način da se:

- 50% opredjeljuje u zavisnosti od broja osiguranih lica koja su izabrala tim doktora kao svog izabranog stomatologa, u odnosu na ukupan broj osiguranih lica koja su izabrala doktora stomatologa u Crnoj Gori,
- 35% opredjeljuje u zavisnosti od broja preventivnih i kurativnih usluga koje je tim doktora pružio osiguranim licima, u odnosu na ukupan broj preventivnih i kurativnih usluga pruženih od strane ugovornih davalaca usluga u Crnoj Gori i
- 15% opredjeljuje u zavisnosti od broja protetskih usluga koje je tim doktora pružio osiguranim licima, u odnosu na ukupan broj pruženih protetskih usluga u Crnoj Gori, od strane ugovornih davalaca usluga,

prema podacima iz informacionog sistema Fonda o ostvarenju za prethodni mjesec.

Maksimalna mjesečna vrijednost fakturisanih usluga tima izabranog stomatologa ugovornog davaoca usluga, utvrđena u skladu sa stavom 1 ovog člana, ne može biti veća od maksimalne mjesečne vrijednosti stomatološkog tima iz člana 4 ove odluke.

Član 7

Raspodjela maksimalne mjesečne vrijednosti ugovornog davaoca usluga koji pruža usluge ortodoncije iz člana 4 ove odluke vrši se na način da se :

- 70% sredstava opredjeljuje za usluge pregleda, planiranja terapije i izrade ortodontskog aparata i
- 30% sredstava opredjeljuje za usluge praćenja toka ortodontskog liječenja.

Član 8

Mjesečna finansijska sredstva koja ne budu utrošena nakon ispostavljenih faktura, prenose se u sljedeći mjesec radi raspodjele ugovornim davaocima usluga.

Član 9

Odluka stupa na snagu danom donošenja, a primjenjuje se od 01.02.2024. godine.

Član 10

Danom početka primjene ove odluke prestaje da važi Odluka o rasporedu sredstava i načinu plaćanja stomatološke zdravstvene zaštite br. 01-4787 od 03.06.2022. godine.

FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE UPRAVNI ODBOR

Broj: 01-702

Podgorica, 26.01, 2024. godine

Predsjednica,

dr Ana Nenezić



OBRAZLOŽENJE

Pravni osnov za donošenje odluke o rasporedu sredstava i načinu plaćanja stomatološke zdravstvene zaštite sadržan je u članu 10 Pravilnika o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga („Sl. list CG“, br. 42/18, 94/21, 146/22, 01/23, 45/23 i 93/23), kojim je propisano da se plaćanje stomatološke zdravstvene zaštite vrši po cijenama stomatoloških usluga, a najviše u visini sredstava opredijeljenih budžetom u skladu sa posebnom odlukom Fonda.

Razlog za donošenje predmetne odluke je taj što Odlukom o mreži zdravstvenih ustanova („Sl. list CG“, br. 84/21, 12/23 i 49/23) nijesu utvrđeni davaoci usluga primarne stomatološke zdravstvene zaštite u Crnoj Gori, te Fond na osnovu upućenog javnog poziva zaključuje ugovore sa svim davaocima stomatoloških zdravstvenih usluga koji ispunjavaju uslove tražene javnim pozivom. Pri tome, budžetom Fonda su ograničena finansijska sredstva opredijeljena za finansiranje stomatološke zdravstvene zaštite u privatnim ambulantama sa kojima Fond ima zaključen ugovor.

Važeća Odluka o rasporedu sredstava i načinu plaćanja stomatološke zdravstvene zaštite br. 01-4787, donijeta je na sjednici Upravnog odbora Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore od 03.06.2022. godine, a u primjeni je od 01.07.2022. godine.

Navedenom odlukom, odredbom člana 4 utvrđena je maksimalna mjesečna vrijednost stomatološkog tima ugovornog davaoca usluga, a odredbama čl. 5, 6 i 7 definisan je način raspodjele mjesečnih finansijskih sredstava opredijeljenih budžetom za finansiranje stomatološke zdravstvene zaštite između izabranih doktora stomatologa i specijalista ortodonata. Odlukom je takođe utvrđeno da se neutrošena mjesečna finansijska sredstva prenose u naredni mjesec tj. dodaju se mjesečnim finansijskim sredstvima za naredni mjesec.

Bliži elementi, način utvrđivanja cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i druga pitanja od značaja za formiranje cijena zdravstvenih usluga utvrđeni su Metodologijom određivanja vrijednosti kapitanije i cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (u daljem tekstu: Metodologija). Metodologijom su, pored ostalog, dati parametri za izračun vrijednosti stomatološkog tima iskazane u eurima, koja je polazna osnova za utvrđivanje cijena stomatoloških usluga. Vrijednost stomatološkog tima ujedno predstavlja maksimalnu mjesečnu vrijednost stomatološkog tima ugovornog davaoca usluga.

Kako su Odlukom o izmjeni Cjenovnika usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti br. 01-~~701~~ od ~~26.04~~ 2024. godine povećane cijene usluga stomatološke zdravstvene zaštite, prije svega kao rezultat povećanja vrijednosti stomatološkog tima iskazane u eurima, to je uslovilo potrebu za povećanjem maksimalne mjesečne vrijednosti stomatološkog tima sa 3.450,00 € na 4.150,00 €, dok je za tim izabranog doktora stomatologa koji pruža i usluge ortodoncije maksimalna mjesečna vrijednost za pružanje usluga ortodoncije povećana sa 1.725,00 € na 2.075,00 €.

U ostalom dijelu Odluka ostaje neizmijenjena.