FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
PODGORICA
Broj 05-7761
Podgorica, 19.08. 2026 god.

Crna Gora
ZU KLINIČKO-BOLNIČKI CENTAR KOTOR
Broj 02-1899
Kotor, 25.08. 2026 god.

Na osnovu člana 75 i 78 Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Sl. list CG", broj 145/21 i 48/24), čl. 8-11 Pravilnika o kriterijumima za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvenih usluga i načinu plaćanja zdravstvenih usluga („Sl. list CG", broj 09/11), čl. 6-8 i 10 Odluke o mreži zdravstvenih ustanova („Sl. list CG", broj 84/21, 12/23 i 49/23) i člana 23 stav 2 tačka 14 Statuta Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore („Sl. list CG", broj 15/24)

FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE CRNE GORE - Podgorica, kojeg zastupa v.d. direktorica mr Ružica Milutinović Đurišić (u daljem tekstu: Fond)
i
Kliničko-bolnički centar Kotor, koji zastupa direktor dr Davor Kumburović (u daljem tekstu: davalac zdravstvenih usluga)

zaključuju

U G O V O R
O PRUŽANJU ZDRAVSTVENIH USLUGA SPECIJALISTIČKO - KONSULTATIVNE, KONZILIJARNE I BOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

I OPŠTE ODREDBE

Član 1

Ovim ugovorom uređuju se prava i obaveze između Fonda i davaoca zdravstvenih usluga u pružanju specijalističko-konsultativne, konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite (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 člana 6 i 8 Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Sl. list CG", broj 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 prioritetnih 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 socijanom 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 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 obavezuje se da će osiguranim licima pružati zdravstvene usluge:

1) Bolničke zdravstvene zaštite:
   a. Klinika za hirurgiju:
      - hirurgija sa operacionim blokom,
      - urologija,
   b. Interna medicina:
      - interna medicina,
      - infektivne bolesti,
      - intenzivna koronarna jedinica,
      - intenzivna metabolička jedinica,
      - intenzivna jedinica - detoksikacija,
   c. Pedijatrija:
      - pedijatrija,
      -neonatologija,
   d. Ginekologija i akušerstvo sa porođajnom salom:
      - ginekologija,
      - akušerstvo sa porođajnom salom,
2) Specijalističko-konsultativne i dijagnostičke zdravstvene zaštite;
3) Specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite - Hemodijaliza;
4) Hiperbarična i podvodna medicina.

II FINANSIRANJE

Član 5

Ugovorne strane su saglasne da je, u skladu sa Odlukom o rasporedu sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje za 2026. godinu, broj 01-205 od 19.01.2026. godine. godine koju je donio Upravni odbor Fonda, za davaoca zdravstvenih usluga za period od 01.01. do 31.12.2026. godine utvrđen ukupan iznos sredstava od **9.997.175,28 €** (6.552.291,92 € za KBC Kotor i 3.444.883,36 € za organizacionu jedinicu Meljine) 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 2026. godinu i to za:

- sredstva za bruto zarade i doprinosi 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-sindikat 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 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):

- 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,
- kontinuirane medicinske edukacije zdravstvenih radnika i
- usluge preventivnog programa za rano otkrivanje RDC, RGM, RD (skrining).

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

Za nabavku ljekova 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 ljekove 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 ljekovima 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 specijalističko-konsultativne i dijagnostičke zdravstvene zaštite (uključujući i usluge hemodijalize), 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 2 ovog člana, podrazumijeva troškove nastale za vrijeme liječenja od prvog dana prijema u bolnicu do otpusta iz bolnice, izuzev troškove ljekova za rijetke bolesti i ljekova koji imaju posebno propisan način odobravanja (citostatici, ljekovi za hemofiliju, imunoglobulini, biološka terapija), koji se priznaju po stvarnom utrošku, po cijenama utvrđenim važećom Listom ljekova.

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.

Član 11

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da će racionalno trošiti ugovoreni ukupni iznos sredstava iz člana 5 ovog ugovora pridržavajući se utvrđenih kliničkih smjernica kod predlaganja pojedinih dijagnostičkih postupaka.

III OBAVEZE DAVAOCA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Član 12

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 ugovora i prema kojoj se ugovara:

  broj ispisanih bolesnika 9.139
  broj ispisanih bolesnika 8.467 (bez neonatologije)
  broj bolničkih dana 56.742
  broj bolničkih dana 51.602 (bez neonatologije)
  broj slučajeva po DRG 9.112
  broj težinskih koeficijenata 8.155,75

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

  broj prvih pregleda 41.530

broj ponovnih pregleda 30.480
broj ostalih usluga 136.720 (od čega za ambulantne 113.245, a za ležeće pacijente 23.475)

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

broj prvih pregleda 8.000
broj ostalih usluga 609.100 (od čega za ambulantne 484.800, a za ležeće pacijente 124.300)

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

broj pacijenata 18
broj postupaka hemodijalize 1.350

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

broj operacija 1.607 i

- broj porođaja, prema tabeli 6 koja je sastavni dio ovog ugovora i prema kojoj se ugovara 672 porođaja, od čega:

broj spontanih porođaja 573
broj porođaja carskim rezom 99.

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 13

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 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 14

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

- organizuje efikasno pružanje zdravstvenih usluga, u skladu sa pravilima struke, dostignućima medicinske nauke, primjenom savremenih metoda i postupaka kojima se obezbjeđuje efikasno, kvalitetno i potpuno liječenje,
- vodi istorije bolesti, evidencije-protokole bolnički i ambulantno pruženih usluga,
- vodi i izvještava Fond o Listama čekanja i
- vodi evidencije u skladu sa Zakonom o zbirkama podataka u oblasti zdravstva.

Član 15

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da bolničku 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 obavezan da osiguranom licu upućenom radi korišćenja bolničke zdravstvene zaštite, u zavisnosti od zdravstvenog stanja obezbjedi prijem, u roku ne dužem od 15 dana od dana javljanja.

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

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.

Član 16

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da specijalističko-konsultativnu i dijagnostičku 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 i dijagnostičku zdravstvenu zaštitu, najduže u roku od 30 dana od dana javljanja.

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da hitne slučajeve primi na specijalističko-konsultativnu i dijagnostičku uslugu bez čekanja.

Član 17

Davalac zdravstvenih usluga u obavezi je da na vidnom mjestu specijalističke ambulante istakne natpis o radnom vremenu, broj telefona ili elektronsku adresu kako bi osigurana lica mogla da kontaktiraju i zakazuju preglede.

Davalac zdravstvenih usluga je obavezan da kroz organizaciju rada specijalističkih ambulanti omogući izabranom doktoru termine za zakazivanje specijalističkih pregleda njegovim pacijentima.

Plan organizacije radnog vremena davaoca zdravstvenih usluga sastavni je dio ovog ugovora (Obrazac br. 1).

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

Član 18

Ukoliko postoje medicinski opravdani razlozi, davalac zdravstvenih usluga je obavezan da osiguranom licu predloži:

- ostvarivanje drugih specijalističko-konsultativnih, dijagnostičkih ili bolničkih usluga,
- propisivanje ljekova saglasno Odluci o utvrđivanju Liste ljekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava Fonda (u daljem tekstu: Lista ljekova),
- ostvarivanje prava na medicinsko-tehnička pomagala u skladu sa Listom medicinsko-tehničkih pomagala,
- odobravanje privremene spriječenosti za rad.

Član 19

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da će se prilikom predlaganja, primjene i propisivanja ljekova pridržavati indikacija i kriterijuma za primjenu lijeka utvrđenih Listom ljekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava Fonda.

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da će prilikom predlaganja, primjene i propisivanja ljekova utvrđenih Listom ljekova racionalno postupati, poštujući sve parametre koji determinišu ljekove koji se propisuju i izdaju na teret sredstava Fonda, a koji su definisani Listom ljekova (farmaceutski oblik, jačina lijeka, pakovanje, indikaciono područje, režim propisivanja i primjene lijeka i cijene lijeka).

Davalac zdravstvenih usluga se obavezuje da će obezbjediti nabavku i primjenu ljekova po odluci Prvostepene komisije za ljekove Fonda ili Komisije za odobravanje ljekova u Ministarstvu zdravlja.

Davalac zdravstvenih usluga će voditi evidencije o izdatim ljekovima iz bolničke apoteke prema organizacionim jedinicama.

Davalac zdravstvenih usluga je u obavezi da u medicinsko-finansijskoj dokumentaciji evidentira utrošeno medicinsko sredstvo ili lijek, koje je osigurano lice za vrijeme bolničkog liječenja obezbijedilo sopstvenim sredstvima.

Član 20

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 posledica 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 21

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 22

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 indikatora saglasno Pravilniku o kriterijumima za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvenih usluga i načinu plaćanja zdravstvenih usluga i to:

1) broju prvih i ponovnih pregleda pruženih osiguranim licima po specijalističkim ambulantama i njihovog međusobnog odnosa,
2) broju pruženih dijagnostičkih usluga po vrstama dijagnostičko-terapeutskih postupaka,
3) broju ispisanih bolesnika po organizacionim jedinicama,
4) broju postelja i procentu korišćenja posteljnih kapaciteta,
5) broju ponovno primljenih osiguranih lica na bolničko liječenje zbog istog zdravstvenog problema u roku od sedam dana poslije otpusta iz bolnice.

V FAKTURISANJE, PLAĆANJE I PRAĆENJE IZVRŠENJA

Član 24

Za pružene usluge specijalističko-konsultativne i dijagnostičke zdravstvene zaštite osiguranim licima Fonda, davalac zdravstvenih usluga će nadležnoj područnoj 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.

Za pružene zdravstvene usluge akutnog bolničkog liječenja osiguranim licima Fonda davalac zdravstvenih 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 je formu i sadržaj definisao Fond, a na osnovu kojih će se vršiti knjiženje u Fondu.

Za pokrivanje troškova za usluge laboratorije PZZ po uputu ID, davalac zdravstvenih usluga će Fondu mjesečno ispostavljati posebnu fakturu.

Za pružene usluge HBO obavezan prilog fakture je uput kao i ostala medicinsko finansijska dokumentacija o pruženim zdravstvenim uslugama.

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, umanji za iznos naplaćene participacije.

Član 25

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 26

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 27

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 28

Prilog elektronske fakture iz člana 24 ovog ugovora čine izvještaji i to:

- ✓ Izvještaj 1: Izvještaj o ambulantnom liječenju po pacijentu,
- ✓ Izvještaj 2: Izvještaj o ambulantnim troškovima liječenja po ambulantama za obračunski period,
- ✓ Izvještaj 3: Izvještaj uz fakturu za ambulantno liječenje - rekapitulacija,
- ✓ Izvještaj 4: Izvještaj o troškovima za ambulantno liječenje po osnovima osiguranja;
- ✓ Izvještaj 5: Izvještaj o utrošku ljekova i medicinskih sredstava.

U cilju praćenja realizacije indikatora iz člana 23 ovog ugovora i obimu pruženih usluga, davalac zdravstenih usluga je u obavezi da Fondu mjesečno dostavlja sledeće podatke:

- ✓ Izvještaj 1 - indikator: Izvještaj o ostvarenju indikatora za specijalističko konsultativnu zdravstvenu zaštitu,
- ✓ Izvještaj 2 - indikator: Izvještaj o ostvarenju indikatora za dijagnostičko-terapeutske postupke,
- ✓ Izvještaj 3 - indikator: Izvještaj o ostvarenju indikatora za hemodijalizu,
- ✓ Izvještaj 4 - indikator: Izvještaj o ostvarenju indikatora za bolničku zdravstvenu zaštitu,
- ✓ Izvještaj 5 - indikator: Izvještaj o broju operacija.

U cilju praćenja realizacije ovog ugovora, za usluge akutnog bolničkog liječenja po DRG modelu, davalac zdravstenih usluga je u obavezi da Fondu mjesečno dostavlja sledeće podatke:

- ✓ Izvještaj 1 - analiza računa po dijagnostički srodnim grupama,
- ✓ Izvještaj 2 - broj DRG slučajeva po glavnim dijagnostičkim kategorijama,
- ✓ Izvještaj 3 - o rezultatima ispostavljanja DRG računa (casemix indeks),
- ✓ Izvještaj 4 - broj DRG slučajeva po glavnim dijagnostičkim kategorijama i stepenu kompleksnosti,
- ✓ Izvještaj 5 - broj slučajeva po grupama (hirurške, medicinske i ostalo),
- ✓ Izvještaj 6 - analiza evidentiranja DRG postupaka,
- ✓ Izvještaj 7 - broj slučajeva po glavnim dijagnozama i
- ✓ Izvještaj 8 - analiza bolničkih računa po DRG prema opravdanosti prijema.

Izvještaji su dostupni putem elektronske razmjene podataka i ne dostavljaju se Fondu u štampanoj formi.

Član 29

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 30

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 31

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 32

Fond vrši redovne i vanredne kontrole izvršenja ugovorenih 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 33

Administrativna kontrola obuhvata: poštovanje radnog vremena, evidentiranje zakazivanja, liste čekanja, vrijeme čekanja na bolničku, specijalističko-konsultativnu i dijagnostičku zdravstvenu zaštitu, kao i druge odredbe koje sadrži ovaj ugovor.

Administrativnu kontrolu Fond vrši, po pravilu, bez prethodne najave.

Član 34

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,
- 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,
- kontrolu obračuna zarada i ostalih ličnih primanja,

- namjensko korišćenje sredstava koja je davalac usluga dobio od Fonda po osnovu ugovora o pružanju zdravstvenih usluga,
- propisivanje i utrošak ljekova 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 35

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

Član 36

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

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

Član 37

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 38

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 ugovorenih 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 zašite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,

- ne pruža ugovorenu zdravstvenu zaštitu u skladu sa obimom prava i standardima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- ne ispunjava obavezu u pogledu radnog vremena utvrđenog u čl. 15, 16 i 17 ovog ugovora,
- ne organizuje rad na način da omogući ostvarivanje ugovorenih zdravstvenih usluga pod jednakim uslovima svim osiguranim licima Fonda,
- pogrešno evidentira zdravstvene usluge,
- evidentira zdravstvenu uslugu koju nije pružio,
- naplaćuje osiguranim licima Fonda učešće u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite suprotno Zakonu,
- naplaćuje osiguranim licima Fonda ugovorene zdravstvene usluge,
- ispostavlja fakture Fondu za ugovorenu zdravstvenu zaštitu za koju se medicinskom kontrolom utvrdi da je davalac zdravstvenih usluga nije izvršio ili je izvršio djelimično, odnosno u fakturama iskazuje troškove za medicinska sredstva i ljekove koji nijesu utrošeni prilikom pružanja ugovorene zdravstvene zaštite ili ih je osigurano lice nabavilo o svom trošku,
- upućuje osigurano lice da o svom trošku nabavi sanitetski materijal, potrošni materijal i drugo medicinsko sredstvo ili medicinsko tehničko pomagalo, koji su obavezni obezbijediti u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- upućuje osigurano lice da izvrši terapijski ili dijagnostički postupak o svom trošku, koji su obavezni obezbijediti u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- u pružanju zdravstvene zaštite primjenjuju određene medicinske postupke koji su protivni opšte prihvaćenoj medicinskoj doktrini i medicinskoj etici,
- ne pridržavaju se utvrđenih standarda u predlaganju dijagnostičkih i terapeutskih procedura,
- klinička ispitivanja ljekova i naučne projekte sprovode na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- ne dostavlja izvještaje u skladu sa članom 23 ovog ugovora i druge izvještaje po zahtjevu Fonda,
- predlaže i propisuje ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja suprotno opštim aktima Fonda usled čega dolazi do nenamjenskog trošenja sredstava Fonda (ljekove, privremenu spriječenost za rad, medicinsko tehnička pomagala, putne troškove i dr.),
- nepravilno vrši obračun i isplatu zarada i ostalih ličnih primanja,
- nenamjenski troši sredstva 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 ugovorenih obaveza ukoliko su nastupile okolnosti koje su van njegovog uticaja i nadležnosti, odnosno na koje davalac zdravstvenih usluga ne može da utiče.

Član 39

Za utvrđene nepravilnosti, a u zavisnosti od nastalih štetnih posledica po Fond i osigurana lica, Fond će izreći sledeće mjere:

- pisanu opomenu,
- zahtjev za knjižno odobrenje,
- otklanjanje utvrđenih nepravilnosti u određenom roku,

- obustavljanje prenosa finansijskih sredstava dok davalac zdravstvenih usluga ne otkloni
  utvrđene nepravilnosti,
- umanjenje iznosa sredstava davaocu zdravstvenih usluga za dio obaveza koje nije izvršio,
- umanjenje fakturisanog iznosa davaoca zdravstvenih usluga najviše do desetostruke vrijednosti nastale štete,
- umanjenje za 10% pripadajućeg mjesečnog iznosa sredstava iskazanog u fakturi i
- raskid ugovora i naknada štete.

VIII OSTALE ODREDBE

Član 40

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 41

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 42

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 43

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 44

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

ZA DAVAOCA ZDRAVSTVENIH USLUGA

ZA F O N D

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)	Specijalističko-konsultativna, dijagnostička i bolnička zdravstvena zaštita
Naziv davaoca zdravstvenih usluga	JZU Kliničko bolnički centar Kotor
Odgovorno lice davaoca zdravstvenih usluga	dr Davor Kumburović
E - mail davaoca zdravstvenih usluga	obk@t-com.me
Adresa davaoca zdravstvenih usluga	Njegoševa bb-85 330 Kotor
PIB davaoca zdravstvenih usluga	02032651
Broj žiro računa davaoca zdravstvenih usluga za budžetska sredstva	530-18823-95
Šifra davaoca zdravstvenih usluga	
Vrsta dokumenta	Ugovor
Godina važenja ugovora	2026 - 2030. godina
Datum početka važenja ugovora	01.01.2026. godine
Datum isteka ugovora	31.12.2030. godine
Obračunski model	Usluga