

ни гласник Републике Српске”, бр. 13/12, 21/15 и 62/18) члан 11. мијења се и гласи: “За обављање послова из дјелокруга Агенције систематизује се 14 радних мјеста са 14 извршилаца. Поред услова утврђених законом за обављање послова сваког појединачног радног мјеста, запослени морају испуњавати услове прописане овим правилником”.

Члан 2.

Послије члана 16. додаје се нови члан 16а, који гласи:

“Члан 16а.

Виши стручни сарадник за рад са јединицама локалне самоуправе

Опис послова: припрема извјештаје, информације, анализе, програме и друге материјале из области сарадње Агенције са локалним субјектима безбједности саобраћаја, подстиче и прати рад локалних савјета за безбједност саобраћаја, припрема анализе битних показатеља безбједности саобраћаја на локалном нивоу, организује тематске радионице и округле столове са представницима локалне самоуправе, учествује у организацији и реализацији превентивно-промотивних послова у области безбједности сао-

браћаја на локалном нивоу, учествује у изради подзаконских аката, програма и пројеката из области безбједности саобраћаја, прати реализацију стратешких докумената, те обавља и друге послове по налогу непосредног руководиоца и директора. За свој рад одговара непосредном руководиоцу.

Број извршилаца: 1 (један).

Категорија: државни службеник шесте категорије.

Звање: виши стручни сарадник трећег звања.

Услови: VII степен стручне спреме, саобраћајни факултет - смјер друмски саобраћај или транспорт, најмање једна година радног искуства у траженом степену образовања, положен стручни испит за рад у републичким органима управе.”.

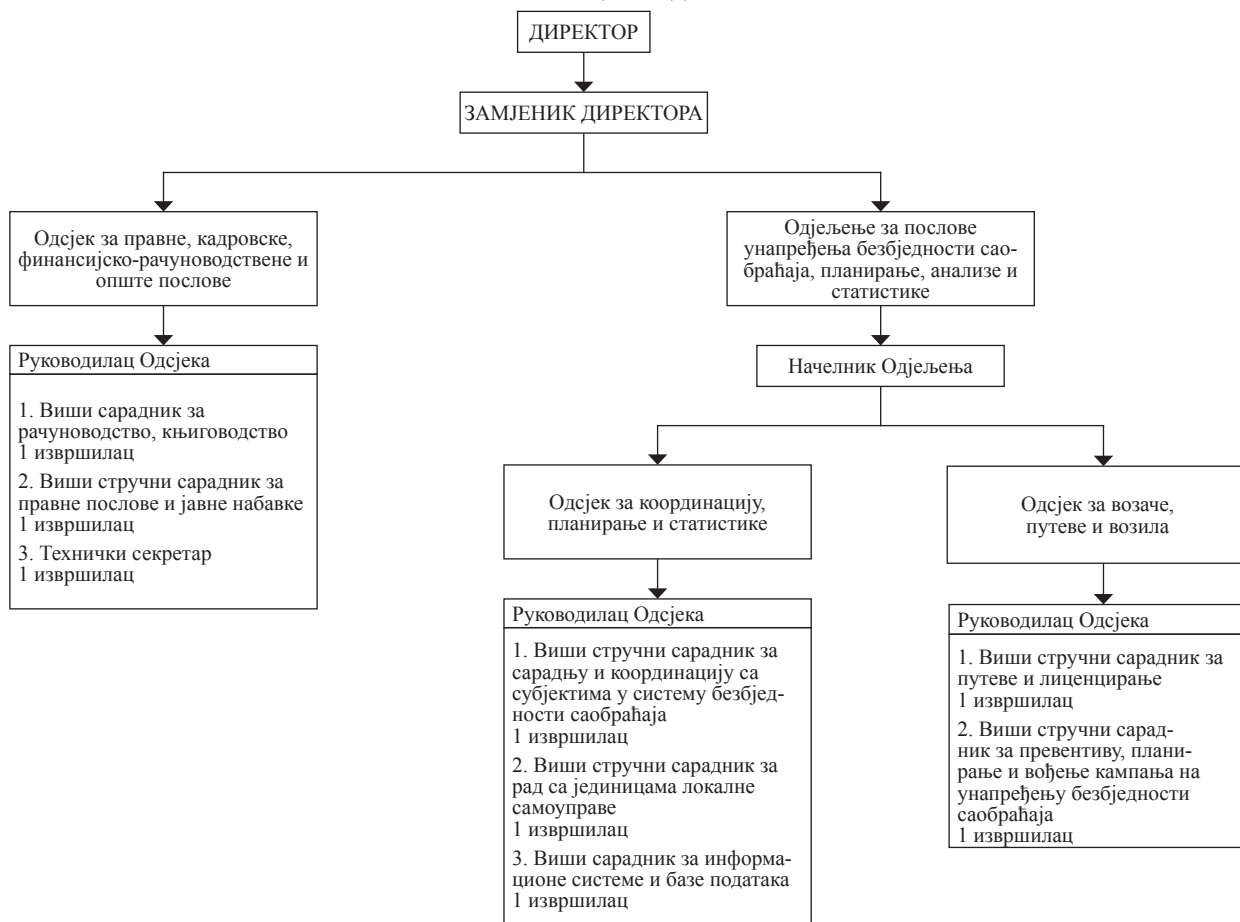
Члан 3.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у “Службеном гласнику Републике Српске”.

Број: 13/1/052-1483/20
22. децембра 2020. године
Бањалука

В.д. директора,
Новица Крунић, с.р.

ОРГАНИЗАЦИОНИ ДИЈАГРАМ



Фонд здравственог осигурања Републике Српске

На основу члана 48. Закона о здравственом осигурању (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09, 106/09, 110/16, 94/19 и 44/20) и члана 17. Статута Фонда здравственог осигурања Републике Српске (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 94/18 и 3/20), Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске, на 47. редовној сједници, одржаној 28.12.2020. године, д о н и о је

ОДЛУКУ

О НАЧИНУ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРПској У 2021. ГОДИНИ

I - Опште одредбе

I

(1) Овом одлуком регулише се начин финансирања, извјештавања, обрачуна, фактурисања, контроле и плаћања услуга здравствене заштите које пружају јавне и приватне

здравствене установе примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите (у даљем тексту: здравствене установе) за осигурана лица Фонда здравственог осигурања Републике Српске (у даљем тексту: Фонд), у складу са Правилником о основима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга у Републици Српској у 2021. години (у даљем тексту: Правилник).

(2) Износ планираних новчаних средстава за уговарање са даваоцима здравствених услуга утврђује се Финансијским планом - Буџетом Фонда здравственог осигурања Републике Српске.

II - Финансирање здравствених услуга примарног нивоа здравствене заштите

II

(1) Финансирање здравствених услуга примарног нивоа здравствене заштите из дјелатности дефинисаних чланом 6. Правилника вршиће се по буџетском систему плаћања, по фиксно уговореним износима на годишњем нивоу.

(2) Критеријуми за утврђивање висине средстава са даваоцем услуга на примарном нивоу здравствене заштите за 2021. годину су:

1) цијена тима у односу на стандард у складу са Правилником о основама стандарда и норматива здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања уз примјену одговарајућих одредби Правилника,

2) општа капитација и коефицијент тежинске капитације по добним групама за утврђивање висине средстава која се уговарају за тим породичне медицине сљедеће вриједности:

Редни бр.	Добна скупина	Тежински коефицијент капитације
1.	0-1	2,73
2.	2-6	2,02
3	7-15	0,94
4.	16-30	0,99
5.	31-64	1,67
6.	65 и више	2,56

(3) Број осигураних лица је основ за утврђивање висине средстава за финансирање сљедећих дјелатности:

1) породична медицина, за осигурана лица старости шест и више година живота,

2) лабораторијска дијагностика,

3) радиолошка и ултразвучна дијагностика примарног нивоа,

4) стоматологија (превентивна, дјечија, општа, као и ортопедија вилице),

5) хигијенско-епидемиолошка заштита (ХЕЗ),

6) заштита и унапређење менталног здравља (ЦМЗ),

7) рехабилитација у заједници (ЦБР),

8) прописивање лијекова на рецепт,

9) услуга обавезне имунизације.

(4) Фонд ће тромјесечно пратити промјену укупног броја верификованих осигураних лица код здравствене установе. У случају да се број промијени за више од $\pm 5\%$ укупног броја верификованих осигураних лица, по том основу може се вршити пропорционално усклађивање уговорених средстава. За здравствене установе код којих је укупан број верификованих осигураних лица мањи од броја верификованих осигураних лица једног цијелог тима породичне медицине по стандарду, пропорционално усклађивање уговорених средстава може се вршити ако се број промијени за више од $\pm 5\%$ броја верификованих осигураних лица једног цијелог тима породичне медицине по стандарду. Усклађивање уговорених средстава врши се у оквиру средстава која су Буџетом Фонда планирана за ову намјену.

III

(1) Финансирање услуга хитне медицинске помоћи које пружа здравствена установа примарног нивоа вршиће се на

основу броја становника у складу са Правилником о основама стандарда и норматива здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања, осим ако:

1) дом здравља који има мање од 10% тима за хитну медицинску помоћ, средства се одређују у висини средстава за једну трећину тима хитне медицинске помоћи,

2) дом здравља који има од 10% до 50% тима по стандардима, средства за хитну медицинску помоћ одређују се у висини једне половине тима хитне медицинске помоћи,

3) дом здравља који има више од 50% а мање од 100% тима по стандардима, средства за хитну медицинску помоћ одређују се у висини за један тим хитне медицинске помоћи.

IV

(1) Финансирање услуга санитетског превоза секундарног нивоа (до болнице у коју се упућује и из болнице до куће осигураног лица) које пружа здравствена установа примарног нивоа у складу са чланом 10. Правилника вршиће се по буџетском моделу плаћања.

(2) Услуге превоза осигураних лица Фонда на дијализу које пружа здравствена установа примарног нивоа у складу са чланом 10. Правилника финансираће се по извршеној услузи из средстава која су Буџетом Фонда планирана за дијализу и превоз на дијализу, а плаћање ће се вршити по испостављеним мјесечним јединичним фактурама на бази пређене километраже у складу са Цјеновником Фонда.

V

(1) Дом здравља испоставља мјесечну фактуру за извршене услуге обавезног вакцинисања дјете старости од 0 до 6 година (шифра услуге 0001500), по важећем цјеновнику Фонда, која имају пребивалиште на подручју локалне заједнице, без обзира код ког су педијатра регистрована.

(2) У прилогу фактуре из става 1. ове тачке дом здравља обавезан је достављати извјештај о пруженим услугама давања вакцина.

II.1. - Педијатрија

VI

(1) Критеријуми за утврђивање висине средстава за финансирање свих услуга педијатрије које пружају здравствене установе у складу са чланом 13. Правилника су:

1) број евидентираних лица за тимове доктора педијатра,

2) цијена тима за дјелатност педијатрије која обухвата и ампулиране лијекове по стандардима утврђеним у складу са Правилником о основима стандарда и норматива здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања.

(2) Критеријуми за утврђивање висине средстава за лијекове одређују се на бази укупних трошкова за лијекове из претходне године у предметној дјелатности.

(3) Фонд ће мјесечно пратити промјену броја верификованих осигураних лица (дјете до шест година старости), те по том основу вршити пропорционално усклађивање припадајућих средстава.

II.2. - Гинекологија

VII

(1) Критеријуми за утврђивање висине средстава за све услуге гинекологије које пружају здравствене установе у складу са чланом 14. Правилника су:

1) број евидентираних осигураних лица за тимове доктора гинеколога,

2) цијена тима за дјелатност гинекологије која обухвата ампулиране лијекове по стандардима утврђеним у складу са Правилником о основима стандарда и норматива здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања.

(2) Критеријуми за утврђивање висине средстава за лијекове одређују се на бази укупних трошкова за лијекове из претходне године у предметној дјелатности.

VIII

(1) За извршене здравствене услуге у складу са уговором здравствена установа примарног нивоа испоставља Фонду извјештаје и фактуре о извршеним услугама до петог у мјесецу за претходни мјесец.

(2) Фонд до 20. у мјесецу за претходни мјесец врши обрачун припадајућих средстава здравственој установи примарног нивоа за пружене здравствене услуге у складу са чл. 6, 7, 13. и 14. Правилника на основу:

- 1) утврђене 1/12 припадајућих средстава,
- 2) испостављених јединичних фактура по основу дефинисаних услова из уговора,
- 3) испостављених фактура на терет здравствене установе,
- 4) одобрених рефундација на терет здравствене установе,
- 5) обрачунатих ризика за прописивања лијекова на рецепт,
- 6) извршења казних одредби из уговора и у другим основаним разлозима.

(3) На основу обрачуна из претходног става врши се плаћање здравственој установи у наредном мјесецу.

III - Финансирање трошкова здравствених услуга секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите

IX

(1) Финансирање секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите која ће се пружати осигураним лицима Фонда у 2021. години вршиће се по комбинованом систему плаћања:

1) Модел I - по дијагностички сродним групама (Diagnostic Related Groups; у даљем тексту: DRG) за финансирање здравствених услуга исказаних у Номенклатури број 1. (акутно болничко лијечење, интензивна нега и здравствене услуге пружене кроз дневну болницу, при чему је укупно задржавање пацијента у болници дуже од четири сата, не рачунајући вријеме проведено чекајући на одређени дијагностички преглед, захват или давање терапије);

2) Модел II - по услузи за финансирање амбулантних здравствених услуга исказаних у Номенклатури број 2, разврстано на сљедеће подгрупе у оквиру консултативно-специјалистичке здравствене заштите (у даљем тексту: КСЗ) и дијагностике:

1. КСЗ - подгрупе:

1.1. услуге из дјелатности које припадају консултативно-специјалистичкој здравственој заштити – секундарни ниво,

1.2. услуге из дјелатности које припадају консултативно-специјалистичкој здравственој заштити – терцијарни ниво;

2. ДИЈАГНОСТИКА СЕКУНДАРНИ НИВО - подгрупе:

2.1. услуге радиолошке дијагностике – секундарни ниво;

3. ДИЈАГНОСТИКА ТЕРЦИЈАРНИ НИВО - подгрупе:

3.1. услуге магнетне резонанце и компјутеризоване томографије (у даљем тексту: МР и КТ),

3.2. остале дијагностичке услуге – терцијарни ниво;

3) Модел III - пружање здравствених услуга обухваћених Спецификацијом услуга, која чини Прилог 3. Одлуке, по начину плаћања по уговореној цијени која не може бити већа од цијене из Цјеновника Фонда (у даљем тексту: Модел III);

4) Модел IV - по буџетском систему плаћања за услуге из дјелатности:

1) трансфузијска медицина,

2) рехабилитација,

3) услуге физикалне медицине и рехабилитације (изузев услуге третман хроничног бола стимулацијом кичмене мождине финансира се по Моделу 3) и услуге хипербарич-

не коморе за амбулантне пацијенте само у заводу за физикалну медицину и рехабилитацију,

4) стоматологија,

5) услуге психијатрије у специјализованим здравственим установама,

6) услуге нуклеарне медицине,

7) услуге центра за ургентну медицину,

8) услуге интензивне медицине,

9) услуге превоза пацијената хеликоптерским сервисом Републике Српске,

10) услуге прагилаца уз болесне особе,

11) екстремно дуге хоспитализације,

12) услуге медицине рада и спорта,

13) услуге консултативно-специјалистичке здравствене заштите и услуге дијагностике секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите у јавним здравственим установама,

14) евентуалне остале дјелатности које нису обухваћене са претходна три модела (у даљем тексту: Модел IV).

III.1 - Методологија - критеријуми и мјерила за утврђивање уговорених износа по моделима финансирања

X

(1) Методологија за утврђивање висине уговорених средстава са даваоцем услуга на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите заснива се на сљедећим елементима:

1) средства планирана Финансијским планом - Буџетом Фонда,

2) утврђени модели финансирања услуга,

3) достављени планови рада здравствених установа по моделима финансирања,

4) примјена дефинисаних корективних фактора.

(2) У поступку преговарања који претходи закључивању уговора даваоци здравствених услуга секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите достављају планове рада које Фонд с циљем утврђивања износа уговорених средстава за сваку здравствену установу појединачно усаглашава са средствима планираним у Финансијском плану Фонда и дефинисаним корективним факторима по моделима финансирања.

(3) У смислу става 1. ове тачке дефинисани су општи и посебни корективни фактори по моделима финансирања.

(4) Општи корективни фактори за утврђивање уговореног износа за услуге пружене по Моделу 1, Моделу 3 и Моделу 4 су:

1) износ уговорених средстава у претходним годинама,

2) подаци о извршењу планова рада здравствених установа из претходних година,

3) информације о плановима здравствених установа за увођење нових услуга и процедура лијечења,

4) специфичност подручја којим се установа бави,

5) измјене цијена здравствених услуга у Цјеновнику Фонда или измјене у припадајућој номенклатури услуга које чине саставни дио ове одлуке,

6) референтност установе,

7) утицај епидемиолошке ситуације изазване пандемијом вируса Covid 19.

(5) Посебни корективни фактори за утврђивање уговореног износа за услуге пружене по Моделу 1 су:

1) просјечан степен комплексности лијечених случајева у претходним годинама (casemix index), израчунат као количник између оствареног броја болова и броја случајева, за сваку здравствену установу појединачно,

2) проценат учешћа хируршких епизода лијечења,

3) просјечно трајање епизода лијечења,

4) корекције признате реализације у складу са дефинисаним критеријумима,

5) умањења извршена према уговору из претходних година,

6) износ признате реализације здравствених установа у претходним годинама.

(6) За услуге које се финансирају по Моделу 2 не врши се уговарање фиксног износа средстава, а даваоци услуга средства по уговору остварују на основу учинка, односно броја и вриједности пружених услуга, те израчунате висине релативне вриједности бода.

III.2. - Финансирање здравствених услуга по Моделу 1 - болничка здравствена заштита

XI

(1) Финансирање секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите по Моделу 1 подразумијева плаћање сразмјерно пруженим болничким услугама по појединачном случају исказаним кроз класификацију по DRG, у складу са планом рада по уговору.

(2) Под DRG случајем подразумијева се вријеме лијечења од пријема до отпушта пацијента из болнице (укључујући све премјештаје унутар болнице између клиника/одјељења) и сви трошкови настали за вријеме тог лијечења, изузев цитостатика (за онколошке и неонколошке индикације), инзулина, лијекова за специфична обољења и биолошке терапије, који ће се плаћати по посебној процедури.

(3) Здравствена установа ће извјештаје о шифрираним DRG случајевима уносити у веб-апликацију, у електронској форми до петог у мјесецу за претходни мјесец, у складу са дефинисаним стандардима шифрирања по DRG и Номенклатуром услуга број 1.

XII

(1) Посебно дефинисани критеријуми за утврђивање износа признатих средстава здравствених установа по основу пружених здравствених услуга по Моделу 1:

1) Учешће DRG случајева са врло тешким КК у укупном броју случајева у свакој здравственој установи ограничава се, и то до 10% за Универзитетски клинички центар Републике Српске и до 7% за остале здравствене установе.

2) У случају да одређена здравствена установа усљед недостатка потребних медицинских капацитета није у могућности да заврши лијечење пацијента до краја и из тог разлога изврши премјештај пацијента у другу здравствену установу у Републици Српској, болници која изврши премјештај за такве DRG случајеве признаће се 40% вриједности тежинског коефицијента, а у случају када је премјештај у другу здравствену установу извршен исти или наредни дан након пријема признаће се 20% вриједности тежинског коефицијента.

2.1) У случају да одређена здравствена установа секундарног нивоа усљед недостатка потребних медицинских капацитета није у могућности да заврши лијечење пацијента до краја, а за даље лијечење није оспособљена ниједна здравствена установа у Републици Српској, и из тог разлога изврши премјештај пацијента у здравствену установу изван Републике Српске, здравственој установи која изврши премјештај признаће се 40% вриједности тежинског коефицијента.

2.2) У случају да одређена здравствена установа терцијарног нивоа усљед недостатка потребних медицинских капацитета није у могућности да заврши лијечење пацијента до краја, а за даље лијечење није оспособљена ниједна здравствена установа у Републици Српској, и из тог разлога изврши премјештај пацијента у здравствену установу изван Републике Српске, здравственој установи која изврши премјештај признаће се 60% вриједности тежинског коефицијента, изузев случајева када је пацијент премјештен у здравствену установу изван Републике Српске након пет или више дана лијечења у наведеној здравственој установи, и случајева премјештаја у здравствене установе изван Републике Српске гдје се радило о потреби пружања здрав-

ствених услуга које су садржане у Регистру услуга које се не раде у Републици Српској, који ће се признати по стварној вриједности тежинског коефицијента DRG категорије.

2.3) У случају да одређена здравствена установа упути пацијента на лијечење изван Републике Српске без рјешења Фонда, за трошкове лијечења теретиће се здравствена установа упутилац.

2.4) У случају да здравствена установа није оспособљена или тренутно није у могућности да врши одређене дијагностичке, терапијске или друге процедуре за пацијенте који се налазе на лијечењу у тој установи, и из тог разлога врши упућивање пацијената у друге здравствене установе само ради пружања те конкретне процедуре након чега се пацијент враћа на наставак лијечења у ту здравствену установу, финансирање пружених дијагностичких, терапијских или других процедура би се требало регулисати уговором између здравствене установе упутиоца и здравствене установе пружаоца тих услуга. У случају да се финансирање наведених услуга не регулише на тај начин, трошкови пружених услуга признаће се по јединичној фактури здравственој установи која их је пружила на терет здравствене установе упутиоца.

3) У случају када смртни исход лијечења наступи исти дан када је пацијент примљен у болницу, за такве DRG случајеве признаће се 30% вриједности тежинског коефицијента, изузев DRG категорија које се односе на имплантацију уградбеног материјала (F01A F01B, F10Z, F12Z, F15Z, F17Z, I03B, I03C, I04Z, C16A).

4) Сви случајеви код којих је пацијент примљен и отпуштен исти дан а није шифрирана ниједна процедура, изузев случајева гдје је пацијент преминуо за вријеме боравка у болници, обрачунаће се по коефицијенту 0.

5) Сви случајеви који су отпуштени следећи дан након пријема а није шифрирана ниједна процедура, изузев случајева гдје је пацијент преминуо за вријеме боравка у болници, признаће се по коефицијенту од 0,05 бодова за један дан пансиона, уз додатних 0,05 бодова за евентуално урађене поступке који се иначе не шифрирају према дефинисаним стандардима шифрирања по DRG систему јер се исти подразумијевају.

6) Сви случајеви из DRG категорије "A06Z – Трахеостомија или вентилација > 95 сати", гдје није шифрирана процедура механичке вентилације већ процедуре трахеостомије или одржавања трахеостоме, признаће се по коефицијенту од 1,03 бода.

6.1) Сви случајеви из DRG категорије "A06Z – Трахеостомија или вентилација > 95 сати", гдје је шифрирана процедура механичке вентилације и гдје је вријеме трајања механичке вентилације три пута дуже од иницијалних 95 сати (вентилација преко 285 сати), признаће се по коефицијенту од 10,24 бода.

6.2) Сви случајеви из DRG категорије "A06Z – Трахеостомија или вентилација > 95 сати" са лабораторијски потврђеном дијагнозом Sars Cov-2, гдје је као главна дијагноза шифрирана "B34.2 Инфекција корона вирусом, неспецифицирана" са лабораторијски потврђеном пнеумонијом, животно угрожавајућом органском или мулти-органском дисфункцијом, а обиљежене су респираторним манифестацијама у виду тешког респираторног дистреса, са оштећењем бубрега, септичним шоком, те функционалним промјенама које се манифестују са коагулопатијом, тромбцитопенијом, ацидозом и низом других метаболичких и циркулаторних абнормалности, а који захтијевају збрињавање на јединици интензивне његе уз ендотрахеалну интубацију и употребу респиратора, односно механичку вентилацију (шифра процедуре 13882-02), класификују се као Covid случајеви са врло тешком клиничком сликом и признаће се по коефицијенту од 30,33 бода.

7) Сви случајеви код којих је пацијент отпуштен исти или следећи дан након пријема, гдје је шифрирана само једна процедура из групе процедура које се односе на "администрацију фармаколошке терапије", а гдје се ради о администрацији фармаколошке терапије, односно лијекова чији трошкови нису укључени у DRG тежинске коефицијенте,

признаће се по коефицијенту од 0,10 бодова, изузев када су у питању случајеви пријема због преузимања одређеног лијека у таблетарном облику који се апликује перорално, који ће се признати по коефицијенту 0,03 бода.

8) Учешће случајева порода царским резом у укупном броју случајева порода у свакој здравственој установи потребно је ускладити са међународним медицинским стандардима, те се ограничава до 35% за Универзитетски клинички центар Републике Српске и до 25% за остале здравствене установе.

9) Учешће случајева из категорија које се односе на новорођенчад са поремећајима (P66A, P66B, P66C, P66D, P67A, P67B и P67C) у укупном броју случајева новорођенчади у свакој здравственој установи потребно је ускладити са међународним медицинским стандардима, те се ограничава до 35% за УКЦ Републике Српске и до 25% за остале здравствене установе.

10) Сви случајеви код којих је шифрирана додатна дијагноза "Планирани оперативни захват није извршен због контраиндикација" (Z53.0, Z53.1, Z53.2, Z53.8, Z53.9), код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан, признаће се по коефицијенту 0,05 бодова.

11) Сви случајеви код којих је пацијент примљен због корекције анемије, односно трансфузије крви код малигнитета и отпуштен исти или наредни дан, признаће се по коефицијенту од 0,10 бодова.

12) Сви случајеви из DRG категорије J11Z – Остали захвати на кожи, поткожном ткиву и дојци, гдје се ради о амбулантним хируршким захватима у локалној анестезији код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан, признаће се по коефицијенту од 0,10 бодова.

13) Сви случајеви из DRG категорије C63B – Остали поремећаји ока без КК, гдје се ради о амбулантним дијагностичким и терапијским процедурама на оку, код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан, признаће се по коефицијенту од 0,10 бодова.

14) Сви случајеви из DRG категорије Z62Z – Праћење без ендоскопије, гдје се ради о контролним прегледима или дијагностичким процедурама код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан, признаће се по коефицијенту од 0,10 бодова.

15) Сви случајеви код којих је пацијент примљен због вршења једнодневне ендоскопске третмана (бронхоскопија, хистероскопија, колоноскопија, гастроскопија без седације 92515-** или опште анестезије 92514-**), код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан, признаће се по коефицијенту од 0,20 бодова.

15.1) Сви случајеви код којих је пацијент примљен због вршења дијагностичког ендоскопског третмана - гастроскопије (панендоскопија дуоденума - 30473-00 уз седацију 92515-** или општу анестезију 92514-**), код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан, признаће се по коефицијенту 0,24 бода.

15.2) Сви случајеви код којих је пацијент примљен због вршења дијагностичког ендоскопског третмана - колоноскопије (колоноскопија - 32090-00 уз седацију 92515-** или општу анестезију 92514-**), код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан, признаће се по коефицијенту 0,26 бодова.

15.3) Сви случајеви код којих је пацијент примљен због вршења комбинованог дијагностичког ендоскопског третмана - колоноскопије (колоноскопија - 32090-00 и панендоскопија дуоденума - 30473-00 уз седацију 92515-** или општу анестезију 92514-**), код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан, признаће се по коефицијенту 0,44 бода.

16) За све случајеве са екстремно дугим трајањем хоспитализације у здравственој установи секундарног и терцијарног нивоа, при чему се под екстремно дугим трајањем подразумева хоспитализација DRG епизода лијечења дужа од 55 дана, усклађивање признатих средстава вршиће се накнадно, и то квартално, у висини 70% разлике између стварних трошкова лијечења истих (обрачунатих по еле-

ментима у складу са дефинисаном DRG методологијом) и већ признатог износа по Моделу 1, а на основу достављене спецификације, комплетне медицинске документације, обрачуна стварних трошкова лијечења ових случајева од стране здравствене установе (стварни трошак обрачунат по елементима у складу са DRG методологијом) и стручног мишљења и Записника Сектора за здравство и контролу. Коначно поравнање вршиће се у задњем кварталу, до дефинисаног лимита средстава по буџетском систему финансирања (Модел IV).

17) Сви случајеви код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан гдје су шифриране процедуре које не захтијевају хоспитализацију, односно пријем у болницу, није оправдан и обрачунаће се по коефицијенту 0.

18) Сви случајеви из DRG категорије T63A Вирусна болест, старост > 59 година или с КК, са лабораторијски потврђеном дијагнозом Sars Cov-2, гдје је као главна дијагноза шифрирана "B34.2 Инфекција корона вирусом, неспецифицирана" са лабораторијски и сликовним дијагностичким техникама потврђеном пнеумонијом (дијагнозе J12.8, J17.1, J96.0), са средње тешким до тешким клиничким манифестацијама, који због поремећаја респирацијске фреквенце и пада сатурације кисеоника захтијевају повремену употребу кисеоничке маске, класификују се као Covid случајеви са тежом клиничком сликом и признаће се по коефицијенту од 2,27 бодова.

19) Сви случајеви из DRG категорије "T63B Вирусна болест, старост до 60 година без КК", са лабораторијски потврђеном дијагнозом Sars Cov-2, гдје је као главна дијагноза шифрирана "B34.2 Инфекција корона вирусом, неспецифицирана", без пнеумоније и било којих других пратећих дијагноза/коморбидитета - са благом симптоматологијом, без потврде инфекције плућа у сликовној дијагностици, класификују се као Covid случајеви са најблажом клиничком сликом) и признаће се по коефицијенту од 1,26 бодова.

(2) Критеријум из става 1. тачка 1) не примјењује се у 2021. години за вријеме трајања ванредне ситуације за територију Републике Српске због епидемиолошке ситуације усљед ширења вируса корона, а критеријуми наведени у ставу 1. т. 6.2), 18) и 19) у 2021. години примјењују се за вријеме трајања ванредне ситуације за територију Републике Српске због епидемиолошке ситуације усљед ширења вируса корона.

XIII

(1) Фонд ће на основу извјештаја здравствених установа, дефинисаних критеријума из тачке XII, основних правила DRG система и вриједности бода од 1.000,00 KM утврдити број признатих DRG случајева на мјесечном нивоу, а поравнање и усклађивање са уговореним обимом услуга вршиће се у задњем кварталу.

(2) Фонд здравственој установи до 10. у мјесецу за претходни мјесец доставља обавјештење о броју признатих DRG случајева и укупно припадајућим средствима по том основу.

(3) Здравствена установа на основу обавјештења Фонда из претходног става испоставља Фонду фактуру у висини припадајућих средстава по том основу до 15. у мјесецу за претходни мјесец.

III.3. - Финансирање трошкова здравствених услуга по Моделу 2 - ванболничка здравствена заштита

XIV

(1) Финансирање по Моделу II подразумева плаћање по појединачно извршеним услугама из Номенклатуре број 2, у складу са оквирним планом рада услуга по уговору.

(2) Здравствена установа ће извјештаје о извршеним појединачним услугама у складу са Номенклатуром услуга број 2, по осигураним лицима, достављати Фонду до петог у мјесецу за претходни мјесец у електронској форми, у прилогу којих ће се достављати упутнице по основу којих је пружена услуга.

(3) Фонд ће на основу извјештаја здравствених установа утврђивати укупан број услуга на мјесечном нивоу изражених у бодовима и на бази планираних мјесечних средстава за плаћање по услузи утврђивати релативну вриједност бода.

(4) Релативна вриједност бода утврђује се на нивоу:

- двије подгрупе услуга у оквиру КСЗ-а: 1) услуге из дјелатности које припадају консултативно-специјалистичкој здравственој заштити - секундарни ниво и 2) услуге из дјелатности које припадају консултативно-специјалистичкој здравственој заштити - терцијарни ниво,

- подгрупе услуга у оквиру дијагностике - секундарни ниво: 1) услуге радиолошке дијагностике - секундарни ниво,

- двије подгрупе услуга у оквиру дијагностике - терцијарни ниво: 1) МР и КТ, и 2) остале дијагностичке услуге - терцијарни ниво,

и то на тај начин што се планирана средства за плаћање по услузи за одређену подгрупу на мјесечном нивоу подијеле са укупним бројем остварених бодова за извршене услуге из те подгрупе за тај мјесец, а релативна вриједност бода на нивоу сваке подгрупе не смије имати вриједност већу од 1.

(5) Фонд здравственој установи до 10. у мјесецу за претходни мјесец доставља обавјештење о признатом броју извршених услуга, вриједности бода и укупно припадајућим средствима за лијечење по Моделу II за тај мјесец.

(6) Здравствена установа на основу обавјештења Фонда из претходног става испоставља Фонду фактуру у висини припадајућих средстава по том основу до 15. у мјесецу за претходни мјесец.

III.4. - Финансирање трошкова здравствених услуга по Моделу 3

XV

(1) Финансирање по Моделу III подразумијева плаћање по појединачно извршеним услугама пруженим на основу рјешења Фонда, изузев за високодиференцирану услугу 3344001 – РЕТ/СТ скенирања и за услуге дјелатности 3170 - УРОЛОГИЈА, које се пружају на основу конзилијарног мишљења Универзитетског клиничког центра Републике Српске.

(2) Здравствена установа испоставља Фонду фактуру у висини припадајућих средстава по том основу у року од осам дана од дана пружања услуге.

(3) Јединичне фактуре превоза из болнице у болницу и из болнице у здравствену установу изван Републике Српске финансирају се по пређеном километру и 30% цијене 1 литре горива у складу са Цјеновником Фонда.

III.5. - Финансирање трошкова здравствених услуга по Моделу 4 - буџетски систем

XVI

(1) Финансирање по Моделу IV (буџетском начину плаћања) подразумијева плаћање извршених здравствених услуга из уговорених дјелатности из тачке IX, подтачка 4, у складу са оквирним планом рада услуга по Уговору.

(2) Здравствена установа извјештаје о извршеним услугама по уговореним дјелатностима из става 1. ове тачке достављаће Фонду у електронској форми до петог у мјесецу за претходни мјесец.

(3) За извршене здравствене услуге по буџетском систему у складу са уговором, здравствена установа испоставља Фонду фактуру до петог у мјесецу за претходни мјесец у висини 1/12 уговорених средстава дефинисаних уговором.

(4) Контрола извршења, поравнање и усклађивање извршених услуга са уговором вршиће се квартално.

IV - Контрола исправности шифрирања и извјештавања

XVII

(1) Сектор за здравство и контролу Фонда ће на основу увида у медицинску и другу документацију вршити кон-

тролу извршења уговорених обавеза и контролу исправности шифрирања и извјештавања од стране здравствених установа.

(2) Ако се у поступку контроле утврди да је здравствена установа супротно дефинисаним правилима, упутствима или закључцима Независног одбора за стручну анализу и контролу исправности шифрирања и извјештавања здравствених установа по уговореном моделу финансирања вршила неправилно шифрирање, Фонд може истој изрећи казну умањења мјесечне дознаке средстава у висини троструког износа неправилно шифрираних епизода лијечења.

V - Плаћање здравствених услуга секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите

XVIII

Обрачун са здравственим установама вршиће се мјесечно до 20. у мјесецу за претходни мјесец:

1) за Модел I - обрачун ће се вршити према броју признатих DRG случајева из тачке XI, у складу са тачком XII, тачком XIII и тачком XVII, а коначно поравнање у складу са уговореним обимом услуга за 2021. годину вршиће се у задњем кварталу 2021. године,

2) за Модел II - по обрачуну из тачке XIV,

3) за Модел III - по јединичним фактурама, у складу са тачком XV,

4) за Модел IV – по испостављеној фактури, у складу са тачком XVI Одлуке,

5) за инофактуре,

6) за прекорачење трошкова прописивања лијекова на рецепт,

7) за регресне фактуре,

8) за испостављене фактуре на терет здравствених установа и

9) за одобрене рефундације.

XIX

(1) Здравствене установе дужне су доставити Фонду извјештаје о извршеним услугама заједно са прилозима у роковима који су утврђени овом одлуком.

(2) Извјештаји који нису достављени у утврђеним роковима и који су непотпуни неће се узимати у обзир приликом обрачуна припадајућих средстава.

VI - Посебне одредбе

XX

(1) Фонд ће за потребе здравствених установа вршити јавне набавке на основу закљученог споразума о спровођењу процедура јавних набавки, а у складу са Законом о јавним набавкама и подзаконским актима који регулишу ову област.

(2) Трошкови пружених здравствених услуга које су уговорене, а уговорна здравствена установа тренутно није у могућности да их изврши, плаћаће се из средстава здравствене установе уговорног даваоца, ако исти нису плаћени на основу уговора закљученог између здравствене установе уговорног даваоца и другог по правилу најближег даваоца услуга који испуњава прописане услове за рад, у складу са чланом 25. Правилника.

(3) За пружену здравствену заштиту на свим нивоима здравствене заштите за лица из члана 29. Правилника уговорна здравствена установа обавезна је испостављати јединичне фактуре примјеном Цјеновника Фонда, те их достављати Фонду на даљу обраду ради извршавања обавеза Фонда у складу са међународним споразумом о социјалном осигурању.

(4) За лијекове за које се према члану 26. Правилника уговара ризик прекорачења трошкова код прописивања лијекова на рецепт ризик прекорачења трошкова сноси здравствена установа примарног нивоа, осим ако је пре-

поруку за прописивање лијека на рецепт дала здравствена установа болничке/КСЗ здравствене заштите када се ризик прекорачења трошкова дијели у сразмјери 50% здравствена установа примарног нивоа, а 50% здравствена установа болничке/КСЗ здравствене заштите.

(5) Услуге хемодијализе које је Фонд уговорио са болницом у складу са чланом 19. Правилника плаћаће се по цијенама из Цјеновника Фонда из средстава која су Буџетом Фонда планирана за хемодијализу

(6) За пружену здравствену заштиту која је последица повреде која је проузрокована употребом моторног возила или штетном радњом трећег лица уговорна здравствена установа обавезна је испостављати јединичне фактуре по Цјеновнику Фонда ради спровођења поступака накнаде штете у складу са одредбама закона.

(7) Здравствене услуге које Фонд уговори са јавним здравственим установама које у складу са чланом 20. Правилника из тачке I Одлуке ангажују спољне сараднике (стручњаци) ради пружања здравствених услуга које се налазе у Регистру здравствених услуга које се не раде у Републици Српској за текућу годину плаћаће се по цијенама дефинисаним посебним цјеновником Фонда.

XXI

(1) Обрачун признате реализације здравствених установа које пружају здравствене услуге чије финансирање је дефинисано т. од II до XX ове одлуке поступком усклађивања извршиће се од 1.1.2021. године.

(2) На захтјев здравствене установе Фонд ће извршити реалокацију уговорених средстава унутар постојећих модела плаћања.

VII - Завршне одредбе

XXII

Саставни дио ове одлуке чине Прилог број 1 - Номенклатура услуга по Моделу 1 (DRG), Прилог број 2 - Номенклатура услуга број 2 по Моделу II (услуге консултативно-специјалистичке здравствене заштите и дијагностичке услуге у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите), Прилог број 3 - Спецификација услуга по Моделу 3 и Прилог број 4 - Листа процедура које не захтијевају пријем у болницу.

XXIII

(1) Ова одлука ступа на снагу даном доношења, а примјењиваће се у периоду од 1.1. до 31.12.2021. године.

(2) Ова одлука објавиће се у "Службеном гласнику Републике Српске", а прилози ће бити доступни на интернет страници Фонда: www.zdravstvo-srpske.org.

Број: 02/002-4714-4/20
28. децембра 2020. године
Бања Лука

Предсједник
Управног одбора,
Др **Саша Вученовић**, с.р.

На основу члана 48. Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09, 106/09, 110/16, 94/19 и 44/20) и члана 17. Статута Фонда здравственог осигурања Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", бр. 94/18 и 3/20), Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске, на 47. редовној сједници, одржаној 28.12.2020. године, донио је

ОДЛУКУ

О ДОПУНАМА ОДЛУКЕ О НАЧИНУ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ У 2020. ГОДИНИ

I

(1) У Одлуци о начину финансирања здравствене заштите у Републици Српској у 2020. години ("Службени гласник Републике Српске", бр. 111/19, 10/20, 21/20, 27/20 и 52/20) у тачки XI став 1. након подтачке б.1) додаје се нова подтачка 6.2), која гласи:

"6.2) Сви случајеви из DRG категорије "A06Z - Трахеостомија или вентилација > 95 сати", са лабораторијски потврђеном дијагнозом Sars Cov-2, гдје је као главна дијагноза шифрирана "B34.2 Инфекција корона вирусом, неспецифицирана", са лабораторијски потврђеном пнеумонијом, животну угрожавајућом органском или мулти-органском дисфункцијом, а обиљежене су респираторним манифестацијама у виду тешког респираторног дистреса, са оштећењем бубрега, септичним шоком, те функционалним промјенама које се манифестују са коагулопатијом, тромбозитопенијом, ацидозом и низом других метаболичких и циркулаторних абнормалности, а који захтијевају збрињавање на јединици интензивне његе уз ендотрахеалну интубацију и употребу респиратора, односно механичку вентилацију (шифра процедуре 13882-02), класификују се као Covid случајеви са врло тешком клиничком сликом и признаће се по коефицијенту од 30,33 бода."

(2) У истој тачки и ставу након тачке 17) додају се нове т. 18) и 19), које гласе:

"18) Сви случајеви из DRG категорије "Т63А Вирусна болест, старост > 59 година или с КК", са лабораторијски потврђеном дијагнозом Sars Cov-2, гдје је као главна дијагноза шифрирана "B34.2 Инфекција корона вирусом, неспецифицирана", са лабораторијски и сликовним дијагностичким техникама потврђеном пнеумонијом (дијагнозе J12.8, J17.1, J96.0), са средње тешким до тешким клиничким манифестацијама, који због поремећаја респирацијске фреквенце и пада сатурације кисеоника захтијевају повремену употребу кисеоничке маске, класификују се као Covid случајеви са тежом клиничком сликом и признаће се по коефицијенту од 2,27 бодова.

19) Сви случајеви из DRG категорије "Т63В Вирусна болест, старост до 60 година без КК", са лабораторијски потврђеном дијагнозом Sars Cov-2, гдје је као главна дијагноза шифрирана "B34.2 Инфекција корона вирусом, неспецифицирана", без пнеумоније и било којих других пратећих дијагноза/коморбидитета - са благом симптоматологијом, без потврде инфекције плућа у сликовној дијагностици, класификују се као Covid случајеви са најблажом клиничком сликом) и признаће се по коефицијенту од 1,26 бодова."

(3) У истој тачки додаје се нови став 2, који гласи:

"(2) Посебно дефинисани критеријуми наведени у т. 6.2), 18) и 19) у 2020. години примјењују се за вријеме трајања ванредне ситуације за територију Републике Српске због епидемиолошке ситуације усљед ширења вируса корона."

II

Ова одлука ступа на снагу даном доношења, а објавиће се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Број: 02/002-4714-2/20
28. децембра 2020. године
Бања Лука

Предсједник
Управног одбора,
Др **Саша Вученовић**, с.р.

На основу члана 48. Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09, 106/09, 110/16, 94/19 и 44/20), члана 17. Статута Фонда здравственог осигурања Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", бр. 94/18 и 3/20), а у складу са одредбама Правилника о условима прописивања и издавања лијека ("Службени гласник Републике Српске", бр. 116/12, 51/13, 88/17 и 93/17), Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске, на 47. редовној сједници, одржаној 28.12.2020. године, донио је

ОДЛУКУ

О ИЗМЈЕНАМА И ДОПУНАМА ОДЛУКЕ О УСВАЈАЊУ ЛИСТЕ ЛИЈЕКОВА КОЈИ СЕ ИЗДАЈУ НА РЕЦЕПТ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

I

(1) У Одлуци о усвајању Листе лијекова који се издају на рецепт из средстава обавезног здравственог осигурања