

ANEKS I

Ugovora o pružanju zdravstvenih usluga specijalističko - konsultativne, dijagnostičke i bolničke zdravstvene zaštite
Fond br. 01-7832 od 10.08.2021. godine i Opšta bolnica br. 8135 od 26.08.2021. godine

Ugovorne strane:

FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE CRNE GORE – Podgorica, kojeg zastupa v.d. direktora dr Vuk Kadić, (u daljem tekstu: Fond)

i

Opšta bolnica Nikšić, koju zastupa v.d. direktorica dr Dušanka Milatović Perović, (u daljem tekstu: davalac zdravstvenih usluga)

Ovim aneksom ugovorne strane mijenjaju Ugovor o pružanju zdravstvenih usluga specijalističko - konsultativne, dijagnostičke i bolničke zdravstvene zaštite (Fond br. 01-7832 od 10.08.2021. godine i Opšta bolnica Nikšić br. 8135 od 26.08.2021. godine), u sledećem

Član 1

Član 2 mijenja se i glasi:

„Osigurana lica u smislu ovog ugovora su lica iz čl. 6 i 8 Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Sl. list CG“, br. 145/21), kao i državljani zemalja sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju u obimu zdravstvene zaštite utvrđenom ugovorom.

Pored osiguranih lica iz stava 1 ovog člana, pravo na zdravstvenu zaštitu ostvaruju i lica koja nemaju zdravstveno osiguranje, za sprovođenje prioriternih mjera zdravstvene zaštite iz člana 16 stav 2 tač. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 i 14 Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Sl. list CG“, br. 03/16, 39/16, 02/17, 44/18, 24/19, 82/20 i 08/21), kao i lica iz člana 17 stav 1 tač. 10, 11, 15, 16, 17 i 18 Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Osigurano lice iz stava 1 ovog člana je obavezno da davaocu zdravstvenih usluga stavi na uvid zdravstvenu knjižicu ili drugu odgovarajuću ispravu, evropsku karticu zdravstvenog osiguranja, potvrdu o ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu u skladu sa međunarodnim sporazumom o socijalnom osiguranju i dr., kao i ličnu identifikacionu ispravu.

Osigurano lice iz stava 1 ovog člana, ostvaruje zdravstvenu zaštitu kod davaoca zdravstvenih usluga, na osnovu uputnice izabranog doktora, osim u slučaju pružanja hitne medicinske pomoći, kao i kada se vrši direktni premještaj osiguranog lica iz druge bolnice“.

Član 2

Član 3 mijenja se i glasi:

„Ugovorne strane su saglasne da će se međusobna prava i obaveze po ovom ugovoru urediti saglasno sledećim propisima:

- Zakonu o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Sl. list CG“ br. 145/21),
- Zakonu o zdravstvenoj zaštiti („Sl. list CG“ br. 03/16, 39/16, 2/17, 44/18, 24/19,, 82/20 i 08/21),
- Zakonu o pravima pacijenata („Sl. list CG“ br. 40/10 i 40/11),
- Zakonu o zbirkama podataka u oblasti zdravstva („Sl. list CG“ br. 80/08 i 40/11),
- Zakonu o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti („Sl. list CG“ br 12/18, 64/20 i 59/21),
- Zakonu o budžetu Crne Gore za tekuću budžetsku godinu,
- Međunarodnim sporazumima o socijalnom osiguranju,
- Uredbi o obimu prava i standardima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja („Sl. list RCG“ broj 79/05 i „Sl.list CG” broj 18/13 i 103/20),
- Uredbi o obimu prava i standardima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite („Sl. list CG“ br. 18/13 i 103/20),
- Pravilniku o bližim uslovima u pogledu standarda, normativa i načina osvarivanja primarne zdravstvene zaštite preko izabranog tima doktora ili izabranog doktora („Sl. list CG” 10/08, 01/12, 64/17 i 77/20),
- Pravilniku o bližim uslovima i načinu ostvarivanja određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja („Sl. list CG“ br. 12/18 i 42/18),
- Pravilniku o kriterijumima za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvenih usluga i načinu plaćanja zdravstvenih usluga („Sl. list CG“ br. 09/11),
- Pravilniku o rasporedu radnog vremena u zdravstvenim ustanovama („Sl. list CG“ broj 16/09, 51/12),
- Pravilniku o načinu ostvarivanja prava na privremenu spriječenost za rad i ostvarivanja prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad („Sl. list CG“ broj 106/20),
- Pravilniku o ostvarivanju prava na medicinsko tehnička pomagala („Sl list CG“ br. 82/16, 06/17, 17/17, 29/17, 90/17, 86/18, 05/19, 19/19, 61/19, 64/19 i 48/21),
- Pravilniku o indikacijama i načinu korišćenja medicinske rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju („Sl. list CG“ br. 81/16, 17/17, 42/18, 50/18, 47/19 i 04/21),
- Pravilniku o obrascu i sadržini recepta, kriterijumima za klasifikaciju lijekova, kao i načinu propisivanja i izdavanja lijekova ("Službeni list Crne Gore", br. 34/15, 36/16 i 59/17),
- Pravilniku o načinu prijavljivanja zaraznih bolesti, bolničkih infekcija, stanja i smrti oboljelih od ovih bolesti ("Sl.list CG", br. 20/19, 23/20 i 41/20“),
- Pravilniku o načinu, postupku, sadržaju i mjerama kontrole davanja zdravstvenih usluga („Sl. list CG“ br. 24/13),

- Pravilniku o kriterijumima za utvrđivanje cijena i načinu plaćanja zdravstvenih usluga ("Sl. list CG", br. 42/18 i 94/21).
- Odluci o mreži zdravstvenih usluga („Sl. list CG“ br. 84/21),
- Odluci o utvrđivanju osnovne i doplatne Liste lijekova („Sl. list CG“ br. 88/22),
- Odluci o obliku i sadržaju medicinskih obrazaca („Sl. list RCG“ br. 35/03),
- Odluci o načinu plaćanja učešća osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite („Sl. list RCG“ br. 44/99 i 03/01),
- Odluci o rasporedu sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje za 2022. godinu br. 01-739 od 31.01.2022. godine,
- Programu zdravstvene zaštite u Crnoj Gori za tekuću godinu i
- Cjenovnicima zdravstvenih usluga Fonda”.

Član 3

Član 5 mijenja se i glasi:

„Ugovorne strane su saglasne da je, u skladu sa Odlukom o rasporedu sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje za 2022. godinu br. 01-739 od 31.01.2022. godine, koju je donio Upravni odbor Fonda, za davaoca zdravstvenih usluga za period od 01.01. do 31.12.2022. godine utvrđen ukupan iznos sredstava od 9.984.139,33 €, za sprovođenje zdravstvene zaštite iz člana 4 ovog ugovora.

Učešće osiguranih lica u korišćenju zdravstvene zaštite (u daljem tekstu: participacija) je prihod zdravstvene ustanove.

U skladu s odredbama stava 1 ovog člana u okviru opredijeljenog iznosa sredstava davaocu zdravstvenih usluga se objezbeđuju sredstva za pružanje usluga:

1. bolničke zdravstvene zaštite
2. specijalističko-konsultativne i dijagnostičke zdravstvene zaštite
3. hemodijalize
4. laboratorijske dijagnostike PZZ, po uputu ID.

Iznos iz stava 1 ovog člana Fond isplaćuje mjesečno davaocu zdravstvenih usluga prema budžetskoj klasifikaciji za 2022. godinu i to:

- sredstva za bruto zarade i doprinosi na teret poslodavca,
- sredstva za ostala lična primanja,
- transferi institucijama za zdravstvenu zaštitu i
- kapitalni izdaci.

Sredstva za poreze i doprinose po osnovu zarade (osim doprinosa za rekreaciju-sindikata i ostalih doprinosa) Fond će uplaćivati direktno na propisani jedinstveni račun poreza i doprinosa kod Uprave prihoda i carina (odnosno ustanovi ili drugom organu u skladu sa zakonskim propisima) do 15-og u mjesecu na isplaćene zarade za prethodni mjesec, o čemu će dostaviti obavještenje davaocu zdravstvenih usluga.

Sredstva planirana za kapitalne izdatke Fond će uplatiti na zahtjev davaoca zdravstvenih usluga u toku tekuće godine.

Detaljnija analitika ekonomske klasifikacije data je u Odluci iz stava 1 ovog člana i sastavni je dio ovog aneksa.

Iznos koji će Fond uplatiti davaocu zdravstvenih usluga zavisice od dinamike izvršenja Budžeta za 2022. godinu“.

Član 4

U članu 6 stav 1 umjesto riječi „za 2021. godinu“ treba da stoje riječi „za 2022. godinu“.

Član 5

Član 10 mijenja se i glasi:

„Fond i davalac zdravstvenih usluga ugovaraju pružanje zdravstvene zaštite u oblasti bolničke, specijalističko-konsultativne i dijagnostičke zdravstvene zaštite osiguranim licima, kako slijedi:

- za bolničku zdravstvenu zaštitu, po specijalnostima, prema Tabeli 1. koja je sastavni dio ovog aneksa i prema kojoj se ugovara:

broj ispisanih bolesnika 6.776
broj ispisanih bolesnika 6.070 (bez neonatologije)
broj bolničkih dana 53.062
broj bolničkih dana 50.212 (bez neonatologije)
broj slučajeva po DRG 6.371
broj težinskih koeficijenata 6.635,59

- za specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu, po specijalnostima, prema Tabeli 2. koja je sastavni dio ovog aneksa i prema kojoj se ugovara:

broj prvih pregleda 25.924
broj ponovnih pregleda 28.231
broj ostalih usluga 154.770 (od čega za ambulantne 149.253, a za ležeće pacijente 5.517)

- za dijagnostičko-terapeutske postupke, po specijalnostima, prema Tabeli 3. koja je sastavni dio ovog aneksa i prema kojoj se ugovara:

broj prvih pregleda 6.235
broj ostalih usluga 1.449.995 (od čega za ambulantne 1.083.200, a za ležeće pacijente 366.795)

- za specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu-hemodijalizu, prema Tabeli 4. koja je sastavni dio ovog aneksa i prema kojoj se ugovara

broj pacijenata 17
broj postupaka hemodijalize 2.200

- broj operacija prema složenosti i specijalnosti, prema Tabeli 5. koja je sastavni dio ovog aneksa i prema kojoj se ugovara:

broj operacija 1.368

- broj porođaja, prema Tabeli 6 koja je sastavni dio ovog aneksa i prema kojoj se ugovara 710 porođaja, od čega:

broj spontanih porođaja 604
broj porođaja carskim rezom 106.

Davalac zdravstvenih usluga dužan je da usluge iz stava 1 ovog člana pruža osiguranim licima ravnomjerno tokom cijele godine.

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da se u cilju zadovoljenja potreba za zdravstvenom zaštitom pridržava Programa zdravstvene zaštite.

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da Fondu dostavi sve promjene organizacione strukture i medicinskog kadra koje utiču na promjenu ostvarenja plana ugovorenih usluga.“

Član 6

Član 40 mijenja se i glasi:

„Ovaj aneks se zaključuje za period od 01.01. do 31.12.2022. godine.

Ugovor se usklađuje svake godine, prema planiranim sredstvima u budžetu Fonda, shodno članu 78 Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju“.

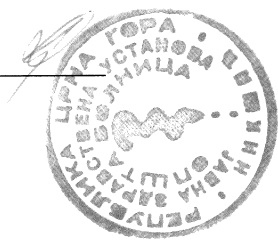
Član 7

Ostale odredbe ugovora ostaju nepromijenjene.

Član 8

Aneks ugovora je sačinjen u četiri (4) primjerka istovjetnog teksta, od kojih svakoj ugovornoj strani pripadaju po dva (2).

ZA DAVAOCA USLUGA:



ZA FOND:



Byk Bogut

