

Na osnovu člana 5. i 29. Zakona o Vladi Tuzlanskog kantona („Službene novine Tuzlanskog kantona“, br. 17/00, 1/05, 11/06, 13/11 i 15/17) i člana 38. stav (2) Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, br. 30/97, 7/02, 70/08, 48/11, 36/18 i 61/22), na prijedlog Ministarstva zdravstva Tuzlanskog kantona, Vlada Tuzlanskog kantona na sjednici održanoj dana 10.12.2024. godine, d o n o s i

ODLUKU

o utvrđivanju osnova, kriterija i mjerila za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za 2025. godinu

I - OSNOVNE ODREDBE

Član 1.

(Predmet Odluke)

Ovom Odlukom se utvrđuju osnovi, opšti i posebni kriteriji, mjerila za zaključivanje ugovora za pružanje zdravstvene zaštite, subjekti ugovaranja, program zdravstvene zaštite, finansiranja zdravstvene zaštite, postupak ugovaranja zdravstvene zaštite, ugovaranje zdravstvene zaštite, realizacija ugovora zdravstvene zaštite, monitoring, evaluacija, nadzor i kontrola ugovora o pružanju zdravstvene zaštite, a sve u skladu sa načelima zdravstvene zaštite.

Član 2.

(Načela Odluke)

- (1) Ovom Odlukom 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) i ista se temelji na načelima zdravstvene zaštite i to:
 - a) uzajamnosti i 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;
 - b) pravičnosti i jednakosti koje se ostvaruje zabranom diskriminacije prilikom pružanja zdravstvene zaštite na osnovu rase, spola, starosti, nacionalne pripadnosti, socijalnog porijekla i drugo;
 - c) kontinuiranosti zdravstvene zaštite koja se ostvaruje ukupnom organizacijom sistema zdravstvene zaštite koja mora biti funkcionalno povezana i usklađena po nivoima, od primarnog do sekundarnog odnosno tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu osiguranim licima Tuzlanskog kantona u svakom životnom dobu;
 - d) sveobuhvatnosti 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) pristupačnosti i dostupnosti zdravstvene zaštite koja se ostvaruje osiguranjem odgovarajuće zdravstvene zaštite osiguranim licima Tuzlanskog kantona, koja je fizički, geografski i ekonomski dostupna, posebno na primarnom nivou zdravstvene zaštite;
 - f) 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;
 - g) stalnog unapređenja 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) specijalizovanog pristupa koji se osigurava kroz organizovanje i razvijanje posebnih specijalizovanih kliničkih, javno-zdravstvenih dostignuća i znanja, te njihovom primjenom u praksi.
- (2) Pored navedenih načela zdravstvene zaštite ova Odluka se zasniva i na sljedećim principima i to:

PRIMLJENO	12.12.2024		
Objedini	Klasifikacioni broj	Redni broj	13
01-02	-1-1-100-1	/24	

- a) strogo namjensko korištenje sredstava;
- b) uravnoteženosti prihoda i rashoda Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona (u daljem tekstu: Zavod)
- c) javnosti rada i redovnog izvještavanja o stanju i poslovanju Zavoda i zdravstvenih ustanova odnosno privatnog zdravstvenog radnika.

II - OSNOVI, KRITERIJI I MJERILA ZA ZAKLJUČIVANJE UGOVORA

Član 3.

(Osnov za zaključenje ugovora)

Osnovi za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja sadržani su u:

- a) Zakonu o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, broj: 46/10 i 75/13);
- b) Zakonu o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, broj: 30/97, 7/02, 70/08, 48/11, 36/18 i 61/22);
- c) Zakonu o javnim nabavkama („Službeni glasnik BiH“, broj: 39/14, 59/22 i 50/24);
- d) Zakonu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i akreditaciji u zdravstvu („Službene novine Federacije BiH“, broj: 59/05, 52/11 i 6/17);
- e) Zakon o ustanovama socijalne zaštite FBiH;
- f) Odluci o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava („Službene novine Federacije BiH“, broj: 21/09);
- g) Naredbi o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Federaciji BiH („Službene novine Federacije BiH“, broj: 82/14, 107/14 i 58/18);
- h) Jedinственој методологји којом се ближе утврђују критерији и мјерила за закључивање уговора између надлежног завода здравственог осигурања и здравствене установе („Službene novine Federacije BiH“, broj: 34/13 i 90/13);
- i) Finansijskom planu Zavoda za 2025. godinu;
- j) Izvještajima o zdravstvenom stanju stanovništva;
- k) Planu i Programu mjera zdravstvene zaštite Tuzlanskog kantona;
- l) drugim zakonima i podzakonskim aktima iz ove oblasti.

Član 4.

(Kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora)

(1) Kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora su:

- a) podaci o populaciji po starosnoj i polnoj strukturi u Tuzlanskom kantonu;
- b) broj osiguranih lica po starosnoj i polnoj strukturi u Tuzlanskom kantonu;
- c) opšti podaci o području unutar Tuzlanskog kantona (površina, gustina naseljenosti, konfiguracija terena, saobraćajna povezanost i dr.);
- d) podaci o zdravstvenom stanju stanovništva u Tuzlanskom kantonu;
- e) standardi i normativi zdravstvene zaštite koji uključuju kadrovske normative, te standarde prostora i opreme po vidovima i nivoima zdravstvene zaštite;
- f) standardi kvaliteta usluga;
- g) program zdravstvene zaštite;
- h) cijene zdravstvenih usluga;
- i) naknade za finansiranje godišnjeg programa zdravstvene zaštite;
- j) učešće osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite;
- k) drugi specifični kriteriji i mjerila.

(2) Za svaki nivo zdravstvene djelatnosti koja će se ugovarati po osnovu odredaba ove Odluke, utvrđuju se kriteriji i mjerila saglasno stavu (1) ovog člana, vodeći računa o specifičnosti zdravstvene djelatnosti koja je predmet ugovaranja, odnosno prema specifičnostima koja karakteriše Tuzlanski kanton, uvažavajući stavove resornog ministarstva zdravstva.

III - SUBJEKTI UGOVARANJA

Član 5.

(Subjekti ugovaranja)

- (1) Subjekti ugovaranja su:
 - a) Zavod,
 - b) Zdravstvene ustanove odnosno privatni zdravstveni radnici koji obavljaju djelatnost samostalno ili putem grupne privatne prakse (u daljem tekstu privatni zdravstveni radnici),
 - c) Zdravstvene ustanove apotekarske djelatnosti i privatne apoteke,
 - d) Ustanova koja obezbjeđuje zdravstvenu zaštitu osiguranim licima smještenim van kantona po osnovu rješenja nadležnog centra za socijalni rad sa područja Tuzlanskog kantona.
- (2) Subjekti ugovaranja iz stava (1) tačke b) su:
 - a) Zdravstvene ustanove primarne zdravstvene zaštite bez obzira na oblik vlasništva;
 - b) Zdravstvene ustanove specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite bez obzira na oblik vlasništva;
 - c) Zdravstvene ustanove bolničke zdravstvene zaštite bez obzira na oblik vlasništva;
 - d) Privatni zdravstveni radnici;
 - e) Zavod za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona.
- (3) Pod ustanovama iz stava (1) tačka d) ovog člana podrazumijevaju se ustanove van Tuzlanskog kantona koje obezbjeđuju zdravstvenu zaštitu djeci bez roditelja, djeci za koje roditelji ne brinu, socijalnoj zapuštenoj djeci, tjelesno i duševno oštećenoj djeci, odraslim licima, nemoćnim i starim lica, koja su smještena van kantona po osnovu rješenja nadležnog centra za socijalni rad sa područja Tuzlanskog kantona.
- (4) Zaključivanjem ugovora subjekti iz stava (1) tačka b), c) i d) ovog člana stiču naziv ugovorne (zdravstvene ustanove, privatni zdravstveni radnik, apoteka).

Član 6.

(Opšti i posebni uslovi za zaključivanje ugovora)

- (1) Subjekti ugovaranja iz člana 5. stav (1) tačka b) i c) ove Odluke mogu zaključiti ugovor o pružanju usluga zdravstvene zaštite sa Zavodom ukoliko su ispunili opšte uslove i to:
 - a) da su od nadležnog ministarstva zdravstva dobili 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 kod nadležnog organa registrovane za obavljanje djelatnosti zdravstvene zaštite iz predmeta ugovaranja.
- (2) Pod posebnim uslovima za zaključivanje ugovora o pružanju usluga zdravstvene zaštite podrazumijevaju se sljedeći uslovi:
 - a) da je pokrenut/završen postupak akreditacije/certifikacije u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu;
 - b) da su ispunjene obaveze u vezi sa plaćanjem direktnih i indirektnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti;
 - c) da se ljekari koji apliciraju za nosioca tima porodične medicine nalaze na Listi doktora medicine i stomatologije;
 - d) da posjeduje kadar u skladu sa važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za djelatnosti za koje se vrši prijava odnosno dostavlja ponuda;
 - e) drugi uslovi u skladu sa specifičnim potrebama za pojedine nivoe zdravstvene zaštite.
- (3) Izuzetno od stava (1) tačka a) i stava (2) tačka a) ovog člana, za javne zdravstvene ustanove primarnog nivoa (vanbolničkog nivoa), priznavat će se dokument izdat od Ministarstva zdravstva Tuzlanskog kantona (u daljem tekstu: Ministarstvo) kojim se potvrđuje da je navedena javna zdravstvena ustanova u postupku donošenja rješenja sa navođenjem

djelatnosti i izjava o namjeri pokretanja postupka akreditacije/certifikacije tokom ugovornog perioda.

Član 7.

(Obaveze i dužnosti Ministarstva)

- (1) Ministarstvo je dužno 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 ustanova obratiti Ministarstvu zdravstva Federacije BiH za dostavu podataka o zdravstvenim ustanovama kojima je navedeno ministarstvo svojim rješenjem odobrilo ili verifikovalo obavljanje djelatnosti iz svoje nadležnosti sa područja Tuzlanskog kantona.
- (3) Ministarstvo sačinjava Listu doktora medicine i stomatologije (u daljem tekstu: Lista doktora) za svaku općinu/grad, a saglasno odredbama važećeg Pravilnika o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite.

IV - PREDMET UGOVARANJA

Član 8.

(Predmet ugovaranja)

- (1) Predmet ugovaranja su usluge zdravstvene zaštite u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja koje se utvrđuju Planom i programom mjera zdravstvene zaštite i Programom zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za područje Tuzlanskog kantona (u daljem tekstu: Program).
- (2) Zdravstvena djelatnost utvrđena Programom obavlja se na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite a kao poseban oblik zdravstvene zaštite stanovništva se ostvaruje i organizacijom javnog zdravstva.
- (3) Pored zdravstvene zaštite iz stava (2) ovog člana, predmet ugovaranja obuhvata i farmaceutske usluge, dijagnostičke procedure, skrininge koji se utvrđuju posebnim programom Zavoda za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona, zdravstvenu zaštitu zuba u opštoj anesteziji za osobe sa posebnim potrebama, pružanje zdravstvene zaštite za osigurana lica smještena van kantona, deficitarne usluge.

Član 9.

(Program)

- (1) Program se utvrđuje za svaku djelatnost zdravstvene zaštite po nivou zdravstvene zaštite.
- (2) Program izrađuje Zavod za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona na osnovu važećih standarda i normativa zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koje donosi federalni ministar zdravstva, dopunjeno stavovima Ministarstva uz uvažavanje specifičnosti koje karakterišu određena zdravstvena stanja i područja.

V - FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 10.

(Sredstava za finansiranje zdravstvene zaštite)

- (1) Visina planiranih sredstava za ugovaranje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđuje se Finansijskim planom Zavoda.
- (2) Sredstva namijenjena za finansiranje zdravstvene zaštite po Programu utvrđuju se na osnovu vrijednosti boda na način da se raspoloživa sredstva stavljaju u odnos sa utvrđenim brojem bodova za zdravstvene djelatnosti utvrđene Programom.
- (3) Utvrđena vrijednost boda jedinstvena je za sve vidove i nivoe programirane zdravstvene zaštite.
- (4) Sredstva namijenjena za finansiranje ostalih programa zdravstvene zaštite utvrđuju se u Finansijskom planu na osnovu planiranog obima usluga i jedinične cijene usluge.

Član 11.

(Promjena raspoloživih/potrebnih sredstava u toku godine)

- (1) Ukoliko u toku godine dođe do potrebe za dodatnim finansiranjem zdravstvene zaštite iz Programa, a Zavod raspolaže dodatnim sredstvima, ugovorena naknada može se promijeniti u skladu sa promjenom vrijednosti boda.
- (2) Ukoliko u toku godine dođe do promjene u planiranom obimu usluga ostalih programa zdravstvene zaštite koji prilikom ugovaranja nisu ograničeni količinom usluga, Zavod može prilagoditi realizaciju po zaključenim ugovorima u skladu sa raspoloživim finansijskim sredstvima.

Član 12.

(Modeli finansiranja)

- (1) 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 mjesečnom nivou u visini do 1/12 ugovorenih sredstava za prethodni mjesec.
 - b) Model 2 – plaćanje po kapitaciji zasnovano na mjesečnim obračunima naknade, a na osnovu broja registrovanih osiguranih lica u timovima porodične medicine na posljednji dan u mjesecu. Obračun naknade se vrši metodom kapitacije (per capita) po osiguranom licu u skladu sa Jedinstvenom metodologijom kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove. Finansiranje se vrši na mjesečnom nivou u skladu sa ugovorenim sredstvima i kretanjima prihoda Zavoda.
 - c) Model 3 – podrazumijeva plaćanje po pojedinačno izvršenim uslugama u skladu sa utvrđenim jediničnim cijenama usluga ili nižim ukoliko su postignute u postupku ugovaranja.
 - d) Model 4 – podrazumijeva plaćanje po pojedinačno izvršenim uslugama u skladu sa utvrđenim jediničnim cijenama usluga ili nižim ukoliko su postignute u postupku ugovaranja, pri čemu se vrijednost usluge izražava u bodovima koji se primjenjuju prilikom programiranja zdravstvene zaštite u skladu sa važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Vrijednost usluge u KM ovisi o vrijednosti boda.

VI - POSTUPAK UGOVARANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 13.

(Postupak ugovaranja zdravstvene zaštite)

- (1) Zdravstvena zaštita za osigurana lica Tuzlanskog kantona ugovara se kroz postupak dodjele ugovora u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o zdravstvenom osiguranju, te propisima donesenim na osnovu ovih zakona, Jedinstvenom metodologijom, propisu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, kao i propisima o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine.
- (2) Ugovori se zaključuju saglasno odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 14.

(Kontinuitet pružanja zdravstvene zaštite)

- (1) Obaveza Zavoda je da obezbijedi poštivanje odredbi Ustava Federacije Bosne i Hercegovine i Zakona u smislu osiguranja stalno dostupne i kontinuirane zdravstvene zaštite za osigurana lica Tuzlanskog kantona.
- (2) U skladu sa stavom (1) ovog člana, a poštivajući načela zdravstvene zaštite, te osiguranja kontinuiteta zdravstvene zaštite osiguranih lica Tuzlanskog kantona, u slučaju nemogućnosti blagovremenog zaključenja ugovora o pružanju zdravstvene zaštite za 2025. godinu, zbog izmjene zakonskih i podzakonskih akata, uloženi žalbi u postupku ili eventualnog poništenja

postupka, zaključit će se ugovori za pružanje zdravstvene zaštite sa zdravstvenim ustanovama, odnosno privatnim radnicima sa kojima je u 2024. godini bilo ugovoreno pružanje takve zdravstvene zaštite.

- (3) Ugovori iz stava (2) ovog člana zaključit će se za period do zaključenja novih ugovora po sprovedenim i okončanim postupcima javne nabavke, uvažavajući finansijska sredstva utvrđena za 2025. godinu.

Član 15.

(Način dodjele ugovora za specifične djelatnosti)

- (1) Dodjela ugovora za specifične djelatnosti vršit će se, na osnovu zakonskih i podzakonskih akata koji propisuju dodjelu ugovora, direktnom dodjelom ugovora isključivo određenim javnim zdravstvenim ustanovama.
- (2) Dodjela ugovora za specifične djelatnosti iz stava (1) ovog člana odnosi se na:
- a) javnozdravstvene djelatnosti koje su od interesa za Federaciju BiH,
 - b) pojedine djelatnosti utvrđene podzakonskim aktima koje se isključivo obavljaju u određenim javnim zdravstvenim ustanovama,
 - c) mikrobiologiju sekundarnog nivoa za vanbolničke pacijente,
 - d) dodatne kriterije i posebne programe utvrđene stavovima nadležnih organa,
 - e) pružanje zdravstvene zaštite osiguranim licima Zavoda koja su smještena van kantona, a u skladu sa rješenjima centara za socijalni rad,
- (3) Dodjela ugovora u smislu stava (2) tačka a) ovog člana podrazumijeva javnozdravstvene djelatnosti i to: oblasti socijalne medicine, epidemiologije i higijene, hitne medicinske pomoći, testiranje, prerada i distribucija krvi i krvnih sastojaka, patologija izuzev patohistološke djelatnosti, sudska medicina i mrtvozonička djelatnost.
- (4) Dodjela ugovora u smislu stava (2) tačka b) ovog člana podrazumijeva djelatnosti: centar za rani rast i razvoj, centar za psihofizičke i govorne poteškoće djece i adolescenata u dobi 6-18 godina, savjetovanište za dječiju i adolescentnu ginekologiju, preventivno-promotivna zdravstvena zaštita djece i mladih u školama i fakultetima, preventivni pregledi školske djece i javnozdravstvena djelatnost medicine rada sekundarnog nivoa.
- (5) Dodjela ugovora iz stava (2) tačka c) ovog člana podrazumijeva dodjelu ugovora bolničkim i vanbolničkim javnim zdravstvenim ustanovama pod uslovom da su obezbijeđeni kadar, prostor i oprema za obavljanje ove djelatnosti, a iz razloga dostupnosti zdravstvene zaštite osiguranim licima Zavoda.

VII - UGOVARANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 16.

(Nivoi zdravstvene zaštite)

Na osnovu odredbi člana 32. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, a kao poseban oblik zdravstvene zaštite stanovništva se ostvaruje i organizacijom javnog zdravstva.

VII A - PRIMARNI NIVO ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 17.

(Zdravstvena zaštita na primarnom nivou)

- (1) Zdravstvena zaštita na primarnom nivou se realizuje kroz djelatnost porodične medicine i ostale djelatnosti primarnog nivoa zdravstvene zaštite.
- (2) Zdravstvenu zaštitu za djelatnost porodične medicine osigurana lica Zavoda ostvaruju slobodnim izborom doktora medicine kojeg, u pravilu, biraju prema mjestu prebivališta, odnosno boravka u skladu sa važećim propisom koji reguliše navedenu oblast.
- (3) Zdravstvena zaštita za ostale djelatnosti primarne zdravstvene zaštite utvrđene Programom prioritarno se ostvaruje u zdravstvenim ustanovama prema mjestu prebivališta odnosno boravka osiguranog lica.

Član 18.

(Porodična medicina)

Zdravstvena zaštita za djelatnost porodične medicine se ugovara sa domovima zdravlja i privatnim zdravstvenim radnicima sa područja Tuzlanskog kantona, za ljekare koji se nalaze na Listi doktora.

Član 19.

(Javni poziv za porodičnu medicinu)

- (1) U skladu sa članom 13. ove Odluke, Zavod će putem javnog poziva pozvati sve domove zdravlja odnosno privatne zdravstvene radnike sa područja Tuzlanskog kantona, da dostave svoje ponude za ugovaranje porodične medicine za područje općine/grada u kojoj se nalazi sjedište ponuđača.
- (2) Javni poziv će biti otvoren do 30.09.2025. godine.

Član 20.

(Uslovi za učestvovanje za porodičnu medicinu)

Pravo učešća po javnom pozivu imaju domovi zdravlja i privatni zdravstveni radnici koji pored opštih uslova ispunjavaju sljedeće posebne uslove:

- a) da je mjesto pružanja usluga, odnosno sjedište ponuđača, na području općine/grada Tuzlanskog kantona u skladu sa lotom za koji se dostavlja ponuda;
- b) da je pokrenut/završen postupak akreditacije/certifikacije u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu;
- c) da su ispunjene obaveze u vezi sa plaćanjem direktnih i indirektnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti;
- d) da se ljekari koji apliciraju za nosioca tima nalaze na Listi doktora;
- e) da ima sastav tima u skladu sa važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 21.

(Kriterij za dodjelu ugovora za porodičnu medicinu)

Ugovori će se dodijeliti svim domovima zdravlja i privatnim zdravstvenim radnicima koji ispune opšte i posebne uslove i prihvate utvrđenu vrijednost kapitacije.

Član 22.

(Model finansiranja za porodičnu medicinu)

- (1) Finansiranje porodične medicine vršit će se po Modelu 2 iz člana 12. stav (1) tačka b) ove Odluke.
- (2) Finansiranje novoformiranih timova porodične medicine koji izvrše ugovaranje pružanja usluga u toku kalendarske godine će se vršiti na osnovu registrovanog broja osiguranih lica počevši od prvog dana narednog mjeseca od momenta potpisivanja ugovora.
- (3) Popunjenost tima porodične medicine se dokazuje dostavljanjem izjava o izboru doktora u skladu sa važećim propisom koji reguliše navedenu oblast.
- (4) Ukupan finansijski okvir za finansiranje porodične medicine predstavlja iznos utvrđen planskim dokumentima Zavoda koji je utvrđen na osnovu ukupnog broja osiguranih/registrovanih lica u prethodnoj godini.
- (5) U slučaju povećanja broja lica koji se koriste za mjesečni obračun, iznad broja koji je bio osnov za plansku poziciju, obračun će se vršiti na broj lica koji je bio osnov za plansku poziciju.
- (6) Izuzetno, a u skladu sa stavom Ministarstva, obračun sredstava za neregistrovana osigurana lica će se vršiti po sistemu plaćanja za porodičnu medicinu i dodavati će se obračunatim sredstvima za JZU domove zdravlja sa područja TK koji su u obavezi da pružaju usluge primarne zdravstvene zaštite svim osiguranim licima.

Član 23.

(Ostale djelatnosti primarnog nivoa zdravstvene zaštite)

- (1) Ostale djelatnosti primarnog nivoa zdravstvene zaštite obuhvataju:
 - a) zdravstvenu njegu u zajednici i vanbolničku palijativnu njegu;
 - b) zdravstvenu zaštitu djece u dobi 0-6 godina;
 - c) centar za imunizaciju;
 - d) zdravstvenu zaštitu žena;
 - e) zdravstvenu zaštitu kod specifičnih i nespecifičnih plućnih bolesti;
 - f) zdravstvenu zaštitu zuba i usta;
 - g) laboratorijsku dijagnostiku;
 - h) radiološku dijagnostičku djelatnost;
 - i) ultrazvučnu dijagnostiku;
 - j) centar za mentalno zdravlje u zajednici;
 - k) fizikalnu rehabilitaciju;
 - l) apotekarsku djelatnost za vlastite potrebe;
 - m) hitnu medicinska pomoć;
 - n) higijensko epidemiološku zaštitu;
 - o) centar za psihofizičke i mentalne poteškoće djece 6-18 godina;
 - p) centar za rani rast i razvoj.
- (2) Za djelatnosti iz stava (1) ovog člana, tačke a) do l) će se provesti postupak ugovaranja u skladu članom 13. ove Odluke.
- (3) Djelatnosti iz stava (1) ovog člana, tačke m) i n) će se u skladu sa članom 15. ove Odluke dodijeliti domicilnom domu zdravlja.
- (4) Djelatnosti iz stava (1) ovog člana, tačke o) i p) na osnovu člana 15. ove Odluke dodijeliti će se u skladu sa Programom.

Član 24.

(Javni poziv za ostale djelatnosti primarnog nivoa zdravstvene zaštite)

- (1) U skladu sa članom 13. ove Odluke, Zavod će putem javnog poziva pozvati zdravstvene ustanove sa područja Tuzlanskog kantona, da dostave svoje ponude za ugovaranje djelatnosti iz člana 23. stav (1) tačke a) do l) ove Odluke.
- (2) Javnim pozivom će se omogućiti učešće i izbor ponuđača po pojedinim općinama/gradovima Tuzlanskog kantona.
- (3) Javnim pozivom će se omogućiti aplikacija zdravstvenih ustanova za pojedine djelatnosti u skladu sa raspoloživim kapacitetima zdravstvene ustanove.

Član 25.

(Uslovi za učestvovanje za ostale djelatnosti primarnog nivoa zdravstvene zaštite)

Pravo učešća po javnom pozivu imaju zdravstvene ustanove koje pored opštih uslova ispunjavaju sljedeće posebne uslove:

- a) da je sjedište zdravstvene ustanove, na području Tuzlanskog kantona;
- b) da je pokrenut/završen postupak akreditacije/certifikacije u skladu sa zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu;
- c) da su ispunjene obaveze u vezi sa plaćanjem direktnih i indirektnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti.

Član 26.

(Kriterij za izbor i dodjelu ugovora za ostale djelatnosti primarnog nivoa zdravstvene zaštite)

- (1) Kriterij za odabir ponuđača je ekonomski najpovoljnija ponuda sa sljedećim podkriterijima:
 - a) kvalitet pružanja usluga zdravstvene zaštite – 90%;
 - b) operativni troškovi u smislu pristupačnosti i dostupnosti zdravstvene zaštite osiguranim licima – 10%.

- (2) Podkriterij kvalitet pružanja usluga zdravstvene zaštite će se, u skladu sa načelima pristupačnosti, dostupnosti i efikasnosti zdravstvene zaštite, bodovati prema obimu obuhvaćenosti zdravstvenih djelatnosti koje su predmet nabavke prema sljedećoj formuli:

K = $K_p/K_u \times 90$, pri čemu je:

K – ukupan broj bodova koje će dobiti ponuđač na osnovu ponude;

K_p – nivo obuhvaćenosti Programa ostalih djelatnosti primarnog nivoa zdravstvene zaštite iskazan u broju ponuđenih zdravstvenih djelatnosti, a na osnovu angažovanog kadra u skladu sa važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

K_u – ukupan broj zdravstvenih djelatnosti koje su predmet poziva;

90 – maksimalan broj bodova.

- (3) Podkriterij operativnih troškova u smislu pristupačnosti i dostupnosti zdravstvene zaštite osiguranim licima će se bodovati na sljedeći način:

O = 10 bodova se dodjeljuje ponuđačima čije je sjedište na području opštine/grada za koju je data ponuda;

O = 0 bodova se dodjeljuje ponuđačima čije je sjedište van područja opštine/grada za koju je data ponuda.

- (4) Ukupan broj bodova će se računati sljedećom formulom: **T = K + O**.
- (5) Dodjela ugovora izvršit će se nakon izvršenog bodovanja i pregovora, a u svrhu dodjele svih djelatnosti koje su predmet javnog poziva.
- (6) Ukoliko je jedan ponuđač najuspješniji za djelatnosti iz dvije ili više općina/gradova dodijeliće se jedan ugovor za sve djelatnosti.

Član 27.

(Uzimanje laboratorijskih uzoraka)

- (1) Sa izabranim ponuđačem sa kojim se ugovara djelatnost laboratorijske dijagnostike primarnog nivoa bit će ugovoreno uzimanje uzoraka, pakovanje i dostavljanje istih u laboratorij zdravstvene ustanove sa kojom je ugovorena djelatnost laboratorijske dijagnostike sekundarnog i tercijarnog nivoa kao i preuzimanje gotovih nalaza.
- (2) Izabrani ponuđač sa kojim je ugovoreno pružanje laboratorijske dijagnostike sekundarnog i tercijarnog nivoa, obavezan je da, za pružanje usluga iz stava (1) ovog člana, osigura potrebne količine odgovarajućeg potrošnog materijala za uzimanje uzoraka za laboratorijsku dijagnostiku.

Član 28.

(Rizici)

- (1) Prilikom ugovaranja zdravstvene zaštite primarnog nivoa sa izabranim ponuđačima ugovaraju rizici i to:
- a) rizik prekoračenja troškova kod propisivanja lijekova na recept,
 - b) rizik propisivanja lijekova suprotno utvrđenim doktrinarnim pristupima, odnosno vodičima za propisivanje lijekova,
 - c) rizik utvrđivanja privremene spriječenosti za rad osiguranih lica suprotno propisima koji regulišu predmetnu oblast i
 - d) rizik upućivanja na CT, MRI i druge dijagnostičke usluge suprotno utvrđenim procedurama i doktrinarnim pristupima.
- (2) Prilikom obračuna ugovorenih rizika Zavod će vršiti korekciju isplate ugovorene naknade, u skladu sa aktima Zavoda.

Član 29.

(Sredstva programirana za dodatne kriterije i pripadajuće dijelove programa zdravstvene zaštite)

- (1) Prilikom ugovaranja zdravstvene zaštite primarnog nivoa Zavod će izabranim ponuđačima zdravstvene zaštite dodijeliti pripadajući dio sredstava po osnovu programiranih dodatnih kriterija i/ili pripadajućih dijelova programa zdravstvene zaštite, u skladu sa članom 15. ove Odluke.
- (2) Zavod će u skladu sa Finansijskim planom Zavoda za 2024. godinu sufinansirati nabavku ampuliranih lijekova za pojedine zdravstvene ustanove.

Član 30.

(Model finansiranja za ostale djelatnosti primarnog nivoa zdravstvene zaštite)

- (1) Finansiranje ostalih djelatnosti primarnog nivoa zdravstvene zaštite vršit će se po Modelu 1 iz člana 12. stav (1) tačka a) ove Odluke.
- (2) Finansiranje iz stava (1) ovog člana obuhvata sredstva koja su predmet javnog poziva, sredstva programirana za dodatne kriterije i pripadajuće dijelove programa zdravstvene zaštite i korekcije po osnovu ugovorenih rizika.

VII B - SPECIJALISTIČKO-KONSULTATIVNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA VANBOLNIČKOG NIVOVA

Član 31.

(Vanbolnička specijalističko konsultativna zdravstvena zaštita)

- (1) Vanbolnička specijalističko konsultativna zdravstvena zaštita obuhvata:
 - a) opštu internističku zdravstvenu zaštitu,
 - b) pedijatriju,
 - c) medicinu rada,
 - d) opštu hirurgiju,
 - e) ginekologiju i akušerstvo,
 - f) savjetovalište za dječiju i adolescentnu ginekologiju,
 - g) savjetovalište za rani fertilitet,
 - h) neurologiju,
 - i) otorinolaringologiju,
 - j) oftalmologiju,
 - k) ortopediju,
 - l) dermatologiju,
 - m) bolesti usta – oralna medicina i parodontologija,
 - n) bolesti zuba – dentalna medicina i endodoncija,
 - o) ortodontiju,
 - p) pedodontiju,
 - q) oralnu hirurgiju,
 - r) stomatološku protetiku.
- (2) S ciljem osiguranja potrebne dostupnosti zdravstvene zaštite na cijelom području Tuzlanskog kantona djelatnosti iz stava (1) ovog člana mogu se istovremeno ugovoriti sa više zdravstvenih ustanova u skladu sa instrukcijom Ministarstva.
- (3) Za djelatnosti iz stava (1) ovog člana, izuzev za tačku f), će se provesti postupak ugovaranja u skladu sa članom 13. ove Odluke.
- (4) Djelatnost iz stava (1) tačka f) će se u skladu sa članom 15. ove Odluke dodijeliti najvećem domu zdravlja na području Kantona.
- (5) Djelatnost iz stava (1) tačka k) će se u skladu važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dodijeliti zdravstvenim ustanovama nivoa bolničke zdravstvene zaštite.

Član 32.

(Javni poziv za vanbolničku specijalističko konsultativnu zdravstvenu zaštitu)

- (1) U skladu sa članom 13. ove Odluke, Zavod će putem javnog poziva pozvati zdravstvene ustanove sa područja Tuzlanskog kantona, da dostave svoje ponude za ugovaranje djelatnosti iz člana 31. stav (1) ove Odluke, izuzev za tačku f) istog stava.
- (2) Javnim pozivom će se omogućiti učešće i izbor ponuđačima po pojedinim općinama/gradovima Tuzlanskog kantona.
- (3) Javnim pozivom će se omogućiti aplikacija zdravstvenih ustanova za pojedince djelatnosti u skladu sa raspoloživim kapacitetima zdravstvene ustanove.

Član 33.

(Uslovi za učestvovanje za vanbolničku specijalističko konsultativnu zdravstvenu zaštitu)

- (1) Pravo učešća po javnom pozivu imaju zdravstvene ustanove koje pored opštih uslova ispunjavaju sljedeće posebne uslove:
 - a) da je sjedište zdravstvene ustanove na području Tuzlanskog kantona;
 - b) da je pokrenut/završen postupak akreditacije/certifikacije u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu;
 - c) da su ispunjene obaveze u vezi sa plaćanjem direktnih i indirektnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti.

Član 34.

(Kriterij za izbor i dodjela ugovora za vanbolničku specijalističko konsultativnu zdravstvenu zaštitu)

- (1) Kriterij je ekonomski najpovoljnija ponuda sa sljedećim podkriterijima:
 - a) kvalitet pružanja usluga zdravstvene zaštite – 80%
 - b) operativni troškovi u smislu pristupačnosti ostalih nivoa zdravstvene zaštite – 20%
- (2) Podkriterij kvalitet pružanja usluga zdravstvene zaštite će se, u skladu sa načelima pristupačnosti i dostupnosti i efikasnosti zdravstvene zaštite, bodovati prema obimu obuhvaćenosti zdravstvenih djelatnosti koje su predmet nabavke prema sljedećoj formuli:

$K = Kp/Ku \times 80$, pri čemu je:

K – ukupan broj bodova koje će dobiti ponuđač na osnovu ponude;

Kp – nivo obuhvaćenosti Programa iz specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite vanbolničkog nivoa iskazan u broju ponuđenih zdravstvenih djelatnosti, a na osnovu angažovanog kadra u skladu sa važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

Ku – ukupan broj zdravstvenih djelatnosti koje su predmet ocjene;

80 – maksimalan broj bodova.

- (3) Podkriterij pristupačnost ostalih nivoa zdravstvene zaštite će se, u skladu sa načelom kontinuiranosti zdravstvene zaštite i prirode specijalističko konsultativne zdravstvene zaštite kojom se osigurava pružanje zdravstvenih usluga kao podrška primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, bodovati prema raspoloživosti usluga iz primarne i bolničke zdravstvene zaštite na sljedeći način:

P = 20 bodova se dodjeljuje ponuđačima koji raspolažu kapacitetima za pružanje usluga primarne zdravstvene zaštite, odnosno obezbjeđuju dostupnost konsultativno specijalističke djelatnosti u okviru iste ustanove u kojoj se vrši obrada i upućivanje pacijenata sa primarnog nivoa zdravstvene zaštite,

P = 10 bodova se dodjeljuje ponuđačima koji raspolažu kapacitetima za pružanje usluga bolničke zdravstvene zaštite, odnosno obezbjeđuju dostupnost konsultativno specijalističke djelatnosti u okviru iste ustanove u kojoj će se vršiti pružanje daljnjih tretmana pacijenta za kojima se ukaže potreba,

P = 0 bodova se dodjeljuje ponuđačima koji u okviru iste ustanove ne raspolažu kapacitetima za pružanje primarne ili bolničke zdravstvene zaštite.

- (4) Ukupan broj bodova će se računati sljedećom formulom: **T = K + P**.
- (5) Dodjela ugovora izvršit će se nakon izvršenog bodovanja i pregovora, a u svrhu dodjele svih djelatnosti koje su predmet javnog poziva.
- (6) Ukoliko je jedan ponuđač najuspješniji za djelatnosti iz dvije ili više općina/gradova dodijeliće se jedan ugovor za sve djelatnosti.

Član 35.

U slučaju da tokom procesa ugovaranja vanbolničke specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite za pojedine djelatnosti ne bude zainteresovanih ponuđača, u cilju poštivanja odredbi Ustava Federacije Bosne i Hercegovine i Zakona u smislu osiguranja stalno dostupne i kontinuirane zdravstvene zaštite za osigurana lica Tuzlanskog kantona, putem procesa pregovaranja će se obezbijediti pružanje zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama koje imaju potrebne kapacitete a učestvuju u postupku ugovaranja.

Član 36.

(Sredstva programirana za dodatne kriterije i posebne programe)

Prilikom ugovaranja zdravstvene zaštite vanbolničkog specijalističkog nivoa, Zavod će davaocima usluga zdravstvene zaštite dodijeliti pripadajući dio sredstava po osnovu programiranih dodatnih kriterija i pripadajućih dijelova programa zdravstvene zaštite, u skladu sa članom 15. ove Odluke.

Član 37.

(Model finansiranja za vanbolničku specijalističko konsultativnu zdravstvenu zaštitu)

- (1) Finansiranje zdravstvene zaštite vanbolničkog specijalističkog nivoa vršit će se po Modelu 1 iz člana 12. stav (1) tačka a) ove Odluke.
- (2) Finansiranje iz stava (1) ovog člana obuhvata sredstva koja su predmet javne nabavke, sredstva programirana za dodatne kriterije i pripadajuće dijelove programa zdravstvene zaštite i korekcije po osnovu ugovorenih rizika.

VII C - BOLNIČKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA (SEKUNDARNOG I TERCIJARNOG NIVOA)

Član 38.

(Bolnička zdravstvena zaštita)

- (1) Bolnička zdravstvena zaštita obuhvata:
 - a) specijalističko-konsultativnu bolničku zdravstvenu zaštitu sekundarnog nivoa,
 - b) dijagnostičku djelatnost za nehospitalizirane pacijente sekundarnog nivoa,
 - c) dijagnostičku djelatnost i ostale prateće djelatnosti za hospitalizirane pacijente sekundarnog nivoa,
 - d) bolničku zdravstvenu zaštitu sekundarnog nivoa,
 - e) specijalističko-konsultativnu bolničku zdravstvenu zaštitu tercijarnog nivoa,
 - f) dijagnostičku djelatnost za nehospitalizirane pacijente tercijarnog nivoa,
 - g) dijagnostičku djelatnost i ostale prateće djelatnosti za hospitalizirane pacijente tercijarnog nivoa i
 - h) bolničku zdravstvenu zaštitu tercijarnog nivoa.
- (2) Pod bolničkom zdravstvenom zaštitom, u smislu ove Odluke, ne podrazumijeva se dio djelatnosti Fizijatrija – produžena medicinska rehabilitacija koja je važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obuhvaćena bolničkom zdravstvenom zaštitom sekundarnog nivoa, a koja će se pružati u skladu sa programom zdravstvene zaštite za produženu medicinsku rehabilitaciju.
- (3) Djelatnosti navedene u članu 15. ove Odluke, a koje su sastavni dio bolničke zdravstvene zaštite, ugovorit će se sa javnim zdravstvenim ustanovama bolničkog i vanbolničkog nivoa u cilju obezbjeđenja dostupnosti zdravstvene zaštite.

- (4) Pored djelatnosti navedenih u stavu (1) ovog člana Zavod će u skladu sa Finansijskim planom Zavoda za 2025. godinu finansirati Operativne programe lijekova koji se apliciraju u okviru ili pod nadzorom bolničke zdravstvene ustanove za opštu i pedijatrijsku populaciju u ustanovi najvišeg nivoa zdravstvene zaštite na području Kantona.

Član 39.

(Javni poziv za bolničku zdravstvenu zaštitu)

- (1) U skladu sa članom 13. ove Odluke, Zavod će putem javnog poziva pozvati zdravstvene ustanove sa područja Tuzlanskog kantona, da dostave svoje ponude za ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite, u skladu sa utvrđenim Programom.
- (2) Dio bolničke zdravstvene zaštite koji bude predmet posebnog odnosno izdvojenog programa zdravstvene zaštite u skladu sa instrukcijama Ministarstva će se ugovarati putem posebnog odnosno odvojenog javnog poziva.

Član 40.

(Uslovi za učestvovanje za bolničku zdravstvenu zaštitu)

Pravo učešća po javnom pozivu imaju zdravstvene ustanove koje pored opštih uslova ispunjavaju sljedeće posebne uslove:

- a) da je sjedište zdravstvene ustanove na području Tuzlanskog kantona;
- b) da je pokrenut/završen postupak akreditacije/certifikacije u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu;
- c) da su ispunjene obaveze u vezi sa plaćanjem direktnih i indirektnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti;
- d) da u svom sastavu imaju organizovane službe/jedinice u skladu sa članom 102. Zakona o zdravstvenoj zaštiti;
- e) da prihvataju pružanje svih zdravstvenih djelatnosti obuhvaćenih nivoima zdravstvene zaštite iz člana 38. stav (1) ove Odluke.

Član 41.

(Kriterij za izbor i dodjela ugovora za bolničku zdravstvenu zaštitu)

- (1) Bolnička zdravstvena zaštita će se ugovoriti sa jednim ponuđačem u skladu sa načelom kontinuiranosti zdravstvene zaštite kako je propisano Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, u cilju obezbjeđenja multidisciplinarnog pristupa, funkcionalne povezanosti i usklađenosti pružanja svih nivoa zdravstvene zaštite.
- (2) Ugovor će se dodijeliti ponuđaču koji ispuni opšte i posebne uslove.
- (3) U slučaju da dva ili više ponuđača ispune opšte i posebne uslove ugovor će se dodijeliti nakon provedenih pregovora.
- (4) Prilikom provođenja pregovora izbor najpovoljnijeg ponuđača će se izvršiti na osnovu sljedećih kriterija:
- a) broj i struktura kadra koji će biti angažovan na izvršenju ugovora u smislu da će prednost imati ponuđač sa većim kadrovskim kapacitetom za neprekidno pružanje zdravstvene zaštite (slučajevi privremene spriječenosti za rad, plaćena i neplaćena odsustva i dr),
 - b) mogućnost ostvarivanja multidisciplinarnog pristupa te funkcionalne povezanosti po nivoima zdravstvene zaštite (sekundarni – tercijarni i konsultativno-specijalistički – bolnički) u pružanju bolničke zdravstvene zaštite,
 - c) spremnost ponuđača da u slučaju povećane potrebe (stanja epidemije, pandemije, prirodnih nesreća i slično) pruži zdravstvene usluge svim pacijentima kojima je potrebna zdravstvena zaštita, odnosno mogućnost privremenog povećanja kapaciteta određenih organizacionih jedinica u cilju zadovoljavanja uvećanih potreba za liječenjem.

Član 42.

(Sredstva programirana za dodatne kriterije i posebne programe)

Prilikom ugovaranja bolničke zdravstvene zaštite Zavod će davaocima usluga zdravstvene zaštite dodijeliti pripadajući dio sredstava po osnovu programiranih dodatnih kriterija i/ili pripadajućih dijelova programa zdravstvene zaštite, u skladu sa članom 15. ove Odluke.

Član 43.

(Model finansiranja za bolničku zdravstvenu zaštitu)

- (1) Finansiranje bolničke zdravstvene zaštite vršit će se po Modelu 1 iz člana 12. stav (1) tačka a) ove Odluke.
- (2) Finansiranje iz stava (1) ovog člana obuhvata sredstva koja su predmet javnog poziva, sredstva programirana za dodatne kriterije i pripadajuće dijelove programa zdravstvene zaštite i korekcije po osnovu ugovorenih rizika.

VII D - FARMACEUTSKE USLUGE

Član 44.

(Javni poziv za farmaceutske usluge)

- (1) U skladu sa članom 13. ove Odluke, Zavod će putem javnog poziva pozvati sve zdravstvene ustanove apotekarske djelatnosti i privatne apoteke koje imaju sjedište ili ogranak na području Tuzlanskog kantona da dostave svoje ponude za dodjelu ugovora za pružanje farmaceutskih usluga.
- (2) Javni poziv iz prethodnog stava bit će otvoren do 30.11.2025. godine.

Član 45.

(Uslovi za učestvovanje za farmaceutske usluge)

Pravo učešća po javnom pozivu imaju sve zdravstvene ustanove apotekarske djelatnosti i privatne apoteke koje pored opštih uslova ispunjavaju sljedeće uslove:

- a) da je sjedište zdravstvene ustanove apotekarske djelatnosti i privatne apoteke, odnosno ogranka, na području Tuzlanskog kantona;
- b) da je pokrenut/završen postupak akreditacije/certifikacije u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu;
- c) da su ispunjene obaveze u vezi sa plaćanjem direktnih i indirektnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti;
- d) da zdravstvene ustanove apotekarske djelatnosti kao poslovni subjekt i odgovorna lica istih nisu osuđivana pravosnažnom presudom za krivična djela organizovanog kriminala, korupciju, prevaru, ili pranje novca u skladu sa važećim propisima, odnosno da odgovorno lice privatne apoteke nije osuđivano pravosnažnom presudom za krivična djela organiziranog kriminala, korupciju, prevaru, ili pranje novca u skladu sa važećim propisima.

Član 46.

(Model finansiranja za farmaceutske usluge)

Finansiranje farmaceutskih usluga vršit će se po Modelu 3 iz člana 12. stav (1) tačka c) ove Odluke.

Član 47.

(Vrijednost farmaceutske usluge i dežurstvo)

- (1) Odluku o utvrđivanju vrijednosti jedinice farmaceutske usluge donosi Upravni odbor Zavoda.
- (2) Zdravstvene ustanove apotekarske djelatnosti koje Ministarstvo utvrdi kao dežurne apoteke imaju pravo na naknadu za dežurstvo koja će biti dodijeljena putem posebnog ugovora.
- (3) Visinu naknade za realizaciju dežurstva po jednoj organizacionoj jedinici donosi Upravni odbor Zavoda.

Član 48.

(Kriterij za dodjelu ugovora za farmaceutske usluge)

Ugovori će se dodijeliti svim ponuđačima koji ispune opšte i posebne uslove, po kriteriju najniže cijene, odnosno koji prihvate utvrđenu vrijednost iz člana 47. stav (1) ove Odluke.

VII E - DIJAGNOSTIČKE PROCEDURE

Član 49.

(Javni poziv za dijagnostičke procedure)

Zavod će u skladu sa članom 13. ove Odluke putem javnih poziva pozvati sve zdravstvene ustanove sa područja Tuzlanskog kantona da dostave svoje ponude za pružanje sljedećih dijagnostičkih procedura:

- a) CT-ambulantni,
- b) MRI-ambulantni,
- c) Oftalmološke usluge saglasno smjernicama,
- d) Mamografija,
- e) Papa test,
- f) Druge dijagnostičke procedure utvrđene stavom Ministarstva zdravstva i Finansijskim planom Zavoda.

Član 50.

(Uslovi za učestvovanje za dijagnostičke procedure)

Pravo učešća po javnom pozivu imaju sve zdravstvene ustanove koje pored opštih uslova ispunjavaju sljedeće uslove:

- a) da je registrovana organizaciona jedinica zdravstvene ustanove za pružanje usluga iz člana 49. ove Odluke, na području Tuzlanskog kantona;
- b) da je pokrenut/završen postupak akreditacije/certifikacije u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu;
- c) da su ispunjene obaveze u vezi sa plaćanjem direktnih i indirektnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti.

Član 51.

(Model finansiranja za dijagnostičke procedure)

Finansiranje dijagnostičkih procedura vršit će se po Modelu 3 iz člana 12. stav (1) tačka c) ove Odluke.

Član 52.

(Kriterij za odabir i dodjela ugovora za dijagnostičke procedure)

- (1) Kriterij za odabir ponuđača je najniža ponuđena cijena.
- (2) Ponuđačima koji ponude višu cijenu od najniže će biti ponuđena mogućnost prihvatanja najniže ponuđene cijene.
- (3) Dodjela ugovora izvršit će se nakon pregovora.
- (4) Ugovor će se dodijeliti svim ponuđačima koji ispune opšte i posebne uslove i prihvate najnižu cijenu.

VII F - JAVNO ZDRAVSTVENA DJELATNOST

Član 53.

(Javnozdravstvena djelatnost)

Javnozdravstvena djelatnost podrazumijeva djelatnost javnog zdravstva na nivou kantona, preventivno-promotivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladih u školama i fakultetima, preventivne preglede školske djece i javnozdravstvenu djelatnost medicine rada sekundarnog nivoa.

Član 54.

(Dodjela ugovora za javnozdravstvenu djelatnost)

- (1) U skladu sa članom 15. ove Odluke:

- a) javnozdravstvena djelatnost za područje Kantona će se obezbijediti zaključivanjem ugovora sa Zavodom za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona,
 - b) preventivno-promotivna zdravstvena zaštita djece i mladih u školama i fakultetima će se obezbijediti zaključivanjem ugovora sa Zavodom za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona,
 - c) preventivni pregledi školske djece će se obezbijediti zaključivanjem ugovora sa Zavodom za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona i domovima zdravlja sa područja Tuzlanskog kantona,
 - d) javnozdravstvena djelatnost medicine rada sekundarnog nivoa će se obezbijediti zaključivanjem ugovora sa najvećim domom zdravlja na području Kantona.
- (2) Zdravstvene ustanove kojima se ponudi ugovor za realizaciju javnozdravstvene djelatnosti obavezne su dostaviti podatke o angažovanom kadru za specifične djelatnosti, a u skladu važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (3) U cilju lakše realizacije postupka ugovaranja i kasnije realizacije ugovora zdravstvena zaštita iz stava (1) tačka c) ovog člana će se ugovoriti putem ugovora o pružanju ostalih djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, a zdravstvena zaštita iz stava (1) tačka d) ovog člana putem ugovora o pružanju usluga vanbolničke specijalističko konsultativne zdravstvene zaštite.

Član 55.

(Model finansiranja za javnozdravstvenu djelatnost)

Finansiranje javnozdravstvene djelatnosti vršit će se po Modelu 1 člana 12. stav (1) tačka a) ove Odluke.

VII G - POSEBNI PROGRAMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 56.

(Javni poziv za produženu medicinsku rehabilitaciju)

U skladu sa članom 13. ove Odluke, Zavod će putem javnog poziva pozvati sve zdravstvene ustanove sa područja Tuzlanskog kantona da dostave svoje ponude za dodjelu ugovora za pružanje produžene medicinske rehabilitacije.

Član 57.

(Uslovi za učestvovanje za produženu medicinsku rehabilitaciju)

- (1) Pravo učešća po javnom pozivu imaju sve zdravstvene ustanove koje pored opštih uslova ispunjavaju sljedeće uslove:
- a) da je sjedište zdravstvene ustanove na području Tuzlanskog kantona;
 - b) da je pokrenut/završen postupak akreditacije/certifikacije u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu;
 - c) da su ispunjenje obaveze u vezi sa plaćanjem direktnih i indirektnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti;
 - d) da ponuđači posjeduju dokaz o zaposlenom kadru za cijeli sastav tima u skladu sa važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, za djelatnosti za koje se vrši prijava odnosno dostavlja ponuda;
 - e) da ponuđači posjeduju kapacitet iskazan u broju raspoloživih kreveta za ponuđeni broj timova u skladu sa važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i da imaju obezbijedene uslove u skladu sa važećim Pravilnikom o bližim uslovima prostora, opreme i kadra za osnivanje i obavljanje zdravstvene djelatnosti u zdravstvenim ustanovama.
- (2) U slučaju podugovaranja produžene medicinske rehabilitacije, podugovarač mora ispunjavati opšte uslove iz člana 6. stav (1) ove Odluke i posebne uslove iz stava (1) ovog člana.

Član 58.

(Model finansiranja za produženu medicinsku rehabilitaciju)

Finansiranje usluga produžene medicinske rehabilitacije vršit će se po Modelu 4 iz člana 12. stav (1) tačka c) ove Odluke.

Član 59.

(Kriterij za odabir i dodjela ugovora za produženu medicinsku rehabilitaciju)

- (1) Kriterij za odabir ponuđača je najniža ponuđena cijena.
- (2) Ponuđačima koji ponude višu cijenu od najniže će biti ponuđena mogućnost prihvaćanja najniže ponuđene cijene.
- (3) Ugovor će se dodijeliti svim ponuđačima koji ispune opšte i posebne uslove i prihvate najnižu cijenu.

Član 60.

(Javni poziv za skrining programe)

U skladu sa članom 13. ove Odluke, Zavod će putem javnog poziva pozvati sve zdravstvene ustanove sa područja Tuzlanskog kantona da dostave svoje ponude za ugovaranje skrining programa.

Član 61.

(Uslovi za učestvovanje za skrining programe)

Pravo učešća po javnom pozivu imaju sve zdravstvene ustanove koje pored opštih uslova ispunjavaju sljedeće uslove:

- a) da je sjedište zdravstvene ustanove na području Tuzlanskog kantona;
- b) da je pokrenut/završen postupak akreditacije/certifikacije u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu;
- c) da su ispunjenje obaveze u vezi sa plaćanjem direktnih i indirektnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti.

Član 62.

(Model finansiranja za skrining programe)

Finansiranje usluga skrininga vršit će se po Modelu 3 iz člana 12. stav (1) tačka c) ove Odluke.

Član 63.

(Kriterij za odabir i dodjela ugovora za skrining programe)

- (1) Kriterij za odabir ponuđača je najniža ponuđena cijena.
- (2) Ponuđačima koji ponude višu cijenu od najniže će biti ponuđena mogućnost prihvaćanja najniže ponuđene cijene.
- (3) Ugovor će se dodijeliti svim ponuđačima koji ispune opšte i posebne uslove i prihvate najnižu cijenu.

Član 64.

(Javni poziv za zdravstvenu zaštitu zuba u opštoj anesteziji)

- (1) U skladu sa članom 13. ove Odluke, Zavod će putem javnog poziva pozvati sve zdravstvene ustanove sa područja Tuzlanskog kantona da dostave svoje ponude za ugovaranje zdravstvene zaštite zuba u opštoj anesteziji za osobe sa posebnim potrebama.
- (2) Zbog specifičnosti usluga zdravstvene zaštite zuba za osobe sa posebnim potrebama, koje obuhvataju više nivoa zdravstvene zaštite, javnim pozivom će se omogućiti učešće grupe ponuđača u postupku ugovaranja.

Član 65.

(Uslovi za učestvovanje za zdravstvenu zaštitu zuba u opštoj anesteziji)

Pravo učešća po javnom pozivu imaju sve zdravstvene ustanove koje pored opštih uslova ispunjavaju sljedeće uslove:

- a) da je sjedište zdravstvene ustanove na području Tuzlanskog kantona;

- b) da je pokrenut/završen postupak akreditacije/certifikacije u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu;
- c) da su ispunjenje obaveze u vezi sa plaćanjem direktnih i indirektnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti.

Član 66.

(Model finansiranja za zdravstvenu zaštitu zuba u opštoj anesteziji)

Finansiranje usluga zdravstvene zaštite zuba u opštoj anesteziji za osobe sa posebnim potrebama vršit će se po Modelu 3 iz člana 12. stav (1) tačka c) ove Odluke.

Član 67.

(Kriterij za odabir i dodjela ugovora za zdravstvenu zaštitu zuba u opštoj anesteziji)

- (1) Kriterij za odabir ponuđača je najniža ponuđena cijena.
- (2) Ponuđačima koji ponude višu cijenu od najniže će biti ponuđena mogućnost prihvatanja najniže ponuđene cijene.
- (3) Ugovor će se dodijeliti svim ponuđačima koji ispune opšte i posebne uslove i prihvate najnižu cijenu.

Član 68.

(Sufinansiranje troškova hemodijalize)

Zavod će ugovoriti sufinansiranje troškova hemodijalize sa zdravstvenim ustanovama koje pružaju usluge hemodijalize osiguranim licima sa područja Tuzlanskog kantona, a koje imaju zaključen ugovor sa Federalnim zavodom zdravstvenog osiguranja i reosiguranja o pružanju usluga hemodijalize.

VII H - ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ZA OSIGURANA LICA SMJEŠTENA VAN KANTONA

Član 69.

(Obezbjeđenje zdravstvene zaštite za osigurana lica smještena van Tuzlanskog kantona)

Za pružanje zdravstvene zaštite osiguranim licima Zavoda koja su smještena van područja Kantona, Zavod će zaključiti ugovore u skladu sa važećim zakonskim propisima.

Član 70.

(Model finansiranja zdravstvene zaštite za osigurana lica smještena van Tuzlanskog kantona)

Finansiranje zdravstvene zaštite osiguranim licima Zavoda koja su smještena van područja Tuzlanskog kantona vršit će se po modelima utvrđenim u članu 12. ove Odluke, a shodno zaključenim ugovorima iz člana 69. ove Odluke.

VII I - DEFICITARNE USLUGE

Član 71.

(Pojam deficitarnih usluga)

- (1) Pod deficitarnim uslugama smatraju se zdravstvene usluge koje se nalaze u nomenklaturi zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a ne mogu se pružati u ugovornim zdravstvenim ustanovama.
- (2) Lista deficitarnih usluga bit će utvrđena aktom Ministarstva.
- (3) Sredstva za obezbjeđenje finansiranja deficitarnih usluga biće utvrđena u Finansijskom planu Zavoda.

Član 72.

(Javni poziv za deficitarne usluge)

U skladu sa članom 13. ove Odluke, Zavod će putem javnog poziva pozvati sve zdravstvene ustanove sa područja Bosne i Hercegovine da dostave svoje ponude za dodjelu ugovora za pružanje deficitarnih usluga.

Član 73.

(Uslovi za učestvovanje za deficitarne usluge)

- (1) Pravo učešća po javnom pozivu imaju sve zdravstvene ustanove koje ispunjavaju opšte uslove i sljedeće posebne uslove:
 - a) da je pokrenut/završen postupak akreditacije/certifikacije sistema poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i akreditaciji u zdravstvu u skladu sa važećim propisom;
 - b) da su ispunjenje obaveze u vezi sa plaćanjem direktnih i indirektnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti.
- (2) Zdravstvene ustanove koje zaključe ugovor sa Zavodom u 2025. godini a koji se između ostalog odnosi i na pružanje zdravstvenih usluga sa liste deficitarnih usluga nemaju pravo učešća u postupku ugovaranja deficitarnih usluga.

Član 74.

(Model finansiranja za deficitarne usluge)

Finansiranje deficitarnih usluga vršit će se po Modelu 3 iz člana 12. stav (1) tačka c) ove Odluke.

Član 75.

(Kriterij za odabir ponuđača i dodjela ugovora za deficitarne usluge)

- (1) Kriterij za odabir ponuđača je najniža ponudena cijena.
- (2) Ponuđačima koji ponude višu cijenu od najniže će biti ponudena mogućnost prihvatanja najniže ponudene cijene.
- (3) Ugovor će se dodijeliti svim ponuđačima koji ispune opšte i posebne uslove i prihvate najnižu cijenu.

VIII - REALIZACIJA UGOVORA

Član 76.

(Dostupnost zdravstvene zaštite i liste čekanja)

- (1) Zdravstvene usluge se pružaju osiguranom licu po mogućnosti odmah.
- (2) Zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene djelatnosti osigurana lica Zavoda ostvaruju na osnovu uputnice ovlaštenog doktora primarne zdravstvene zaštite.
- (3) Izuzetno od stava (2) ovog člana, osigurano lice zdravstvenu zaštitu ostvaruje bez uputnice u slučaju pružanja hitne medicinske pomoći.
- (4) Zakazivanje pregleda i drugih vrsta zdravstvenih usluga vrši se samo u izuzetnim i opravdanim slučajevima, kao i u slučajevima boljeg korištenja radnog vremena i smanjenja čekanja pacijenata.
- (5) Zdravstvene ustanove, koje iz opravdanih razloga moraju naručivati osigurana lica na pregled, obavezna su sačiniti listu čekanja uzimajući u obzir medicinske indikacije pacijenata.
- (6) Liste čekanja ne mogu se utvrđivati za zdravstvene usluge koje su hitne i vrijeme čekanja ne može biti takvo da ugrozi zdravlje ili život pacijenta.
- (7) 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.
- (8) Ugovorne zdravstvene ustanove su dužne svaki mjesec, do 15. u mjesecu za prethodni mjesec dostavljati Zavodu i Ministarstvu tačno utvrđene liste čekanja.

Član 77.

(Korištenje zdravstvene zaštite izvan ugovornih ustanova)

- (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 se isti obezbjeđuju na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Ugovorna zdravstvena ustanova odnosno ugovorni privatni zdravstveni radnik ne smiju upućivati osigurano lice Zavoda da o vlastitom trošku provede terapijski i/ili dijagnostički

postupak, koji su obavezni u skladu sa ugovorom pružiti osiguranom licu, ukoliko se isti obezbjeđuju na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja.

- (3) U slučaju da nakon zaključenja ugovora sa Zavodom, dođe do nemogućnosti ispunjenja ugovornih obaveza koja je privremenog karaktera, ugovorna zdravstvena ustanova je dužna radi kontinuiteta u pružanju zdravstvene zaštite osiguranim licima Zavoda, obezbijediti pružanje zdravstvene zaštite u drugoj zdravstvenoj ustanovi i o tome blagovremeno obavijestiti Zavod.
- (4) U slučaju da zdravstvena ustanova odnosno ugovorni privatni zdravstveni radnik postupe suprotno odredbama stavova (1), (2) i (3) ovog člana stvarno nastali troškovi pružanja zdravstvene zaštite za usluge koje se nalaze u nomenklaturi zdravstvenih usluga, kao i troškovi nabavke lijekova, potrošnog ili ugradbenog materijala, padaju na teret te zdravstvene ustanove.

Član 78.

(Zdravstvena zaštita ino osiguranih lica)

Ugovorni subjekti ugovaranja iz člana 5. stav (1) tačka b) ove Odluke dužni su pružiti ugovoreni sadržaj zdravstvenih usluga i ino osiguranim licima na osnovu obima prava iskazanog u bolesničkom listu u skladu sa međunarodnim sporazumom.

Član 79.

(Odgovornost za nenamjensko trošenje)

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 80.

(Integrirani zdravstveni informacioni sistem)

- (1) Subjekti ugovaranja iz člana 5. stav (1) tačke b) i c) ove Odluke 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) Subjekti ugovaranja iz člana 5. stav (1) tačke b) i c) ove Odluke su u obavezi da u periodu važenja ugovora prate promjene u informacionom sistemu Zavoda i tehničkim uputstvima i da ih u predviđenom roku prenesu u svoj informacioni sistem.
- (3) Subjekti ugovaranja iz člana 5. stav (1) tačke b) i c) ove Odluke su obavezni da učestvuju u implementaciji integrisanog zdravstvenog informatičkog sistema.

IX - MONITORING, EVALUACIJA, NADZOR I KONTROLA

Član 81.

(Monitoring i evaluacija)

- (1) Za ocjenu ostvarivanja ugovorenih programa i zdravstvenih usluga bilo kojeg vida zdravstvene zaštite vrši se kontinuirano monitoring i evaluacija.
- (2) Monitoringom se prati izvršavanje ugovorenog obima i sadržaja Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga, regulišu i mjere zdravstveni ishodi, rezultati, kvalitet, efikasnost i pravičnost.
- (3) Evaluacija podrazumijeva:
 - a) Ocjenu do kojeg stepena su ostvareni definisani ciljevi efektivnosti;
 - b) Ocjenu načina postizanja ostvarenih rezultata efektivnosti i
 - c) Utvrđivanje odnosa između postignutih efekata, poduzetih mjera i utrošenih sredstava, odnosno postignute efikasnosti.

Član 82.

(Pokazatelji za ocjenu)

- (1) Pokazatelji za ocjenu ostvarivanja Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđuju se posebno za svaki vid zdravstvene zaštite.
- (2) Izbor pokazatelja će zavistiti od utvrđenih ciljeva i od modela finansiranja zdravstvene zaštite.
- (3) Pokazatelji za ocjenu Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja regulisani su Jedinstvenom metodologijom.

Član 83.

(Nadzor i kontrola)

Nadzor i kontrola ugovornih ustanova po osnovu poštivanja ugovornih obaveza u smislu pružanja zdravstvene zaštite i provedbe prava iz zdravstvenog osiguranja vrši Zavod u skladu sa važećim Pravilnikom o načinu provođenja nadzora i kontrole ugovornih ustanova Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona.

X - ZAVRŠNE ODREDBE

Član 84.

(Stupanje na snagu)

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: 02/1-33-34995/24
Tuzla, 10.12.2024. godine



PREMIJER KANTONA

Irfan Halilagić
Irfan Halilagić