

FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

PODGORICA

Broj

06-7100

Podgorica,

05. 08. 2022

20 god.

РЕПУБЛИКА ЦРНА ГОРА
ЈАСНА ПЕРИШИЋ ПИТАНОВА
ОПШТИНА БУЛАЈИЋ
УЛ. ПЕРИШИЋ ПИТАНОВА БР. 1126
81000 БУЛАЈИЋ

1126
31 AOUT 2022

ANEKS I

Ugovora o pružanju zdravstvenih usluga specijalističko - konsultativne, dijagnostičke i bolničke zdravstvene zaštite

Fond br. 01-7971 od 11.08.2021. godine i Specijalna bolnica za plućne bolesti „dr Jovan Bulajić“ Brezovik br. 1204 od 24.08.2021. godine

Ugovorne strane:

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

i

Specijalna bolnica za plućne bolesti „dr Jovan Bulajić“ Brezovik, koju zastupa direktor dr Predrag Pejović, (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. . 01-7971 od 11.08.2021. godine i Specijalna bolnica za plućne bolesti „dr Jovan Bulajić“ Brezovik br. 1204 od 24.08.2021. 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 7.893.424,00 €, za sprovođenje zdravstvene zaštite iz člana 4 ovog ugovora.

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

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

1. bolničke zdravstvene zaštite
2. specijalističko-konsultativne i dijagnostičke zdravstvene zaštite.

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: broj bolničkih postelja, broj doktora, broj ispisanih bolesnika i broj bolničkih dana, prema Tabeli 1. koja je sastavni dio ovog aneksa i prema kojoj se ugovara:

broj ispisanih bolesnika 6.002

broj bolničkih dana 37.302

- za specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu: broj doktora, broj prvih pregleda, broj ponovnih pregleda i broj ostalih usluga, prema Tabeli 2. koja je sastavni dio ovog aneksa i prema kojoj se ugovara:

broj prvih pregleda 4.252

broj ponovnih pregleda 5.784

broj ostalih usluga 25.448 (od čega 3.428 za bolnički liječene pacijente i 22.020 za ambulantne)

- za dijagnostičko-terapeutske postupke: broj doktora, broj prvih pregleda i broj ostalih usluga, prema Tabeli 3. koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara:

broj prvih pregleda 2.432

broj ostalih usluga 101.972 (od čega 73.210 za bolnički liječene pacijente i 28.762 za ambulantne).

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 22 mijenja se i glasi:

„Za pružene usluge osiguranim licima Fonda, davalac zdravstvenih usluga će nadležnoj podružnoj jedinici/filijali Fonda, u opštini na čijoj teritoriji obavlja djelatnost, dostavljati zbirne

fakture na mjesečnom nivou. Fakture se dostavljaju u papirnoj i elektronskoj formi do 10-og u mjesecu, za usluge pružene u prethodnom mjesecu.

Prilog mjesečnih faktura iz stava 1 ovog člana je odgovarajuća medicinsko-finansijska dokumentacija.

Za ugovorene usluge koje nijesu informatički podržane, davalac zdravstvenih usluga će Fondu mjesečno ispostavljati fakture u papirnoj formi.

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da fakturisani iznos troškova na ime pruženih usluga osiguranim licima Fonda, umanjiti za iznos naplaćene participacije.

Fond će vršiti mjesečno prenos sredstava u skladu sa članom 5 ovog ugovora na ime pružene zdravstvene zaštite koja će se pravdati ispostavljenim fakturama.

Fond će fakture plaćati u roku od 30 dana od prijema potpune dokumentacije“.

Član 7

Član 41 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“.

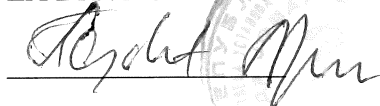
Član 8

Ostale odredbe ugovora ostaju nepromijenjene.

Član 9

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

ZA DAVAOCA USLUGA:



[Handwritten signature]

ZA FOND:



[Handwritten signature]

