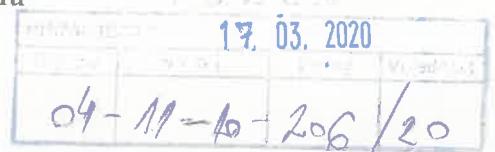


Na osnovu člana 5. i 29. Zakona o Vladi Tuzlanskog kantona ("Službene novine Tuzlanskog kantona", broj: 17/00, 1/05, 11/06, 13/11 i 15/17) i člana 38. stav (2) Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, broj: 30/97, 7/02, 70/08, 48/11, 36/18) na prijedlog Ministarstva zdravstva Tuzlanskog kantona, Vlada Tuzlanskog kantona na sjednici održanoj dana 12.03.2020. godine, donosi

O D L U K U

**o utvrđivanju osnova, kriterija i mjerila za zaključivanje ugovora o pružanju
zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica sa područja
Tuzlanskog kantona i način finansiranja zdravstvene zaštite iz obaveznog
zdravstvenog osiguranja za 2020. godinu**



Član 1.

- (1) Ovom Odlukom se uređuju osnovi za uspostavljanje i ostvarivanje ugovornih odnosa između Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona (u daljem tekstu: Zavod), zdravstvenih ustanova, privatnih zdravstvenih radnika i apoteka, kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora, elementi ugovora, način programiranja zdravstvene zaštite, način kontrole, vrste izvršene zdravstvene zaštite, načina finansiranja i drugo.
- (2) Osnovama, kriterijima i mjerilima utvrđenim u ovoj Odluci obezbjeđuje se blagovremeno zaključivanje ugovora i pružanje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja saglasno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Zakoni).

Član 2.

Ova Odluka temelji se na načelima zdravstvene zaštite i to:

- a) pristupačnosti zdravstvene zaštite koja je fizički, geografski i ekonomski dostupna, posebno zdravstvene zaštite na primarnom nivou;
- b) pravičnosti koje se ostvaruje zabranom diskriminacije prilikom pružanja zdravstvene zaštite na osnovu rase, spola, starosti, nacionalne pripadnosti, socijalnog porijekla i drugo;
- c) solidarnosti koje se ostvaruje organizacijom sistema zdravstvenog osiguranja u kojem su svi građani obuhvaćeni zdravstvenom zaštitom i u kome se bogati solidarišu sa siromašnim, mladi sa starim, zdravi sa bolesnim i pojedinci sa porodicama;
- d) svobuhvatnosti zdravstvene zaštite kroz uključivanje svih građana Federacije u sistem zdravstvene zaštite uz primjenu objedinjenih mjera i postupaka zdravstvene zaštite koje obuhvataju promociju zdravlja, prevenciju bolesti na svim nivoima, ranu dijagnozu, liječenje i rehabilitaciju;
- e) kontinuiranosti zdravstvene zaštite koja se ostvaruje ukupnom organizacijom sistema zdravstvene zaštite koja mora biti funkcionalno povezana i usklađena po nivoima, od primarnog do sekundarnog do tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu građanima Federacije u svakom životnom dobu;
- f) specijalizovanog pristupa koji se osigurava kroz organizovanje i razvijanje posebnih specijalizovanih kliničkih, javno-zdravstvenih dostignuća i znanja, te njihovom primjenom u praksi;
- g) stalnog unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite kroz postizanje najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoložive resurse u zdravstvu, odnosno postizanjem najvišeg nivoa zdravstvene zaštite, uz racionalno korištenje raspoloživih resursa;

- h) efikasnosti zdravstvene zaštite kroz ostvarivanje najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoložive resurse u zdravstvu, odnosno postizanjem najvišeg nivoa zdravstvene zaštite, uz racionalno korištenje raspoloživih resursa.

Član 3.

- (1) Na osnovu odredbi člana 32. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, i kao poseban oblik zdrastvene zaštite stanovništva se ostvaruje organizacijom javnog zdravstva.
- (2) Zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou zdravstvene djelatnosti osigurana lica Zavoda ostvaruju slobodnim izborom doktora medicine i doktora stomatologije kojeg, u pravilu, biraju prema mjestu prebivališta, odnosno boravka u skladu sa Pravilnikom o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite („Službene novine Tuzlanskog kantona“, broj: 4/16).
- (3) Ostale djelatnosti primarne zdravstvene zaštite se ostvaruju u javnim zdravstvenim ustanovama prema mjestu prebivališta, odnosno boravka.
- (4) Zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene djelatnosti osigurane osobe Zavoda ostvaruju na osnovu uputnice izabranog ugovornog doktora primarne zdravstvene zaštite iz stava (2) ovog člana.
- (5) Iznimno od stava (4) ovog člana, osigurano lice zdravstvenu zaštitu ostvaruje bez uputnice u slučaju pružanja hitne medicinske pomoći.

Član 4.

Uslov za zaključenje ugovora sa davaocima zdravstvene zaštite jeste da je davalac zdravstvene zaštite osposobljen za obavljanje zdravstvene djelatnosti, što se dokazuje rješenjem nadležnog ministarstva, odnosno nadležnog suda.

Član 5.

- (1) Zdravstvene ustanove koje zaključuju ugovor sa Zavodom dužne su da obezbijede tehničke i organizacione pretpostavke za elektronsku razmjenu podataka sa informacionim sistemom Zavoda, te da koriste funkcionalnosti poslovno-informacionog sistema Zavoda kao što su web servisi, web aplikacije i slično.
- (2) Zdravstvena ustanova je u obavezi da u periodu važenja ugovora prati promjene u informacionom sistemu Zavoda i tehničkim uputstvima i da ih u predvidenom roku prenese u svoj informacioni sistem.
- (3) Zdravstvena ustanova obavezna je da učestvuje u implementaciji integrisanog zdravstvenog informatičkog sistema.

Član 6.

- (1) Ministarstvo zdravstva Tuzlanskog kantona (u daljem tekstu: Ministarstvo) dužno je da svake godine kreira odnosno dopunjuje listu zdravstvenih ustanova/privatnih zdravstvenih radnika koji su registrovani za obavljanje određene djelatnosti, odnosno koji ispunjavaju uslove kadra, opreme i prostora sa područja Tuzlanskog kantona (u daljem tekstu: Lista ustanova).
- (2) Ministarstvo će se u cilju izrade kompletne liste zdravstvenih ustanova/privatnih zdravstvenih radnika obratiti Ministarstvu zdravstva FBiH za dostavu podataka o

zdravstvenim ustanovama kojima je navedeno ministarstvo svojim rješenjem odobrilo obavljanje djelatnosti.

- (3) Ministarstvo sačinjava Listu doktora medicine i stomatologije za svaku općinu, a saglasno odredbama važećeg Pravilnika o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite.
- (4) Ministarstvo je dužno Listu doktora medicine i stomatologije sačiniti do najkasnije septembra tekuće godine i istu dostaviti Zavodu na dalje postupanje.

Član 7.

Zdravstvena zaštita koja se pruža u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja u zdravstvenim ustanova odnosno kod privatnih zdravstvenih radnika sa kojim Zavod zaključi ugovor, utvrđena je važećim standardima i normativima koje donosi federalni ministar zdravstva i izuzetno stavovima Ministarstva zdravstva Tuzlanskog kantona.

Član 8.

Finansiranje zdravstvene zaštite koja proizilazi iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za područje Tuzlanskog kantona se vrši po sljedećim modelima plaćanja:

- a) Model 1 – budžetski sistem plaćanja (plaćanje po programu zdravstvene zaštite) po fiksno ugovorenim iznosima na godišnjem nivou. Finansiranje se vrši na mjesecnom nivou u visini do 1/12 ugovorenih sredstava za prethodni mjesec. Ukoliko se prihodi Zavoda ne budu ostvarivali u skladu sa njegovim finansijskim planom, mjesecna naknada će se umanjiti u skladu sa kretanjem prihoda, a ne može biti niža od 95% ukupne godišnje naknade. Izuzetno, ukoliko se ostali rashodi Zavoda ne ostvare u planiranim iznosima naknada zdravstvenim ustanovama može biti i veća od stepena ostvarenih prihoda a maksimalno do visine ukupno ugovorenih sredstava.
- b) Model 2 – podrazumijeva plaćanje po pojedinačno izvršenim uslugama u skladu sa okvirnim planom rada usluga po ugovoru. Zdravstvena ustanova će izvještaje o izvršenim uslugama po osiguranim licima dostavljati Zavodu do petog u mjesecu za prethodni mjesec u elektronskoj formi, u prilogu kojih će dostavljati uputnice na osnovu kojih je pružena usluga. Zavod će na osnovu izvještaja zdravstvene ustanove utvrđivati ukupan broj usluga i na mjesecnom nivou izraženih u bodovalima i na bazi planiranih mjesecnih sredstava za plaćanje po usluzi utvrđivati relativnu vrijednost boda. Relativna vrijednost boda utvrđuje se na nivou usluge/djelatnosti za koju se utvrdi ovaj način plaćanja. Ista se utvrđuje na način što se planiraju sredstva za plaćanje po usluzi za određenu podgrupu na mjesecnom 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 smije imati vrijednost veću od 1. Zavod zdravstvenoj ustanovi do 10. u mjesecu za prethodni mjesec dostavlja obavještenje o priznatom broju izvršenih usluga, vrijednosti boda i ukupno pripadajućim sredstvima za liječenje po ovom modelu plaćanja za taj mjesec. Zdravstvena ustanova na osnovu obavještenja Zavoda iz prethodnog stava ispostavlja Zavodu fakturu u visini pripadajućih sredstava po tom osnovu do 15. u mjesecu za prethodni mjesec.
- c) Model 3 – podrazumijeva plaćanje po pojedinačno izvršenim uslugama u skladu sa cijenom usluge koju utvrđuje Upravni odbor Zavoda ili nižim ukoliko su postignute u postupku ugovaranja.
- d) Model 4. je plaćanje po pojedinačnim izvršenim uslugama, odnosno po bolno-opskrbnom danu pruženih na osnovu ugovora koje Zavod zaključi sa zdravstvenim

ustanovama van Tuzlanskog kantona za zdravstvene usluge koje se ne obavljaju u zdravstvenim ustanovama Tuzlanskog kantona.

- e) Model 5. je plaćanje srazmjerno pruženim bolničkim uslugama po pojedinačnom slučaju iskazanim kroz klasifikaciju po DRG, u skladu sa ugovorom kada se steknu uslovi. Pod DRG slučajem se podrazumijeva liječenja od prijema do otpusta pacijenta iz bolnice (uključujući sve premještaje unutar bolnice između klinika/odjeljenja) i sve troškove nastale za vrijeme tog liječenja, izuzev citostatika (za onkološke i neonkološke indikacije) inzulina, lijekove za specifična oboljenja i biološke terapije, koje snosi Federalni fond solidarnosti, endoproteza, CT i MR dijagnostike i ostalih usluga, lijekova i materijala koji se posebno plaćaju te se navedeno neće šifrirati. Zdravstvena ustanova dostavljače podatke o šifriranim DRG slučajevima Zavodu u elektronskoj formi po uslovima određenim ugovorom.

Član 9.

- (1) Visina planiranih sredstava za ugovaranje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđuje se Finansijskim planom Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona.
- (2) Sredstva namijenjena za finansiranje zdravstvene zaštite po Programu zdravstvene zaštite utvrđuje se na osnovu vrijednosti boda na način da se raspoloživa sredstva stavljuju u odnos sa utvrđenim brojem bodova za obim i strukturu programirane zdravstvene zaštite. Utvrđena vrijednost boda jedinstvena je za sve vidove i nivoe programirane zdravstvene zaštite.
- (3) Ukoliko u toku godine dođe do promjene raspoloživih sredstava ugovorena naknada može se promijeniti u skladu sa promjenom vrijednosti boda.

Član 10.

Zavod zaključuje ugovore o pružanju zdravstvene zaštite sa davaocima zdravstvene zaštite na području Tuzlanskog kantona, van kantona, odnosno van Federacije BiH i to za:

- a) usluge primarnog nivoa zdravstvene zaštite;
- b) usluge specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite (sekundarnog i tercijarnog nivoa);
- c) usluge bolničke zdravstvene zaštite (sekundarnog i tercijarnog nivoa);
- d) javnozdravstvenu djelatnost;
- e) dijagnostičke procedure;
- f) izdavanje lijekova na recept (farmaceutske usluge).

Član 11.

- (1) Zavod će radi dostupnosti i kontinuiranosti u pružanju zdravstvene zaštite putem javnog poziva pozvati/ponuditi zaključivanje ugovora za djelatnosti iz člana 10. stav (1) tačka a), b) i c) davaocima zdravstvenih usluga sa kojima je kroz zaključivanje ugovora u prethodnom periodu obezbijedena odgovarajuća dostupnost zdravstvene zaštite.
- (2) U cilju zaštite javnog interesa i načela solidarnosti koji se prvenstveno sprovodi u javnim zdravstvenim ustanovama, Zavod će putem javnog poziva, a saglasno odredbama ove Odluke ponuditi zaključivanje ugovora javnim zdravstvenim ustanovama iz domena njihove djelatnosti.
- (3) Izuzetno za djelatnost porodične medicine kao dijela primarne zdravstvene zaštite, Zavod će ponuditi zaključivanje ugovora davaocima zdravstvene zaštite primarnog nivoa

zdravstvene zaštite odnosno zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima sa područja Tuzlanskog kantona, a na osnovu Liste doktora medicine i stomatologije iz člana 6. stav (3) ove Odluke.

- (4) Finansiranje zdravstvene zaštite po ugovorima zaključenim za djelatnosti iz člana 10. stav (1) tačka a), b) i c) vrši se po Modelu 1. Po stvaranju pretpostavki za uvođenje DRG sistema u bolničke zdravstvene ustanove finansiranje bolničke zdravstvene zaštite će se vršiti po Modelu 5.
- (5) Izuzetno Zavod će radi dostupnosti i kontinuiranosti u pružanju zdravstvene zaštite putem javnog poziva pozvati/ponuditi zaključivanje ugovora zdravstvene ustanove sa područja Kantona sa kojima je u prethodnoj godini imao zaključene ugovore o pružanju zdravstvene zaštite člana 10. stav (1) tačka c) (produžena medicinska rehabilitacija). Finansiranje zdravstvene zaštite po ovim ugovorima vršiti će se po Modelu 3.

Član 12.

Prilikom ugovaranja zdravstvene zaštite primarnog nivoa Zavod sa davaocem usluga na ugovara:

- a) rizik prekoračenja troškova kod propisivanja lijekova na recept i
- b) rizik propisivanja suprotno utvrđenim doktrinarnim pristupima, odnosno vodičima za propisivanje lijekova.

Član 13.

- (1) Javnozdravstvena djelatnost za područje Tuzlanskog kantona će se obezbijediti zaključivanjem ugovora sa Zavodom za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona
- (2) Finansiranje zdravstvene zaštite po ugovorima zaključenim za djelatnosti iz člana 10. stav (1) tačka d) vrši se po Modelu 1.

Član 14.

- (1) Zavod će putem javnog poziva pozvati/ponuditi zaključivanje ugovora za djelatnosti iz člana 10. stav (1) tačka e), davaocima zdravstvenih usluga koji imaju rješenje za obavljanje djelatnosti nadležnog ministarstva i registrovanu djelatnost kod nadležnog suda za obavljanje predmetnih usluga.
- (2) Finansiranje zdravstvene zaštite po ugovorima zaključenim za djelatnosti iz člana 10. stav (1) tačka e) vrši se po Modelu 3. Po stvaranju pretpostavki za uvođenje plaćanja na osnovu relativne vrijednosti boda plaćanje za djelatnosti iz člana 10. stav (1) tačka e) vršiti će se po Modelu 2.

Član 15.

- (1) Zavod će putem javnog poziva pozvati/ponuditi zaključivanje ugovora za djelatnosti iz člana 10. stav (1) tačka f), zdravstvenim ustanovama apotekarske djelatnosti i privatnim apotekama koji imaju rješenje za obavljanje djelatnosti nadležnog ministarstva odnosno nadležnog suda.
- (2) Finansiranje zdravstvene zaštite po ugovorima zaključenim za djelatnosti iz člana 10. stav (1) tačka f) vrši se po Modelu 3.

Član 16.

- (1) Zavod će po ukazanim potrebama izvršiti zaključivanje ugovora za pružanje za zdravstvene zaštite iz člana 10. tačke a), b), c) i e) sa zdravstvenim ustanovama van kantona, odnosno van Federacije BiH.
- (2) Izuzetno, za pružanje zdravstvene zaštite osiguranim licima Zavoda koja su smještena u ustanove socijalne zaštite van područja Tuzlanskog kantona, Zavod će zaključiti ugovore sa ustanovama socijalne zaštite u kojima su smješteni.
- (3) Finansiranje zdravstvene zaštite po ugovorima zaključenim sa zdravstvenim ustanovama van kantona, odnosno van Federacije BiH i sa ustanovama iz prethodnog stava vrši se po Modelu 4.

Član 17.

- (1) Ugovorna zdravstvena ustanova se obavezuje da će deficitarne zdravstvene usluge ugovoriti sa zdravstvenim ustanovama sa područja Tuzlanskog kantona koje su registrirane za obavljanje navedenih usluga, a na osnovu liste zdravstvenih ustanova Ministarstva i iste realizovati izdavanjem uputnice.
- (2) Pod deficitarnim zdravstvenim uslugama se podrazumijevaju usluge koje se ne mogu pružiti u adekvatnom roku (liste čekanja preko 90 dana) ili zbog privremenog/trajnog nedostatka kadra ili opreme ili iz bilo kojeg drugog razloga.
- (3) Liste čekanja se utvrđuju na način da se usluge iskazuju po nomenklaturi zdravstvenih usluga, u koju ne spadaju zdravstvene usluge koje nisu hitne, kao ni kontrolni pregledi. Lista čekanja na pružanje zdravstvene usluge ne može biti duža od 90 dana.
- (4) Za usluge koje zdravstvena ustanova nije u mogućnosti pružiti u kontinuitetu, dužna je zaključiti ugovor o pružanju tih usluga sa drugom zdravstvenom ustanovom ili privatnim zdravstvenim radnikom i primjerak tog ugovora dostaviti Zavodu prije zaključivanja ugovora sa Zavodom.

Član 18.

- (1) Ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni privatni zdravstveni radnik ne smije upućivati osigurano lice da lično o svom trošku nabavi lijekove, potrošne ili ugradbene materijale, te ortopedska i druga pomagala ukoliko su isti obezbjeđuju na teret obavezognog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Ugovorna zdravstvena ustanova odnosno ugovorni privatni zdravstveni radnik ne smiju upućivati osigurano lice Zavoda da terapijski i /ili dijagnostički postupak, koji su obavzeni u skladu sa ugovorom u pružanju zdravstvene zaštite iz obavezognog zdravstvenog osiguranja pružiti osiguranom licu, provede o vlastitom trošku, ukoliko su isti obezbjeđuju na teret obavezognog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Ako se osigurano lice upućuje na liječenje van Kantona za pružanje zdravstvene zaštite koja je ugovorena sa zdravstvenim ustanovom sa područja Kantona i nalazi se u nomenklaturi zdravstvenih usluga, troškovi takvih zdravstvenih usluga padaju na teret ugovorne zdravstvene ustanove koja je izvršila upućivanje.

Član 19.

Ugovorne javne zdravstvene ustanove dužne su pružati ugovorenim sadržaj zdravstvenih usluga i ino osiguranicima na osnovu obima prava iskazanog u bolesničkom listu u skladu sa međunarodnim sporazumom.

Član 20.

Direktor ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse, svako iz svoje nadležnosti, obavezni su u okviru ugovorenih sredstava osigurati osiguranim licima zdravstvenu zaštitu koju su sa Zavodom ugovorili, te odgovaraju za nenamjensko trošenje sredstava osiguranih za provođenje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 21.

- (1) Tokom ugovornog perioda Zavod je obavezan kontinuirano nadzirati izvršavanje ugovornih obaveza zdravstvenih ustanova, privatnih zdravstvenih radnika i privatih apoteka.
- (2) Nadzor se sprovodi u skladu sa odredbama Zakona i općih akata Zavoda:
 - a) pregledom i provjerom finansijske, medicinske i druge dokumentacije u zdravstvenoj ustanovi i kod privatnog zdravstvenog radnika;
 - b) pregledom i provjerom dostavljene dokumentacije.

Član 22.

Stupanjem na snagu ove Odluke prestaje se primjenjivati Odluka o utvrđivanju osnova, kriterija i mjerila za zaključivanje ugovora o prižanju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja („Službene novine Tuzlanskog kantona“, broj: 4/00).

Član 23.

Ova Odluka stupa na snagu danom donošenja i objavit će se u „Službenim novinama Tuzlanskog kantona“.

**BOSNA I HERCEGOVINA
Federacija Bosne i Hercegovine
TUZLANSKI KANTON
V L A D A**

Broj: 02/1-33-5692/20
Tuzla, 12.03.2020. godine



PREMIJER KANTONA
Tulumovic
Prof. dr. Denijal Tulumović