

Na osnovu člana 38. stav 2 Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine", broj: 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11) i člana 16. stav 2. Zakona o Vladi Zeničko-dobojskog kantona - Prečišćeni tekst ("Službene novine Zeničko-dobojskog kantona", broj: 7/10), a u vezi sa tačkom I stav 2. Jedinstvene metodologije kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove ("Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine", broj. 34/13 i 90/13) na prijedlog kantonalnog ministra zdravstva, Vlada Zeničko-dobojskog kantona, na 19. sjednici održanoj 22.07. 2015.godine, donosi

**ODLUKU
O OSNOVAMA, KRITERIJIMA I MJERILIMA
ZA ZAKLJUČIVANJE UGOVORA IZMEĐU
ZAVODA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA I
ZDRAVSTVENIH USTANOVA**

PRVI DIO

POGLAVLJE I. OPĆE ODREDBE

Član 1.

Odlukom o osnovama, kriterijima i mjerilima za zaključivanje ugovora između Zavoda zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona i zdravstvenih ustanova (u daljem tekstu: Odluka), na trajnijoj osnovi, primjenom Naredbe o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Naredba o standardima i normativima) i Jedinstvene metodologije kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove (u daljem tekstu: Jedinstvena metodologija), utvrđuju se elementi za zaključivanje ugovora između Zavoda zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona (u daljem tekstu: Zavod) i zdravstvenih ustanova iz oblasti primarne, konsultativno-specijalističke, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, a naročito elementi za alokaciju sredstava na pojedine segmente zdravstvene zaštite, način izračunavanja vrste i obima zdravstvenih usluga, način usmjeravanja sredstava neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite, trošenje sredstava rezervi, obračun naknade za izvršene zdravstvene usluge, način izvještavanja o izvršenim zdravstvenim uslugama, način plaćanja i način verifikacije obima i kvaliteta izvršenih zdravstvenih usluga, bez obzira na oblik vlasništva.

Član 2.

Ugovor o pružanju usluga zdravstvene zaštite zaključuje se sa zdravstvenim ustanovama iz člana 1. ove Odluke pod

sljedećim uslovima:

- a) Da su od nadležnog ministarstva zdravstva pribavili odobrenje da ispunjavaju propisane uslove u pogledu kadra, prostora i opreme, odnosno da ispunjavaju i druge zakonom propisane uslove za obavljanje odobrene djelatnosti,
- b) da su od nadležnog organa registrovane za obavljanje djelatnosti zdravstvene zaštite iz predmeta ugovora.

Član 3.

Obim i struktura zdravstvenih usluga u primarnoj, konsultativno-specijalističkoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, koje se pružaju osiguranim licima, utvrđuju se primjenom Naredbe o standardima i normativima i izraženi su u bodovima.

Član 4.

Raspoloživa sredstva za finansiranje zdravstvene zaštite, utvrđena u Finansijskom planu za tekuću godinu, stavljaju se u odnos sa utvrđenim brojem bodova za obim i strukturu primarne, konsultativno-specijalističke, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, i na taj način utvrđuje vrijednost boda, koja je jedinstvena za sve vidove i nivoe zdravstvene zaštite.

**POGLAVLJE II - OSNOVI, KRITERIJI I MJERILA
ZA ZAKLJUČIVANJE UGOVORA**

Član 5.

- (1) Osnova za zaključivanje ugovora između Zavoda i zdravstvenih ustanova su sredstva utvrđena Finansijskim planom Zavoda, koji donosi Upravni odbor Zavoda, a saglasnost daje Skupština Zeničko-dobojskog kantona.
- (2) Odbitne pozicije Finansijskog plana za utvrđivanje raspoloživih sredstava za ugovaranje neposredne zdravstvene zaštite su svi rashodi koji se ne iskazuju u bodovima.
- (3) Od raspoloživih sredstava za neposrednu zdravstvenu zaštitu izuzimaju se sredstva namijenjena za liječenje štićenika u specijalnim zavodima, zdravstvena zaštita u inostranstvu po konvencijama, troškovi lijekova sa Liste lijekova na teret Zavoda zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona, troškovi medicinskih usluga koji se finansiraju/sufinansiraju pojedinačno, a ostatak predstavljaju sredstva namijenjena za ugovaranje primarne, konsultativno-specijalističke, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite u Kantonu.

Član 6.

Kriteriji i mjerila za ugovaranje zdravstvene zaštite svih nivoa je broj i struktura osiguranih lica koja se vode u poslovnica Zavoda na dan 30. novembra godine, koja prethodi godini za koju se ugovori zaključuju, odnosno ako je izričito propisano u Naredbi o standardima i normativima,

broj stanovnika prema preliminarnim rezultatima popisa 2013. po općinama i naseljenim mjestima u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Član 7.

Materijalni troškovi potrebni za pružanje zdravstvenih usluga u vanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti uključeni su u vrijednost godišnjeg rada tima, odnosno vrijednost i izraženi su u bodovima po timu, odnosno po BO danu.

Član 8.

U slučajevima, kada se za pružanje usluga vanbolničke zdravstvene zaštite angažuju specijalisti zdravstvenih ustanova izvan matične zdravstvene ustanove, tada se na ime materijalnih i drugih troškova matičnoj ustanovi priznaju opredjeljena sredstva za konkretne djelatnosti u procentima, koji su utvrđeni u Standardima i normativima.

Član 9.

U slučaju proširenja ili ukidanja zdravstvenih kapaciteta, a što se verifikuje odlukom nadležnog organa, vrši se korekcija sredstava za ugovaranje zdravstvene zaštite, pod uslovom da proširenje ili ukidanje zdravstvenih kapaciteta ima direktni uticaj na povećanje ili smanjenje obima zdravstvenih usluga.

Član 10.

(1) Ukupna naknada za pružanje zdravstvene zaštite, ugovorena sa pojedinim zdravstvenim ustanovama može se u narednom ugovornom periodu povećati ili umanjivati u odnosu na ostvarenje za prethodnu godinu, a u okviru raspoloživih sredstava za primarnu, konsultativno-specijalističku, sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu na području Kantona, a najduže pet godina od početka primjene ove odluke.

(2) Umanjenje, odnosno povećanje naknade iz stava jedan ovog člana vršit će Upravni odbor Zavoda, uz saglasnost Ministarstva i Vlade Zeničko-dobojskog kantona.

Član 11.

Sredstva rezervi, opredjeljuju se u Finansijskom planu do visine od 5%, a alociraju se u skladu sa odlukom Upravnog odbora Zavoda o upotrebi sredstava rezervi.

Član 12.

(1) Zdravstvene usluge, koje se pružaju osiguranim licima Zavoda, u načelu se pružaju odmah po zahtjevu osiguranih lica, a zakazivanje pregleda i drugih vrsta zdravstvenih usluga vrši se samo u izuzetnim i opravdanim slučajevima i u slučajevima ako za cilj imaju bolje korištenje

radnog vremena i smanjenje čekanja u ordinacijama, a najduže tri mjeseca.

(2) Zdravstvene ustanove koje iz opravdanih razloga naručuju osigurana lica na pregled, obavezne su sačiniti transparentnu listu čekanja, s tim da principe za izradu liste čekanja prihvata Upravni odbor Zavoda, a na prijedlog zdravstvene ustanove, poštujući standarde i normative zdravstvene zaštite i pravila struke.

Član 13.

(1) Pored prihoda ostvarenih putem ugovaranja sa Zavodom, zdravstvenim ustanovama se iz naplaćenih sredstava za neposredno učešće osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite, svake godine na osnovu Odluke Upravnog odbora Zavoda može opredijeliti određen procenat od naplaćenih sredstava, a koja su saglasno Zakonu o zdravstvenom osiguranju prihod Zavoda.

(2) Sredstva neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite, koja naplaćuju isporučio ortopedskih i drugih pomagala (u Kantonu i van Kantona) se odbijaju od računa za isporučena ortopedska i druga pomagala i u cijelosti pripadaju Zavodu.

(3) Zdravstvene ustanove apotekarske djelatnosti, kod fakturisanja umanjuju iznos faktura za neposredno učešće osiguranih lica, koje u cjelosti pripada Zavodu.

(4) U slučaju kada obavljanje zdravstvenih usluga pružaju dvije zdravstvene ustanove, sredstva neposrednog učešća osiguranih lica se dijele na jednake dijelove.

Član 14.

(1) Zdravstvene ustanove tromjesečno izvještavaju Javnu ustanovu Zavod za javno zdravstvo Zeničko-dobojskog kantona (u dljnjem tekstu: Zavod za javno zdravstvo) o izvršenim zdravstvenim uslugama (izuzev zdravstvenih usluga pruženih van kantona) na obrascima utvrđenim od strane Zavod za javno zdravstvo.

(2) Sumarni prikaz sa mišljenjem o izvršenim zdravstvenim uslugama po vrsti, obimu i kvalitetu, Zavod za javno zdravstvo, dostavlja Zavodu šestomjesečno i godišnje.

(3) Konačnu verifikaciju izvršenih zdravstvenih usluga po vrsti, obimu i kvalitetu utvrđuje Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica po isteku godine za koju je ugovor zaključen.

Član 15.

(1) Plaćanje zdravstvenih usluga Zavod vrši u roku od 60 dana po ispostavljenoj mjesečnoj fakturi, izuzev ustanova izvan Kantona sa kojima se može ugovoriti i drugačiji način plaćanja.

(2) Iznimno, rokovi plaćanja iz prethodnog stava mogu se mijenjati ukoliko je u postupku pregovaranja utvrđen drugi rok plaćanja. Upravni odbor Zavoda daje saglasnost na ovako utvrđen rok plaćanja.

(3) Plaćanje usluga zdravstvenim ustanovama apotekarske djelatnosti vrši se u roku koji je ponuđen u tenderskom postupku.

POGLAVLJE IV - FINANSIRANJE PROGRAMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

POGLAVLJE III - PROGRAMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 19.

Član 16.

(1) Programom zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga utvrđuje se sadržaj i obim zdravstvenih usluga kao i programa za nivo kantona.

(2) Program zdravstvene zaštite na nivou kantona sadrži programe zdravstvene zaštite za svaku općinu koja ulazi u sastav Kantona i grad Zenicu, pri tome uvažavajući specifičnost svakog područja.

(3) Programi zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga donose se za svaku kalendarsku godinu, a prije donošenja finansijskog plana za tu kalendarsku godinu.

(4) Programe zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga koje su predmet ugovaranja, utvrđuje Zavod uz prethodnu saglasnost ministarstva zdravstva, a u skladu sa planom i programom mjera zdravstvene zaštite koje donosi Ministar zdravstva, na prijedlog Zavoda za javno zdravstvo, najkasnije do 31. augusta tekuće za narednu godinu.

Član 17.

(1) Operativne poslove na izradi Programa zdravstvene zaštite zajednički rade Zavod i Zavod za javno zdravstvo, svaki iz svoje nadležnosti.

(2) Programi zdravstvene zaštite sadrže naročito:

- a) Analizu demografske strukture osiguranih lica (vrši Zavod),
- b) Analizu zdravstvenog stanja osiguranih lica u prethodnoj godini (vrši Zavod za javno zdravstvo),
- c) Preliminarnu analizu izvršenja programa za tekuću godinu (vrši Zavod za javno zdravstvo),
- d) Pregled djelatnosti, te broj potrebnih timova i broj usluga za te djelatnosti (vrši Zavod za javno zdravstvo),
- e) Vrijednost programa po djelatnostima izražena u bodovima (vrši Zavod za javno zdravstvo).

Član 18.

(1) Program zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga utvrđuje se za svaku djelatnost zdravstvene zaštite po nivoima zdravstvene zaštite.

(2) Zdravstvene usluge, koje se ne mogu osigurati osiguranim licima u zdravstvenim ustanovama na području domicilnog kantona, utvrđuju se posebnim programom zdravstvene zaštite, koja se osigurava u nadležnim zdravstvenim ustanovama izvan kantona sa kojima se zaključuje poseban ugovor.

DRUGI DIO

(1) Način finansiranja Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga, polazi od Modela utvrđivanja naknada za finansiranje Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, koji je sastavni dio Jedinственe metodologije.

(2) Model utvrđivanja naknada za finansiranje programa zdravstvene zaštite o pružanju usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja će se primjenjivati i u slučajevima kada usluge zdravstvene zaštite pruža zdravstvena ustanova sa sjedištem van domicilnog kantona u kojem je lice osigurano, odnosno ima prebivalište.

Član 20.

(1) Sredstva obračunata zdravstvenim ustanovama za zdravstvene usluge iz Programa zdravstvene zaštite mogu se umanjiti odlukom Upravnog odbora Zavoda za iznos troškova ugovorenih, a neizvršenih zdravstvenih usluga zbog objektivnih razloga (kvarova opreme, nedostatka stručnog kadra ili opreme i sl.).

(2) Ugovorne ustanove su dužne prijaviti Zavodu svaku poteškoću u izvršavanju zdravstvenih usluga ugovorenih Programom zdravstvene zaštite najkasnije u roku od 3 dana od nastupanja poteškoće.

(3) Upravni odbor Zavoda može donijeti odluku da obavljanje ovih zdravstvenih usluga povjeri drugim javnim ili privatnim osposobljenim zdravstvenim ustanovama u periodu trajanja nemogućnosti izvršenja ovih usluga.

POGLAVLJE V - PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Član 21.

Zdravstvena zaštita na primarnom nivou obuhvata:

- a) porodičnu medicinu,
- b) zdravstvenu zaštitu za stanovništvo preko 19 godina,
- c) zdravstvenu njegu u zajednici,
- d) zdravstvenu zaštitu predškolske djece (od 0 do 6 godina),
- e) opću zdravstvenu zaštitu djece i omladine u dobi od 7 do 19 godina,
- f) zdravstvenu zaštitu žena,
- g) zdravstvenu zaštitu kod specifičnih i nespecifičnih plućnih oboljenja,
- h) preventivno-promotivna zdravstvena zaštita djece i mladih u školama i fakultetima,

- i) higijensko-epidemiološka služba,
- j) hitna medicinska pomoć,
- k) zdravstvena zaštita usta i zuba djece i omladine do 19 godina starosti,
- l) zdravstvena zaštita zuba i usta odraslih,
- lj) laboratorijska dijagnostička djelatnost,
- m) radiološka dijagnostička djelatnost,
- n) zaštita mentalnoga zdravlja,
- nj) fizikalna rehabilitacija,
 - o) specifična zdravstvena zaštita sportista,
 - p) apotekarska djelatnost.

Član 22.

(1) Kod ugovaranja naknade za izvršene zdravstvene usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ukupna naknada koja se izražava u bodovima može se korigovati u sljedećim slučajevima:

a) Ukoliko je broj osiguranih lica općine koju pokriva dom zdravlja

- 1) ispod 5.000 osiguranih lica za 20%
- 2) 5.000 do 5.999 osiguranih lica za 19%
- 3) 6.000 do 6.999 osiguranih lica za 18%
- 4) 7.000 do 7.999 osiguranih lica za 17%
- 5) 8.000 do 8.999 osiguranih lica za 16%
- 6) 9.000 do 9.999 osiguranih lica za 15%
- 7) 10.000 do 10.999 osiguranih lica za 14%
- 8) 11.000 do 11.999 osiguranih lica za 13%
- 9) 12.000 do 12.999 osiguranih lica za 12%
- 10) 13.000 do 13.999 osiguranih lica za 11%
- 11) 14.000 do 14.999 osiguranih lica za 10%

b) Ukoliko je incidenca registrovanih slučajeva zaraznih oboljenja u prethodnoj godini bila veća od prosjeka u Kantonu, domu zdravlja će se uvećati sredstva za djelatnost porodične medicine, opće medicine, zdravstvene zaštite predškolske i školske djece i higijensko-epidemiološke zaštite, za procenat koji se dobije kada se procentualno izraženo prekoračenje incidence prijavljenih slučajeva zaraznih bolesti preko kantonalnog prosjeka umanju deset puta.

c) Ukoliko je stepen pokrivenosti obaveznom imunizacijom u prethodnoj godini bio manji od prosjeka u Kantonu, domu zdravlja će se umanjiti sredstva za djelatnost porodične medicine, opće medicine, zdravstvene zaštite predškolske i školske djece i higijensko-epidemiološke zaštite, za procenat koji se dobije kada se procentualno izraženo umanjenje stepena pokrivenosti obaveznom imunizacijom u odnosu na kantonalni prosjek umanju deset puta.

(2) Domovima zdravlja se ukupna naknada povećava za svaku lokaciju (punkt) ambulate porodične i opće medicine.

(3) Naknada koja se dodjeljuje po jednoj lokaciji (puntu)

utvrđuje se Odlukom Upravnog odbora Zavoda zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona.

(4) Upravni odbor Zavoda svojom odlukom, pridržavajući se utvrđenih, kriterija, donosi odluku o odobravanju stimulativnog procenta na ime troškova provođenja Programa zdravstvene zaštite na područjima općina sa rijetko naseljenim ruralnim područjima, odnosno sa općinama sa izraženo nerazvijenom infrastrukturom.

(5) Upravni odbor Zavoda svojom odlukom odobrava stimulativni dio za organiziranje i rad referalnog centra za mentalno zdravlje u iznosu od 10% vrijednosti tima centra za mentalno zdravlje prema važećim standardima i normativima.

Član 23.

(1) Ugovaranje primarne zdravstvene zaštite vrši se sa zdravstvenim ustanovama koje u potpunosti ispunjavaju uslove u pogledu kadra, opreme i prostora

(2) Ugovori za snabdijevanje stanovništva lijekovima koji se mogu propisivati i izdavati na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja se zaključuju sa apotekama i njihovim ograncima, jedinicama koje posjeduju Rješenje kantonalnog ministarstva zdravstva o ispunjenosti uvjeta prostora, kadra i opreme.

Član 24.

Odlukom Upravnog odbora Zavoda utvrđuje se broj kreveta za stacionarno ugovaranje zdravstvenih usluga u DZ Žepče i DZ Olovo i cijena poroda koje će dom zdravlja fakturisati Zavodu za tekuću godinu.

Član 25.

Prijevoz hitnih medicinskih slučajeva kolima hitne pomoći, osim prijevoza na hemodijalizu koji vrše domovi zdravlja i bolnice, će se ugovarati po izvršenom sagledavanju stvarnih potreba i prema utvrđenim kriterijima od strane Upravnog odbora Zavoda.

Član 26.

(1) Upravni odbor Zavoda donosi odluku o provođenju postupka javnog poziva za prijavu zainteresovanih ustanova apotekarske djelatnosti za snabdijevanje osiguranih lica lijekovima, utvrđenim Odlukom o listi lijekova koji se propisuju na teret Zavoda.

(2) Zavod zaključuje ugovore samo sa onim apotekarskim ustanovama koje su pristale na uslove objavljene u javnom pozivu.

(3) Javni poziv će se provoditi jednom godišnje.

(4) Zavod zaključuje ugovore sa ustanovama apotekarske djelatnosti koje ispunjavaju sljedeće uslove:

- a) da posjeduju rješenje o ispunjavanju uslova prostora, opreme i kadra, izdato od nadležnog organa;
- b) da imaju potreban broj timova za obavljanje apotekarske djelatnosti (za apoteku, ogranak i depo), usklađen sa Zakonom o apotekarskoj djelatnosti i drugim propisima;
- c) da se pridržavaju utvrđenoga radnog vremena za apoteku, ogranak i depo, uz mogućnost obavljanja dežurstva i pripravnosti uz obavljanje noćnoga dežurstva apoteke, ukoliko se dežurstvo propiše odlukom općinskih organa;
- d) da imaju pokrivenost istaknutog radnog vremena radnim timovima;
- e) da su zaposlenici prijavljeni na penzijsko- invalidsko i zdravstveno osiguranje;
- f) da kontinuirano obezbjeđuju asortiman lijekova utvrđen Listom lijekova na teret Zavoda;
- g) da se pridržavaju Cjenovnika lijekova koje utvrdi Upravni odbor Zavoda, odnosno Vlada kantona;
- h) da potpišu svojevolutnu izjavu da su saglasni sa svim uslovima objavljenim u javnom pozivu.

Član 27.

(1) Ustanove apotekarske djelatnosti će vršiti fakturisanje izdatih lijekova Zavodu zdravstvenog osiguranja.

(2) Kontrolu propisivanja i potrošnje lijekova na recept vrši Zavod zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove koje provode primarnu zdravstvenu zaštitu.

Član 28.

(1) Zavod, odnosno institucija koju Zavod odredi, ima pravo da vrši kontrolu izvršavanja ugovora o snabdijevanju osiguranih lica lijekovima, utvrđenih Odlukom o listi lijekova sa ustanovama apotekarske djelatnosti.

(2) O svim uočenim nedostacima Zavod sačinjava zapisnik i upoznaje Ministarstvo zdravstva, koje je izdalo rješenje o ispunjavanju uslova prostora, opreme i kadra, i Kantonalnog, odnosno Federalnog farmaceutskog inspektora, a prema nadležnostima istih.

Član 29.

(1) Ukupna sredstva za lijekove utvrđuju se svake godine Finansijskim planom Zavoda.

(2) Upravni odbor Zavoda utvrđuje godišnji iznos sredstava po jednom osiguranom licu za starosnu strukturu od 7 do 19. godina (koeficijent 1.).

(3) Ukupna sredstva za lijekove koja se opredjeljuju domovima zdravlja, utvrđuju se na osnovu broja i starosne strukture osiguranih lica, koji se ponderišu koeficijentima kako slijedi:

- a) Osigurana lica od 0 do 6 godina-koeficijent 2;
- b) Osigurana lica od 6 do 19 godina-koeficijent 1;
- c) Osigurana lica od 19 do 49 godina-koeficijent 1.5;
- d) Osigurana lica od 49 do 65 godina-koeficijent 2.5;
- e) Osigurana lica preko 65 godina-koeficijent 3.5.

Član 30.

(1) Službe domova zdravlja dužne su da vrše kontrolu propisanih i izdatih lijekova po vrsti, obimu i šiframa doktora koji su iste propisali.

(2) U slučaju prekoračenja planirane potrošnje lijekova u periodu od 01.09. do 31.12.2015. godine, a najkasnije do donošenja nove Odluke, zdravstvene ustanove nisu u obavezi da učestvuju u pokriću iskazanog prekoračenja.

(3) U slučaju ostvarenih ušteda, iste se u cijelosti ustupaju zdravstvenim ustanovama.

Član 31.

(1) Obračun i raspored iznosa prekoračenja vrši stručna služba Zavoda zdravstvenog osiguranja Zenica na osnovu egzaktnih podataka iz postojećeg informacionog sistema, uz obavezu dokumentiranog obrazloženja svim zdravstvenim ustanovama.

(2) Iznos ostvarenih ušteda provodi se po istom principu, uz obavezu domova zdravlja da pripadajuće efekte ušteda doznače Kantonalnoj bolnici Zenica i općoj bolnici Tešanj u roku od 15 dana.

Član 32.

(1) Zavod, odnosno institucija koju Zavod odredi, ima pravo da vrši kontrolu da li se ovlašteni doktori striktno pridržavaju uputstava o propisivanju lijekova sa Liste lijekova koji padaju na teret Zavoda.

(2) Ukoliko se utvrdi da se doktor ne pridržava uputstava iz stava 1. ovog člana, takvo ponašanje smatrat će se težom povredom ugovorne obaveze.

Član 33.

(1) Ugovaranje sa timovima porodične medicine, koji su kao posebne službe izdvojeni iz službe opšte medicine, vrši se u slučajevima kada opredjeljeni timovi porodične medicine ispunjavaju "Osnovne uslove za priznavanje porodične medicine", koje je donio Upravni odbor Zavoda.

(2) U slučaju da se kontrolom utvrdi da timovi porodične medicine u svom radu odstupaju od kriterija utvrđenih u stavu 1. ovog člana, obračun sredstava za izvršene zdravstvene usluge vrši se prema standardima i normativima utvrđenim za službu opšte medicine od početka godine.

POGLAVLJEVI- SEKUNDARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Član 34.

(1) Zdravstvena djelatnost na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite obuhvata specijalističko-konsultativnu i bolničku zdravstvenu zaštitu.

(2) Specijalističko-konsultativna djelatnost na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite predstavlja dio zdravstvene djelatnosti koja, kroz pružanje vanbolničkih usluga, osigurava podršku primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj djelatnosti.

(3) Bolnička zdravstvena djelatnost sekundarnog nivoa obuhvata dijagnosticiranje, liječenje i medicinsku rehabilitaciju, zdravstvenu njegu, boravak i prehranu pacijenata u bolnici.

Odjeljak A. Konsultativno-specijalistička zdravstvena zaštita sa dijagnostikom

Član 35.

Zdravstvene usluge u konsultativno-specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti zdravstvene ustanove pružaju kroz obavljanje slijedećih djelatnosti:

- 1) Opća interna,
- 2) Kardiologija,
- 3) Reumatologija,
- 4) Gastroenterologija,
- 5) Nefrologija,
- 6) Endokrinologija,
- 7) Hematologija,
- 8) Pedijatrija,
- 9) Medicina rada,
- 10) Opća hirurgija,
- 11) Abdominalna hirurgija,
- 12) Grudna hirurgija,
- 13) Dječja hirurgija,
- 14) Vaskularna hirurgija,
- 15) Neurohirurgija,
- 16) Plastična hirurgija,
- 17) Ginekologija i akušerstvo,
- 18) Savjetovalište za dječiju i adolescentsku ginekologiju,
- 19) Savjetovalište za bračni fertilitet
- 20) Infektologija,
- 21) Pulmologija,
- 22) Neurologija,
- 23) Psihijatrija,
- 24) Prevencija i liječenje bolesti ovisnosti,
- 25) Supstituciona terapija opijatskih ovisnika,

- 26) Psihosocijalna rehabilitacija ovisnika u zajednici
- 27) Otorinolaringologija,
- 28) Oftalmologija,
- 29) Ortopedija i traumatologija,
- 30) Urologija,
- 31) Dermatovenerologija,
- 32) Anesteziologija i terapija bola,
- 33) Maksilofacijalna hirurgija,
- 34) Oralna medicina i paradontologija,
- 35) Dentalna patologija i endodoncija,
- 36) Pedodoncija,
- 37) Ortodoncija,
- 38) Oralna hirurgija,
- 39) Stomatološka protetika.

Član 36.

(1) Konsultativno-specijalistička zdravstvena zaštita je organizirana tako da se djelatnost pedijatrije, pneumoftizilogije, specifične zdravstvene zaštite radnika i sve stomatološke specijalističke discipline organizuju u okviru izvan bolničkih zdravstvenih ustanova, dok se sve ostale specijalističke discipline organizuju u okviru bolničkih zdravstvenih ustanova pri čemu se djelatnost opće interne medicine, opće hirurgije, neurologije, ORL, oftalmologije, dermatovenerologije, ortopedije i traumatologije i RTG dijagnostike primarnog nivoa organizuju u svakoj općini za osigurana lica te općine, a u saradnji sa nadležnim domom zdravlja.

(2) Za specijalističke discipline opće interne medicine, opće hirurgije, neurologije, ORL, oftalmologije, dermatovenerologije, ortopedije i traumatologije i RTG dijagnostike primarnog nivoa bolnica je obavezna angažovati specijaliste doma zdravlja koji su zatečeni u radnom odnosu sa domom zdravlja na dan donošenja Odluke.

(3) Dom zdravlja je obavezan da se uključi u ovakav vid organizovanja konsultativno-specijalističke zdravstvene zaštite, a međusobni odnosi između bolnice i domova zdravlja rješavat će se ugovorom.

Član 37.

(1) Ugovorima između Zavoda i zdravstvenih ustanova koje pružaju konsultativno-specijalističku zdravstvenu zaštitu utvrđuje se koje djelatnosti, zdravstvene usluge pružaju konkretne zdravstvene ustanove.

(2) Zdravstvene ustanove koje pružaju usluge konsultativno-specijalističke zdravstvene zaštite dužne su u roku za potpisivanje ugovora utvrditi i istaknuti raspored rada specijalista određenih grana medicine i istog se pridržavati.

Član 38.

Zdravstvene usluge u vanbolničkoj dijagnostičkoj

djelatnosti se pružaju kroz obavljanje sljedećih djelatnosti:

- 1) Nuklearna medicina,
- 2) Transfuziologija,
- 3) Radiodijagnostika,
- 4) Ultrazvučna dijagnostika,
- 5) Hematološka laboratorijska dijagnostika,
- 6) Bio hemijska laboratorijska dijagnostika,
- 7) Mikrobiološka laboratorijska dijagnostika,
- 8) Patologija.

Član 39.

Konsultativno-specijalistička zdravstvena zaštita iz zbuozdravstvene zaštite se pruža u domovima zdravlja.

Član 40.

Obračun naknada za izvršene zdravstvene usluge konsultativno-specijalističke zdravstvene zaštite (vanbolnička i bolnička) vrši se kroz utvrđivanje potrebnog broja timova za svaku od djelatnosti u skladu sa Naredbom o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine koja obračunata sa vrijednošću radnog tima daje ukupnu vrijednost ovih usluga iskazanu u bodovima.

Odjeljak B. Bolnička zdravstvena zaštita sa dijagnostikom

Član 41.

(1) Usluge bolničke zdravstvene zaštite sa dijagnostikom u Kantonu pružaju Kantonalna bolnica Zenica i Opća bolnica Tešanj.

(2) Usluge bolničke zdravstvene zaštite u skladu sa Naredbom o standardima i normativima, Opća bolnica Tešanj pruža za osigurana lica općina Tešanj, Doboj-Jug, Maglaj i Usora.

Član 42.

Zdravstvene usluge u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti pružaju zdravstvene ustanove kroz obavljanje sljedećih djelatnosti:

- 1) Opšta interna,
- 2) Kardiologija,
- 3) Nefrologija,
- 4) Gastroenterologija,
- 5) Endokrinologija,
- 6) Hematologija,
- 7) Reumatologija,
- 8) Opšta pedijatrija,
- 9) Dječja neurologija,
- 10) Dječja endokrinologija,
- 11) Dječja nefrologija,

- 12) Dječja kardiologija,
- 12) Dječja pulmologija,
- 14) Dječja alergologija, imunologija i reumatologija,
- 15) Dječja gastroenterologija,
- 16) Dječja hematologija,
- 17) Dječja fizijatrija,
- 18) Majke pratilje,
- 19) Opća hirurgija,
- 20) Abdominalna hirurgija,
- 21) Dječja hirurgija,
- 22) Grudna hirurgija,
- 23) Neurohirurgija,
- 24) Vaskularna hirurgija,
- 25) Plastična hirurgija,
- 26) Ginekologija,
- 27) Akušerstvo,
- 28) Novorođenčad,
- 29) Infektologija,
- 30) Pulmologija,
- 31) Neurologija,
- 32) Psihijatrija,
- 33) Bolesti ovisnosti,
- 34) ORL,
- 35) Maksilofacijalna hirurgija,
- 36) Oftalmologija,
- 37) Intenzivno liječenje,
- 38) Ortopedija,
- 39) Urologija,
- 40) Dermatovenerologija,
- 41) Fizijatrija.

Član 43.

Zdravstvene usluge, dijagnostičke i druge djelatnosti za hospitalizirane pacijente, osiguravaju se kroz obavljanje sljedećih djelatnosti:

- a) Transfuziologija,
- b) Radiodijagnostika,
- c) Nuklearna medicina,
- d) Hematološki laboratorij,
- e) Biohemijski laboratorij,
- f) Mikrobiološki laboratorij,
- g) Patologija,
- h) Bolnička apoteka,
- i) Anesteziologija,
- j) Urgentna medicina,
- k) Klinička epidemiologija,
- l) Organizacija zdravstva, informatika i statistika,
- lj) Bolnička higijena i dijetetika

Član 44.

(1) Naknada za bolničku zdravstvenu zaštitu izražena kroz cijenu BO dana odnosi se na prosječnu cijenu intenzivne, poluintenzivne i standardne njege, u šta je uključen iznos na ime svih materijalnih troškova, a što obuhvata troškove hirurških operacija, lijekova i ostalih preparata i materijala osim troškova materijala koji se ugrađuju u pacijenta kao i posebno skupih lijekova i preparata.

(2) Ovi troškovi obuhvataju i troškove nezdravstvenih radnika u ustanovi.

Član 45.

Za liječenja van kantona izdvajaju se sredstva prema medicinskim kriterijima za sve bolesti i stanja koja se ne mogu zbrinuti u Općoj bolnici Tešanj i Kantonalnoj bolnici Zenica.

Član 46.

Pored sredstava za pružanje zdravstvenih usluga bolničke zdravstvene zaštite kantonalnog i općeg nivoa, Kantonalna bolnica Zenica i Opća bolnica Tešanj pružaju zdravstvene usluge pneumoftizilogije, a broj kreveta i cijenu b.o. dana za svaku godinu utvrđuje Upravni odbor Zavoda:

POGLAVLJE VII- TERCIJARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Član 47.

(1) Tercijarna zdravstvena zaštita pruža se osiguranim licima Zeničko-dobojskog kantona, u pravilu, u zdravstvenim ustanovama tercijarnog nivoa izvan područja Kantona sa kojima Zavod zaključi ugovor o pružanju ovih usluga, osim usluga tercijarnog nivoa koje se finansiraju na teret Federalnog fonda solidarnosti.

(2) Zdravstvene usluge tercijarnog nivoa, pružaju se osiguranim licima i u Kantonalnoj bolnici Zenica, Općoj bolnici Tešanj i drugim ustanovama u djelatnostima za koje ispunjavaju propisane uslove.

Član 48.

Tercijarna zdravstvena zaštita obuhvata djelatnosti:

- a) Konsultativno-specijalističku djelatnost,
- b) Dijagnostičku djelatnost za vanbolničke pacijente,
- c) Djelatnost javnog zdravstva,
- d) Javnozdravstvenu djelatnost medicine rada,
- e) Bolničku zdravstvenu zaštitu tercijarnog nivoa,
- f) Dijagnostičke i druge djelatnosti za hospitalizirane pacijente.

Član 49.

(1) Obračun sredstava za djelatnost tercijarne zdravstvene zaštite se vrši tako da se kompletna tercijarna djelatnost obračunava Kantonalnoj bolnici Zenica, a nakon toga se 85% sredstava opredijeljenih finansijskim planom Zavoda za liječenje van kantona oduzimaju od sredstava Kantonalne bolnice Zenica.

(2) U slučaju kada je ostvarenje na stavci «Liječenje van kantona» manje od planiranog, tada se 85% razlike između planiranog i ostvarenog može, odlukom Upravnog odbora, dodijeliti Kantonalnoj bolnici Zenica, nakon završnog obračuna za tu godinu.

Član 50.

Specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu tercijarnog nivoa pružaju zdravstvene ustanove kroz obavljanje slijedećih djelatnosti:

- 1) Nefrologija,
- 2) Kardiologija,
- 3) Gastroenterologija,
- 4) Endokrinologija,
- 5) Hematologija,
- 6) Reumatologija,
- 7) Profesionalna patologija i toksikologija,
- 8) Pedijatrija,
- 9) Kabinet za dječju neurologiju,
- 10) Kabinet za dječju za endokrinologiju,
- 11) Kabinet za dječju za nefrologiju,
- 12) Kabinet za dječju kardiologiju,
- 13) Kabinet za dječju pulmologiju,
- 14) Kabinet za dječju alergologiju, imunologiju i reumatologiju,
- 15) Kabinet za dječju gastroenterologiju,
- 16) Kabinet za dječju hematologiju,
- 17) Kabinete za hemofiliju (svi uzrasti),
- 18) Pulmologija,
- 19) Neurologija,
- 20) Psihijatrija,
- 21) Infektologija,
- 22) Dermatovenerologija,
- 23) Onkologija i radio terapija,
- 24) Ortopedija i traumatologija,
- 25) Rekonstruktivna i plastična hirurgija,
- 26) Angiologija i vaskularna hirurgija,
- 27) ORL,
- 28) Oftalmologija,
- 29) Maksilofacijalna hirurgija,
- 30) Ginekologija,
- 31) Transplantologija.

Član 51.

Bolničku zdravstvenu zaštitu tercijarnog nivoa pružaju zdravstvene ustanove kroz obavljanje slijedećih djelatnosti :

- 1) Nefrologija,
- 2) Kardiologija,
- 3) Gastroenterohepatologija,
- 4) Endokrinologija,
- 5) Hematologija,
- 6) Klinička imunologija i reumatologija,
- 7) Profesionalna patologija i toksikologija,
- 8) Pedijatrija,
- 9) Pulmologija,
- 10) Neurologija,
- 11) Psihijatrija,
- 12) Infektologija,
- 13) Dermatovenerologija,
- 14) Onkologija i radio terapija,
- 15) Fizijatrija,
- 16) Abdominalna hirurgija,

- 17) Urologija,
- 18) Ortopedija i traumatologija,
- 19) Torakalna hirurgija,
- 20) Neurohirurgija,
- 21) Plastična i rekonstruktivna hirurgija,
- 22) Dječja hirurgija,
- 23) Angiologija i vaskularna hirurgija,
- 24) Glanduralna i onkološka hirurgija,
- 25) ORL,
- 26) Oftalmologija,
- 27) Maksilofacijalna hirurgija,
- 28) Ginekologija i akušerstvo,
- 29) Medicinski potpomognuta oplodnja,
- 30) Transplantologija,
- 31) Kardiohirurgija,
- 32) Dijagnostičke i druge djelatnosti.

Član 52.

Dijagnostička djelatnost, kao i druge djelatnosti za hospitalizirane pacijente na tercijarnom nivou osigurava se obavljanjem sljedećih djelatnosti:

- a) Hematološki laboratorij,
- b) Imunološki laboratorij,
- c) Biohemijski laboratorij,
- d) Mikrobiološki laboratorij,
- e) Radiodijagnostika,
- f) Nuklearna medicina,
- g) Transfuziologija,
- h) Patološka anatomija i citologija,
- i) Klinička farmakologija,
- j) Anesteziologija i reanimacija,
- k) Bolnička apoteka,
- l) Urgentna medicina,
- lj) Klinička epidemiologija,
- m) Organizacija zdravstva, informatika i statistika, bolnička higijena i dijetetika

POGLAVLJE VIII- OSNOVI ZA UGOVARANJE SA ZAVODOM ZA JAVNO ZDRAVSTVO ZENICA I ZAVODOM ZA BOLESTI OVISNOSTI ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

Član 53.

Zavod sa Zavodom za javno zdravstvo i Zavodom za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona zaključuje međusobne ugovore za obavljanje djelatnosti propisanih standardima i normativima zdravstvene zaštite.

POGLAVLJE IX- OSNOVE ZA UGOVARANJE SA ZAVODOM ZA MEDICINU RADA I SPORTSKU MEDICINU ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

Član 54.

Zavod i Zavod za medicinu rada i sportsku medicinu Zeničko-dobojskog kantona (u daljem tekstu: Zavod za medicinu rada), na bazi obostrano izraženih interesa, zaključuju ugovore iz registrovane djelatnosti Zavoda za

medicinu rada, a koji se mogu finansirati iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, uz primjenu Naredbe o standardima i normativima.

POGLAVLJE X- ZAVRŠNE ODREDBE

Član 55.

Odredbe člana 27. ove Odluke primjenjivat će se od 01.09.2015. godine.

Član 56.

(1) Zavod, odnosno institucija koju Zavod odredi, ima pravo kontrole izvršenja programa zdravstvene zaštite u tekućoj godini.

(2) Odluku o stepenu izvršenja programa zdravstvene zaštite po obimu i kvalitetu donosi Upravni odbor Zavoda.

Član 57.

Ova Odluka stupa na snagu osam dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Zeničko-dobojskog kantona".

Član 58.

Stupanjem na snagu ove Odluke prestaje da važi Odluka o osnovama, kriterijima i mjerilima za zaključivanje ugovora između Zavoda zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona i zdravstvenih ustanova ("Službenenovine Zeničko-dobojskog kantona", broj: 5/06, 3/08, 2/09, 19/09 i 9/12).

Broj: 02- 37-15566/15.

Datum, 22.07.2015. godine
Zenica

PREMIJER

Miralem Galijašević