

Na osnovu člana 75 i 78 Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Sl. list CG“, br. 145/21 i 48/24), čl. 2 i 3 Pravilnika o kriterijumima za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvenih usluga i načinu plaćanja zdravstvenih usluga („Sl. list CG“, br. 09/11), članova 3-5 Odluke o mreži zdravstvenih ustanova („Sl. list CG“, br. 84/21, 12/23 i 49/23) i člana 23 stav 2 tačka 14 Statuta Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore („Sl. list CG“, br. 15/24)

FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE CRNE GORE - Podgorica, kojeg zastupa v.d. direktorica mr Ružica Milutinović Đurišić (u daljem tekstu: Fond)

i

Dom zdravlja Ulcinj, kojeg zastupa direktor dr Kreshnik Mustafa, (u daljem tekstu: davalac zdravstvenih usluga)

zaključuju

U G O V O R O PRUŽANJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE NA PRIMARNOM NIVOU

I OPŠTE ODREDBE

Član 1

Ovim ugovorom uređuju se prava i obaveze između Fonda i davaoca zdravstvenih usluga u pružanju zdravstvene zaštite na primarnom nivou (u daljem tekstu: zdravstvena zaštita), osiguranim licima Fonda obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem (u daljem tekstu: osigurana lica).

Član 2

Osigurana lica u smislu ovog ugovora su lica iz čl. 6 i 8 Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Sl. list CG“, br. 145/21 i 48/24), 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 19 stav 1 tač. 6, 7, 8, 12, 14, 16, 17 i 19 Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Sl. list CG“, broj 91/25, 121/25 i 31/26), kao i lica iz člana 20 stav 1 tač. 11, 12, 14, 15 i 16 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.

Izuzetno, u hitnim medicinskim stanjima, davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da pruži zdravstvenu zaštitu i bez stavljanja na uvid zdravstvene knjižice.

Član 3

Ugovorne strane su saglasne da se međusobna prava i obaveze po ovom ugovoru uređuju saglasno važećim propisima iz oblasti zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite.

Član 4

Davalac zdravstvenih usluga će osiguranim licima pružati zdravstvene usluge preko izabranog doktora za djecu - pedijatra, izabranog doktora za odrasle, izabranog doktora za žene - ginekologa.

Davalac zdravstvenih usluga organizuje pružanje zdravstvene zaštite kroz ambulate i laboratorije u okviru Centra za plućne bolesti i TBC, Centra za zaštitu mentalnog zdravlja, Centra za radiološku dijagnostiku (rentgen i ultrazvuk), Centra za laboratorijsku dijagnostiku, Centra za mikrobiološku dijagnostiku i Centra za preventivnu medicinu i epidemiologiju. Takođe, davalac zdravstvenih usluga će pružati specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu iz oblasti interne medicine, oftalmologije, dijagnostičko-terapeutske postupke - CT dijagnostika i liječenje u stacionaru.

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da organizuje pružanje preventivnih usluga.

Davalac usluga organizuje pružanje zdravstvene zaštite kroz jedinice za patronažu, jedinice za fizikalnu terapiju na primarnom nivou i jedinice za sanitetski prevoz za djelatnosti patronažne zaštite, fizikalne medicine i sanitetskog prevoza.

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da u okviru ranog otkrivanja bolesti odraslih sprovodi organizovani populacioni skrining na ranom otkrivanju raka debelog crijeva, dojke i grlića materice u skladu sa Nacionalnim programom za rak i Strategijom za hronične nezarazne bolesti.

Pored usluga iz st. 1-5, davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da obavlja zdravstvene preglede za izdavanje uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti nezaposlenog lica u svrhu zapošljavanja.

II FINANSIRANJE

Član 5

Ugovorne strane su saglasne da je, u skladu sa Odlukom o rasporedu sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje za 2026. godinu br. br. 01-205 od 19.01.2026. godine, koju je donio Upravni odbor Fonda, za davanja zdravstvenih usluga za period od 01.01. do 31.12.2026. godine utvrđen ukupan iznos sredstava od **2.510.835,84 €**, 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. primarni nivo zdravstvene zaštite
 - izabrani doktori
 - centri za podršku
 - jedinice za podršku
 - usluge izdavanja uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti nezaposlenih lica u svrhu zapošljavanja,
2. specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita,
3. CT dijagnostika,
4. liječenje u stacionaru i

5. lijekovi kao nastavak bolničke terapije u skladu sa propisanim postupcima za odobravanje lijekova.

Iznos iz stava 1 ovog člana, Fond isplaćuje mjesečno davaocu zdravstvenih usluga prema budžetskoj klasifikaciji za 2026. godinu i to:

- sredstva za bruto zarade i doprinose na teret poslodavca,
- sredstva za ostala lična primanja,
- transfere za materijalne troškove i
- kapitalne izdatke.

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 2026. godinu.

Član 6

Sredstva koja su opredijeljena Odlukom o rasporedu sredstava Fonda za 2026. godinu, u okviru Potprograma: Zdravstvena zaštita, a ista nijesu raspoređena, Fond će prenositi davaocu zdravstvenih usluga prema stvarnom učešću u realizaciji sledećih programa (aktivnosti u okviru ovog potprograma) u:

- usluge preuzimanja i obrade medicinskog otpada u skladu sa Ugovorom o koncesiji za upravljanje medicinskim otpadom br.04-2053/11 od 05.07.2011. godine, potpisanog od strane Vlade CG - Ministarstva zdravlja i Konzorcijuma OMP Ekomedika - Podgorica,
- sprovođenje Nacionalnih programa za rano otkrivanje i liječenje raka: skrining debelog crijeva, dojke, grlića materice, na osnovu plana sprovođenja skrininga i procjene troškova za 2026. godinu na koje je saglasnost dalo Ministarstvo zdravlja i
- kontinuirane medicinske edukacije zdravstvenih radnika.

Član 7

Na osnovu rasporeda sredstava utvrđenog Odlukom iz člana 5 stav 1 ovog ugovora, Fond će preko Trezora vršiti mjesečno prenos sredstava po utvrđenim pozicijama, prema dinamici utvrđenoj mjesečnim planom potrošnje.

Plaćanje faktura za isporučene lijekove i medicinska sredstva davaocu zdravstvenih usluga, Fond će direktno vršiti ZU „Apoteke Crne Gore Montefarm“ mjesečno, a najviše do visine planiranih sredstava za davoću zdravstvenih usluga. Međusobne obaveze i potraživanja će se zatvarati putem ugovora o cesiji.

Za nabavku lijekova i medicinskih sredstava koje vrši samostalno davalac zdravstvenih usluga, prema planu javnih nabavki, Fond će izvršiti prenos sredstava davaocu zdravstvenih usluga, po sprovedenoj proceduri i na osnovu odgovarajuće finansijske dokumentacije, u okviru sredstava planiranih za lijekove i medicinska sredstva.

Član 8

Za materijalne troškove, Fond će vršiti prenos sredstava jednom mjesečno, na osnovu Zahtjeva i prateće dokumentacije do visine mjesečno planiranih sredstava.

Član 9

Davalac usluga može prekoračiti Budžetom opredijeljena sredstva ukoliko je do prekoračenja doslo usled primjene terapije lijekovima koji su prethodno odobreni od strane nadležne komisije Ministarstva zdravlja.

Član 10

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.

Fakture za usluge primarne zdravstvene zaštite davalac zdravstvenih usluga će ispostavljati po cijenama iz Cjenovnika usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Fakture za usluge specijalističko-konsultativne i dijagnostičke zdravstvene zaštite, davalac zdravstvenih usluga će ispostavljati po cijenama iz Cjenovnika zdravstvenih usluga sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, dok će pružene usluge akutnog bolničkog liječenja fakturisati po pojedinačnom slučaju po Cjenovniku usluga po DRG-dijagnostički srodnim grupama.

Pojedinačni slučaj iz stava 3 ovog člana, podrazumijeva troškove nastale za vrijeme liječenja od prvog dana prijema u bolnicu do otpusta iz bolnice, izuzev troškove lijekova za rijetke bolesti i lijekova koji imaju posebno propisan način odobravanja (citostatici, lijekovi za hemofiliju, imunoglobulini, biološka terapija), koji se priznaju po stvarnom utrošku, po cijenama utvrđenim važećom Listom lijekova.

Cjenovnici iz stava 1 ovog člana su sastavni dio ovog ugovora.

Ako u toku ugovornog perioda dođe do promjene cijena iz cjenovnika iz stava 1 ovog člana, neće se vršiti izmjene i dopune ugovora, već će se o novoutvrđenim cijenama obavijestiti davalac zdravstvenih usluga.

Fond će vršiti plaćanje pruženih usluga obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem na osnovu cijena utvrđenih Cjenovnicima zdravstvenih usluga Fonda, a najviše do ukupnog iznosa sredstava iz člana 5 ovog ugovora.

III OBAVEZE DAVAOCA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Član 11

Fond i davalac zdravstvenih usluga ugovaraju pružanje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranim licima po broju i starosnoj strukturi prema Tabeli 1 koja je sastavni dio ovog ugovora, kako slijedi:

- pružanje usluga primarne zdravstvene zaštite ID za djecu-pedijatra, ID za odrasle i ID za žene-ginekologa, koji obuhvata preventivne i kurativne usluge i intervencije i procedure prema Tabelama 2, 3 i 4 koje su sastavni dio ovog ugovora i prema kojima se ugovara:
 - 1) zdravstvene usluge ID za djecu-pedijatra:
 - a. broj koeficijenata 94.996,08 (osnovni 91.474,08 i dodatni 3.522,00)
 - b. broj pregleda 16.466, od toga za preventivu 3.266 i
 - c. broj bodova 127.409,94, od toga za preventivu 26.671,92
 - 2) zdravstvene usluge za ID za odrasle:
 - a. broj koeficijenata 254.647,20 (osnovni 230.887,20 i dodatni 23.760,00)
 - b. broj pregleda 77.500, od toga za preventivu 6.029 i
 - c. broj bodova 427.063,86, od toga za preventivu 41.786,91
 - 3) zdravstvene usluge ID za žene-ginekologa:
 - a. broj koeficijenata 7.206,60
 - b. broj pregleda 3.816, od toga za preventivu 4.685 i

c. broj bodova 75.277,32, od toga za preventivu 31.985,25

- pružanje usluga primarne zdravstvene zaštite u centrima za podršku, i to u:
 - 1) Centru za plućne bolesti i TBC, kroz preventivne i kurativne usluge, intervencije i procedure prema Tabeli 5 koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara:
bodovi 42.771,75
 - 2) Centru za mentalno zdravlje, kroz usluge psihijatra, psihologa i socijalnog radnika prema Tabeli 6 koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara:
broj bodova 43.217,70
 - 3) Centru za RTG i UZ dijagnostiku, kroz pružene usluge rentgen i ultrazvučne dijagnostike prema Tabeli 8 koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara:
bodovi 51.943,09
 - 4) Centru za laboratorijsku dijagnostiku, prema Tabeli 9 koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara:
broj usluga 218.276
 - 5) Centru za mikrobiološku dijagnostiku prema Tabeli 10 koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara:
bodovi 61.596,95
 - 6) Centru za prevenciju, kroz definisane programe: populaciono savjetovalište (program za dijabetes), savjetovalištu za mlade (program odvikavanje od pušenja), savjetovalište za reproduktivno zdravlje (program škola za trudnice) i epidemiološku službu, prema Tabeli 11 (po programima) koja je sastavni dio ovog ugovora,
- pružanje usluga primarne zdravstvene zaštite u jedinicama za podršku timu izabranog doktora, i to u:
 - 1) Jedinici za patronažu, kroz preventivne usluge trudnicama, babinjarama, novorođenčetu, odojčetu, maloj djeci i njihovim porodicima, hroničnim bolesnicima i invalidnim osobama, tretmane i postupke, promociju zdravlja i zdravstveno prosvjeđivanje, prema Tabeli 13 koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara:
broj bodova 104.264,90
 - 2) Jedinici za fizikalnu terapiju primarnog nivoa, kroz definisan spisak usluga prema Tabeli 12 koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara:
broj bodova 31.389,34
 - 3) Jedinici za sanitetski prevoz, kroz prevoz pacijenata u medicinski indikovanim stanjima prema Tabeli 14 koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara:
kilometri 1.200
- pružanje specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite, po specijalnostima, prema Tabeli 15 koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara:
broj prvih pregleda 6.100
broj ponovnih pregleda 4.400
broj ostalih usluga 1.000
- liječenje u stacionaru, po specijalnostima, prema Tabeli 17 koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara:
broj ispisanih bolesnika 3
broj bolničkih dana 21
broj slučajeva po DRG 3
broj težinskih koeficijenata 3,36
- za dijagnostičko-terapeutske postupke - CT dijagnostika, prema Tabeli 20, koja je sastavni dio ugovora i prema kojoj se ugovara:
broj pregleda 419

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 medicinskog kadra koje utiču na promjenu ostvarenja plana ugovorenih usluga i maksimalnog broja bodova.

Član 12

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da će se u sprovođenju zdravstvene zaštite dosljedno pridržavati zakonskih propisa, međunarodnih ugovora, drugih propisa i opštih akata Fonda, kao i da osiguranim licima neće uskraćivati zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da će prilikom pružanja zdravstvene zaštite osiguranim licima i ostvarivanja drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranih lica, primjenjivati propisane postupke za ostvarivanje zdravstvene zaštite i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i koristiti obrasce u skladu sa opštim aktima Fonda.

Član 13

U pružanju zdravstvenih usluga, davalac zdravstvenih usluga je obavezan da:

- organizuje efikasno pružanje zdravstvenih usluga, u skladu sa utvrđenim smjernicama i medicinskom doktrinom,
- evidentira zdravstvenu uslugu koja je pružena, datum pružanja, dijagnozu oboljenja i druge podatke u vezi pružene zdravstvene usluge,
- vodi evidencije u skladu sa Zakonom o zbirkama podataka u oblasti zdravstva.

Član 14

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da vrši kontinuiranu kontrolu evidentiranja pruženih zdravstvenih usluga od strane timova izabranih doktora i doktora pojedinca.

U slučaju neopravdano uvećanog evidentiranja pruženih zdravstvenih usluga, a u cilju uvećanja osnova za obračun zarade, davalac zdravstvenih usluga je dužan da prema licima iz stava 1 ovog člana preduzme odgovarajuće mjere i izvrši umanjeње neopravdano obračunatog iznosa.

Član 15

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da primarnu zdravstvenu zaštitu pruža radom u jednoj ili dvije smjene ili dvokratnim radnim vremenom u vremenskom intervalu od 7 časova do 21 čas, u skladu sa Pravilnikom o rasporedu radnog vremena u zdravstvenim ustanovama.

Davalac zdravstvenih usluga je obavezan da osiguranom licu pruži zdravstvenu zaštitu u zakazanom terminu, na koju po pravilu ne može da čeka duže od 15 minuta.

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu organizuje u jednoj ili dvije smjene, vodeći računa da ova vrsta zdravstvene zaštite bude dostupna osiguranim licima.

Davalac zdravstvenih usluga je obavezan da osiguranom licu u zavisnosti od zdravstvenog stanja omogući specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu, najduže u roku od 30 dana od dana javljanja.

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da stacionarnu zdravstvenu zaštitu pruža neprekidno u toku 24 časa. Ukoliko organizacijom rada u smjenama ili preraspodjelom radnog vremena ne može da obezbijedi neprekidno pružanje zdravstvene zaštite, davalac zdravstvenih usluga može da uvede dežurstvo, odnosno pripravnost u skladu sa Pravilnikom o rasporedu radnog vremena u zdravstvenim ustanovama.

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da osiguranom licu nakon sprovedenog bolničkog liječenja izda otpusno pismo na dan otpusta, a najkasnije u roku od 3 dana od dana otpuštanja osiguranog lica s bolničkog liječenja.

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da hitne slučajeve primi na liječenje bez čekanja.

Član 16

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da obavještenje o početku i završetku radnog vremena vidno istakne na ulaznim vratima zdravstvene ustanove.

Ukoliko dođe do promjene plana organizacije radnog vremena, davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da o istom blagovremeno obavijesti Fond.

Član 17

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da će se prilikom predlaganja i propisivanja lijekova pridržavati indikacija i kriterijuma za primjenu lijekova utvrđenih Odlukom o utvrđivanju liste lijekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava Fonda (u daljem tekstu: Lista lijekova).

Član 18

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da pružene zdravstvene usluge u slučaju povrede na radu, saobraćajne nesreće, povrede prouzrokovane nanošenjem tjelesnih povreda od strane drugog lica, kao i njihovih posljedica i sl., evidentira na obrascu prijave povrede (nesreće) i obavijesti Fond u roku od tri dana od dana pružene usluge, a evidencijski broj prijave upisuje i na ostalim medicinskim obrascima koje izdaje, a tiču se pružene zdravstvene usluge.

Član 19

Davalac zdravstvenih usluga je dužan da strancu ukaže hitnu medicinsku pomoć. Stranci sami snose troškove za pruženu hitnu medicinsku pomoć ili druge vrste zdravstvene zaštite, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije propisano.

Stranci koji dolaze iz država sa kojima je zaključen međunarodni sporazum o socijalnom osiguranju, pravo na hitnu zdravstvenu zaštitu u Crnoj Gori ostvaruju u skladu sa sporazumom.

Član 20

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da osiguranom licu, koje nije oslobođeno participacije, saglasno Zakonu i opštem aktu o učešću osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite, nakon pružene zdravstvene usluge naplati propisanu participaciju i o izvršenoj naplati izda priznanicu koja obavezno treba da sadrži: naziv davaoca zdravstvene usluge, ime i prezime osiguranog lica, naziv pružene usluge, datum pružanja usluge, iznos naplaćene participacije i ovjereni potpis ovlašćenog lica koje je izvršilo naplatu participacije.

IV PRAĆENJE INDIKATORA RADA

Član 21

U cilju praćenja kvaliteta rada davalac zdravstvenih usluga dužan je da vodi evidenciju o realizaciji slijedećih indikatora:

- 1) broj pruženih preventivnih usluga,
- 2) broj prvih i ponovnih pregleda pruženih osiguranim licima po organizacionim cjelinama izabranih doktora i njihov međusobni odnos,
- 3) broj propisanih recepata osiguranim licima,
- 4) broj naloga za ampuliranu terapiju i vrijednost utrošenih lijekova i medicinskih sredstava,

- 5) broj uputa za laboratorijske analize i broj traženih analiza,
- 6) broj uputa na konsultativno-specijalističke preglede kod i van davaoca zdravstvenih usluga,
- 7) broj uputa za bolničko liječenje,
- 8) broj uputa na RTG i ultrazvučne preglede,
- 9) broj kućnih posjeta i procenat kućnih posjeta u odnosu na ukupan broj prvih i ponovnih pregleda,
- 10) broju prvih i ponovnih pregleda pruženih osiguranim licima po specijalističkim ambulantama i njihovog međusobnog odnosa,
- 11) broju ispisanih bolesnika po organizacionim jedinicama,
- 12) broju postelja i procentu korišćenja posteljnih kapaciteta.

Član 22

Evaluacija ostvarenja planova rada o pruženim preventivnim zdravstvenim uslugama se vrši polugodišnje. Ukoliko procenat pruženih preventivnih zdravstvenih usluga u odnosu na plan bude ispod 80%, faktura davaoca zdravstvenih usluga koja se odnosi na usluge koje pružaju izabrani doktori će se umanjiti za 10% u narednih šest mjeseci, shodno Metodologiji određivanja vrijednosti kapitulacije i cijena zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

V FAKTURISANJE, PLAĆANJE I PRAĆENJE IZVRŠENJA

Član 23

Za pružene usluge svim osiguranicima Fonda, davalac zdravstvenih usluga će nadležnoj područnoj jedinici/filijali Fonda u opštini na čijoj teritoriji obavlja djelatnost ispostavljati mjesečne fakture, u elektronskoj i papirnoj formi, do 10. u mjesecu, za usluge pružene u prethodnom mjesecu.

Za pružene zdravstvene usluge akutnog bolničkog liječenja osiguranim licima Fonda davalac usluga će dostavljati, nadležnoj područnoj jedinici/filijali Fonda, u opštini na čijoj teritoriji obavlja djelatnost, pojedinačne fakture po pojedinačnom DRG slučaju na mjesečnom nivou, ovjerene i potpisane. Prilog pojedinačne fakture je medicinska dokumentacija (uput, operaciona lista i otpusna lista) dostupna putem elektronske razmjene podataka i ne dostavlja se Fondu u štampanoj formi. Fakture se dostavljaju u elektronskoj i papirnoj formi, do 10-og u mjesecu, za usluge pružene u prethodnom mjesecu.

Davalac zdravstvenih usluga će dostaviti nadležnoj područnoj jedinici/filijali zbirni izvještaj-specifikaciju pojedinačnih DRG faktura, po osnovima osiguranja, čiju će formu i sadržaj definisati Fond, a na osnovu kojih će se vršiti knjiženje u Fondu.

Prilog elektronske fakture iz stava 1 ovog člana čine finansijski izvještaji i to:

- ✓ Izvještaj 1: Izvještaj o broju osiguranih lica koji su izabrali doktora po starosnoj strukturi,
- ✓ Izvještaji od 2 do 11: Izvještaj o vrsti, obimu i vrijednosti pruženih zdravstvenih usluga po strukturi usluga iz fakture po svakoj organizacionoj jedinici doma zdravlja,
- ✓ Izvještaj 12 do 16: Izvještaj o radu savjetovališta u Centru za prevenciju.
- ✓ Izvještaj 17: Izvještaj o troškovima PZZ po osnovima osiguranja;
- ✓ Izvještaj 18.1/19.1: Izvještaj o stacionarnom/ambulantnom liječenju po pacijentu,
- ✓ Izvještaj 18.2/19.2: Izvještaj o stacionarnim/ambulantnim troškovima liječenja po odjeljenjima / ambulantama za obračunski period,
- ✓ Izvještaj 18.3/19.3: Izvještaj uz fakturu za stacionarno/ambulantno liječenje - rekapitulacija,
- ✓ Izvještaj 18.4/19.4: Izvještaj o troškovima za stacionarno/ambulantno liječenje po osnovima osiguranja;

- ✓ Izvještaj 20: Izvještaj o utrošku lijekova i medicinskih sredstava.

Prilog elektronske fakture iz stava 1 ovog člana čine i izvještaji o realizaciji indikatora iz člana 21 ovog ugovora i obimu pruženih usluga, i to:

- ✓ Izvještaji od 1 do 3 - indikator: Izvještaj o ostvarenju indikatora za ID za djecu-pedijatra, ID za odrasle i ID za žene-ginekologa,
- ✓ Izvještaj 4 - indikator: Izvještaj o ostvarenju indikatora za specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu,
- ✓ Izvještaj 6 - indikator: Izvještaj o ostvarenju indikatora za stacionarnu zdravstvenu zaštitu.

Za pokrivanje troškova za lijekove kao nastavak bolničke terapije i ostalih usluga koje nijesu informatički podržane, davalac usluga će Fondu mjesečno ispostavljati posebnu fakturu u papirnoj formi.

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

Član 24

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 25

Za zdravstvene usluge koje su pružane u slučaju povrede na radu, saobraćajne nesreće i povreda prouzrokovanih nanošenjem tjelesnih povreda od strane drugog lica davalac zdravstvenih usluga dužan je voditi evidencije i ispostavljati Fondu pojedinačne fakture po osiguranom licu u elektronskoj i papirnoj formi.

Član 26

Davalac zdravstvenih usluga će na kraju godine, za iznose realizovanih kapitalnih izdataka, medicinskog otpada, potrošnog medicinskog materijala, kao i za materijalne troškove, dostaviti Fondu posebne fakture, a najviše do iznosa uplaćenih sredstava za te namjene za tekuću budžetsku godinu.

Član 27

Usklađivanje obaveza između Fonda i davaoca zdravstvenih usluga vrši se na godišnjem nivou u skladu sa Pravilnikom o kriterijumima za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvenih usluga i načinu plaćanja zdravstvenih usluga.

Član 28

Usklađivanje i obračun obaveza između Fonda i davaoca zdravstvenih usluga utvrđuje se po isteku godine na osnovu:

- 1) izvršenih i fakturisanih usluga po ugovoru,
- 2) ocjene ispunjenosti indikatora i izvršenja usluga i
- 3) ostvarenja budžeta Fonda.

Shodno stavu 1 ovog člana ugovorne strane su u obavezi da sačine i potpišu zapisnik o usklađivanju međusobnih obaveza i potraživanja.

Član 29

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.

Izuzetno, zbog obezbjeđivanja dostupne zdravstvene zaštite, Fond može priznati davaocu zdravstvenih usluga dodatnu obračunsku fakturu pod uslovom da je davalac zdravstvenih usluga pružio ugovoreni obim usluga, a najviše do iznosa opredijeljenih sredstava.

Ukoliko je iznos ispostavljenih faktura Fondu za pruženu zdravstvenu zaštitu manji od iznosa uplaćenih sredstava, Fond će davaocu zdravstvenih usluga priznati troškove do visine uplaćenih sredstava i taj iznos će posebno evidentirati u knjigovodstvenoj evidenciji na teret rashoda Fonda.

VI KONTROLA UGOVORNIH OBAVEZA

Član 30

Fond vrši redovne i vanredne kontrole izvršenja ugovornih obaveza davaoca zdravstvenih usluga.

Redovnu kontrolu Fond, po pravilu, vrši po prethodnoj najavi, a vanrednu bez najave, u poslovnim prostorijama i uz prisustvo predstavnika davaoca zdravstvenih usluga.

Fond vrši administrativnu i medicinsko-finansijsku kontrolu.

Član 31

Administrativna kontrola obuhvata: poštovanje radnog vremena, evidentiranje zakazivanja, vrijeme čekanja na primarnu zdravstvenu zaštitu, kao i druge odredbe koje sadrži ovaj ugovor.

Administrativnu kontrolu Fond vrši po pravilu, bez prethodne najave.

Član 32

Fond u okviru medicinsko-finansijske kontrole kod davaoca zdravstvenih usluga kontroliše:

- evidentiranje i obračun pruženih zdravstvenih usluga osiguranim licima,
- ispunjenje ugovorenog obima pruženih zdravstvenih usluga osiguranim licima i donijetih programa zdravstvene zaštite,
- pravilan obračun participacije, u skladu sa propisima,
- ispunjenje indikatora u cilju praćenja rada davaoca zdravstvenih usluga,
- vođenje ostalih evidencija koje je davalac zdravstvenih usluga u obavezi da vodi,
- usaglašenost ekonomsko-finansijske dokumentacije sa medicinskom dokumentacijom,
- namjensko korišćenje sredstava koja je davalac zdravstvenih usluga dobio od Fonda po osnovu ugovora o pružanju zdravstvenih usluga,
- propisivanje i utrošak lijekova i medicinskih sredstava,
- da li davalac zdravstvenih usluga sredstva koja dobije od Fonda koristi prvenstveno u svrhu pružanja zdravstvenih usluga osiguranim licima i dr.

Član 33

Prilikom kontrole izvršavanja ugovornih obaveza davaoca zdravstvenih usluga, posebno će se voditi računa o ostvarivanju prava osiguranih lica u skladu sa propisima.

Član 34

Kontrolu izvršenja ugovornih obaveza po ovom ugovoru vrši službeno lice Fonda po ovlaštenju direktora, u skladu sa opštim aktom kojim se uređuje način i postupak kontrole davalaca zdravstvenih usluga.

Davalac zdravstvenih usluga je dužan da ovlašćenom licu Fonda omogućí obavljanje kontrole, stavi na uvid medicinsko-finansijsku i ostalu dokumentaciju koja je predmet kontrole.

Član 35

O obavljenoj kontroli se sačinjava zapisnik u dva primjerka, koji potpisuje predstavnik davaoca zdravstvenih usluga i ovlašćeno lice Fonda. Jedan primjerak zapisnika se uručuje davaocu zdravstvenih usluga.

Zapisnik iz stava 1 ovog člana sadrži datum kontrole, imena lica koja su prisustvovala kontroli, predmet kontrole, a prema ocjeni ovlašćenog lica Fonda i druge podatke.

Nakon obavljene kontrole ovlašćeno lice Fonda sastavlja izvještaj o utvrđenom činjeničnom stanju, eventualnim nepravilnostima, sa prijedlogom mjera.

Izvještaj iz stava 3 ovog člana dostavlja se davaocu zdravstvenih usluga na koji on ima pravo prigovora direktoru Fonda, u roku od osam dana od dana prijema izvještaja.

Na uloženi prigovor, direktor Fonda je u obavezi da u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, ocijeni osnovanost prigovora i donese odluku koja je konačna.

VII POVREDA UGOVORNIH OBAVEZA

Član 36

Ugovorne strane su saglasne da postupanje davaoca zdravstvenih usluga suprotno odredbama zakona, međunarodnih ugovora, posebnih propisa i opštih akata Fonda i ovog ugovora, koje onemogućava ili otežava ostvarivanje prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja predstavlja povredu ugovornih obaveza.

Ugovorne strane su saglasne da davalac zdravstvenih usluga ne postupa saglasno preuzetim obavezama iz ovog ugovora o sprovođenju ugovorene zdravstvene zaštite ako:

- ne sprovodi mjere zdravstvene zaštite utvrđene planom i programima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- ne pruža zdravstvene usluge u skladu sa obimom prava i standardima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- ne ispunjava obavezu u pogledu radnog vremena utvrđenog u čl. 15 i 16 ovog ugovora,
- ne organizuje rad na način da omogućí ostvarivanje zdravstvenih usluga pod jednakim uslovima svim osiguranim licima,
- pogrešno evidentira zdravstvene usluge,
- evidentira zdravstvenu uslugu koju nije pružio,
- izvrši obračun zarade timovima izabranih doktora na osnovu neopravdano uvećanog evidentiranja usluga, shodno članu 14 ovog ugovora,
- naplaćuje osiguranim licima Fonda učešće u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite suprotno propisima,
- naplaćuje zdravstvene usluge osiguranim licima,
- ispostavlja fakture Fondu za zdravstvene usluge za koje se kontrolom Fonda utvrdi da je davalac zdravstvenih usluga nije izvršio ili je izvršio djelimično, odnosno u fakturama iskazuje troškove za medicinska sredstva i lijekove koji nijesu utrošeni prilikom pružanja zdravstvene usluge ili ih je osigurano lice nabavilo o svom trošku,

- u ugovorenom radnom vremenu onemogućuje ostvarivanje zdravstvene zaštite osiguranim licima,
- upućuje osigurano lice da o svom trošku nabavi sanitetski materijal, potrošni materijal i drugo medicinsko sredstvo ili medicinsko tehničko pomagalo, koji se obezbijavaju u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- upućuje osigurano lice da izvrši terapijski ili dijagnostički postupak o svom trošku, koji se obezbijavaju u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- u pružanju zdravstvenih usluga primjenjuje određene medicinske postupke koji su protivni opšte prihvaćenoj medicinskoj doktrini i medicinskoj etici,
- se ne pridržava utvrđenih standarda u predlaganju dijagnostičkih i terapijskih procedura,
- ne dostavlja izvještaje prema indikatorima iz Pravilnika o kriterijumima, instrukcijama i uputstvima Fonda,
- predlaže i propisuje ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja suprotno opštim aktima Fonda uslijed čega dolazi do nenamjenskog trošenja sredstava Fonda (ljekove, privremenu spriječenost za rad, medicinsko tehnička pomagala, putne troškove i dr.) i
- u sprovođenju ugovornih obaveza preduzima radnje koje su u bilo kom dijelu suprotne zakonskim odredbama, posebnim propisima, međunarodnim ugovorima, opštim aktima Fonda i ugovornim odredbama.

Davalac zdravstvenih usluga ne vrši povredu ugovornih obaveza ukoliko su nastupile okolnosti koje su van njegovog uticaja i nadležnosti, odnosno na koje davalac zdravstvenih usluga ne može da utiče.

Član 37

Ako Fond utvrdi nepravilnosti, a u zavisnosti od nastalih štetnih posledica, izreći će sledeće mjere:

- pisanu opomenu;
- zahtjev za knjižno odobrenje;
- otklanjanje utvrđenih nepravilnosti u određenom roku;
- obustavljanje prenosa finansijskih sredstava dok davalac zdravstvenih usluga ne ukloni utvrđene nepravilnosti;
- umanjenje iznosa sredstava davaocu zdravstvenih usluga za dio obaveza koje nije izvršio;
- umanjenje iznosa iskazanog u fakturi davaoca zdravstvenih usluga koja se odnosi na usluge koje pružaju izabrani doktori za 10% u narednih šest mjeseci ukoliko procenat pruženih preventivnih zdravstvenih usluga u odnosu na plan bude ispod 80%,
- umanjenje fakturisanog iznosa davaoca zdravstvenih usluga, najviše do desetostruke vrijednosti nastale štete;
- umanjiti za 10% pripadajući mjesečni iznos sredstava iskazan u fakturi;
- raskid ugovora i naknada štete.

VIII OSTALE ODREDBE

Član 38

U slučaju spora u vezi sa izvršenjem ovog ugovora, može se imenovati arbitraža, sastavljena od dva predstavnika Fonda i po jednog predstavnika davaoca zdravstvenih usluga, Ljekarske komore i Ministarstva zdravlja.

Postupak pred arbitražom je hitan, odluka se donosi u roku od 30 dana od dana imenovanja arbitraže, većinom glasova članova arbitraže.

Dok traje postupak pred arbitražom, rokovi za pokretanje sudskog postupka miruju.

Odluka arbitraže je obavezujuća za strane u sporu.

Strana u sporu nezadovoljna odlukom arbitraže može pokrenuti sudski postupak, koji ne zadržava izvršenje odluke arbitraže.

Član 39

Fond ima pravo raskinuti, odnosno izmijeniti ovaj ugovor prije isteka roka na koji je zaključen, ako davalac zdravstvenih usluga ne ispunjava svoje ugovorne obaveze, odnosno ako bi dalje ispunjavanje odredbi ovog ugovora izazvalo štetne posljedice po osigurana lica Fonda i Fond.

Davalac zdravstvenih usluga može raskinuti ovaj ugovor ukoliko druga strana ne ispunjava svoje ugovorne obaveze.

Ugovorne strane su u obavezi da o namjeri raskida ugovora, odmah pisano obavijeste drugu stranu.

Ugovor će biti raskinut u roku od 30 dana od dana utvrđivanja okolnosti iz st. 1 i 2 ovog člana koje su dovele do raskida ugovora.

Ugovorne strane su saglasne da će se ugovor raskinuti u roku od 30 dana i u slučaju kada je arbitraža utvrdila postojanje okolnosti iz st. 1 i 2 ovog člana.

Član 40

Ugovorne strane su saglasne da eventualne sporove povodom ovog ugovora rješavaju sporazumno.

Ukoliko ugovorne strane nastali spor ne mogu riješiti sporazumno ili putem arbitraže, nadležan je sud u Podgorici.

Član 41

Ovaj ugovor se zaključuje za period od 01.01.2026. do 31.12.2030. godine.

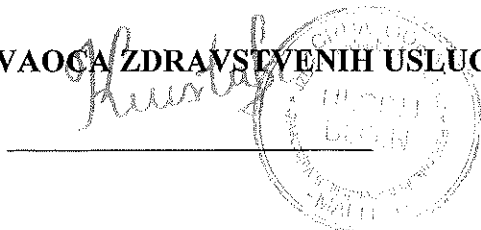
Ugovor se usklađuje svake godine, prema planiranim sredstvima u budžetu Fonda, shodno članu 78 Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju.

Izmjene i dopune odredaba ovog ugovora, urediće se Aneksom ugovora.

Član 42

Ugovor je sačinjen u 4 (četiri) primjerka istovjetnog teksta, od kojih ugovorne strane zadržavaju po 2 (dva) primjerka.

ZA DAVAOCA ZDRAVSTVENIH USLUGA



ZA FOND



Podaci o ugovoru

Podaci	Opis / Naziv
Šifra organizacione jedinice FZZO-a	90 Centrala Fonda
Adresa Fonda	Vaka Đurovića bb
E-mail FZZO	ugovori@fzocg.me
Šifra aktivnosti zdravstvene zaštite (FZZO)	Usluge na primarnom nivou zdravstvene zaštite
Naziv davaoca zdravstvenih usluga	ZU Dom zdravlja Ulcinj
Odgovorno lice davaoca zdravstvenih usluga	dr Mustafa Kreshnik
E - mail davaoca zdravstvenih usluga	policlinicul@t-com.me
Adresa davaoca zdravstvenih usluga	Ulcinj, Majke Tereze b.b.
PIB davaoca zdravstvenih usluga	2015129
Broj žiro računa davaoca zdravstvenih usluga za budžetska sredstva	540-5281-16
Šifra davaoca zdravstvenih usluga	
Vrsta dokumenta	Ugovor
Datum početka važenja ugovora	01.01.2026.godine
Datum isteka ugovora	31.12.2030.godine
Šifra statusa ugovora	Važeći
Obračunski model	Usluga