

Na osnovu člana 16. stav 2. Zakona o Vladi Zeničko-dobojskog kantona - Prečišćeni tekst („Službene novine Zeničko-dobojskog kantona”, broj: 7/10) i člana 38. stav 2. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine”, broj: 30/97, 7/02, 70/08, 48/11 i 36/18), na prijedlog Ministarstva zdravstva, Vlada Zeničko-dobojskog kantona, na 23. sjednici, održanoj dana 04.10.2019. godine, d o n o s i

ODLUKU

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

DIO PRVI – PREDMET

Član 1.

(Predmet Odluke)

Odlukom o osnovama, kriterijima i mjerilima za zaključivanje ugovora između Zavoda zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona i zdravstvenih ustanova (u daljem tekstu: Odluka), 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 i privatnih zdravstvenih radnika koji obavljaju privatnu praksu u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (u daljem tekstu: privatni zdravstveni radnik), 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 u skladu sa Naredbom o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Naredba o standardima i normativima) i Jedinostvenom metodologijom kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove (u daljem tekstu: Jedinствена методологија).

DIO DRUGI – OSNOVI, KRITERIJI I MJERILA ZA ZAKLJUČIVANJE UGOVORA

POGLAVLJE I. OSNOVI ZA ZAKLJUČIVANJE UGOVORA

Član 2.

(Uvjeti za zaključivanje ugovora)

(1) Zavod zaključuje ugovore o pružanju usluga zdravstvene zaštite sa zdravstvenim ustanovama iz oblasti primarne, specijalističko-konsultativne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite i privatnim zdravstvenim radnicima (u daljem tekstu: davalac usluge).

(2) Ugovor iz stava (1) ovog člana zaključuje se sa davaocem usluge pod uvjetom da:

- a) posjeduje rješenje nadležnog ministarstva zdravstva o ispunjavanju propisanih uvjeta prostora, opreme i kadra za obavljanje određene zdravstvene djelatnosti,
- b) posjeduje rješenje nadležnog suda da je registrovan za obavljanje određene zdravstvene djelatnosti.

Član 3.

(Obim i struktura zdravstvenih usluga)

Obim i struktura zdravstvenih usluga u primarnoj, specijalističko-konsultativnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, koje se pružaju osiguranim licima, utvrđuje se u skladu sa ovom Odlukom i važećom Naredbom o standardima i normativima.

Član 4.

(Utvrđivanje vrijednosti boda)

(1) Vrijednost boda za finansiranje zdravstvene zaštite utvrđuje se na način da se raspoloživa sredstva za finansiranje zdravstvene zaštite, utvrđena u Finansijskom planu za tekuću godinu, stavljaju u odnos sa utvrđenim brojem bodova za obim i strukturu primarne, konsultativno-specijalističke, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite.

(2) Utvrđena vrijednost boda iz stava (1) ovog člana, jedinstvena za sve vidove i nivoe zdravstvene zaštite.

Član 5.

(Sredstva za ugovaranje)

(1) Osnova za zaključivanje ugovora između Zavoda i davaoca usluga su sredstva utvrđena Finansijskim planom Zavoda.

(2) Sredstva za ugovaranje neposredne zdravstvene zaštite utvrđuju se tako što se od ukupnih sredstava utvrđenih Finansijskim planom Zavoda odbiju svi rashodi koji se ne iskazuju u bodovima.

(3) Od raspoloživih sredstava za neposrednu zdravstvenu zaštitu, izuzimaju se sredstva za: liječenje štićenika u specijalnim zavodima, zdravstvenu zaštitu u inostranstvu u skladu sa međunarodnim konvencijama, troškove lijekova sa listi lijekova obaveznog zdravstvenog osiguranja, troškove finansiranja i sufinansiranja određenih zdravstvenih usluga i programa, ortopedske sprave i pomagala, a ostatak predstavljaju sredstva namijenjena za ugovaranje primarne, specijalističko-konsultativne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite u Zeničko-dobojskom kantonu.

POGLAVLJE II. KRITERIJI I MJERILA ZA ZAKLJUČIVANJE UGOVORA

Član 6.

(Kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora)

Kriteriji i mjerila za ugovaranje zdravstvene zaštite svih nivoa su:

- a) broj i starosna struktura osiguranih lica koja se vode u službenoj evidenciji Zavoda, na dan 30. novembar godine, koja prethodi godini za koju se ugovori zaključuju;
- b) broj stanovnika, u skladu sa popisom stanovnika iz 2013. godine, ako je Naredbom o standardima i normativima, kao kriterij, izričito propisan broj stanovnika.

Član 7.

(Materijalni troškovi)

Materijalni troškovi potrebni za pružanje zdravstvenih usluga u vanbolničkoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti obračunavaju se u skladu sa važećom Naredbom o standardima i normativima.

Član 8.

(Angažiranje specijalista iz drugih zdravstvenih ustanova)

U slučajevima, kada se za pružanje usluga vanbolničke specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi angažuju specijalisti drugih zdravstvenih ustanova, tada se na ime materijalnih i drugih troškova zdravstvenoj ustanovi, koja je angažovala specijalistu druge zdravstvene ustanove, priznaju opredjeljena sredstva za konkretne djelatnosti u procentima,

koji su utvrđeni Naredbom o standardima i normativima.

Član 9. (Korekcija sredstava)

U slučaju proširenja ili ukidanja određene zdravstvene djelatnosti, u skladu sa rješenjem nadležnog ministarstva zdravstva, Zavod vrši korekciju opredjeljenih sredstava za ugovaranje zdravstvene zaštite, pod uvjetom da proširenje ili ukidanje određene zdravstvene djelatnosti ima direktan uticaj na povećanje ili smanjenje obima zdravstvenih usluga.

Član 10. (Povećanje i umanj enje naknade za pružanje zdravstvene zaštite)

(1) Ukupna naknada za pružanje zdravstvene zaštite, ugovorena sa pojedinim zdravstvenim ustanovama, može se u narednom ugovornom periodu povećati ili umanj iti u odnosu na ostvarenje Finansijskog plana za prethodnu godinu, a u okviru raspoloživih sredstava za primarnu, specijalističko-konsultativnu, sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu na području Kantona.

(2) Odluku o umanj enju, odnosno povećanju naknade iz stava (1) ovog člana donosi Upravni odbor Zavoda.

Član 11. (Sredstva rezervi)

(1) Zavod ima rezervu koja se ostvaruje izdavanjem najmanje 5% ukupnih rashoda ostvarenih u protekloj godini.

(2) Nadzor nad korištenjem rezerve obavlja Upravni odbor.

Član 12. (Pružanje zdravstvenih usluga)

(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 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 zdravstveni pregled, obavezne su sačiniti listu čekanja, koja mora biti transparentna.

(3) Principe za izradu liste čekanja utvrđuje Upravni odbor zdravstvene ustanove, poštujući standarde i normative zdravstvene zaštite i pravila struke.

(4) Zdravstvene ustanove su obavezne Zavodu dostaviti usvojene principe za liste čekanja i spisak usluga za koje se sačinjava lista čekanja.

Član 13. (Sredstva neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite i premije zdravstvenog osiguranja)

(1) Naplaćena sredstva neposrednog učešća osiguranih lica, u troškovima korištenja zdravstvene zaštite i premije zdravstvenog osiguranja, su prihod Zavoda, u skladu sa kantonalnom Odlukom o neposrednom učešću osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite.

(2) Određeni procenat sredstava iz stava (1) ovog člana, Zavod može dodijeliti zdravstvenim ustanovama, na osnovu odluke Upravnog odbora, koja se donosi posebno za svaku kalendarsku godinu.

(3) Sredstva neposrednog učešća osiguranih lica, u troškovima korištenja zdravstvene zaštite, koja naplaćuju isporučio ci ortopedskih sprava i pomagala, odbijaju se od računa za isporučenu ortopedsku spravu i pomagalo, u cijelosti su prihod Zavoda.

(4) Davaoci usluga iz oblasti apotekarske djelatnosti, kod fakturisanja umanj uju iznos faktura za neposredno učešće osiguranih lica, koje u cjelosti pripada Zavodu.

(5) U slučaju kada zdravstvene usluge pružaju dvije zdravstvene ustanove, sredstva

neposrednog učešća osiguranih lica se dijele na jednake dijelove.

Član 14.

(Izvještavanje o izvršenim zdravstvenim uslugama)

U skladu sa važećim Pravilnikom o obliku i sadržaju osnovne medicinske dokumentacije, zdravstvene ustanove obavezne su dostaviti izvještaj o izvršenim zdravstvenim uslugama Institutu za zdravlje i sigurnost hrane (u daljem tekstu: Institut), koji će izvršiti obradu izvještaja i isti dostaviti Zavodu.

Član 15.

(Kontrola izvršenja zaključenih ugovora)

Kontrolu izvršenja zaključenih ugovora o pružanju zdravstvenih usluga, vrši Zavod ili ustanova koju Zavod ovlasti.

Član 16.

(Plaćanje izvršenih zdravstvenih usluga)

Plaćanje zdravstvenih usluga Zavod vrši u rokovima propisanim Zakonom o finansijskom poslovanju.

DIO TREĆI – PROGRAMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

POGLAVLJE I. DONOŠENJE I SADRŽAJ PROGRAMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 17.

(Program zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga koje su predmet ugovaranja)

(1) Program zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: program o pružanju zdravstvenih usluga) predstavlja skup zdravstvenih usluga i programa utvrđenih po sadržaju i obimu po nivoima i djelatnostima zdravstvene zaštite u cilju očuvanja i unapređenja, sprječavanja bolesti i liječenja na području Kantona.

(2) Sadržaj i obim programa iz stava (1) ovog člana, uslovljen je demografskim stanjem, zdravstvenim stanjem stanovništva, higijensko-epidemiološkom situacijom, razvijenosti zdravstvenih službi i raspoloživim finansijskim sredstvima za finansiranje programa.

(3) Programe 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 Instituta, najkasnije do kraja avgusta tekuće godine za narednu godinu.

(4) Izrada programa o pružanju zdravstvenih usluga vrši se u skladu sa Naredbom o standardima i normativima i ovom odlukom.

(5) Program o pružanju zdravstvenih usluga donosi se za svaku kalendarsku godinu, a prije donošenja finansijskog plana za tu kalendarsku godinu.

Član 18.

(Poseban program zdravstvene zaštite za zdravstvene usluge koje se osiguranim licima ne mogu pružiti na području Kantona)

(1) Za zdravstvene usluge koje se osiguranim licima ne mogu osigurati u zdravstvenim ustanovama na području Kantona, Zavod utvrđuje poseban program zdravstvene zaštite koja se osigurava u nadležnim zdravstvenim ustanovama sa kojim Zavod, na osnovu saglasnosti Upravnog odbora, zaključuje ugovor.

(2) Program iz stava (1) ovog člana je sastavni dio Programa o pružanju zdravstvene zaštite iz člana 17. ove odluke.

Član 19.

(Posebni programi dodatnog plaćanja zdravstvene zaštite)

(1) U cilju unapređenja zdravstvene zaštite, Zavod može uvesti dodatna plaćanja putem posebnih programa zdravstvene zaštite za koje postoji objektivna potreba da se obezbijede osiguranim licima na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, s ciljem unapređenja i racionalizacije zdravstvene zaštite na Kantonu.

(2) Odluku o finansiranju posebnog programa iz stava (1) ovog člana donosi Upravni odbor.

Član 20.

(Obračun sredstava za ugovaranje zdravstvene zaštite)

Upravni odbor utvrđuje obračun sredstava za ugovaranje zdravstvene zaštite, u skladu sa Finansijskim planom Zavoda, Naredbom o standardima i normativima, utvrđenim programom zdravstvene zaštite i ovom Odlukom, najkasnije do 31. januara za tekuću godinu.

Član 21.

(Sadržaj programa zdravstvene zaštite)

Programi zdravstvene zaštite sadrže:

- a) Analizu demografske strukture osiguranih lica, koju sačinjava Zavod,
- b) Analizu izvršenja programa za tekuću godinu, koju sačinjava Institut,
- c) Analizu zdravstvenog stanja osiguranih lica u prethodnoj godini, koju sačinjava Institut,
- d) Pregled djelatnosti, te broj potrebnih timova i broj usluga za te djelatnosti, koju sačinjava Zavod,
- e) Obračun sredstava za pojedine programe zdravstvene zaštite, koji sačinjava Zavod.

POGLAVLJE II. FINANSIRANJE PROGRAMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 22.

(Način finansiranja programa zdravstvene zaštite)

(1) Način finansiranja Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga, regulisan je Naredbom o standardima i normativima, naredbama Ministarstva zdravstva i ovom odlukom.

(2) Kada usluge zdravstvene zaštite pruža zdravstvena ustanova izvan Kantona, primjenjuje se način finansiranja iz stava (1) ovog člana.

(3) Ukoliko nije moguće utvrditi naknadu na način utvrđen u stavu (2) ovog člana, tada se naknada za usluge finansiranja zdravstvene zaštite za liječenje izvan Kantona utvrđuje na osnovu Tarife zdravstvenih usluga Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, a za usluge koje nisu obuhvaćene Tarifom zdravstvenih usluga Federacije Bosne i Hercegovine, naknada se utvrđuje ugovorom.

Član 23.

(Umanjenje finansijskih sredstava)

(1) Finansijska sredstva obračunata davaocima usluga za zdravstvene usluge iz Programa zdravstvene zaštite, mogu se umanjiti odlukom Upravnog odbora 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 u skladu sa programom zdravstvene zaštite, najkasnije u roku od tri dana od nastupanja poteškoće.

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

POGLAVLJE III. PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Član 24.

(Primarna zdravstvena zaštita)

(1) U smislu odredbi ove odluke i Naredbe o standardima i normativima zdravstvena zaštita na primarnom nivou obuhvata: porodičnu medicinu, zdravstvenu zaštitu stanovništva preko 19 godina, zdravstvenu njegu u zajednici i vanbolničku palijativnu njegu, opću zdravstvenu zaštitu djece predškolskog uzrasta (uzrast u dobi od 0 do 6 godina), centar za imunizaciju, centar za rani rast i razvoj, zdravstvenu zaštitu žena, zdravstvenu zaštitu kod specifičnih i nespecifičnih plućnih oboljenja, higijensko-epidemiološku službu, hitnu medicinsku pomoć, zdravstvenu zaštitu zuba i usta djece i omladine do 19 godina starosti, zdravstvenu zaštitu zuba i usta odraslih, laboratorijsku dijagnostičku djelatnost, radiološku dijagnostičku djelatnost, ultrazvučnu dijagnostičku djelatnost, centar za mentalno zdravlje u zajednici, centar za psihofizičke i govorne poteškoće djece i adolescenata u dobi od 6 do 18 godine, fizikalnu rehabilitaciju, apotekarsku djelatnost i apotekarsku djelatnost za vlastite potrebe.

(2) Zdravstvena zaštita djece i omladine u dobi od 7 do 19 godina, koja nisu obuhvaćena porodičnom medicinom, obračunava se kao osnovna kapitacija porodične medicine bez djelatnosti zdravstvene njege u zajednici.

Član 25.

(Finansiranje timova porodične medicine)

(1) Finansiranje timova porodične medicine, vrši se u slučajevima kada timovi porodične medicine ispunjavaju uslove iz Naredbe Ministarstva zdravstva Zeničko-dobojskog kantona o ispunjavanju osnovnih uslova za priznavanje porodične medicine.

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

Član 26.

(Zaključivanje ugovora sa davaocima usluga iz oblasti apotekarske djelatnosti)

(1) Zavod zaključuje ugovore sa davaocima usluga iz oblasti apotekarske djelatnosti, koji ispunjavaju sljedeće uvjete:

- a) da posjeduju rješenje o ispunjavanju uvjeta prostora, opreme i kadra nadležnog ministarstva zdravstva,
- b) da imaju potreban broj timova za obavljanje apotekarske djelatnosti u apoteci i organizacionim jedinicama apoteke (ogranku i depou), u skladu sa Zakonom o apotekarskoj djelatnosti i drugim podzakonskim propisima iz oblasti apotekarske djelatnosti i utvrđenim radnim vremenom apoteke,
- c) da se pridržavaju utvrđenog radnog vremena za apoteku, ogranak i depo, uz mogućnost obavljanja dežurstva i pripravnosti, ukoliko se isto 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 Odlukom o listi lijekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja Zavoda zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona i načinu propisivanja i izdavanja lijekova (u daljem tekstu: Pozitivna lista lijekova),
- g) da posjeduju uvjerenje Porezne uprave o izmirenim obavezama po osnovu poreza i doprinosa.

(2) Zavod će najkasnije do 30.11. tekuće godine, dostaviti svim ustanovama apotekarske djelatnosti sa kojim ima zaključen ugovor, prijedlog ugovora za narednu godinu.

(3) Ustanove apotekarske djelatnosti, koje su imale ugovore za Zavodom u prethodnoj ugovornoj godini, obavezne su, uz prihvatanje ugovora, Zavodu dostaviti samo uvjerenje Porezne

uprave o izmirenim obavezama po osnovu poreza i doprinosa.

(4) Ustanove apotekarske djelatnosti koje dobiju odobrenje za rad u toku kalendarske godine, dužne su dostaviti dokaze o ispunjavanju uvjeta iz stava (1) ovog člana.

Član 27.

(Izdavanje faktura za lijekove)

Davaoci usluga iz oblasti apotekarske djelatnosti će vršiti fakturisanje izdatih lijekova Zavodu, sa Pozitivne liste lijekova u skladu sa važećim ugovorima.

Član 28.

(Kontrola ugovora sa davaocima usluga iz oblasti apotekarske djelatnosti)

(1) Zavod vrši kontrolu snabdjevenosti ugovornih apoteka lijekovima sa Pozitivne liste lijekova o čemu sačinjava zapisnik.

(2) Zapisnik iz stava (1) ovog člana, u kojem su utvrđene nepravilnosti, Zavod dostavlja nadležnom ministarstvu zdravstva i nadležnoj farmaceutskoj inspekciji.

Član 29.

(Kontrola propisivanja i potrošnje lijekova)

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

(2) Domovi zdravlja obavezni su vršiti kontrolu propisivanja i potrošnje lijekova po vrsti, obimu i šiframa doktora.

Član 30.

(Utvrdjivanje sredstava za lijekove)

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

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

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

- a) Osigurana lica od 0 do 6 godina - koeficijent 2.
- b) Osigurana lica od 7 do 19 godina - koeficijent 1.
- c) Osigurana lica od 20 do 49 godina - koeficijent 1,5.
- d) Osigurana lica od 50 do 65 godina - koeficijent 2,5.
- e) Osigurana lica preko 65 godina - koeficijent 3,5.

Član 31.

(Prekoračenje i uštede u potrošnji lijekova)

(1) U slučaju prekoračenja potrošnje lijekova, u odnosu na opredjeljena sredstva Zavod će učestvovati u pokriću iskazanog prekoračenja u procentu od 80%, a ugovorna zdravstvena ustanova u procentu od 20%.

(2) U slučaju ostvarenih ušteda u potrošnji lijekova, iste se u procentu od 100% ustupaju zdravstvenim ustanovama.

(3) Iskazana prekoračenja iznad procenta koji priznaje Zavod, padaju na teret domova zdravlja, Kantonalne bolnice Zenica i Opće bolnice Tešanj, srazmjerno učešću vrijednosti propisanih i izdatih lijekova u odnosu na ukupna godišnja opredjeljena sredstva.

(4) Nakon godišnje utvrđene potrošnje lijekova i definisanih prekoračenja ili ušteda, Upravni odbor će utvrditi način plaćanja prekoračenih sredstava.

(5) Prekoračenje potrošnje opredjeljenog iznosa za lijekove sa Pozitivne liste koje pada na

teret zdravstvene ustanove, umanjit će se od mjesečne tranše finansiranja zdravstvene zaštite, na način propisan stavom (4) ovog člana.

Član 32.

(Obračun i raspored prekoračenja i ušteda u potrošnji lijekova)

Obračun i raspored iznosa prekoračenja i ušteda u potrošnji lijekova vrši stručna služba Zavoda na osnovu egzaktnih podataka iz postojećeg informacionog sistema, uz dokumentirano obrazloženje zdravstvenim ustanovama.

Član 33.

(Pridržavanje uputstva o propisivanju lijekova)

Zavod, odnosno institucija koju Zavod odredi, vrše kontrolu da li se ovlašteni doktori striktno pridržavaju uputstava o propisivanju lijekova sa Pozitivne liste lijekova kantona.

POGLAVLJE IV. KOREKCIJA UGOVORNE NAKNADE

Član 34.

(Korekcija ugovorne naknade)

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.

Član 35.

(Utvrđivanje naknade domovima zdravlja za punkt porodične i opće medicine)

Upravni odbor utvrđuje iznos sredstava za svaku lokaciju (punkt) porodične i opće medicine za ugovornu godinu.

Član 36.

(Utvrđivanje posebnog dodatka JU „Dom zdravlja” Vareš)

JU „Dom zdravlja” Vareš utvrđuje se poseban dodatak na broj bodova za nivo primarne zdravstvene zaštite, u obračunu sredstava u procentu od 40%, a na ime razuđenosti ambulantni porodične medicine.

Član 37.

(Dodatna sredstva za finansiranje hitne medicinske pomoći)

(1) Kod ugovaranja naknade za izvršenje djelatnosti hitne medicinske pomoći ukupna naknada za hitnu medicinsku pomoć obračunata po Naredbi o standardima i normativima i izražena u bodovima koriguje se uvećanjem u sljedećim slučajevima:

Ukoliko je broj stanovnika u općinama koju pokriva dom zdravlja:

- a) ispod 5.000 osiguranih lica za 20%,
- b) 5.000 do 5.999 osiguranih lica za 19%,
- c) 6.000 do 6.999 osiguranih lica za 18%,
- d) 7.000 do 7.999 osiguranih lica za 17%,
- e) 8.000 do 8.999 osiguranih lica za 16%,
- f) 9.000 do 9.999 osiguranih lica za 15%,
- g) 10.000 do 10.999 osiguranih lica za 14%,
- h) 11.000 do 11.999 osiguranih lica za 13%,
- i) 12.000 do 12.999 osiguranih lica za 12%,
- j) 13.000 do 13.999 osiguranih lica za 11%,
- k) 14.000 do 14.999 osiguranih lica za 10%.

(2) Domovima zdravlja i bolnicama utvrđuju se sredstva za sufinansiranje prevoza kolima hitnepomoći i to: za prevoz pacijenata do zdravstvenih ustanova (Zenica, Sarajevo, Tuzla i loko vožnju), hitne medicinske intervencije osim prevoza na hemodijalizu, HES, vožnje van BiH i patronaže.

(3) Iznos sredstava za sufinansiranje troškova prevoza iz stava (2) ovog člana utvrđuje Upravni odbor, na način procentualne vrijednosti prema evidentiranim pređenim kilometrima.

(4) Zdravstvene ustanove su dužne da ustroje informatičku evidenciju praćenja broja pređenih kilometara i vrste prevoza.

Član 38.

(Priznavanje troškova uzimanja PAPA brisa u domu zdravlja)

(1) Domu zdravlja priznaju se troškovi uzimanja PAPA brisa radi ranog otkrivanja malignoma po cijeni od 7,37 KM po jednom uzorku.

(2) Troškovi iz stava (1) ovog člana se odnose na uzimanje brisa, fiksiranje, bojenje i transport do citoskenerne laboratorije u Kantonalnoj bolnici Zenica, kao i na administrativni dio posla (popunjavanje formulara i unošenje u kompjutersku bazu podataka slanja poziva i obavijesti ženama), a navedeni iznos kompletnih troškova materijala za papa bris (špatulu, četkicu, hemikalije za fiksiranje i bojenje, predmetno i pokrovno stakalce) i rad osoblja.

(3) Troškove iz stava (2) ovog člana, domovi zdravlja će tromjesečno fakturisati Zavodu uz dostavljanje kopije popunjenog obrasca skrininga za svaku pregledanu pacijenticu.

Član 39.

(Stimulativni dio za rad i organiziranje rada Referalnog centra za mentalno zdravlje JU „Dom zdravlja” Zenica)

Stimulativni dio za rad i organiziranje rada Referalnog centra za mentalno zdravlje, JU „Dom zdravlja” Zenica, iznosi 10% vrijednosti tima Centra za mentalno zdravlje.

POGLAVLJE V. SEKUNDARNA ZDRAVSTVENA

Član 40.

(Obim sekundarne zdravstvene zaštite)

(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 dijagnostiku, liječenje i medicinsku rehabilitaciju, zdravstvenu njegu, boravak i prehranu pacijenata u bolnici.

(4) Vanbolnička hematološko-biohemijska dijagnostika sekundarnog nivoa obuhvata hematološko-biohemijsku dijagnostiku u domovima zdravlja: Zenica, Visoko, Kakanj, Zavidovići i Olovo.

Odjeljak A. Specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita sa dijagnostikom

Član 41.

(Obim specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite)

U smislu odredbi ove odluke i Naredbe o standardima i normativima, specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita obuhvata: opću internu, kardiologiju, reumatologiju, gastroenterologiju, nefrologiju, endokrinologiju, hematologiju, pedijatriju, medicinu rada, opću hirurgiju, abdominalnu hirurgiju, grudnu hirurgiju, dječiju hirurgiju, vaskularnu hirurgiju, neurohirurgiju, plastičnu hirurgiju, ginekologiju i akušerstvo, savjetovalište za dječiju i adolescentnu ginekologiju, savjetovalište za bračni fertilitet, infektologiju, pulmologiju, neurologiju, psihijatriju, prevenciju i liječenje bolesti ovisnosti, supstitucionu terapiju opijatskih ovisnika, psihosocijalnu rehabilitaciju ovisnika u zajednici, otorinolaringologiju, oftalmologiju, ortopediju i traumatologiju, urologiju, dermatovenerologiju, anesteziologiju i terapiju bola, palijativnu medicinu i terapiju boli, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, maksilofacijalnu hirurgiju, oralnu medicinu i paradontologiju, dentalnu patologiju i endodonciju, pedodonciju, ortodonciju, oralnu hirurgiju i stomatološku protetiku.

Član 42.

(Organizacija specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite)

(1) Specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita je organizirana tako da se djelatnost pedijatrije, pneumoftiziologije, ginekologije, specifične zdravstvene zaštite radnika i sve stomatološke specijalističke discipline organizuju 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, otorinolaringologije, oftalmologije, dermatovenerologije i pedijatrije organizuju u svakoj općini za osigurana lica te općine, a u saradnji sa nadležnim domovima zdravlja.

(2) Za specijalističke discipline opće interne medicine, opće hirurgije, neurologije, otorinolaringologije, oftalmologije, dermatovenerologije i pedijatrije, bolnica je obavezna angažovati specijaliste doma zdravlja koji su u radnom odnosu u domu zdravlja.

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

Član 43.

(Ugovori)

(1) Ugovorima između Zavoda i zdravstvenih ustanova koje pružaju specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu utvrđuju se zdravstvene usluge, koje pružaju zdravstvene ustanove.

(2) Zdravstvene ustanove koje pružaju usluge iz stava (1) ovog člana, dužne su utvrditi i istaknuti raspored rada specijalista određenih grana medicine i istog se pridržavati.

Član 44.

(Vanbolnička dijagnostička djelatnost)

U smislu odredbi ove odluke i Naredbe o standardima i normativima zdravstvene usluge u vanbolničkoj dijagnostičkoj djelatnosti obuhvataju: nuklearnu medicinu, transfuziologiju, radiodijagnostiku, ultrazvučnu dijagnostiku, hematološko laboratorijsku dijagnostiku, biohemijsko

laboratorijsku dijagnostiku, mikrobiološku laboratorijsku dijagnostiku i patologiju.

Član 45.

(Zubozdravstvena zaštita)

Konsultativno-specijalistička zubozdravstvena zaštita se pruža u domovima zdravlja.

Član 46.

(Obračun naknade)

Obračun naknade za izvršene zdravstvene usluge specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite (vanbolnička i bolnička) vrši se kroz utvrđivanje potrebnog broja timova za svaku od djelatnosti u skladu sa Naredbom o standardima i normativima, koja obračunata sa vrijednošću radnog tima daje ukupnu vrijednost ovih usluga iskazanu u bodovima.

Odjeljak B. Bolnička zdravstvena zaštita sa dijagnostikom

Član 47.

(Bolnička zdravstvena zaštita)

(1) Usluge bolničke zdravstvene zaštite sa dijagnostikom, na području Kantona pružaju JU Kantonalna bolnica Zenica i JZU Opća bolnica Tešanj.

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

Član 48.

(Djelatnost bolničke zdravstvene zaštite)

U smislu odredbi ove odluke i Naredbe o standardima i normativima djelatnost bolničke zdravstvene zaštite obuhvata: opću internu, kardiologiju, nefrologiju, gastroenterologiju, endokrinologiju, hematologiju, reumatologiju, palijativnu medicinu, opću pedijatriju, dječiju neurologiju, dječiju endokrinologiju, dječiju nefrologiju, dječiju kardiologiju, dječiju pulmologiju, dječiju alergologiju, imunologiju i reumatologiju, dječiju gastroenterologiju, dječiju hematologiju, dječiju fizijatriju, majke pratilje, opću hirurgiju, abdominalnu hirurgiju, dječiju hirurgiju, grudnu hirurgiju, neurohirurgiju, vaskularnu hirurgiju, plastičnu hirurgiju, ginekologiju, akušerstvo, novorođenčad, infektologiju, pulmologiju, neurologiju, psihijatriju, bolesti ovisnosti, otorinolaringologiju, maksilofacijalnu hirurgiju, oftalmologiju, intenzivno liječenje, ortopediju, urologiju, dermatovenerologiju i fizijatriju.

Član 49.

(Usluge za hospitalizirane pacijente)

U smislu odredbi ove odluke i Naredbe o standardima i normativima, zdravstvene usluge, dijagnostičke i druge djelatnosti za hospitalizirane pacijente obuhvataju: transfuziologiju, radiodijagnostiku, nuklearnu medicinu, hematološki laboratorij, biohemijski laboratorij, mikrobiološki laboratorij, patologiju, bolničku apoteku, anesteziologiju, urgentnu medicinu, kliničku epidemiologiju, organizaciju zdravstva, informatiku i statistiku, bolničku higijenu i dijetetiku.

Član 50.

(Cijena BO dana)

(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 51.

(Sredstva za vankantonalno liječenje)

Za liječenje van Kantona izdvajaju se sredstva prema medicinskim kriterijima za sve bolesti i stanja koja se ne mogu zbrinuti u ugovornim zdravstvenim ustanovama sa područja Kantona.

POGLAVLJE VI. TERCIJARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Član 52.

(Pružanje tercijarne zdravstvene zaštite)

(1) Tercijarna zdravstvena zaštita pruža se osiguranim licima Zavoda u zdravstvenim ustanovama tercijarnog nivoa na području Kantona, kao i u zdravstvenim ustanovama izvan područja Kantona sa kojima Zavod zaključi ugovor o pružanju ovih usluga.

(2) Pružanje usluga iz stava (1) ovog člana ne odnosi se na usluge koje se finansiraju na teret Federalnog fonda solidarnosti.

Član 53.

(Obim tercijarne zdravstvene zaštite)

U smislu odredbi ove odluke i Naredbe o standardima i normativima, tercijarna zdravstvena zaštita obuhvata: specijalističko-konsultativnu djelatnost, dijagnostičku djelatnost za vanbolničke pacijente, tumor markere u JU „Dom zdravlja” Visoko, djelatnost javnog zdravstva, javnozdravstvenu djelatnost medicine rada, bolničku zdravstvenu zaštitu tercijarnog nivoa, dijagnostičke i druge djelatnosti za hospitalizirane pacijente.

Član 54.

(Obračun za tercijarnu zdravstvenu zaštitu)

(1) Obračun sredstava, za djelatnost tercijarne zdravstvene zaštite, vršit će se na način da se kompletna tercijarna djelatnost obračunava Kantonalnoj bolnici Zenica, a nakon toga se 80% sredstava planiranih finansijskim planom Zavoda za liječenje izvan kantona, umanjnih za iznos sredstava koja se obračunavaju za osiguranike općine Olovo za usluge bolničke zdravstvene zaštite sekundarnog i tercijarnog nivoa i specijalističko-konsultativne djelatnosti, oduzimaju od sredstava Kantonalne bolnice Zenica.

(2) Obračun na stavci „Liječenje van kantona” vrši se po isteku poslovne godine.

(3) U slučaju kada su troškovi liječenja van kantona za proteklu godinu, manji od planiranih sredstava u finansijskom planu Zavoda, tada se 100 % razlike između planiranog i ostvarenog može odlukom Upravnog odbora Zavoda dodijeliti Kantonalnoj bolnici Zenica.

Član 55.

(Specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita tercijarnog nivoa)

U smislu odredbi ove odluke i Naredbe o standardima i normativima specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita tercijarnog nivoa obuhvata: nefrologiju, kardiologiju, gastroenterologiju, endokrinologiju, hematologiju, reumatologiju, profesionalnu patologiju i toksikologiju, pedijatriju, kabinet za dječiju neurologiju, kabinet za dječiju endokrinologiju, kabinet za dječiju nefrologiju, kabinet za dječiju kardiologiju, kabinet za dječiju pulmologiju, kabinet za dječiju alergologiju, imunologiju i reumatologiju, kabinet za dječiju gastroenterologiju, kabinet za dječiju hematologiju, kabinete za hemofiliju (svi uzrasti), pulmologiju, neurologiju, psihijatriju, infektologiju, dermatovenerologiju, onkologiju i radioterapiju, ortopediju i traumatologiju, rekonstruktivnu i plastičnu hirurgiju, angiologiju i vaskularnu hirurgiju, otorinolaringologiju, oftalmologiju, maksilofacijalnu hirurgiju, ginekologiju, transplantologiju, kardiohirurgiju, neurohirurgiju, dijagnostičke i druge djelatnosti.

Član 56.

(Obim bolničke zdravstvene zaštite tercijarnog nivoa)

U smislu odredbi ove odluke i Naredbe o standardima i normativima bolnička zdravstvena zaštita tercijarnog nivoa obuhvata: nefrologiju, kardiologiju, gastroenterohepatologiju, endokrinologiju, hematologiju, kliničku imunologiju i reumatologiju, profesionalnu patologiju i toksikologiju, pedijatriju, pulmologiju, neurologiju, psihijatriju, infektologiju, dermatovenerologiju, onkologiju i radioterapiju, fizijatriju, abdominalnu hirurgiju, urologiju, ortopediju i traumatologiju, torakalnu hirurgiju, neurohirurgiju, plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju, dječiju hirurgiju, angiologiju i vaskularnu hirurgiju, glanduralnu i onkološku hirurgiju, otorinolaringologiju, oftalmologiju, maksilofacijalnu hirurgiju, ginekologiju i akušerstvo, medicinski potpomognutu oplodnju, transplantologiju, kardiohirurgiju, hirurgiju dojke i dijagnostičke i druge djelatnosti.

Član 57.

(Djelatnosti tercijarnog nivoa za hospitalizirane pacijente)

U smislu odredbi ove odluke i Naredbe o standardima i normativima dijagnostička djelatnost i druge djelatnosti za hospitalizirane pacijente, na tercijarnom nivou obuhvataju: hematološki laboratorij, imunološki laboratorij, biohemijski laboratorij, mikrobiološki laboratorij, radiodijagnostiku, nuklearnu medicinu, transfuziologiju, patološku anatomiju i citologiju, kliničku farmakologiju, anesteziologiju i reanimaciju, bolničku apoteku, urgentnu medicinu, kliničku epidemiologiju, organizacija zdravstva, informatiku i statistika, bolničku higijenu i dijetetiku.

POGLAVLJE VII. OSNOVI ZA UGOVARANJE SA JU INSTITUT ZA ZDRAVLJE I SIGURNOST HRANE I JZU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

Član 58.

(Ugovori sa JU Institut za zdravlje i sigurnost hrane i JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona)

U cilju obezbjeđenja usluga osiguranim licima Kantona, iz djelatnosti rada Instituta za zdravlje i sigurnost hrane i JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, Zavod zaključuje ugovore sa navedenim ustanovama.

POGLAVLJE VIII. OSNOVE ZA UGOVARANJE SA JU ZAVOD ZA MEDICINU RADA I SPORTSKU MEDICINU ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

Član 59.

(Ugovori sa JU Zavod za medicinu rada i sportsku medicinu Zeničko-dobojskog kantona)

(1) U cilju obezbjeđenja usluga osiguranim licima Kantona iz djelatnosti rada JU Zavod za medicinu rada i sportsku medicinu Zeničko-dobojskog kantona (u daljem tekstu: Zavod za medicinu rada), Zavod zaključuje ugovore sa Zavodom za medicinu rada.

(2) Zavod može sa Zavodom za medicinu rada zaključiti i druge ugovore gdje postoji opravdan interes Zavoda.

Član 60.

(Specifična zdravstvena zaštita sportista)

(1) Specifičnu zdravstvenu zaštitu sportista na 100.000 osiguranih lica osigurava jedan radni tim u sljedećem sastavu:

- 1 doktor medicine specijalista medicine sporta ili specijalista medicine rada sa posebnom edukacijom iz sportske medicine,
- 0,5 diplomirana medicinska sestra-tehničar/viši zdravstveni tehničar,
- 1 zdravstveni tehničar SSS.

(2) Godišnja vrijednost naknade za program rada ovog tima iznosi 119.600 bodova.

(3) Godišnja vrijednost naknade iz stava (2) obezbjeđuje se iz sredstava Zavoda u iznosu od 70%, a iz budžeta Kantona u iznosu od 30%.

POGLAVLJE IX. POSEBNI PROGRAMI FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U USTANOVAMA ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

Član 61.

(Ugovaranje posebnih programa)

(1) U cilju unapređenja zdravstvene zaštite na području Zeničko-dobojskog kantona mogu se ugovarati posebni programi zdravstvene zaštite sa zdravstvenim ustanovama sa područja Kantona.

(2) Ove programe odobrava Upravni odbor na osnovu zahtjeva zdravstvenih ustanova.

(3) Ukupna sredstva za ugovaranje programa iz stava (1) ovog člana iznose do 3% Finansijskog plana Zavoda.

POGLAVLJE X. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA KOJA SE UGOVARA PO USLUGAMA

Član 62.

(Ugovaranje zdravstvenih usluga)

Zdravstvena zaštita koja se finansira po uslugama, definisana je Aneksom, koji je sastavni dio ove odluke.

DIO ČETVRTI - PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 63.

(Odredbe o stavljanju propisa van snage)

Danom početka primjene ove odluke prestaje da važi Odluka o osnovama, kriterijima i mjerilima za zaključivanje ugovora između Zavoda zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona i zdravstvenih ustanova („Službene novine Zeničko-dobojskog kantona”, broj: 6/15 i 5/16).

Član 64.

(Stupanje na snagu)

Ova odluka stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenim novinama Zeničko-dobojskog kantona”, a primjenjivat će se od 01.01.2020. godine.

Broj: 02-37-14972/19
Datum, 04.10.2019. godine
Z e n i c a

PREMIJER

Mirza Ganić

DOSTAVLJENO:
1x Ministarstvo zdravstva,
1x Zavod zdravstvenog osiguranja

Zeničko-dobojskog kantona, putem ministarstva,
1x „Službene novine Zeničko-dobojskog kantona“,
1x a/a.

(ANEKS)

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA KOJA SE FINANSIRA PO USLUGAMA

Ovim Aneksom utvrđuje se finansiranje zdravstvenih usluga koje se pružaju u JU Kantonalna bolnica Zenica, JZU Opća bolnica Tešanj, JU „Poliklinika sa dnevnom bolnicom” Doboje Jug, JU „Dom zdravlja” Kakanj, JU „Dom zdravlja” Zavidovići, JU „Dom zdravlja Žepče” i JU „Dom zdravlja” Olovo.

I - USLUGE KOJE SE FINANSIRAJU JU KANTONALNA BOLNICA ZENICA

1. Nabavka setova za ligamentoplastiku,
2. Nabavka PORT sistema za onkološke pacijente,
3. Operacija mrene ultrazvukom,
4. Razbijanje kamenca u bubrezima, mokraćnim putevima pomoću pulzatornih visokoenergetskih mehaničkih talasa,
5. Onkološke usluge: kemoterapija i BO dan na Odjelu onkologije,
6. Laboratorijska dijagnostika za hemodijalizne pacijente u JU Kantonalna bolnica Zenica,
7. CORE BIOPSY,
8. Magnetna rezonanca,
9. Plazmafereza,
10. Elisa,
11. Imunoalergologija,
12. Citoskrinersko čitanje PAPA brisa,
13. Citopatološko čitanje sumnjivih PAPA nalaza,
14. Porodi,
15. Kreveti na pulmologiji i BO dani,
16. Nabavka staplerskih instrumenata,
17. Druge usluge koje Upravni odbor Zavoda ocijeni opravdanim u svrhu podizanja kvaliteta zdravstvene zaštite na području Zeničko-dobojskog kantona.

II - USLUGE KOJE SE FINANSIRAJU JZU OPĆA BOLNICA TEŠANJ

1. Imunoalergologija,
2. Kreveti na pulmologiji i BO dani,
3. CT grudnog koša,
4. Bronhoskopija,
5. Kvantiferon testiranje,
6. Usluge patologije za operisana osigurana lica na Grudnoj hirurgiji u Kliničkom centru Univerziteta u Sarajevu,
7. Usluga biopsije patoloških promjena (vrata, dojke, abdominalnih organa) pod kontrolom UZV, CT ili RTG,
8. Laboratorijska dijagnostika za hemodijalizne pacijente,
9. Druge usluge koje Upravni odbor Zavoda ocijeni opravdanim u svrhu podizanja kvaliteta zdravstvene zaštite na području Zeničko-dobojskog kantona.

III - USLUGE KOJE SE FINANSIRAJU JU "POLIKLINIKA SA DNEVNOM BOLNICOM" DOBOJ JUG

1. Operacija sive mrežne ultrazvukom sa ugradnjom intraokularne leće,
2. Operacija glaukoma,
3. Rekonstrukcija zjenice sa ugradnjom IOL-a,
4. Sekundarna implementacija IOL-a,
5. Sulkusfiksacija,
6. Ekstrakcija katarakte sa prednjom vitrektomijom,
7. Odstranjivanje implantirane intraokularne leće,
8. Ekstrakcija luksirane i subluksirane leće,
9. Prednja vitrektomija sa korištenjem vitrektoma za prednju vitrektomiju „amo”,
10. Troškovi nabavke potrošnog materijala vitrektoma,
11. Operacija stražnjeg segmenta oka,
12. OCT dijagnostika,
13. Anti VEGF terapija,
14. Druge usluge koje Upravni odbor Zavoda ocijeni opravdanim u svrhu podizanja kvaliteta zdravstvene zaštite na području Zeničko-dobojskog kantona.

IV - USLUGE KOJE SE FINANSIRAJU JU „DOM ZDRAVLJA” KAKANJ

1. Porodi,
2. Druge usluge koje Upravni odbor Zavoda ocijeni opravdanim u svrhu podizanja kvaliteta zdravstvene zaštite na području Zeničko-dobojskog kantona.

V - USLUGE KOJE SE FINANSIRAJU JU „DOM ZDRAVLJA” ZAVIDOVIĆI

1. Porodi,
2. Druge usluge koje Upravni odbor Zavoda ocijeni opravdanim u svrhu podizanja kvaliteta zdravstvene zaštite na području Zeničko-dobojskog kantona.

VI - USLUGE KOJE SE FINANSIRAJU JU „DOM ZDRAVLJA” ŽEPČE

1. Broj kreveta u stacionaru i cijena BO dana,
2. Porodi,
3. Druge usluge koje Upravni odbor Zavoda ocijeni opravdanim u svrhu podizanja kvaliteta zdravstvene zaštite na području Zeničko-dobojskog kantona.

VII - USLUGE KOJE SE FINANSIRAJU JU „DOM ZDRAVLJA” OLOVO

1. Broj kreveta u stacionaru i cijena BO dana,
2. Druge usluge koje Upravni odbor Zavoda ocijeni opravdanim u svrhu podizanja kvaliteta zdravstvene zaštite na području Zeničko-dobojskog kantona.