

BOSNA I HERCEGOVINA  
REPUBLIKA SRPSKA  
VRHOVNI SUD REPUBLIKE SRPSKE  
Broj: 57 0 Ps 134578 24 Rev  
Banjaluka, 14.11.2024. godine

Vrhovni sud Republike Srpske u vijeću sastavljenom od sudija Violande Šubarić, kao predsjednika vijeća, Biljane Majkić Marinković i Senada Tice, kao članova vijeća, u pravnoj stvari tužioca Zdravstvena ustanova Specijalistički centar „Dr Brkić“ Doboje, koga zastupa punomoćnik Siniša Đorđević, advokat iz Doboja, protiv tuženog Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, koga zastupa punomoćnik Stojan Vukajlović, advokat iz Banja Luke, radi naknade štete, vrijednost predmeta spora 728.135,83 KM, odlučujući o reviziji tužioca izjavljenoj protiv presude Višeg privrednog suda u Banjaluci broj 57 0 Ps 134578 23 Pž od 29.06.2023. godine, na sjednici vijeća održanoj dana 14.11.2024. godine donio je

## PRESUDU

Revizija se odbija.

Odbija se zahtjev tuženog za naknadu troškova za sastavljanje odgovora na reviziju u iznosu od 5.923,13 KM.

## Obrazloženje

Prvostepenom presudom Okružnog privrednog suda u Banjaluci broj 57 0 Ps 134578 21 Ps od 24.10.2022. godine, odbijeni su tužbeni zahtjevi tužioca kojim je tražio:

- da se utvrdi da su, zbog toga što su suprotne Odluci o usvajanju Cjenovnika zdravstvenih usluga i Odluci o vrijednosti boda za izračunavanje cijena zdravstvenih usluga, ništave odredbe ugovora koje su zaključili tužilac i tuženi i to: član 5. Ugovora o regulisanju međusobnih odnosa prilikom pružanja dijagnostičkih usluga MR i CT osiguranim licima Fonda broj [...] od 14.02.2018. godine (broj FZORS [...] od 29.01.2018. godine) i Aneksa ugovora o regulisanju međusobnih odnosa prilikom pružanja dijagnostičkih usluga MR i CT osiguranim licima Fonda broj [...] od 29.01.2018. godine, broj [...] od 20.03.2018. godine (broj FZORS [...] od 15.3.2018. godine); član 3. i 5. Ugovora o regulisanju međusobnih odnosa prilikom pružanja dijagnostičkih usluga MR i CT osiguranim licima Fonda broj [...] od 15.02.2019. godine (broj FZORS [...] od 7.2.2019. godine); i član 5. Ugovora o regulisanju međusobnih odnosa prilikom pružanja dijagnostičkih usluga magnetne rezonance i kompjuterizovane tomografije osiguranim licima Fonda u 2020. godini broj [...] od 03.02.2020. godine (broj FZORS [...] od 28.01.2020. godine);

- da se naloži tuženom da tužiocu na ime štete po osnovu razlike između uplaćenih iznosa i stvarne cijene koštanja izvršenih usluga za period od 01.01.2018. do 31.12.2020. godine isplati iznos od 728.135,83 KM sa zakonskom zateznom kamatom počev od 25.01.2021. godine kao dana podnošenja tužbe pa do isplate, uz naknadu troškova parničnog postupka.

Obavezan je tužilac da tuženom naknadi troškove parničnog postupka u iznosu od 14.905,80 KM u roku od 30 dana od dana dostavljanja prepisa presude.

Odbijen je preostali dio zahtjeva tuženog za naknadu troškova parničnog postupka.

Drugostepenom presudom Višeg privrednog suda u Banjaluci broj 57 0 Ps 134578 23 Pž od 29.06.2023. godine, žalba tužioca je odbijena i prvostepena presuda potvrđena.

Odbijen je zahtjev tužioca za naknadu troškova za sastavljanje žalbe u iznosu od 5.923,12 KM i sudske takse na žalbu.

Odbijen je zahtjev tuženog za naknadu troškova za sastavljanje odgovora na žalbu u iznosu od 5.923,13 KM.

Blagovremeno izjavljenom revizijom tužilac pobija drugostepenu presudu zbog pogrešne primjene materijalnog prava. Predlaže da se revizija usvoji i drugostepena presuda ukine.

Tuženi je dao odgovor na reviziju u kojem tvrdi da revizija nije osnovana i predlaže da se odbije.

Revizija nije osnovana.

Predmet spora u ovom postupku su zahtjev za utvrđenje ništavosti odredbi ugovora bliže označenih u izreci prvostepene presude i zahtjev da se tuženi s osnova naknade materijalne štete obaveže da tužiocu isplati razlike između uplaćenih iznosa i stvarne cijene koštanja izvršenih usluga za period od 01.01.2018. do 31.12.2020. godine.

Ocjenom izvedenih dokaza prvostepeni sud je utvrdio da su parnične stranke zaključile:

- ugovor o regulisanju međusobnih odnosa prilikom pružanja dijagnostičkih usluga MR i CT osiguranim licima Fonda broj [...] od 29.01.2018. godine (u daljem tekstu: Ugovor iz 2018. godine) i da je ovaj ugovor zaključen je na osnovu Zakona o zdravstvenom osiguranju, Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Pravilnika o sadržaju, obimu i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, Pravilnika o principima, uslovima i kriterijumima za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga u Republici Srpskoj u 2018. godini i Odlukom o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u RS u 2018. godini (član 1 Ugovora iz 2018. godine); da su Aneksom 1 Ugovora iz 2018. godine ugovorne strane pored ugovorenih usluga dodali i uslugu MR enterografija i CT angiografija, te je ugovoreno da se odredbe aneksa ugovora primjenjuju od 01.03.2018. godine;
- ugovor o regulisanju međusobnih odnosa prilikom pružanja dijagnostičkih usluga MR i CT osiguranim licima Fonda broj [...] od 07.02.2019. godine (u daljem tekstu: Ugovor iz 2019. godine) i da je ovaj ugovor zaključen na osnovu Zakona o zdravstvenom osiguranju, Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Pravilnika o sadržaju, obimu i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, Pravilnika o principima, uslovima i kriterijumima za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga u Republici Srpskoj u 2019. godini i Odlukom o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u RS u 2019. godini (član 1 Ugovora iz 2019. godine);
- ugovor o regulisanju međusobnih odnosa prilikom pružanja dijagnostičkih usluga MR i CT osiguranim licima Fonda broj [...] od 28.01.2020. godine (u daljem tekstu: Ugovor iz 2020. godine) i da je ovaj ugovor zaključen na osnovu Zakona o zdravstvenom osiguranju, Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Pravilnika o sadržaju, obimu i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, Pravilnika o osnovama za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga u

Republici Srpskoj u 2020. godini i Odlukom o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u RS u 2020. godini (uvod Ugovora iz 2020. godine).

Utvrđeno je da su svi ugovori potpisani i ovjereni pečatom obje parnične stranke i da su u svakom od ugovora ugovorne stranke ugovorile:

- obim, vrstu i vrijednost zdravstvenih usluga i da se tužilac kao davalac usluga obavezao pružiti određene zdravstvene usluge magnetne rezonance (MR) i kompjuterizovane tomografije (CT) po Modelu 2 iskazane u nomenklaturu broj 2, s tim da je za svaku vrstu usluga određen i broj bodova u skladu sa tom nomenklaturom (član 3. Ugovora iz 2018, 2019. i 2020. godine);
- ugovoreno je i plaćanje izvršenih usluga magnetne rezonance (MR) i kompjuterizovane tomografije (CT) i da će kupac usluga (ovdje tuženi) na osnovu izvještaja svih davaoca usluga za pojedinačno izvršene usluge, koji su dostavljeni do petog u mjesecu za prethodni mjesec, utvrđivati ukupan broj usluga na mjesečnom nivou izraženih u bodovima; relativna vrijednost boda utvrđuje se na nivou odgovarajućih podgrupa usluga u okviru Modela 2 i to na taj način što se planirana sredstva za plaćanje po usluzi za određenu podgrupu na mjesečnom nivou podjele sa ukupnim brojem ostvarenih bodova za izvršene usluge iz te podgrupe za taj mjesec, a relativna vrijednost boda na nivou svake podgrupe ne može imati veću vrijednost od 1; kupac usluga do desetog u mjesecu za prethodni mjesec, davaocu usluga (ovdje tužilac) dostavlja izvještaj o priznatom broju izvršenih usluga, vrijednosti boda i ukupno pripadajućim sredstvima za liječenje po Modelu 2, za taj mjesec; davalac usluga na osnovu izvještaja iz prethodnog stava ispostavlja kupcu usluga fakturu, u visini pripadajućih sredstava po tom osnovu, u roku od 5 dana od dana dostavljanja obavještenja davaoca usluga o iznosu priznatih sredstava član (5. Ugovora iz 2018, 2019. i 2020. godine).

Ocjenom iskaza zakonskog zastupnika tužioca dr J.B. utvrđeno je: da je Fond zdravstvenog osiguranja na sastanku u B.V. u T. upoznao predstavnike zdravstvenih ustanova da se prelazi sa fiksnog na ugovaranje relativne vrijednosti boda; da u vrijeme zaključenja ugovora iz 2018, 2019. i 2020. godine nisu znali, niti im je neko rekao da postoji odluka o vrijednosti boda za izračunavanje cijene zdravstvenih usluga iz 2016. godine; da svjedoka niko nije prinudio da zaključi ugovor, dobrovoljno ga je zaključio.

Ocjenom iskaza svjedokinje J.K., koja je zaposlena kod tuženog u Sektoru za finansije, kao rukovodilac Odjeljenja za implementaciju modela plaćanja bolničkog sektora, utvrđeno je: da je Model 2 jedan od načina plaćanja ugovorenih usluga zdravstvenim ustanovama predviđen Odlukom o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj za odgovarajuću godinu i predstavlja ugovoreni način finansiranja; da na visinu relativne vrijednosti boda utiče realizacija svih zdravstvenih ustanova koje pripadaju određenoj podgrupi, odnosno što je veći broj pruženih odnosno izvršenih zdravstvenih usluga u određenom mjesecu veći je i broj bodova koje ustanove dobiju po osnovu tih usluga, a s obzirom na fiksni mjesečni budžet relativna vrijednost boda će biti niža i obrnuto, znači ako je manji broj usluga relativna vrijednost boda će biti viša; zdravstvene ustanove izvještavaju Fond o pruženim zdravstvenim uslugama po Modelu 2 do 05-og u mjesecu za prethodni mjesec, nakon čega Fond vrši obradu dostavljenih podataka i na nivou filijala se usaglašava stanje priznatog broja bodova iz tog mjeseca i potpisuje se zapisnik, nakon čega se isti prosljeđuje u Direkciju fonda u Sektor za finansije, te se u skladu sa odredbama Odluke o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u RS vrši utvrđivanje visine relativne vrijednosti boda po podgrupama i utvrđivanje priznate realizacije zdravstvenih ustanova po Modelu 2 za taj mjesec i zdravstvenoj ustanovi se dostavlja obavještenje u formi dopisa o priznatom broju bodova, visini relativne vrijednosti boda po podgrupama i iznosu priznate realizacije po svakoj od podgrupa, na osnovu tog obavještenja zdravstvena ustanova Fondu

ispostavlja fakturu na nivo pripadajuće filijale se ispostavlja i filijala istu knjiži; da sve ustanove koje zakluče ugovor o pružanju zdravstvenih usluga koje pripadaju Modelu 2 finansiraju se na isti način u skladu sa odredbama odluke o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, za svaku od kalendarskih godina, uglavnom se za sve ustanove primjenjuju odredbe iste odluke; nisu primjenjivali Odluku o utvrđivanju vrijednosti boda iz 2016 godine, nego su vrijednost utvrđivali na osnovu parametara definisanih u ugovoru i na osnovu Odluke o načinu finansiranja sekundarnog i tercijalnog nivoa zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj; kad osigurano lice (pacijent) za uslugu plaća participaciju, ista se plaća po principu 1 bod jedna KM, koju ustanova naplaćuje direktno od pacijenta, broj bodova za tu uslugu se umanjuje za iznos participacije u bodovima i dobija se priznati broj bodova za tu konkretnu uslugu i taj priznati broj bodova za konkretnu uslugu množi se sa utvrđenom visnom relativne vrijednosti boda; da ni jedna ustanova ni privatna ni javna ne može da utiče na formiranje cijene boda, ona jedino kroz obim vršenih usluga utiče na visinu relativne vrijednosti u tom zbirnom iznosu u kojem učestvuju svi; mjesečni iznos fonda se utvrđuje tako što se godišnji iznos budžeta podijeli sa 12 mjeseci.

Ocjenom nalaza i mišljenje vještaka ekonomske struke Đurađa Krpića utvrđeno je da je vještak cijenu zdravstvene usluge CT i MR koju je po predmetnim ugovorima pružio tužilac utvrdio na osnovu Odluke o vrijednosti boda („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 58/16 – u daljem tekstu: Odluka o vrijednosti boda), i tako utvrdio da je tužiocu isplaćeno manje za iznos od 728.135,83 KM za uslugu MR i CT za period od 2018. godine do 2020. godine; da Ugovori iz 2018. 209. i 2020. godine ne sadrže cijena zdravstvenih usluga, već da cijena zavisi od Fonda koji samostalno obračunava relativnu vrijednost boda te na taj način određuje i cijenu zdravstvenih usluga i da se cijena iste zdravstvene usluge naplaćuje primjenom Odluke o vrijednosti boda kad je u pitanju participacija i na temelju relativne vrijednosti boda koju utvrđuje tuženi te da je taj način na štetu ugovarača (davaoca usluge) iz razloga što je participacija već plaćena od strane građana.

Vještak se izjasnio i da je i Javna zdravstvena ustanova, bolnica u Gradišci, zaključila ugovor o pružanju zdravstvenih usluga sa relativnom vrijednosti boda.

Prvostepeni sud je imao u vidu sadržaj odredbi zakona i pravilnika na temelju kojih su zaključeni predmetni ugovori (član 1. Ugovora iz 2018. i 2019. i uvod Ugovora iz 2020. godine) i našao:

- da je Zakonom o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 01/09, 106/09, 110/16 i 94/19 – u daljem tekstu: ZZO) propisano; da osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama i drugim organizacijama sa kojima Fond zdravstvenog osiguranja zakluči ugovor (član 5.); da se odnosi između Fonda i zdravstvenih ustanova (državnih i privatnih), u vezi sa pružanjem zdravstvene zaštite osiguranim licima, regulišu ugovorom, gdje prioritet imaju akreditovane zdravstvene ustanove (član 58); da se ugovorom iz prethodnog člana ovog zakona uređuju naročito: vrsta, obim i kvalitet zdravstvenih usluga koje se pružaju osiguranim licima Fonda, plaćanje ugovorenih usluga, odnosno programa zdravstvene zaštite, način obračunavanja usluga, način rješavanja spornih pitanja i druga međusobna prava i obaveze ugovarača (član 59.);

- da je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 109/19 i 44/15 - u daljem tekstu: ZZZ) propisano: da se zdravstvena zaštita obavlja na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou (član 35.); primarni nivo zdravstvene zaštite obezbjeđuje se putem ambulante porodične medicine, stomatološke ambulante, doma zdravlja, doma za zdravstvenu njegu i apoteke (član 36. stav 2.); sekundarni nivo zdravstvene zaštite obezbjeđuje specijalizovanu zdravstvenu zaštitu (član 37. stav 1.), a sekundarni nivo zdravstvene zaštite obezbjeđuje se putem specijalističke ambulante, specijalističkog centra, bolnice i zavoda (član

37. stav 3.); tercijarni nivo zdravstvene zaštite obezbjeđuje visokospecijalizovanu zdravstvenu zaštitu, koja se ne obezbjeđuje na nivou sekundarne zdravstvene zaštite (član 38. stav 1.), a tercijarni nivo zdravstvene zaštite obezbjeđuje se putem specijalističke ambulante, specijalističkog centra, bolnice i zavoda (član 38. stav 2.).

- da je Pravilnikom o sadržaju, obimu i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 102/11, 117/11, 128/11, 101/12, 28/16, 83/16, 109/17, 115/17, 17/18, 53/18, 112/18, 17/19 i 98/19) propisan sadržaj, obim i način ostvarivanja prava osiguranika na zdravstvenu zaštitu, kao jednog od prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, propisanog Zakonom o zdravstvenom osiguranju;

- da je Pravilnikom o principima, uslovima i kriterijumima za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga u Republici Srpskoj u 2018. godini („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 102/17) propisano: zaključivanje ugovora sa davaocima usluga konsultativno-specijalističke zaštite i dijagnostičkih procedura vršiće se na osnovu podnesenog zahtjeva od strane odgovarajućeg davaoca usluga u skladu sa elementima iz odluke navedene u članu 22. stav 2. ovog Pravilnika, a po pripadajućem modelu plaćanja po relativnoj vrijednosti boda (član 21.); da se usluge sekundarne i tercijarne (bolničke) zdravstvene zaštite ugovaraju sa specijalističkom ambulantom, specijalističkim centrom, bolnicom, zavodom, specijalnom bolnicom, kliničkim centrom i drugim zdravstvenim ustanovama za djelatnosti za koje su osposobljene (član 22. stav 1.); vrste usluga i način plaćanja istih davaocima usluga sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, a u okviru sredstava predviđenih Budžetom Fonda, regulisaće se Odlukom o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj u 2018. godini (član 22. stav 2.);

- da je isto propisano i u odredbama člana 18. i člana 19. Pravilnika o principima, uslovima i kriterijumima za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga u Republici Srpskoj u 2019. godini („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 112/18), te da su odredbom člana 7. i 8. Pravilnika o osnovama za zaključenje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga u Republici Srpskoj za 2020. godinu („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 98/19) propisani uslovi za zaključenje ugovora sa privatnim zdravstvenim ustanovama;

- da je Odlukom o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj u 2018 godini („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 3/18) propisano: finansiranje po Modelu 2 podrazumijeva plaćanje po pojedinačno izvršenim uslugama iz Nomenklature broj 2 i Nomenklature broj 2a (član 6. stav 1.); zdravstvena ustanova će izvještaje o izvršenim pojedinačnim uslugama u skladu sa Nomenklaturom usluga broj 2, po osiguranim licima, dostavljati Fondu do 5. u mjesecu za prethodni mjesec u elektronskoj formi, u prilogu kojih će dostavljati uputnice po osnovu kojih je pružena usluga (član 6. stav 2.); fond će na osnovu izvještaja zdravstvenih ustanova utvrđivati ukupan broj usluga na mjesečnom nivou, izraženih u bodovima i na bazi planiranih mjesečnih sredstava za plaćanje po usluzi utvrđivati relativnu vrijednost boda (član 6. stav 3.); relativna vrijednost boda utvrđuje se na nivou podgrupa [...] i to na taj način što se planirana sredstva za plaćanje po usluzi za određenu podgrupu na mjesečnom nivou podijele sa ukupnim brojem ostvarenih bodova za izvršene usluge iz te podgrupe za taj mjesec, a relativna vrijednost boda na nivou svake podgrupe ne smije imati vrijednost veću od 1 (član 6. stav 4.);

- da je članom 6. Odluke o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj u 2019. godini („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 121/18), i članom 13. Odluke o načinu finansiranja zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj u 2020. godini („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 111/19) propisano finansiranje po Modelu 2 na isti način kao u Odluci o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj u 2018. godini („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 3/18).

Na prednjem utvrđenju prvostepeni sud temelji zaključak da su parnične stranke bile u poslovnom odnosu po osnovu ugovora o prodaji kojeg reguliše odredba člana 454. Zakona o obligacionim odnosima („Službeni list SFRJ“ broj 29/78, 39/85, 45/89 i „Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 17/93, 3/96, 39/03 i 74/04 - u daljem tekstu: ZOO), da su predmet prodaje zdravstvene usluge magnetne rezonance (MR) i kompjuterizovane tomografije (CT), a cijena zdravstvenih usluga utvrđena je prema relativnoj vrijednosti boda, s tim što je način utvrđivanja vrijednosti boda detaljno opisan u članu 5. svakog od zaključenih ugovora i da je u smislu odredbe člana 516. ZOO tuženi, kao kupac, dužan platiti ugovorenu cijenu u vrijeme i na mjestu određenom u ugovoru.

Nadalje je prvostepeni sud našao da su osporeni ugovori zaključeni u skladu sa ZZO i ZZZ kao i u skladu sa podzakonskim aktima na kojima se ugovori temelje, te da je članom 3. i 5. Ugovora iz 2018, 2019. i 2020. godine, ugovoreno da se plaćanje ugovorenih usluga vrši na osnovu relativne vrijednosti boda, koja se utvrđuje na ugovoreni način koji je saglasan podzakonskim aktima tuženog (Pravilnicima i Odlukama na kojima se ugovor temelji) što je prema stanovištu prvostepenog suda u skladu načelem autonomijom volje iz odredbe člana 10. ZOO.

Prvostepeni sud nije prihvatio nalaz i mišljenje vještaka ekonomske struke Đurađa Krpića, u dijelu u kojem se vještak izjasnio o visini duga, jer se isti zasniva na pretpostavci o manje isplaćenom iznosu vrijednosti zdravstvenih usluga, odnosno na obračunu utemeljenom na Odluci o vrijednosti boda, i da primjena ove odluke, u konkretnom slučaju, predstavlja pravno pitanje, za čije rješavanje vještak nije nadležan. Prvostepeni sud je našao da je vještak potvrdio da je u poslovnom odnosu između parničnih stranaka primjenjena relativna vrijednost boda, onako kako je i ugovoreno, i da izjašnjenje vještaka o obračunu participacije na štetu tuženog nije prihvatljivo jer je način obračunavanja participacije određen članom 52. Pravilnika o sadržaju, obimu i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu.

Shodno navedenom prvostepeni sud zaključuje da se ne može prihvatiti tvrdnja tuženog da su sporne odredbe Ugovora iz 2018, 2019. i 2020. godine, suprotne Odluci o usvajanju cjenovnika zdravstvenih usluga („Službeni glasnik Republike Srpske“ broj 58/16, 83/16, 94/16, 1/17, 7/17, 23/17, 29/17, 86/17, 115/17, 3/18, 11/18, 29/18, 53/18, 82/18, 112/18, 121/18, 27/19, 111/19, 10/20, 21/20, 52/20, 87/20 i 115/20 – u daljem tekstu: Odluka o usvajanju cjenovnika zdravstvenih usluga), kojom je propisano da su vrijednosti zdravstvenih usluga iskazane u bodovima i Odluci o vrijednosti boda za izračunavanje cijena zdravstvenih usluga iznosi 1 KM, i da s obzirom da je tužilac prije ugovaranja cijene na osnovu relativne vrijednosti boda, od strane tuženog bio obavješten da će se usluge privatnih zdravstvenih ustanova plaćati na način kako je to ugovoreno spornim odredbama ugovora, te da shodno tome, odredbama ugovora čija se ništavost traži, nisu povrijeđena načela savjesnosti i poštenja (član 12. ZOO), ravnopravnosti ugovornih strana (član 11. ZOO) načelo zabrane stvaranja i iskorišćavanja monopolskog položaja (član 14. ZOO) i jednake vrijednosti uzajamnih davanja (član 15. ZOO).

Imajući u vidu činjenicu da se vještak ekonomske struke izjasnio da je tuženi izračunavao relativnu vrijednost boda i za plaćanje zdravstvenih usluga bolnici u Gradišci, i da je zakonski zastupnik tužioca potvrdio da je tuženi, prije zaključenja ugovora, obavijestio predstavnike zdravstvenih ustanova o prelasku sa fiksnog na relativnu vrijednost boda, prvostepeni sud je zaključio da nema nedozvoljenog različitog postupanja u odnosu na tužioca u smislu odredbe člana 2. stav 2. Zakona o zabrani diskriminacije („Službeni glasnik BiH“, broj 59/09 i 66/16 – u daljem tekstu: ZZD).

S obzirom da je odbijen zahtjev za utvrđenje ništavosti odredbi ugovora i da nije utvrđena diskriminacija, prvostepeni sud je našao da nisu ispunjeni uslovi iz odredbe člana člana 185. stav 4. ZOO da se usvoji zahtjev tužioca za naknadu materijalne štete.

Drugostepeni sud je prihvatio utvrđenja prvostepenog suda i pravne zaključke tog suda. Drugostepeni sud je u obrazloženju naveo da su predmetnim ugovorima ugovorene odredive cijene usluga čiji je način utvrđivanja u skladu sa u opštim aktima tuženog koji su u zaključenim ugovorima navedeni kao pravni osnov zaključivanja ugovora. Eventualna međusobna neusaglašenost opštih akata tuženog, prema stanovištu drugostepenog suda, ne može biti predmet raspravljanja u parničnom postupku. Predmetni ugovori zaključeni su slobodnom izraženom voljom, u skladu sa načelom slobode ugovaranja.

Prema stanovištu drugostepenog suda nalaz vještaka ekonomske struke pravilno je ocjenjen, a utvrđenje prvostepenog suda ne može poslužiti kao osnov za zaključak da su sporne odredbe ugovora ništave u smislu odredbe člana 103. ZOO.

Nižestepene odluke su pravilne iz slijedećih razloga.

Tužilac u toku prvostepenog postupka u žalbi i u reviziji insistira na primjeni Odluke o usvajanju cjenovnika zdravstvenih usluga i Odluke o vrijednosti boda. Tvrdi da su osporene odredbe ugovora suprotne navedenim odlukama, da su odredbama ugovora na štetu tuženog povrijeđena načela obligacionog prava (član 14. i član 15. ZOO), da je ugovor tumačen suprotno pravilu iz odredbe člana 100. ZOO, te da je tužilac diskriminisan.

Prema načelima obligacionog prava: strane u obligacionim odnosima su slobodne, u granicama prinudnih propisa, javnog poretka i dobrih običaja, da svoje odnose urede po svojoj volji (načelo autonomije volje, član 10. ZOO); strane u obligacionom odnosu su ravnopravne (načelo ravnopravnosti, član 11. ZOO); u zasnivanju obligacionih odnosa i ostvarivanju prava i obaveza iz tih odnosa strane su dužne da se pridržavaju načela savesnosti i poštenja (načelo savesnosti i poštenja, član 12. ZOO); u zasnivanju obligacionih odnosa strane ne mogu ustanovljavati prava i obaveze kojima se za bilo koga stvara ili iskorišćava monopolski položaj na tržištu (načelo zabrane stvaranja i iskorišćavanja monopolskog položaja, član 14. ZOO); u zasnivanju dvostranih ugovora strane polaze od načela jednake vrednosti uzajamnih davanja, zakonom se određuje u kojim slučajevima narušavanje toga načela povlači pravne posledice (načelo jednake vrednosti davanja, član 15. ZOO).

Odlukom o usvajanju cjenovnika zdravstvenih usluga: usvojen je Cjenovnik zdravstvenih usluga Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, cjenovnik iz stava 1. ove tačke nalazi se u prilogu i čini sastavni dio ove odluke, a objaviće se na internet stranici Fonda: [www...](http://www...) (stav 1.); vrijednosti zdravstvenih usluga su iskazane u bodovima, Upravni odbor Fonda posebnom odlukom utvrđuje vrijednost boda (stav 2.); ova odluka stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Republike Srpske”, a primjenjivaće se od 01.08.2016. godine (stav 3.).

Iz cjenovnika proizilazi da su cijene zdravstvenih usluga izražene u KM.

Odlukom o vrijednosti boda određeno je: ovom odlukom utvrđuje se vrijednost boda za izračunavanje cijene zdravstvenih usluga iz Cjenovnika zdravstvenih usluga u konvertibilnim markama (stav 1.); vrijednost boda za izračunavanje cijene zdravstvenih usluga iznosi 1 KM (stav 2.); cijena zdravstvenih usluga, koja je u Cjenovniku zdravstvenih usluga izražena u bodovima, preračunava se u konvertibilne marke množenjem iskazane cijene u bodovima i

vrijednosti boda (stav 3.); ova odluka stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Republike Srpske”, a primjenjivaće se od 01.08.2016. godine (stav 4.).

Prema utvrđenju nižestepenih odluka predmetnim ugovorima cijena zdravstvenih usluga ugovorena je obim, vrstu i vrijednost zdravstvenih usluga i primjena Modela 2 (član 3. Ugovora iz 2018, 2019. i 2020. godine), te je ugovoren način utvrđivanja cijene odnosno relativne vrijednosti boda (član 5. Ugovora iz 2018, 2019. i 2020. godine).

Odlukama o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj za 2018, 2019. i 2020. godinu, na kojima se temelje ugovori, predviđeno je nekoliko modela plaćanja zdravstvenih usluga, među kojima Model 2, te detaljno regulisan način utvrđivanja cijene, da će fond na osnovu izvještaja zdravstvenih ustanova utvrđivati ukupan broj usluga na mjesečnom nivou, izraženih u bodovima i na bazi planiranih mjesečnih sredstava za plaćanje po usluzi utvrđivati relativnu vrijednost boda, te je određeno da se relativna vrijednost boda utvrđuje na nivou podgrupa i to na taj način što se planirana sredstva za plaćanje po usluzi za određenu podgrupu na mjesečnom nivou podijele sa ukupnim brojem ostvarenih bodova za izvršene usluge iz te podgrupe za taj mjesec, a relativna vrijednost boda na nivou svake podgrupe ne smije imati vrijednost veću od 1.

Odredbe navedenih Odluka o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite (za svaku godinu) u potpunosti odgovaraju sadržaju spornih odredbi predmetnih ugovora.

Utvrđeno je da je tužilac, prije zaključenja predmetnih ugovora, od strane tuženog bio upoznat da će se ugovaranje, odnosno plaćanje usluga vršiti na temelju relativne vrijednosti boda (Model 2), kao i da je ugovor zaključio slobodnom voljom.

Imajući u vidu zakonske obaveze i odgovornosti tuženog u pogledu osiguravanja prava na zdravstvenu zaštitu osiguranicima iz člana 3, 4, 5. i 6. ZZO, te da je navedenim zakonom propisano da se odnosi između tuženog i zdravstvenih ustanova (javnih i privatnih) u vezi sa pružanjem zdravstvenih usluga osiguranim licima regulišu ugovorom i da se ugovorom naročito uređuju, između ostalog, plaćanje i način obračuna ugovorenih usluga (član 58. i 59. ZZO), proizilazi pravilnim zaključak nižestepenih sudova da su sporne odredbe ugovora izraz autonomije volje, da su Ugovori iz 2018, 2019. i 2020. godine rezultat slobodne i ozbiljne volje ugovarača u smislu odredbe člana 28. u vezi sa članom 26. ZOO.

Sloboda ugovaranja, zasnovana na autonomiji volje, podrazumjeva i ugovorno određivanje cijene predmeta prodaje, pa tuženi nije bio dužan primjeniti Cjenovnik zdravstvenih usluga koji je sastavni dio Odluke o usvajanju cjenovnika zdravstvenih usluga, na kojoj insistira tužilac, niti je ugovorenim načinom obračuna vrijednosti usluge umanjivana vrijednost boda u odnosu na KM.

Ugovorenim načinom je za svaki mjesec utvrđivan broj bodova koji se priznaje zdravstvenoj ustanovi (relativne vrijednosti boda), koja zavisi od fiksnog mjesečnog budžeta tužioca i broja pruženih zdravstvenih usluga iste vrste svih zdravstvenih ustanova za konkretan mjesec, pa kad je broj pruženih usluga (u određenom mjesecu) veći, relativna vrijednost boda će biti niža, i obrnuto, ako je manji broj usluga relativna vrijednost boda će biti viša (kako se o tome izjasnila svjedok Jelene Knežević), a što je saglasno ugovorenom plaćanju po Modelu 2 koji je predviđen Odlukama o načinu finansiranja sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite (donesenim za svaku pojedinu godinu u kojoj su ugovori zaključeni).

Iz navedenih razloga osporene odredbe ugovora odgovaraju autonomiji volje. Tuženi u odnosu na tužioca, kao privatnu zdravstvenu ustanovu, nije koristio monopolistički položaj, jer ugovor odgovara interesu tužioca da posredstvom javnih zdravstvenih ustanova poveća broj



pacijenata kojima će pružiti uslugu, niti su, s obzirom na jasno ugovorene elemente utvrđivanja vrijednosti boda po posebnom ugovorenom modelu finasiranja, ispunjeni uslovi za zaključak o povredi načela ekvivalentnosti i u vezi s tim uslovi za posebnu pravnu zaštitu u smislu odredbe člana 139. ZOO ili člana 141. ZOO.

Predmetnim ugovorima jasno su ugovorene obaveze ugovornih strana i njihova prava koja odgovaraju tim obavezama, tužilac je i prije zaključenja ugovora bio upoznat da će se usluge plaćati na temelju relativne vrijednosti boda, jasno je ugovoreno na koji način se utvrđuje relativna vrijednost boda. Stoga nije osnovana revizijska tvrdnja da su ugovori tumačeni suprotno odredbi člana 100. ZOO, odnosno da tužilac nije bio upoznat sa sadržajem ugovora. Osim toga ugovori koje su zaključile parnične stranke su dvostrano teretni ugovor, pa se prema dopunskom pravilu o tumačenju ovih ugovora (član 101. ZOO) mora imati u vidu poslovni, ekonomski i svaki drugi interes ugovornih strana za zaključenje konkretnih ugovora.

S obzirom da osporene odredbe ugovora nisu ništave u smislu odredbe člana 103. i 105. ZOO, to nema mjesta da se zahtjev tužioca za isplatu iznosa od 728.135,83 KM usvoji primjenom pravila o obavezi plaćanja cijene po ugovoru u privredi u kojem cijene nije ugovorena iz odredbe člana 462. stav 2. ZOO, niti sa osnova naknade materijalne štete u smislu odredbe člana 155. ZOO.

Odredbom člana 2. stav 1. ZZD propisano je: „diskriminacijom će se, u smislu ovog zakona, smatrati svako različito postupanje uključujući svako isključivanje, ograničavanje ili davanje prednosti utemeljeno na stvarnim ili pretpostavljenim osnovama prema bilo kojem licu ili grupi lica i onima koji su s njima u rodbinskoj ili drugoj vezi na osnovu njihove rase, boje kože, jezika, vjere, etničke pripadnosti, invaliditet, starosna dob, nacionalnog ili socijalnog porijekla, veze s nacionalnom manjinom, političkog ili drugog uvjerenja, imovnog stanja, članstva u sindikatu ili drugom udruženju, obrazovanja, društvenog položaja i spola, seksualne orijentacije, rodnog identiteta, spolnih karakteristika, kao i svaka druga okolnost koja ima za svrhu ili posljedicu da bilo kojem licu onemogući ili ugrožava priznavanje, uživanje ili ostvarivanje na ravnopravnoj osnovi, prava i sloboda u svim oblastima života“.

Odredbom člana 3. stav 1. ZZD definisana neposredna diskriminacija kao postupanje kojim se lice ili grupa lica, zbog njihovog ličnog svojstva, u istoj ili sličnoj situaciji, bilo kojim aktom, radnjom ili propuštanjem, stavlja u ili su stavljeni u nepovoljniji položaj ili bi mogli biti stavljeni u nepovoljniji položaj (član 3. stav 1. ZZD).

Prema utvrđenju nižestepenih sudova, nije bilo nedozvoljenog nejednakog postupanja u pogledu ugovaranja cijene usluga prilikom zaključenja ugovora prema tužiocu, kao privatnoj zdravstvenoj ustanovi, u odnosu na javne zdravstvene ustanove, odnosno bolnicu u Gradišci, koju je tužilac naveo kao komparatora, pa je pravilan zaključak nižestepenih sudova o nepostojanju diskriminacije u smislu odredbe člana 3. stav 1. u vezi sa članom 2. stav 1. ZZD.

S obzirom da tužilac nije diskriminisan, to nisu ispunjene pretpostavke za odgovornost tuženog za štetu iz odredbe člana 154. stav 1. ZOO u vezi sa članom 155. istog zakona, a sve u vezi sa članom 12. tačka c) ZZD, pa se zahtjev za naknadu utuženog novčanog iznosa ne može usvojiti ni sa osnova naknade materijalne štete.

Iz navedenih razloga o reviziji tužioca odlučeno je kao u izreci, a na osnovu odredbe člana 248. Zakona o parničnom postupku („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj 58/03, 85/03, 74/05, 63/07, 49/09, 61/13, 109/21 i 27/24 – u daljem tekstu: ZPP).

Navodi odgovora na reviziju nisu imali uticaja na odluku o reviziji, pa se troškovi sastavljanja odgovora na reviziju ne mogu smatrati neophodnim troškovima ovog revizijskog postupka u smislu odredbe člana 387. stav 1. ZPP. Zbog toga je odbijen zahtjev tuženog za naknadu troškova za sastavljanje odgovora na reviziju opredjeljen u iznosu od 5.923,13 KM.

Predsjednik vijeća  
Violanda Šubarić

Tačnost otpravka ovjerava  
Rukovodilac sudske pisarnice  
Biljana Ačić