

FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

PODGORICA

Broj 06-5844

Podgorica, 31.05. 2023 god.

Црна Гора  
ЈЗУ Специјална болница за ортопедију,  
неурохирургију и неврологију  
"ВАСО ЋУКОВИЋ"  
РИСАН

Број 02-1734

Рисан, 06.06. 2023 год.

### АНЕКС III

Уговора о пуњању здравствених услуга специјалистичко - консултативне, дијагностичке и болничке здравствене заштите

Фонд бр. 01-7972 од 11.08.2021. године и Специјална болница за ортопедију, неурохирургију и неврологију "Васо Ћуковић" Рисан бр. 02-2679 од 23.08.2021. године

Уговорне стране:

FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE CRNE GORE – Podgorica, којег заступа в.д. директора др Вук Карић, (у даљем тексту: Фонд)

и

Специјална болница за ортопедију, неурохирургију и неврологију "Васо Ћуковић" Рисан, коју заступа директор Владо Поповић, (у даљем тексту: давалац здравствених услуга)

Овим анексом уговорне стране мијењају Уговор о пуњању здравствених услуга специјалистичко - консултативне, дијагностичке и болничке здравствене заштите (Фонд бр. 01-7972 од 11.08.2021. године и Специјална болница за ортопедију, неурохирургију и неврологију "Васо Ћуковић" Рисан бр. 02-2679 од 23.08.2021. године), у следећем:

### Члан 1

Члан 2 мијења се и гласи:

„Осигурана лица у смислу овог уговора су лица из чл. 6 и 8 Закона о обавезном здравственом осигурању („Сл. лист ЦГ“, бр. 145/21), као и држављани земља са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању у обиму здравствене заштите утврђеном уговором.

Поред осигураних лица из става 1 овог члана, право на здравствену заштиту остварују и лица која немају здравствено осигурање, за спровођење приоритетних мјера здравствене заштите из члана 16 став 2 таč. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 и 14 Закона о здравственој заштити („Сл. лист ЦГ“, бр. 03/16, 39/16, 02/17, 44/18, 24/19, 82/20 и 08/21), као и лица из члана 17 став 1 таč. 10, 11, 15, 16, 17 и 18 Закона о здравственој заштити.

Осигурано лице из става 1 овог члана је обавезно да даваоцу здравствених услуга стави на увид здравствену књижицу или другу одговарајућу исправу, европску картицу здравственог осигурања, потврду о остваривању права на здравствену заштиту у складу са међународним споразумом о социјалном осигурању и др., као и личну идентификациону исправу.

Осигурано лице из става 1 овог члана, остварује здравствену заштиту код даваоца здравствених услуга, на основу упутнице изабраног доктора, осим у случају пуњања хитне медицинске помоћи, као и када се врши директни премјештај осигураних лица из друге болнице“.

## 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, 08/21 i 03/23),
- 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 36/22),
- 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, 94/21, 146/22, 01/23).
- Odluci o mreži zdravstvenih ustanova („Sl. list CG“ br. 84/21, 12/23 i 49/23),
- Odluci o utvrđivanju osnovne i doplatne Liste lijekova („Sl. list CG“ br. 88/22, 01/23),

- 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 2023. godinu br. 01-376 od 19.01.2023. 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 2023. godinu, br. 01-376 od 19.01.2023. godine, koju je donio Upravni odbor Fonda, za davaoca zdravstvenih usluga za period od 01.01. do 31.12.2023. godine utvrđen ukupan iznos sredstava od 4.820.879,45 €, 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 2023. godinu i to:

- sredstva za bruto zarade i doprinosi na teret poslodavca,
- sredstva za ostala lična primanja,

Po zahtjevu davaoca usluge i pratećoj dokumentaciji, Fond će uplaćivati sredstva za :

- 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.
- Detaljnija analitika ekonomske klasifikacije data je u Odluci iz stava 1 ovog člana i sastavni je dio ovog ugovora.
- Iznos koji će Fond uplatiti davaocu zdravstvenih usluga zavisiće od dinamike izvršenja Budžeta za 2023. godinu“.

### Član 4

U članu 6 stav 1 umjesto riječi „za 2021. godinu“ treba da stoje riječi „za 2023. godinu“.

## Član 5

Posle člana 7 dodaje se član 7a koji glasi:

„Za materijalne troškove, Fond će vršiti prenos sredstava jednom mjesečno, na osnovu Zahtjeva i prateće dokumentacije do visine mjesečno planiranih sredstava, prema dinamici utvrđenoj mjesečnim planom potrošnje, koji odobrava Ministarstvo finansija“.

## Član 6

U članu 8 stav 1 mijenja se i glasi:

„Fond će prihvatiti fakturisane usluge, obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, na osnovu cijena utvrđenih cjenovnicima zdravstvenih usluga Fonda, a najviše do ukupnog iznosa sredstava iz člana 5 ovog ugovora.“

## Član 7

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 2.880  
broj bolničkih dana 28.500  
broj slučajeva po DRG 2.880  
broj težinskih koeficijenata 6.501,60

- 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 16.100  
broj ponovnih pregleda 7.020  
broj ostalih usluga 60.652 (od čega 30.000 za bolnički liječene pacijente i 30.652 za ambulantne).

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

broj prvih pregleda 1.400  
broj ostalih usluga 67.440 (od čega 47.120 za bolnički liječene pacijente i 20.320 za ambulantne)

- broj operacija prema složenosti i specijalnosti, prema Tabeli 4. koja je sastavni dio ovog aneksa i prema kojoj se ugovara:

broj operacija 1.515

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 8

U članu 22 stavovi 4 i 5 se brišu.

#### Član 9

Posle člana 22 dodaje se član 22a koji glasi:

„Davalac zdravstvenih usluga dužan je za usluge pružene osiguranim licima koji ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu po međunarodnim sporazumima o socijalnom osiguranju ispostavlja posebne pojedinačne fakture po osiguranom licu u elektronskoj i papirnoj formi nadležnoj područnoj jedinici/filijali Fonda prema mjestu prijave osiguranika na zdravstveno osiguranje.“

#### Član 10

Član 24 mijenja se i glasi:

„Davalac zdravstvenih usluga će na kraju godine, za iznos realizovanih kapitalnih izdataka, za iznos medicinskog otpada, za potrošni medicinski materijal i za materijalne troškove dostaviti Fondu posebne fakture, a najviše do iznosa uplaćenih sredstava za te namjene za tekuću budžetsku godinu.“

#### Član 11

U članu 27 riječ „kvartalno i“ se briše.

#### Član 12

Član 29 mijenja se i glasi:

„Ukoliko je iznos ispostavljenih faktura Fondu za pruženu zdravstvenu zaštitu veći od iznosa uplaćenih sredstava, Fond će davaocu zdravstvenih usluga priznati fakture do visine uplaćenih sredstava.

Ukoliko je iznos ispostavljenih faktura Fondu, za pruženu zdravstvenu zaštitu na kraju tekuće godine i posebnih faktura iz člana 24 ovog ugovora manji od iznosa uplaćenih sredstava, Fond će davaocu zdravstvenih usluga umanjiti sredstva opredijeljena Budžetom za narednu godinu za iznos fakturama neopravdanih sredstava.“

Član 13

Član 41 mijenja se i glasi:

„Ovaj aneks se zaključuje za period od 01.01. do 31.12.2023. godine.

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

Član 14

Ostale odredbe ugovora ostaju nepromijenjene.

Član 15

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: Borko Kogut]*