

ANEKS VI

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

Fond br. 01-7827 od 10.08.2021. godine i Opšta bolnica „Blažo Orlandić“ Bar br. 8697 od 07.09.2021. godine

Ugovorne strane:

FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE CRNE GORE - Podgorica, kojeg zastupa direktor dr Vuk Kadić, (u daljem tekstu: Fond)

i

Opšta bolnica „Blažo Orlandić“ Bar, koju zastupa direktor dr Igor Karišik, (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. 01-7827 od 10.08.2021. godine i Opšta bolnica „Blažo Orlandić“ Bar br. 8697 od 07.09.2021. godine), u sledećem:

Član 1

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 i 48/24),
- Zakonu o zdravstvenoj zaštiti („Sl. list CG“ br. 03/16, 39/16, 2/17, 44/18, 24/19, 82/20, 08/21, 03/23, 48/24 i 77/24),
- 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 71/24),
- 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. 93/23),
- 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 davaoca 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, 45/23 i 93/23),
- 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. 50/24 i 67/24),
- 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 2024. godinu br. 01-477 od 19.01.2024. godine,
- Programu zdravstvene zaštite u Crnoj Gori za tekuću godinu i
- Cjenovnicima zdravstvenih usluga Fonda.”

Član 2

Član 5 mijenja se i glasi:

„Ugovorne strane su saglasne da je, u skladu sa Odlukom o rasporedu sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje za 2024. godinu, br. 01-477 od 19.01.2024. godine, koju je donio Upravni odbor Fonda, za davaoca zdravstvenih usluga za period od 01.01. do 31.12.2024. godine utvrđen ukupan iznos sredstava od 9.109.390,09 €, 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 objezbjeđuju 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 2024. 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 zavisice od dinamike izvršenja Budžeta za 2024. godinu“.

Član 3

U članu 6 stav 1 umjesto riječi „za 2021. godinu“ treba da stoje riječi „za 2024. godinu“.

Član 4

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 9.100

broj ispisanih bolesnika 8.600 (bez neonatologije)

broj bolničkih dana 48.200

broj bolničkih dana 46.200 (bez neonatologije)

broj slučajeva po DRG 8.818

broj težinskih koeficijenata 8.960,58

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

broj prvih pregleda 33.450

broj ponovnih pregleda 47.000

broj ostalih usluga 173.910 (od čega za ambulantne 168.455, a za ležeće pacijente 5.455)

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

broj prvih pregleda 20.000

broj ostalih usluga 1.063.657 (od čega za ambulantne 892.472, a za ležeće pacijente 171.185)

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

broj pacijenata 35

broj postupaka hemodijalize 2.900

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

broj operacija 1.227 i

- broj porođaja, prema tabeli 6 koja je sastavni dio ovog aneksa i prema kojoj se ugovara 500 porođaja, od čega:

broj spontanih porođaja 425

broj porođaja carskim rezom 75.

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 5

Član 23 mijenja se i glasi:

"Za zdravstvene usluge koje su pružane u slučaju povreda na radu, saobraćajne nesreće i povreda prouzrokovanih nanošenjem tjelesnih povreda od strane drugog lica davalac zdravstvenih usluga dužan je voditi evidencije i ispostaviti Fondu pojedinačne fakture po osiguranom licu u elektronskoj i papirnoj formi, sa detaljnom specifikacijom svih pruženih usluga - troškova liječenja pojedinačno za svaku uslugu sa naznačenom cijenom iste".

Član 6

Član 40 mijenja se i glasi:

„Ovaj aneks se zaključuje za period od 01.01. do 31.12.2024. 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:

