

ОДЛУКУ
О БРОЈУ ГЛАСОВА ЧЛАНОВА ЗАШТИТНОГ ФОНДА
ФЕДЕРАЦИЈЕ БОСНЕ И ХЕРЦЕГОВИНЕ
У 2013. ГОДИНИ

I

Овом одлуком одређује се број гласова друштava за осигурање и подружница у Федерацији Босне и Херцеговине друштava за осигурање са сједиштем у Републици Српској у скупштини Заштитног фонда Федерације Босне и Херцеговине (у даљем тексту: чланови скупштине Заштитног фонда), у 2013. години.

II

Укупан број гласова у скупштини Заштитног фонда у 2013. години је 37.

III

Чланови скупштине Заштитног фонда имају следећи број гласова:

1.	БОСНА-СУНЦЕ ОСИГУРАЊЕ д.д. Сарајево	5
2.	ПРОАТИА ОСИГУРАЊЕ д.д.	3
3.	ДД за осигурање Цамелија Бићаћ	1
4.	Диоичко друштво за осигурање "ВГТ" Високо	4
5.	Друштво за осигурање АСА ОСИГУРАЊЕ д.д. Сарајево	1
6.	Друштво за осигурање САРАЈЕВО-ОСИГУРАЊЕ диоичко друштво Сарајево	6
7.	ЕУРОХЕРЦ осигурање диоичко друштво Сарајево	5
8.	"Граве" диоичко друштво за осигурање Сарајево	1
9.	Триглав Осигурање диоичарско друштво Сарајево	2
10.	Униџа Осигурање диоичарско друштво Сарајево Сарајево	1
11.	"Зовко осигурање" Д.Д. ЖЕПЧЕ диоичко друштво за осигурање имовине и особа	2
12.	Акционарско друштво за осигурање "БОБАР ОСИГУРАЊЕ" п.о. Бијељина Филијала Сарајево	1
13.	Акционарско друштво за осигурање "Дрина осигурање" Милићи Филијала Сарајево	1
14.	Акционарско друштво за осигурање ДУНАВ ОСИГУРАЊЕ са потпуном одговорношћу Бања Лука Филијала Сарајево	1
15.	Диоичко друштво за осигурање "БРЧКО-ГАС-ОСИГУРАЊЕ" Брчко Подружница "БРЧКО-ГАС-ОСИГУРАЊЕ" Тузла	1
16.	Филијала "ЈАХОРИНА ОСИГУРАЊЕ" АД Пале Сарајево	1
17.	Осигуравајуће друштво "МИКРОФИН ОСИГУРАЊЕ" а.д. Бања Лука-Пословна јединица Тузла	1

IV

Ова одлука ступа на снагу наредног дана од дана објављивања у "Службеним новинама Федерације БиХ".

Број 1.0.-021-536-3/13

23. априла 2013. године
Сарајево

Предсједник
Жељко Шанин, с. р.

На основу члана 17. став 8 Закона о осигурању од одговорности за моторна возила и остале одредбе о обавезном осигурању од одговорности ("Службене новине Федерације БиХ", број 24/05) и члана 16. Статута Агенције за надзор осигурања Федерације Босне и Херцеговине ("Службене новине Федерације БиХ", број 56/05), Стручни савјет Агенције за надзор осигурања Федерације Босне и Херцеговине, на 12. сједници одржаној 23.04.2013. године, доноси

ОДЛУКУ
О БРОЈУ ГЛАСОВА ЧЛАНОВА ЗАШТИТНОГ ФОНДА
ФЕДЕРАЦИЈЕ БОСНЕ И ХЕРЦЕГОВИНЕ У 2013. ГОДИНИ

I

Овом одлуком одређује се број гласова друштava за осигурање и подружница у Федерацији Босне и Херцеговине друштava за осигурање са сједиштем у Републици Српској у скупштини Заштитног фонда Федерације Босне и Херцеговине (у даљем тексту: чланови скупштине Заштитног фонда), у 2013. години.

II

Укупан број гласова у скупштини Заштитног фонда у 2013. години је 37.

III

Чланови скупштине Заштитног фонда имају следећи број гласова:

1.	BOSNA-SUNCE OSIGURANJE d.d. Sarajevo	5
2.	CROATIA OSIGURANJE d.d.	3
3.	DD за осигурање Camelija Bihać	1
4.	Dioničko društvo за осигурање "VGT" Visoko	4
5.	Društvo за осигурање ASA OSIGURANJE d.d. Sarajevo	1
6.	Društvo за осигурање SARAJEVO-OSIGURANJE dioničko društvo Sarajevo	6
7.	EUROHERC осигурање dioničko društvo Sarajevo	5
8.	"Grawe" dioničko društvo за осигурање Sarajevo	1
9.	Triglav Osiguranje dioničarsko društvo Sarajevo	2
10.	Uniqa Osiguranje dioničarsko društvo Sarajevo Sarajevo	1
11.	"Zovko osiguranje" D.D. ŽEPČE dioničko društvo за осигурање имовине и особа	2
12.	Akcionarsko društvo за осигурање "BOBAR OSIGURANJE" p.o. Bijeljina Filijala Sarajevo	1
13.	Akcionarsko društvo за осигурање "Drina osiguranje" Milići Filijala Sarajevo	1
14.	Akcionarsko društvo за осигурање DUNAV OSIGURANJE са потпуном одговорношћу Banja Luka Filijala Sarajevo	1
15.	Dioničko društvo за осигурање "BRČKO-GAS-OSIGURANJE" Brčko Podružnica "BRČKO-GAS-OSIGURANJE" Tuzla	1
16.	Filijala "JAHORINA OSIGURANJE" AD Pale Sarajevo	1
17.	Osiguravajuće društvo "MIKROFIN OSIGURANJE" a.d. Banja Luka-Poslovna jedinica Tuzla	1

IV

Ова одлука ступа на снагу наредног дана од дана објављивања у "Службеним новинама Федерације БиХ".

Број 1.0.-021-536-3/13

23. априла 2013. године
Сарајево

Предсједник
Жељко Шанин, с. р.

ЗАВОД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА И
РЕОСИГУРАЊА ФЕДЕРАЦИЈЕ БиХ

698

На основу члана 52. став 2. Закона о здравственој заштити ("Службене новине Федерације БиХ", број 46/10) и тајке XIII ст. 3. и 4. Одлуке о утврђивању основног пакета здравствених права ("Службене новине Федерације БиХ", број 21/09), по претходно прибављеном мишљењу завода здравственог осигурања кантона, као и уз претходну сагласност министра здравства Федерације Босне и Херцеговине, Управно вјеће Завода здравственог осигурања и реосигурања Федерације Босне и Херцеговине утврђује

**JEDINSTVENU METODOLOGIJU
KOJOM SE BLIŽE UTVRĐUJU KRITERIJI I MJERILA
ZA ZAKLJUČIVANJE UGOVORA IZMEĐU
NADLEŽNOG ZAVODA ZDRAVSTVENOG
OSIGURANJA I ZDRAVSTVENE USTANOVE**

OSNOVNE ODREDBE

I

Jedinstvenom metodologijom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila koji predstavljaju obavezni minimalni polazni osnov za ugovaranje pružanja usluga zdravstvene zaštite s ciljem ujednačavanja uslova u korištenju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i zaključivanja ugovora između Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, odnosno kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: nadležni zavodi zdravstvenog osiguranja) i zdravstvene ustanove odnosno privatnog zdravstvenog radnika.

Nadležni zavodi zdravstvenog osiguranja, kriterije i mjerila utvrđene Jedinstvenom metodologijom o kriterijima i mjerilima za zaključivanje ugovora između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove odnosno privatnog zdravstvenog radnika (u daljem tekstu: Jedinstvena metodologija), mogu dopunjavati prema specifičnostima koja karakterišu područja u kojima su nadležni, a što će definisati svojim aktima.

II

Jedinstvena metodologija temelji se na načelima zdravstvene zaštite i to:

- uzajamnosti i solidarnosti;
- pravičnosti i jednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti;
- kontinuiranosti;
- sveobuhvatnosti;
- dostupnosti;
- efikasnosti;
- stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite i
- specijaliziranog pristupa.

Pored navedenih načela zdravstvene zaštite Jedinstvena metodologija se zasniva i na slijedećim principima i to:

- strogo namjenskom korištenju sredstava;
- uravnoteženosti prihoda i rashoda nadležnih zavoda zdravstvenog osiguranja i
- javnosti rada i redovnog izvještavanja o stanju i poslovanju zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova odnosno privatnog zdravstvenog radnika.

III

Jedinstvenom metodologijom obuhvaćeni su:

- Osnovi, kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora;
- Subjekti ugovaranja;
- Postupak zaključivanja ugovora;
- Elementi ugovora;
- Programi zdravstvene zaštite o pružanju usluga zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Program zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga);
- Finansiranje Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga i
- Monitoring, evaluacija i kontrola izvršenja ugovora.

OSNOVI, KRITERIJI I MJERILA ZA ZAKLJUČIVANJE UGOVORA

IV

Osnovi za zaključivanje ugovora sadržani su u:

- Zakonu o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH ", broj: 46/10);

- Zakonu o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", br. 30/97, 07/02 i 70/08);
- Zakonu o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine ("Službeni glasnik BiH", br. 49/04, 19/05, 52/05, 08/06, 24/06, 70/06, 12/09 i 60/10) i podzakonskim aktima donesenim na osnovu ovog zakona;
- Zakonu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i akreditaciji u zdravstvu ("Službene novine Federacije BiH ", broj: 59/05);
- Odluci o osnovnom paketu zdravstvenih prava;
- Odluci o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ("Službene novine Federacije BiH", br. 5/03, 18/04, 36/05, 57/07 i 53/08);
- Finansijskim planovima nadležnih zavoda zdravstvenog osiguranja;
- Izvještajima o zdravstvenom stanju stanovništva;
- Planu i programu mjera zdravstvene zaštite za područje kantona odnosno Federacije Bosne i Hercegovine i
- Drugim zakonima i podzakonskim aktima iz ove oblasti.

V

Kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora su:

- Podaci o populaciji po starosnoj i polnoj strukturi;
- Broj osiguranih lica po starosnoj i polnoj strukturi;
- Opšti podaci o području (površina, gustina naseljenosti, konfiguracija terena, saobraćajna povezanost i dr.);
- Struktura oboljevanja stanovništva;
- Standardi i normativi zdravstvene zaštite koji uključuju kadrovske normative te standarde prostora i opreme po vidovima i nivoima zdravstvene zaštite i specijalnostima za svaki vid zdravstvene zaštite;
- Standardi kvaliteta usluga;
- Program zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga;
- Cijene zdravstvenih usluga;
- Naknade za finansiranje godišnjeg programa zdravstvene zaštite;
- Učešće osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite i
- Drugi kriteriji i mjerila.

SUBJEKTI UGOVARANJA

VI

Subjekti ugovaranja su:

- nadležni zavodi zdravstvenog osiguranja i
- zdravstvene ustanove odnosno privatni zdravstveni radnik.

VII

Nadležni zavodi zdravstvenog osiguranja kao subjekt ugovaranja su:

Zavodi zdravstvenog osiguranja:

- Unsko-sanskog kantona;
- Posavskog kantona;
- Tuzlanskog kantona;
- Zeničko-dobojskog kantona;
- Bosansko-podrinjskog kantona;
- Srednjobosanskog kantona;
- Hercegovačko-neretvanskog kantona;
- Zapadnohercegovačkog kantona;
- Kantona Sarajevo i
- Kantona 10, te
- Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine.

VIII

Zdravstvene ustanove kao subjekt ugovaranja su:

- zdravstvene ustanove primarne zdravstvene zaštite bez obzira na oblik vlasništva;
- zdravstvene ustanove specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite bez obzira na oblik vlasništva;
- zdravstvene ustanove bolničke zdravstvene zaštite bez obzira na oblik vlasništva;
- privatni zdravstveni radnici;
- zavodi za javno zdravstvo;
- zavod za transfuzijsku medicinu i
- druge zdravstvene ustanove.

Zaključivanjem ugovora zdravstvene ustanove kao subjekt ugovaranja stiču naziv ugovorne zdravstvene ustanove i ugovorni privatni zdravstveni radnik.

IX

Privatni zdravstveni radnik kao subjekt ugovaranja je zdravstveni radnik koji obavlja privatnu praksu u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

X

Sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnikom iz tač. VIII i IX Jedinstvene metodologije može se zaključiti ugovor o pružanju usluga zdravstvene zaštite pod uslovom:

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

XI

U cilju osiguranja potrebne dostupnosti zdravstvene zaštite, primarna zdravstvena zaštita organizuje se tako da je korisnicima dostupna u opštini njihovog prebivališta.

Ukoliko nisu osigurane službe u zajednici, djelatnost službi u zajednici se osigurava kroz rad specijalističko-konsultativne djelatnosti, tako da je korisnicima dostupna u opštini njihovog prebivališta.

XII

Osigurana lica ostvaruju pravo na zdravstvene usluge iz specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite, u okviru bolničkih zdravstvenih ustanova, osim djelatnosti, medicine rada i djelatnosti stomatologije, koje ostvaruju u okviru vanbolničkih zdravstvenih ustanova tipa zavoda i domova zdravlja.

U cilju obezbjeđenja potrebne dostupnosti zdravstvene zaštite, specijalističko-konsultativna djelatnost iz opšte interne medicine, opšte hirurgije, neurologije, otorinolaringologije, oftalmologije, ortopedije, dermatologije i radiološke dijagnostike primarnog nivoa organizuje se tako da je korisnicima dostupna u općini njihovog prebivališta.

Dom zdravlja je obavezan da se uključi u ovakav vid organizovanja konsultativno-specijalističke zdravstvene zaštite, a međusobni odnosi između bolnice i domova zdravlja rješavat će se posebnim ugovorom o čijem predmetu, sadržaju i izvršiocima treba biti upoznat i nadležni zavod zdravstvenog osiguranja ili će to biti regulisano ugovorima sa Zavodom.

POSTUPAK ZAKLJUČIVANJA UGOVORA

XIII

Obezbjedivanje zdravstvenih usluga utvrđenih u Odluci o Osnovnom paketu zdravstvenih prava obavlja se putem javne nabavke saglasno odredbama Zakona o javnim nabavkama Bosne

i Hercegovine, a provode je nadležni zavodi zdravstvenog osiguranja, u svojstvu ugovornih organa.

ELEMENTI UGOVORA

XIV

Ugovori koje zaključuju subjekti ugovaranja u smislu Jedinstvene metodologije treba da sadrže slijedeće elemente:

- Ugovorne strane (subjekti ugovaranja) i lica ovlaštena za zastupanje;
- Predmet ugovora (pružanje zdravstvenih usluga, provođenje programa i dr.);
- Međusobna prava i obaveze ugovornih strana;
- Odredbe ugovora koje se odnose na cijene zdravstvenih usluga i ukupni iznos sredstava za ugovorenu zdravstvenu zaštitu;
- Uslove ugovora (rokove za izvršenje zdravstvenih usluga, mjesto izvršenja ugovora, uslove plaćanja, trajanje ugovora i dr.);
- Način raspolaganja sredstvima neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite preciziran na osnovu odluke upravnog vijeća nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja;
- Uskladjivanje visine naknade za izvršene zdravstvene usluge prema raspoloživim sredstvima;
- Praćenje, evaluacija i izvještavanje o izvršenju ugovora;
- Kontrola izvršenja ugovora;
- Sankcije za neizvršenje ugovorenih obaveza;
- Prestanak ugovornog odnosa;
- Rješavanje spornih pitanja;
- Završne odredbe;
- Mjesto i datum zaključivanja ugovora, broj protokola i
- Potpisi lica ovlaštenih za zaključivanje ugovora.

Sadržaj i forma ugovora utvrđeni su Modelom ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova, za primarnu zdravstvenu zaštitu (Aneks 3A Jedinstvene metodologije), Modelom ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova, za bolničku zdravstvenu zaštitu (Aneks 3B Jedinstvene metodologije), Modelom ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova, za primarnu zdravstvenu zaštitu iz domena porodične medicine/zavod zdravstvenog osiguranja i JU dom zdravlja (Aneks 3C Jedinstvene metodologije), Modelom ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i apoteka (Aneks 3D Jedinstvene metodologije) i Modelom ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i porodičnog doktora privatne prakse o pružanju zdravstvenih usluga iz porodične medicine (Aneks 3E Jedinstvene metodologije).

Modeli ugovora iz prethodnog stava su sastavni dijelovi Jedinstvene metodologije.

PROGRAMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

XV

Programom zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga utvrđuju se sadržaj i obim zdravstvenih usluga kao i programa, za nivo kantona u Federaciji Bosne i Hercegovine i nivo Federacije Bosne i Hercegovine.

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

XVI

Programi zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga donose se na nivou svakog kantona.

Kantonalni program zdravstvene zaštite iz prethodnog stava sadrži programe zdravstvene zaštite za svaku općinu za koju je

nadležan kanton uvažavajući specifičnosti određenog općinskog područja.

Za zdravstvene usluge koje se ne mogu osigurati osiguranim licima, u zdravstvenim ustanovama na području domicilnog kantona, utvrđuje se poseban program zdravstvene zaštite koja se osigurava u nadležnim zdravstvenim ustanovama sa kojima se zaključuje poseban ugovor.

Zdravstvene usluge koje se finansiraju sredstvima federalnog fonda solidarnosti utvrđuju se posebnim programima zdravstvene zaštite koje donosi Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine.

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

Programi zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga koje su predmet ugovaranja utvrđuju nadležni zavodi zdravstvenog osiguranja uz prethodnu saglasnost nadležnih ministarstava, a u skladu sa planom i programom mjera zdravstvene zaštite koje donosi nadležni ministar zdravstva, na prijedlog nadležnog zavoda za javno zdravstvo.

XVII

Sadržaj, način izrade programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga te praćenje izvršenja programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga regulisan je Modelom izrade programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji je sastavni dio Jedinstvene metodologije (Aneks 1 Jedinstvene metodologije).

XVIII

U skladu sa definisanim programom zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga i procijenjenim prihodima, utvrđuju se potrebna sredstva za finansiranje tog programa.

FINANSIRANJE PROGRAMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

XIX

Način finansiranja programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga regulisan je Modelom utvrđivanja naknada za finansiranje programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji je sastavni dio Jedinstvene metodologije (Aneks 2 Jedinstvene metodologije).

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

MONITORING, EVALUACIJA I KONTROLA IZVRŠENJA UGOVORA

XX

Za ocjenu ostvarivanja ugovorenih programa i zdravstvenih usluga bilo kojeg vida i nivoa zdravstvene zaštite, potrebno je kontinuirano provoditi proces monitoringa i evaluacije.

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.

Evaluacija podrazumijeva:

- ocjenu do kojeg stepena su ostvareni definisani ciljevi efektivnosti;
- ocjenu načina postizanja ostvarenih rezultata efektivnosti i
- utvrđivanje odnosa između postignutih efekata, poduzetih mjera i utrošenih sredstava, odnosno postignute efikasnosti.

XXI

Pokazatelji za ocjenu ostvarivanja Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđuju se posebno za svaki vid zdravstvene zaštite. Izbor pokazatelja će zavisiti od utvrđenih ciljeva kao i od modela finansiranja zdravstvene zaštite.

XXII

Pokazatelji za ocjenu Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja regulisani su Modelom izrade programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji je sastavni dio Jedinstvene metodologije (Aneks 1 Jedinstvene metodologije).

XXIII

Predmet kontrole u provođenju Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja između ostalog je:

- Pridržavanje zakonskih i podzakonskih propisa, ugovornih odredaba i općih akata zavoda,
- Namjensko trošenje ugovorenih sredstava za provođenje zdravstvene zaštite,
- Izvršavanje ugovorenih obaveza u vezi pružanja zdravstvene zaštite osiguranim osobama, kao i tačnost podataka koji se dostavljaju Zavodima i evidentiraju u svojim knjigovodstvenim i drugim evidencijama, a od značaja su za ugovorne odnose sa zavodima.

XXIV

Kontrolu izvršenja zaključenih ugovora o Programu zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja vrše zavodi kontrolom ugovorenih zdravstvenih usluga i programa.

XXV

Kontrola se ostvaruje:

- pregledom materijalno-finansijske i medicinske dokumentacije,
- neposrednim uvidom u rad i dokumentaciju zdravstvene ustanove.

Kontrola se obavlja na osnovu utvrđenog plana i programa i po nalogu direktora.

Kontrola može biti cjelovita ili ciljana.

Izvjestaj o izvršenoj kontroli sadrži:

- naziv ustanove kod koje je obavljena kontrola,
- pravni temelj na osnovu kojeg je obavljena kontrola,
- ugovor sa ustanovom,
- period trajanja kontrole,
- ovlašteni radnici Zavoda koji su obavili kontrolu,
- radnici prisutni u kontroli od strane ustanove,
- nalaz - utvrđeno činjenično stanje (pravno, finansijsko i medicinsko),
- zaključci,
- prijedlog mjera,
- mogućnost davanja pismenih primjedbi na izvještaj (broj dana).

Izvještaj se dostavlja:

- nadležnoj zdravstvenoj ustanovi - direktoru u kojoj se vršila kontrola,
- upravnom vijeće zdravstvene ustanove, predsjedniku,
- nadležnom zavodu: direktoru, zamjeniku i pomoćnicima direktora,
- nadležnom ministarstvu zdravstva: ministru,
- po potrebi.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE**XXVI**

Sastavni dio Jedinственe metodologije je Prilog br. 1 (Aneksi 1, 2 i 3).

Subjekti ugovaranja iz tačke VI ove metodologije kod ugovaranja su dužni primjenjivati slijedeće anekse, odnosno modele:

Aneks 1: Model izrade programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Aneks 2: Model utvrđivanja naknada za finansiranje programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Aneks 3: A Model ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova, za primarnu zdravstvenu zaštitu;

B Model ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova, za bolničku zdravstvenu zaštitu;

C Model ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova, za primarnu zdravstvenu zaštitu iz domena porodične medicine/zavod zdravstvenog osiguranja i JU dom zdravlja;

D Model ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i apoteka i

E Model ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i porodičnog doktora privatne prakse o pružanju zdravstvenih usluga iz porodične medicine.

XXVII

Sastavni dio ove metodologije pored priloga propisa u tački XXVI su i:

Prilog broj 2: Minimalni set pokazatelja/indikatora za praćenje izvršenja ugovora

Prilog broj 3: Uputstvo za popunjavanje izvještajnih obrazaca i izvještajni obrasci od 1 do 5.

XXVIII

Finansiranje bolničke zdravstvene zaštite vrši se na način i u skladu sa ovom metodologijom, a primjenjuje se do konačnog donošenja i usvajanja finansiranja bolničke zdravstvene zaštite po DRG modelu.

XXIX

Jedinственa metodologija stupa na snagu osmog (8) dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

Broj 02/III-06-1-2372/11
15. novembra/studenoga
2011. godine
Sarajevo

Predsjednik
Upravnog odbora/vijeća
Prim. dr. spec. **Branka
Lovrinović**, s. r.

Prilog broj 1: ANEX 1**MODEL IZRADE PROGRAMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE O PRUŽANJU
ZDRAVSTVENIH USLUGA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA****1. UVOD**

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 očuvanje i unapređenja, spriječavanja bolesti i liječenja na području općine, kantona i Federacije Bosne i Hercegovine.

Sadržaj i obim programa je uslovljen demografskim stanjem, zdravstvenim stanjem stanovništva, higijensko-epidemiološkom situacijom, razvijenosti zdravstvenih službi i raspoloživim finansijskim sredstvima za finansiranje programa.

Program se donosi za svaku godina i to najkasnije do kraja avgusta tekuće godine za narednu godinu.

Programne zdravstvene zaštite o pružanju usluga zdravstvene zaštite koje su predmet ugovaranja utvrđuju nadležni zavodi zdravstvenog osiguranja uz saglasnost nadležnih ministarstava, a u skladu sa planom i programom mjera zdravstvene zaštite koje donosi nadležni ministar zdravstva, na prijedlog nadležnog zavoda za javno zdravstvo.

2. CILJEVI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

U cilju što uspješnijeg i ekonomičnijeg unapređenja zdravlja i liječenja programom zdravstvene zaštite se obezbjeđuje pružanje određenog obima i sadržaja zdravstvenih usluga za osigurana lica – korisnike, radi zadovoljenja njihovih potreba.

Opći ciljevi zdravstvene zaštite su:

- Smanjenje smrtnosti;
- Produženje prosječnog trajanja života;
- Podizanje radnih i kreativnih sposobnosti;
- Osiguranje povoljne životne i radne sredine.

Specifični ciljevi zdravstvene zaštite su:

1. Unaprijediti zdravstvenu zaštitu stanovništva, a posebno rizičnih grupa i time poboljšati zdravstveno stanje stanovništva.
2. Disperzijom zdravstvenih kapaciteta približiti zdravstvenu djelatnost stanovništvu i time sve stanovnike staviti u približno isti položaj po pitanju mogućnosti korištenja zdravstvene zaštite.

3. Mjerama prevencije, rane dijagnostike i odgovarajuće terapije omogućiti proizvođenje maksimalnih efekata iz raspoloživih zdravstvenih resursa.
4. Poduzimanje mjera i aktivnosti na unapređenju higijenskih uslova u životnoj i radnoj sredini.
5. Podizanje nivoa zdravstvene kulture stanovništva.
6. Unapređenje odnosa zdravstveni radnik – pacijent, a posebno kad su u pitanju osjetljive populacione grupe.

3. IZRADA PROGRAMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Programom zdravstvene zaštite utvrđuju se vrste i potrebe za zdravstvenim uslugama sva tri nivoa zdravstvene zaštite, kadrovi potrebni za pružanje ovih usluga, broj bolničkih postelja na jedan (1) tim, kao i standard broja osiguranih osoba po zdravstvenom timu.

Program zdravstvene zaštite temelji se na demografskoj analizi, analizi i ocjeni zdravstvenog stanja osiguranih lica u prethodnoj godini, identifikaciji problema u provođenju programa zdravstvene zaštite i finansiranju u prethodnoj godini i ocjeni prioriteta u narednoj godini.

Programom zdravstvene zaštite, u skladu sa važećim standardima i normativima zdravstvene zaštite, utvrđuje se:

- broj timova,
- broj bo dana,
- omjer učešća bo dana intenzivne, poluintenzivne i standardne njege u ukupnom broju bo dana,
- prosječnu dužinu liječenja po specijalnostima,
- broj bo dana na 1.000 stanovnika,
- broj postelja na 1.000 stanovnika,
- broj postelja na jedan radni tim,
- iskorištenost posteljnih kapaciteta,
- broj pojedinačnih zdravstvenih usluga,
- definisanje okvirnog obima usluga,
- omjer učešća preventivnih i kurativnih usluga.

Program zdravstvene zaštite donosi se za:

1. Primarnu zdravstvenu zaštitu

Zdravstvena zaštita na primarnom nivou obuhvata:

- djelatnost porodične medicine,
- djelatnost zdravstvene zaštite djece,
- djelatnost polivalentnih patronažnih sestara u zajednici,
- higijensko-epidemiološku zaštitu,
- hitnu medicinsku pomoć,
- zaštitu reproduktivnog zdravlja žena,
- zdravstvenu zaštitu kod nespecifičnih i specifičnih plućnih oboljenja,
- fizikalnu i mentalnu rehabilitaciju u zajednici,
- liječenje i rehabilitaciju u kući,
- specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu mladih, naročito u osnovnim i srednjim školama, te visokim školama na svom području,

- zubozdravstvenu zaštitu,
- laboratorijsku i radiološku dijagnostiku primarnog nivoa,
- apotekarsku djelatnost.

U cilju osiguranja potrebne dostupnosti zdravstvene zaštite, primarna zdravstvena zaštita organizuje se tako da je korisnicima dostupna u općini njihovog prebivališta.

U cilju osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite specifičnih populacija, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti se razvija i unapređuje prijateljski pristup prema mladima saglasno propisima o mladima.

2. Zdravstvenu djelatnost na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite koja obuhvata specijalističko-konsultativnu i bolničku zdravstvenu djelatnost.

Specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita je organizovana tako da se djelatnost, specifične zdravstvene zaštite radnika i sve stomatološke specijalističke discipline organizuju u okviru vanbolničkih zdravstvenih ustanova, dok se sve ostale specijalističke discipline organizuju u okviru bolničkih zdravstvenih ustanova.

S ciljem osiguranja potrebne dostupnosti zdravstvene zaštite, specijalističko-konsultativna djelatnost iz opće interne medicine, opće hirurgije, neurologije, otorinolaringologije, oftalmologije, ortopedije, dermatologije i radiološke dijagnostike primarnog nivoa organizira se tako da je korisnicima dostupna u općini njihova prebivališta.

U slučaju kada dom zdravlja upošljava određene specijaliste, nastaviće sa pružanjem tih specijalističkih usluga do usaglašavanja svoje organizacije i rada u smislu člana 237 stav 1 Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

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

Bolnička zdravstvena djelatnost obuhvata dijagnosticiranje, liječenje i medicinsku rehabilitaciju, zdravstvenu njegu, boravak i prehranu pacijenata u bolnicama.

3. Zdravstvenu djelatnost na tercijarnom nivou koja obuhvata pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konsultativnih i bolničkih zdravstvenih djelatnosti.

Zdravstvenu djelatnost na tercijarnom nivou provode zdravstvene ustanove koje ispunjavaju uslove u pogledu prostora, opreme i kadra, kao i primijenjenih tehnologija za obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konsultativnih i bolničkih zdravstvenih djelatnosti, a koje utvrdi federalni ministar posebnim pravilnikom.

Izuzetno od prethodnog stava, specifična područja (općina, društvena zajednica) može ostvariti zdravstvenu zaštitu bolničkog nivoa po posebnim programima.

3.1 MODEL PROGRAMA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Zdravstvena zaštita je uvjetovana demografskom i socijalnom strukturom stanovništva kantona, zdravstvenim stanjem stanovništva, epidemiološkim pokazateljima, zdravstvenim potrebama osiguranih osoba/korisnika zdravstvene zaštite, kao i ekonomsko-finansijskim mogućnostima Zavoda.

Na osnovu ocjene zdravstvenog stanja stanovništva, ocjene rezultata u provođenju programa primarne zdravstvene zaštite u prethodnoj godini, definisane aktuelne problematike u ostvarivanju primarne zdravstvene zaštite, definisanih ciljeva na unapređenju primarne zdravstvene zaštite u odnosu na prethodno stanje, te prioriteta za narednu godinu, program primarne zdravstvene zaštite obuhvata:

- broj timova u odnosu na broj osiguranih lica za svaki vid zdravstvene zaštite, u skladu sa standardima i normativima zdravstvene zaštite,
- sastav radnog tima
- broj usluga po timu
- broj opredijeljenih osiguranih lica (u daljem tekstu: korisnik) na 1 radni tim
- broj usluga po korisniku..

Federalni zavod za javno zdravstvo će redefinisati usluge preventive, odrediti procenat preventivnih usluga u ukupnom broju usluga i evidencione obrasce za praćenje.

3.1.1 Porodična medicina

Djelatnost porodične medicine osigurava jedan radni tim na 2000 osiguranih lica, i to za stanovništvo starije od 7 godina.

Za stanovništvo koje je obuhvaćeno porodičnom medicinom prestaju djelovati službe opće medicine i zdravstvene zaštite školske djece i omladine.

Za djecu uzrasta do 7 godina opću zdravstvenu zaštitu će osiguravati pedijatri, ali u područjima gdje pedijatri nisu dostupni, ova djeca mogu dobiti opću zdravstvenu zaštitu u porodičnoj medicini i biti registrovana kod timova porodične medicine.

Osnovni sastav tima porodične medicine je:

- 1 doktor medicine specijalista porodične medicine ili doktor medicine s posebnom edukacijom iz porodične medicine;
- 1 medicinska sestra-tehničar s dodatnom edukacijom iz porodične medicine.

U sastav tima porodične medicine može biti uključena još 1 medicinska sestra-tehničar, **koja svojim djelovanjem pokriva djelatnost zdravstvene njege u zajednici**, i tada je sastav tima porodične medicine sljedeći:

- 1 doktor medicine specijalista porodične medicine ili doktor medicine s posebnom edukacijom iz porodične medicine;
- 2 medicinske sestre-tehničara s dodatnom edukacijom iz porodične medicine i zdravstvene njege u zajednici ili kroz službe sestara u zajednici.

Godišnja vrijednost naknade po korisniku (kapitacija) iznosi:

Dobne skupine	Porodična medicina bez zdravstvene njege u zajednici	Porodična medicina sa zdravstvenom njegom u zajednici
0-6 godina	56,00	80,00
7-19 godina	28,00	40,00
20-64 godina	42,00	60,00
preko 65 godina	70,00	100,00

Zavodi za javno zdravstvo će definirati sadržaj i obim zdravstvenih preventivnih usluga.

USLUGE PREVENTIVE *	USLUGE LIJEČENJA
Vrsta usluge	Vrsta usluge
Sistematski pregled odraslih	Prvi ljekarski pregled u stanu
Patronažna posjeta starim i iznemoglim	Davanje IV injekcija u stanu
Ostale patronažne posjete	Davanje infuzije u stanu
Sistematski pregled škol.djece	Uzimanje materijala za laboratorijsku analizu
Kontrolni pregled školske djece	Ostale usluge liječenja
Sistematski pregled dojenčadi	Prvi ljekarski pregled
Ljekarski pregled za imunizaciju	Ponovni ljekarski pregled
Davanje sredstava za imunizaciju	Prvi ljekarski pregled djece 1-6 g
Individualna pouka majki o ishrani	Ponovni ljekarski pregled djece 1-6 g
Ciljani pregled	Obrada pupka kod novorođenčadi
Zakazani ciljani razgovor	Primarna obrada rane
Zdravstveno vaspitni rad u maloj grupi	Sekundarna obrada rane
Zdravstveno predavanje zdravstvenih tehničara	Skidanje šavova ili kopči sa previjanjem
Zdravstveno predavanje ljekara	EKG snimanje
Ostale preventivne usluge	Davanje SC ili IM injekcije
Ostale usluge	Davanje IV injekcija
	Ostale usluge liječenja
	Ostale usluge

Program porodične medicine se vrednuje prema slijedećem:

Broj usluga po timu	
Broj usluga po korisniku	
Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa porodične medicine - bodova	

Za stanovništvo koje nije obuhvaćeno porodičnom medicinom zdravstvena zaštita se organizira u okviru:

- opće medicine,
- zdravstvene zaštite predškolske djece,
- zdravstvene zaštita školske djece i omladine,
- patronažne službe.

3.1.2 Zdravstvena zaštita djece

Zdravstvena zaštita djece obuhvata zdravstvenu zaštitu predškolske djece od 0-6 godina koja nisu obuhvaćena porodičnom medicinom, koja obuhvata 1.300 korisnika na jedan radni tim ove populacije.

Sastav tima:

- 1 VSS doktor medicine specijalista pedijatar, specijalista opšte medicine ili doktor medicine,
- 0,2 VŠS viša medicinska sestra,
- 1,5 SSS medicinska sestra.

Tim osigurava 6 usluga po korisniku godišnje sa prosječnim trajanjem usluge od 20 minuta.

Od ukupno raspoloživog radnog vremena 50% se odnosi na obavljanje usluga preventive.

USLUGE PREVENTIVE	USLUGE LIJEČENJA
Vrsta usluge	Vrsta usluge
Sistematski pregled dojenčadi	Prvi ljekarski pregled dojenčeta u ordinaciji
Kontrolni pregled dojenčadi	Ponovni ljekarski pregled dojenčeta u ordinaciji
Sistematski pregled djece 1-6 g.	Prvi ljekarski pregled djeteta 1-6 godina
Kontrolni pregled djece 1-6 g.	Ponovni ljekarski pregled djeteta 1-6 godina
Pregled kod upisa u školu	Obrada pupka kod novorođenčeta
Ljekarski pregled kod smještaja u vrtiće	Obrada usne duplje kod stomatitisa
Ljekarski pregled u svrhu imunizacije	Davanje injekcione terapije
Zdravstveno predavanje	Primarna obrada rane bez šivanja
Individualna poduka majke o ishrani djeteta	Sekundarna obrada površinske rane sa prevjajem
Ostale usluge preventive	Ostale usluge liječenja

Program zdravstvene zaštite djece se vrednuje prema slijedećem:

Broj usluga po timu	
Broj usluga po korisniku	
Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa zdravstvene zaštite djece- bodova	

3.1.3 Polivalentna patronaža sestara u zajednici

Polivalentnu patronažu za stanovništvo koje nije obuhvaćeno porodičnom medicinom, osigurava jedan VŠ zdravstveni tehničar ili posebno edukovan zdravstveni tehničar SSS na 4.600 korisnika.

Patronažna zdravstvena njega je zdravstveno-socijalna djelatnost u cilju promocije i očuvanja zdravlja pojedinca i porodice u zajednici.

Ovom djelatnošću se osigurava 0,36 usluge po korisniku godišnje sa prosječnim trajanjem usluge od 60 minuta.

Vrsta usluge
Prva patronažna posjeta trudnici
Ponovna patronažna posjeta trudnici
Prva patronažna posjeta porodilji
Ponovna patronažna posjeta porodilji
Prva patronažna posjeta dojenčetu
Ponovna patronažna posjeta dojenčetu
Patronažna posjeta djetetu 1-6 godina
Patronažna posjeta starim i iznemoglim preko 65 godina
Ostale patronažne posjete

Program polivalentne patronaže sestara u zajednici se vrednuje prema slijedećem:

Broj usluga po timu	
Broj usluga po korisniku	
Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa polivalentne patronaže sestara u zajednici - bodova	

3.1.4 Higijensko-epidemiološka zaštita

Higijensko-epidemiološka služba osigurava zdravstvenu zaštitu iz svog domena za 50.000 stanovnika na jedan radni tim.

Sastav tima:

- 1 VSS doktor medicine specijalista epidemiologije, higijene ili socijalne medicine,
- 1 VSS diplomirana medicinska sestra ili VŠS viša medicinska sestra ,
- 2,3 SSS medicinska sestra.

Ukupno raspoloživo radno vrijeme tima se raspoređuje prema oblastima:

- poslovi epidemiologije 50%,
- poslovi higijene 20% i
- poslovi socijalne medicine 30%.

Higijensko-epidemiološka služba se organizuje i sprovodi u okviru doma zdravlja ili kantonalnog zavoda za javno zdravstvo.

Kada se ova djelatnost organizuje u okviru kantonalnog zavoda za javno zdravstvo, mora biti organizovana kao posebna organizaciona cjelina, a izvan sjedišta zavoda mora biti organizovan najmanje jedan istureni punkt za područje do 30.000 stanovnika.

Poslovi koje obavlja higijensko-epidemiološka služba:

Evidencija oboljenja-smrti od zaraznih bolesti
Evidencija oboljenja od masovnih nezaraznih bolesti
Prijava epidemija zaraznih oboljenja
Timsko epidemiološko izviđanje naselja
Epidemiološko izviđanje naselja, kolektiva i domaćinstava u kojima postoje uslovi za širenje zaraznih bolesti
Epidemiološko ispitivanje kod pojave zarazne bolesti
Epidemiološko ispitivanje kod pojave zarazne bolesti u kolektivu
Epidemiološko ispitivanje kod pojave zarazne bolesti u domaćinstvu
Praćenje načina prijavljivanja zaraznih bolesti po timu PZZ
Zdravstveni nadzor nad licima iz okoline oboljelog
Registracija sanitarno-higijenskog stanja školskih i predškolskih objekata i objekata za kolektivni smještaj ili ishranu
Registracija i sanitarno-higijenski nadzor deponija smeća najmanje jednom mjesečno
Provođenje sanacije endemskih zaraznih bolesti
Pružanje stručne pomoći u organizaciji obaveznih imunizacija
Izrada analiza, izvještaja i informacija o kretanju zaraznih bolesti
Izrada izvještaja o epidemiji zarazne bolesti
Izrada programa i plana imunizacije
Izrada godišnjeg izvještaja o uspjehu obaveznih imunizacija
Ljekarski pregled u svrhu imunizacije
Izrada plana i organizacija imunizacije stanovništva u vanrednim pilikama
Epidemiološko ispitivanje kod pojave zarazne bolesti u naselju
Kontrola sprovođenja protivepidemijskih mjera u naselju
Izrada prijedloga mjera za likvidaciju epidemije
Registracija i kontrola sanitarno-higijenskog stanja javnih vodnih objekata
Izolacija, prijevoz i liječenje lica oboljelih od određene zarazne bolesti prema propisima
Dezinfekcija i dezinsekcija kod određenih zaraznih bolesti prema propisima
Zdravstveni nadzor nad licima koja podliježu nadzoru prema propisima
Provođenje hemo i sero-profilakse kod određenih zaraznih oboljenja
Sanitarno-higijenski nadzor u naseljima, kolektivima i domaćinstvima
Pružanje stručne pomoći pri uklanjanju sanitarno-higijenskih nedostataka

Program higijensko-epidemiološke zaštite se vrednuje prema slijedećem:

Broj usluga po timu	
Broj usluga po korisniku	
Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa higijensko-epidemiološke zaštite - bodova	

3.1.5 Hitna medicinska pomoć

Hitna medicinska pomoć se osigurava kontinuirano 0-24 sata.

Za naselja do 20.000 stanovnika osigurava se dežurstvo i pripravnost van radnog vremena.

Za naselja preko 20.000 stanovnika hitnu medicinsku pomoć osigurava jedan radni tim na 20.000 stanovnika.

Sastav tima:

- 1 VSS doktor medicine specijalista urgentne medicine, specijalista opšte medicine ili doktor medicine,
- 0,5 VŠS viši zdravstveni tehničar,
- 2 SSS zdravstveni tehničar.

Za osiguranje hitne medicinske pomoći tokom 24 sata priznaju se 3 radna tima.

Programski zadaci:

- Primanje poziva o potrebi za hitnu medicinsku pomoć;
- Pružanje HMP u slučajevima iznenadnog obolijevanja ili nesreće;
- Pružanje hitne porodiljske pomoći ili obavljanje sanitetskog transporta porodilje;
- Pružanje HMP u slučaju masovnih nesreća u industriji ili saobraćaju;
- Pružanje HMP kod akutnog pijanstva ili težih trovanja alkoholom;
- Pružanje HMP kod slučajnih trovanja ili pokušaja samoubistava;
- Pružanje hitnih dijagnostičkih pretraga;
- Pružanje ljekarske i druge medicinske pomoći u stanu naglo oboljelog ili povrijeđanog lica;
- Sanitetski transport kod svih hitnih stanja i nepokretnih bolesnika u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu.

Od svih realizovanih usluga hitne medicinske pomoći najmanje 50% treba biti realizovano izvan ambulante tj. na terenu, odnosno na mjestu povređivanja ili naglog obolijevanja.

Posao HMP se sastoji u slijedećem:

Pružanje hitne ljekarske medicinske pomoći u ordinaciji ili na mjestu naglog oboljenja ili povrede
Pružanje hitne akušerske pomoći porodiljama u stanu ili na drugom mjestu
Hitan sanitetski prevoz oboljelih, povrijeđenih i porodilja u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu
Sanitetski prijevoz povrijeđenih ili bolesnih u najbližu zdravstvenu ustanovu

Program hitne medicinske pomoći se vrednuje prema slijedećem:

Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa hitne medicinske pomoći - bodova	

3.1.6 Reproductivno zdravlje žena

Zdravstvenu zaštitu žena osigurava jedan radni tim na 10.000 korisnika ove populacije u dobi preko 15 godina. Zdravstvenu zaštitu žena na području koje je obuhvaćeno radom porodične medicine, jedan radni tim se osigurava na 11.000 korisnika ove populacije.

Sastav tima:

- 1 VSS doktor medicine specijalista ginekologije ili akušerstva,
- 0,5 VŠS viši zdravstveni tehničar,
- 1,5 SSS zdravstveni tehničar.

Ako je organizovano porodilište/stacionar u tim se dodaju:

- 1 VSS doktor medicine specijalista ginekologije ili akušerstva,
- 2 SSS akušerske sestre.

Radni tim osigurava 1,2 usluge po korisniku godišnje sa prosječnim trajanjem usluge od 23 minute.

Od ukupno raspoloživog radnog vremena 40% se odnosi na obavljanje usluga preventivne.

USLUGE PREVENTIVE	USLUGE LIJEČENJA
Vrsta usluge	Vrsta usluge
Prvi ljekarski pregled trudnice u savjetovalištu	Prvi ljekarski pregled u ordinaciji
Ponovni pregled uz dva kontrolna pregleda	Ponovni ljekarski pregled u ordinaciji
Prvi ljekarski pregled u savjetovalištu	Kolposkopski pregled
Ponovni ljekarski pregled u savjetovalištu	Uzimanje brisa i analiza vaginalnog sekreta
Ljekarski pregled u svrhu rane detekcije karcinoma	Uzimanje brisa na Papanikolau
Koordiniranje i nadzor nad patronažom	Test na trudnoću
Individualne poduke trudnica pred porod	Parenteralno davanje lijeka
Zdravstvena predavanja	Lokalna aplikacija lijeka
Ostale usluge	Ostale usluge

Program reproduktivnog zdravlja žena se vrednuje prema slijedećem:

Broj usluga po timu	
Broj usluga po korisniku	
Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa reproduktivnog zdravlja žena - bodova	

3.1.7 Zdravstvena zaštita nespecifičnih i specifičnih plućnih oboljenja

Pneumofiziološku zdravstvenu zaštitu osigurava jedan radni tim na 49.000 korisnika.

Sastav tima:

- 1 VSS doktor medicine specijalista pneumofiziolog,
- 1 VŠS viši rtg tehničar,
- 1,3 SSS zdravstveni tehničar.

Radni tim osigurava 0,41 usluga po korisniku godišnje sa prosječnim trajanjem usluge od 20 minuta.

Od ukupno raspoloživog radnog vremena 15% se odnosi na obavljanje usluga preventivne.

USLUGE PREVENTIVE	USLUGE LIJEČENJA
Vrsta usluge	Vrsta usluge
TBC testovi kod djece	Prvi ljekarski pregled specijaliste bez radioskopije
TBC testovi kod odraslih	Ponovni ljekarski pregled bez radioskopije
Hemoprofilaksa	Radiografija pluća u jednoj ekspoziciji
Zakazani ciljani razgovori kod specijaliste	Radiografija pluća sa interpretacijom nalaza
Prva patronažna posjeta TBC bolesniku	Tomografija pluća u jednoj ekspoziciji
Ponovna patronažna posjeta TBC bolesniku	Kontrola liječenja u dispanzeru
Davanje sredstava za imunizaciju	Spirometrija
Sistematski pregled	Mjerenje temperature, pulsa, težine i visine
Ljekarski pregled osobe iz kontakta	Uzimanje sputuma na BK
Ostale usluge	Ostale usluge

Program zdravstvene zaštite nespecifičnih i specifičnih plućnih oboljenja se vrednuje prema slijedećem:

Broj usluga po timu	
Broj usluga po korisniku	
Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa zdravstvene zaštite nespecifičnih i specifičnih plućnih oboljenja - bodova	

3.1.8 Fizikalna i mentalna rehabilitacija u zajednici

a) Centar za mentalnu rehabilitaciju

Centar za mentalnu rehabilitaciju kroz svoju djelatnost osigurava promociju i prevenciju mentalnog zdravlja kao i rehabilitaciju mentalno oboljelih soba. Ova djelatnost se osigurava kroz rehabilitaciju u zajednici.

Radni tim osigurava usluge za 55.000 korisnika.

Sastav tima:

- 1 VSS doktor medicine specijalista psihijatar,
- 1 VSS psiholog - klinički psiholog,
- 0,5 VSS socijalni radnik,
- 1 VŠS zdravstveni tehničar - okupacioni terapeut
- 4 SSS zdravstvena tehničara

Za područja za koja nije osnovan CBR za mentalnu rehabilitaciju organizuju se pecijalističko-konsultativna zaštita i to 1 tim na 135.000 korisnika.

U sastav radnog tima ulaze:

- 1 VSS doktor medicine specijalista psihijatar,
- 1 SSS zdravstveni tehničar.

CBR za mentalno zdravlje obavlja slijedeće usluge:

- prvi psihijatrijski pregled
- kontrolni psihijatrijski pregled
- sistematski pregled
- psihijatrijski intervju
- psihijatrijska analiza sa davanjem mišljenja
- sastanak terapijske zajednice u CBR-u
- okupaciona terapija u CBR-u
- liječenje psihotičnog bolesnika sa psihofarmakom (depo-oblik)
- rekreativna terapija
- didaktička grupa sa pacijentima na odjeljenju pod rukovodstvom višeg zdravstvenog tehničara
- učešće u vaspitno-obrazovnom procesu omladine
- sastanak ogleadnog kluba liječenih alkoholičara
- predavanja pacijentima iz alkoholologije
- sastanak socioterapiskog kluba liječenih alkoholičara
- provođenje programa prevencije bolesti ovisnosti u preduzećima, ustanovama i mjesnim zajednicama
- timska obrada podataka
- procjena intelektualnih sposobnosti odraslih
- procjena intelektualnih sposobnosti djece do 14 godina
- intervju kliničkog psihologa
- intervju kliničkog psihologa sa pratiocem
- observacija djeteta
- procjena psihomotornog razvoja djeteta
- procjena mentalnog propadanja i oštećenja
- procjena intelektualnih sposobnosti pri kategorizaciji djece ometene u psiho-fizičkom razvoju
- exploracija ličnosti - procjena strukture ličnosti
- ispitivanje pojedinih psihičkih funkcija za djecu do 14 godina

- ispitivanje pojedinih psihičkih funkcija za odrasle
- exploracija ličnosti projektivnim tehnikama
- psihološko savjetovanje porodice
- psihološko savjetovanje u školi ili preduzećima
- psihološko ispitivanje sposobnosti za posao
- završni intervju psihologa
- davanje psihološke analize i nalaza
- relaksacija ili autogeni trening (individualni)
- relaksacija ili autogeni trening (grupni)
- socio-anamnestički intervju (na terenu)
- socijalna anketa u porodici, preduzeću ili školi
- socijalni tretman u porodici, preduzeću ili školi
- produžena socijalna terapija
- socio-terapijska seansa (individualna)
- ekspertiza socijalnog radnika
- porodično savjetovanje od strane socijalnog radnika
- konzilijarni pregled
- konsultativni pregled
- individualna psihoterapija
- kratka psihoterapija
- intervencija u krizi
- grupna psihoterapija
- kognitivna psihoterapija
- bihevior terapija
- grupna socioterapija
- grupna psihoterapija bračnih parova
- suportivna psihoterapija bračnih parova
- timska obrada pacijenata u CBR-u
- kombinovana psihoterapija sa farmakoterapijom

Program mentalne rehabilitacije u zajednici se vrednuje prema slijedećem:

Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa mentalne rehabilitacije u zajednici - bodova	

b) Centar za fizikalnu rehabilitaciju

Centar za fizikalnu rehabilitaciju kroz svoju djelatnost osigurava promociju zdravlja, prevenciju invaliditeta kao i fizikalnu rehabilitaciju te brigu i pomoć onesposobljenih. Ova djelatnost se osigurava kroz rehabilitaciju u zajednici.

Radni tim osigurava usluge za 55.000 korisnika.

Sastav tima:

- 1 doktor medicine specijalista fizijatar
- 1 VŠ zdravstveni tehničar - fizioterapeut
- 1 VŠ zdravstveni tehničar - radno okupacioni terapeut
- 2 zdravstvena tehničara SSS - fizioterapeut
- 1 zdravstveni tehničar SSS općeg smjera

- 0,5 socijalni radnik
- 0,4 defektolog-logoped

Za područja za koja nije osnovan CBR za fizikalnu rehabilitaciju organizuju se **specijalističko-konsultativna zaštita** i to 1 tim na 135.000 korisnika.

U sastav radnog tima ulaze:

- 1 dr.med.specijalista fizijatar
- 1 zdr. tehničar SSS

Program fizikalne rehabilitacije se vrednuje prema slijedećem:

Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa fizikalne rehabilitacije u zajednici - bodova	

CBR za fizikalnu rehabilitaciju obavlja slijedeće usluge:

- početna standardna obrada
- daljnja standardna obrada
- specijalistički pregled - prvi
- specijalistički pregled - ponovni
- učešće fizijatrijskog tima u radu Komisije stručnjaka za ocjenu preostale radne sposobnosti radnika
- medicinsko-socijalna rehabilitacija bolesnika i porodice
- manuelni mišićni test
- dinamometrija ekstremiteta
- utvrđivanje trofike mišića ruku i nogu
- mjerenje obima pokreta pojedinih zglobova
- ispitivanje električne podražljivosti živaca i mišića primjenom faradske i galvanske struje
- hronaksimetrija senzitivnih i motornih živaca
- određivanje krive I/T
- dermatotermometrija kontakta
- dermatotermometrija bez kontakta
- spirometrija mala
- izometrične vježbe
- aktivno potpomognute vježbe
- aktivno potpomognute vježbe u vodi
- aktivne vježbe sa otporom
- pasivne vježbe
- vježbe koordinacije pokreta ekstremiteta
- vježbe hoda u razboju
- progresivne vježbe sa otporom
- vježbe veslanjem
- vježbe na rotacionom kolu
- grupne vježbe za korekcije stopala
- grupne vježbe za korekcije deformiteta kičmenog stuba
- specijalne vježbe za korekcije deformiteta kičmenog stuba kod djece i omladine
- grupne vježbe u korektivnom gipsu za skoliozu
- grupne vježbe pripreme za EDF
- grupne vježbe u Millwaauki mideru
- grupne vježbe za kičmu kod Behterevljeve bolesti

- grupne vježbe za kičmu po Reganu
- grupne vježbe na strunjači za kičmeni stub i zglobove
- trakcija kičmenog stuba na aparatu
- mehanoterapija na aparatu
- grupne vježbe u malom bazenu
- grupne vježbe u velikom bazenu
- terapija galvanskom istosmjernom strujom
- elektroforeza lijekova
- terapija galvanskom strujom u vodi - lokalno
- terapija galvanskom strujom u vodi - opća
- terapija dijadinamičkom strujom
- blokada simpatičkih gangliona DD strujama
- elektrostimulacija po jednom nervu - bipolarna
- elektrostimulacija po jednom nervu - monopolarna
- elektrostimulacija mokraćnog mjehura
- stabilna faradizacija
- određivanje biodoze
- terapija ultraljubičastim zracima
- terapija svjetlosnom kupkom - aranž
- terapija infracrvenim zracima
- mikrovalna terapija
- terapija ultrakratkim talasima
- kratko-talasna terapija
- terapija interferentnim strujama
- terapija ultrazvukom
- terapija ultrazvukom u vodi
- fonoforeza
- manuelna masaža jedne regije
- manuelna masaža opća
- podvodna masaža vodenim mlazom jedne regije
- podvodna masaža vodenim mlazom - opća
- podvodna masaža u bazenu sa pokretnim tengentorom - jedne regije
- podvodna masaža u bazenu sa pokretnim tengentorom - opća
- masaža vibracionim aparatom
- vakum masaža
- terapija sa CO₂ kupkama (suhe) - lokalno
- terapija sa CO₂ kupkama u vodi - opća
- terapija sa CO₂ kupkama u vodi - lokalno
- terapija prirodnom mineralnom kupkom u kadi
- terapija toplom vodom po Haueffeu - lokalno
- terapija bisernim kupkama - lokalno
- terapija bisernim kupkama - opća
- terapija bisernim kupkama vodom - lokalno
- krio-terapija
- terapija parafinom ili parafangom
- terapija hidrokolatorom
- radna terapija
- postavljanje ortodskog ili ortopedskog pomagala
- terapija vaskulator-aparatom
- intraartikularna blokada - medikamentom
- blokada živca medikamentom
- akupunktura po proceduri

3.1.9 Preventivna zdravstvena zaštita omladine u školama i fakultetima

Specifična preventivna zdravstvena zaštita omladine u školama i fakultetima se organizuje u okviru Zavoda za javno zdravstvo kantona, a osigurava je jedan radni tim na 15.000 djece i omladine u osnovnim i srednjim školama i fakultetima.

Sastav tima:

- 1 doktor specijalista iz oblasti javnog zdravstva ili specijalista školske medicine,
- 3 VŠ medicinska sestra / VSS prvi ciklus medicinska sestra-tehničar.

Godišnja vrijednost nadoknade za program rada tima iznosi 157.500 poena.

Posebni ciljevi školske higijene:

- rano uočavanje i prepoznavanje poremećaja i bolesti,
- spriječavanje nastanka društveno neprihvatljivog ponašanja i ovisnosti,
- usvajanje stavova i navika zdravijeg načina življenja,
- razvijanje odgovornosti za lično zdravlje i zdravlje drugih,
- zaštita duševnog zdravlja posebno vezano za probleme učenja i prilagođavanja na školu,

Sistematske preglede provode ovlašteni izabrani doktori porodične ili opće medicine. Timovi školske higijene su dužni pratiti provođenje sistematskih i kontrolnih pregleda školske djece.

Sadržaj rada školske higijene:

- praćenje i evaluacija provođenja sistematskih i kontrolnih pregleda školske djece,
- praćenje i evaluacija provođenja sistematskih i kontrolnih pregleda nastavnog i drugog osoblja u školama,
- provođenje vakcinisanja školske djece prema Programu obaveznih imunizacija,
- antropometrijska mjerenja školske djece i s ciljem praćenja rasta i razvoja te ranog prepoznavanja poremećaja i bolesti,
- posebni programi za rano otkrivanje bolesti i poremećaja zdravlja,
- praćenje sanitarno-higijenskog stanja u školama i objektima za smještaj učenika,
- ispitivanje prehrambenih navika školske djece,
- zdravstveno-odgojne mjere u školama (metode su predavanja, rasprava, tribina, višnjačka edukacija, distribucija štampanih zdravstveno-promotivnih materijala, učestvovanje u medijskim programima),
- obuka nastavnog i drugog osoblja u školama u vezi sa zdravljem učenika i faktorima rizika,
- predavanja i tribine za roditelje i staratelje.

3.1.10 Zubozdravstvena zaštita

Zubozdravstvena djelatnost obuhvata poslove očuvanja i unapređenja zdravlja, suzbijanje i sprečavanje bolesti usta i zubi a obuhvata zdravstvenu zaštitu usta i zuba:

- a) djece do 6 godina,
- b) djece i omladine od 7 do 19 godina i
- c) odraslih*.

*Nadležni kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja može svojim osiguranicima u okviru većeg obima zdravstvenih prava utvrditi i prava iz zubozdravstvene zaštite odraslih

a) Zubozdravstvena zaštita djece do 6 godina

Zdravstvenu zaštitu zuba i usta djece do 6 godina starosti i trudnica osigurava jedan radni tim na 2.500 korisnika ove populacije

Sastav tima:

- 1 VSS doktor stomatologije specijalista dječije stomatologije (pedodont), opše stomatologije ili doktor stomatologije
- 1 SSS stomatološka sestra

Broj usluga po korisniku je 2,4 godišnje, uz prosječno trajanje usluge od 17 minuta.

USLUGE LIJEČENJA	
	Vrsta usluge
Prvi pregled u stomatološkoj ordinaciji	
Ponovni pregled u stomatološkoj ordinaciji	
Ekstrakcija mliječnog zuba	
Površinska anestezija	
Lokalna anestezija	
Incizija dentalnog apscesa	
Terapija alveolitisa	
Ispitivanje vitaliteta zuba	
Prva pomoć po zubu	
Direktno prekrivanje pulpe	
Jednopovršinska plomba sa poliranjem	
Dvopovršinska plomba sa poliranjem	
Uklanjanje mekih naslaga - po pacijentu	
Impregnacija zuba - po posjeti	
Aplikacija lijeka	
Odstranjivanje polipa pulpe ili gingive	
Pisani stomatološki nalaz	
Ostale usluge	

Program zubno zdravstvene zaštite se vrednuje prema slijedećem:

Broj usluga po timu	
Broj usluga po korisniku	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa zubnozdravstvene zaštite djece do 6 godina - bodova	

b) Zubozdravstvena zaštita djece i omladine od 7 do 19 godina

Zdravstvenu zaštitu zuba i usta populacije od 7 do 19 godina starosti osigurava jedan radni tim na 2.500 korisnika ove populacije.

Sastav tima:

- 1 VSS doktor stomatologije specijalista dječije stomatologije (pedodont), opše stomatologije ili doktor stomatologije
- 1 SSS stomatološka sestra

Broj usluga po korisniku je 2,3 godišnje, uz prosječno trajanje usluge od 15 minuta.

Vrste i broj usluga:

Vrsta usluge
Prvi pregled u stomatološkoj ordinaciji
Ponovni pregled u stomatološkoj ordinaciji
Ekstrakcija mlječnog zuba
Površinska anestezija
Lokalna anestezija
Sprovodna anestezija
Ekstrakcija stalnog zuba
Ekstrakcija vidljivog korijena zuba
Hemostaza nakon ekstrakcije zuba
Incizija dentalnog apscesa
Terapija alveolitisa
Skidanje stare plombe
Aplikacija lijeka- po posjeti
Prva pomoć po zubu
Indirektno prekrivanje pulpe
Direktno prekrivanje pulpe
Jednoprvišinska plomba sa poliranjem
Dvoprvišinska plomba sa poliranjem
Višepovršinska plomba sa poliranjem
Ostale usluge

Program zubno zdravstvene zaštite djece i omladine od 7 do 19 godina se vrednuje prema slijedećem:

Broj usluga po timu	
Broj usluga po korisniku	
Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa zubnozdravstvene zaštite djece i omladine od 7 do 19 godina - bodova	

3.1.11 Laboratorijska i radiološka dijagnostika primarnog nivoa

a) Laboratorijsku djelatnost

Laboratorijsku djelatnost osigurava jedan radni tim na 37.000 korisnika.

Sastav tima:

- 1 VSS specijalista medicinske biohemije
- 1 VŠS zdravstveni tehničar
- 3 SSS zdravstvena tehničara

Broj usluga po korisniku je 0,85 godišnje, uz prosječno trajanje usluge od 16 minuta.

Vrsta usluge
Uzimanje kapilarne krvi - odrasli
Uzimanje kapilarne krvi - djeca
Uzimanje krvi iz vene - odrasli
Uzimanje krvi iz vene - djeca
Sedimentacija eritrocita
Broj eritrocita
Broj leukocita
Broj trombocita
Diferencijalna krvna slika
Opći pregled urina
Holesterol u krvi
Glukoza u krvi i urinu
Ostale usluge
TSH
T3
T4
Hemijska analiza urina (glukoza, proteini, ketoni)

Pored naprijed navedenih laboratorijskih usluga u programe primarne zdravstvene zaštite se mogu uvrstiti i ugovarati i slijedeće laboratorijske usluge:

Vrsta usluge

Broj retikulocita
Oralni test opterećenja glukozom (OGTT)
Alanin aminotransferaza (ALT)
Aspartat aminotransferaza (AST)
Alfa amilaza
Alkalna fosfataza
Bikarbonati u krvi
Željezi u serumu
Ukupno kapacitet vezivanja željeza (UIBC)
Totalni kapacitet vezivanja željeza (TIBC)
Kreatinin
Klirens kreatinina
Trigliceridi
HDL – Holesterol
Glikozirani hemoglobin (HbA1C)

Program laboratorijske i radiološke dijagnostike primarnog nivoa se vrednuje prema sljedećem:

Broj usluga po timu	
Broj usluga po korisniku	
Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa laboratorijske dijagnostike primarnog nivoa - bodova	

b) Radiološka dijagnostička djelatnost .

Radiološku dijagnostičku djelatnost primarnog nivoa osigurava jedan radni tim na 20.000 korisnika.

Ova djelatnost obuhvata samo osnovne radiografske usluge kako slijedi:

- Radiografija pluća u dvije ekspozicije,
- Pregledni snimak abdomena sa zdjelicom, nativno,
- Radiografija i snimak stranog tijela,
- Standardna radiografija u jednoj ekspoziciji,
- Standardna radiografija u dvije ekspozicije,
- Kraniogram.

U okviru ove djelatnosti se obavljaju samo radiografska snimanja. Očitavanje nalaza vrši ordinarijus koji je i tražio snimak, a u slučaju potrebe snimak se može poslati na čitanje radiologu u nadležnu bolnicu.

Sastav tima:

- 1 VŠ radiološki/tehničar / VSS prvi ciklus radiološki inženjer,
- 1 zdravstveni tehničar SSS.

Godišnja vrijednost nadoknade za program rada tima iznosi 68.300 poena.

Program radiološke dijagnostike primarnog nivoa se vrednuje prema sljedećem:

Broj usluga po timu	
Broj usluga po korisniku	
Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa radiološke dijagnostike primarnog nivoa - bodova	

3.1.12 Apotekarska djelatnost

Apotekarska djelatnost je dio zdravstvene djelatnosti koja se obavlja na primarnom nivou zdravstvene zaštite i koja osigurava snabdijevanje stanovništva, i privatnih praksi lijekovima i medicinskim sredstvima, kao i izradu galenskih i magistralnih pripravaka na način i u skladu sa propisom kojim se uređuje apotekarska djelatnost.

Apotekarska djelatnost osigurava snabdijevanje lijekovima osiguranih lica sa liste lijekova koji se mogu propisivati na teret sredstava nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

Sastav tima:

- 1 VSS magistar farmacije,
- 0,5 SSS farmaceutske tehničar.

Apoteka je dužna obezbijediti dostupnost svojih usluga korisnicima u trajanju od 12 sati dnevno. Apotekarsku djelatnost obezbjeđuje jedan (1) tim na 5000 stanovnika.

Za naseljena mjesta preko 20000 stanovnika neophodno je obezbijediti noćno dežurstvo apoteke.

3.1.13 Liječenje i rehabilitacija u kući

Zdravstvena njega u kući uključujući i palijativnu njegu sprovodi se po uputama i stručnom nadzoru doktora medicine - porodičnog liječnika na 5.500 korisnika, a ovu djelatnost obavlja:

- 1 SSS zdravstveni tehničar - opšeg smjera

Ova djelatnost osigurava 0,65 usluga po korisniku godišnje sa prosječnim trajanjem usluge od 30 minuta.

Zdravstvena njega u kući obuhvata slijedeće aktivnosti:

Kompletna njega nepokretnog i teško pokretnog bolesnika,
Prevenција komplikacija dugotrajnog ležanja,
Aktivno i pasivno razgibavanje,
Priprema i primjena peroralne i lokalne terapije,
Uzimanje dijagnostičkog materijala kod nepokretnog bolesnika,
Toaleta i prevoј rana,
Primjena terapije kod terminalnog bolesnika,
Toaleta stoma,
Hranjenje bolesnika na usta ili putem postavljene sonde,
Kateterizacija mokraćnog mjehura,
Mjerenje i registracija vitalnih funkcija,
Poduka pacijenta i porodice za samozbrinjavanje,
Ostale usluge.

Program liječenja i rehabilitacije u kući se vrednuje prema slijedećem:

Broj usluga po timu	
Broj usluga po korisniku	
Broj korisnika na 1 radni tim	
Broj radnih timova	
Vrijednost programa za jedan tim - bodova	
Ukupna vrijednost programa liječenja i rehabilitacije u kući - bodova	

3.2 MODEL PROGRAMA SEKUNDARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Zdravstvena djelatnost na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite obuhvata:

- 3.2.1. specijalističko-konsultativnu i
- 3.2.2. bolničku zdravstvenu djelatnost.

3.2.1. Specijalističko-konsultativna zdravstvena djelatnost na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite predstavlja dio zdravstvene djelatnosti koja, kroz pružanje vanbolničkih usluga, osigurava podršku primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj djelatnosti, a s ciljem povećanja stepena rješavanja zdravstvenih problema pacijenata i racionalnijeg korištenja resursa u zdravstvu.

Specijalističko-konsultativnu djelatnost osigurava se u skladu sa odredbama člana 39 i 84 Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

	Specijalistička disciplina		Broj korisnika na 1 radni tim	Godišnja naknada za program tima u bodovima
1	2	3	4	5
1.	Interna medicina			
1.1.	Opšta intema	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	40.000	
1.2.	Kabinet za koronarna oboljenja i hipertenziju	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	122.000	
1.3.	Kabinet za reumatologiju	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	500.000	
1.4.	Kabinet za gastroenterologiju	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	500.000	
1.5.	Kabinet za nefrologiju	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	500.000	

1.6.	Kabinet za dijabetes	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	275.000	
1.7.	Kabinet za hematologiju	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	500.000	
2.	Pedijatrija (za stanovništvo koje nije obuhvaćeno porodičnom medicinom)	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	40.000	
	Pedijatrija (za stanovništvo obuhvaćeno porodičnom medicinom)	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	10.000	
3.	Hirurgija			
3.1.	Opšta hirurgija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	65.000	
3.2.	Abdominalna hirurgija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	300.000	
3.3.	Grudna hirurgija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	300.000	
3.4.	Dječija hirurgija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	300.000	
3.5.	Vaskularna hirurgija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	300.000	
3.6.	Neurohirurgija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	300.000	

3.7.	Plastična hirurgija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	300.000	
4.	Ginekologija i akušerstvo			
4.1.	Savjetovalište za djecu i adolesc. ginekologiju	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	30.000	
4.2.	Citološka dijagnostika	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	300.000	
4.3.	Ultrazvučna dijagnostika	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	300.000	
4.4.	Savjetovalište za bračni fertilitet	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	125.000	
5.	Infektologija	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	275.000	
6.	Pneumoftiziologija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	275.000	
7.	Neurologija	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	90.000	
8.	ORL	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	60.000	
9.	Oftalmologija	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	40.000	
10.	Ortopedija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar	140.000	

		1 SSS zdr. tehn.		
11.	Urologija	1 dr.med. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	167.000	
12.	Dermatologija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	80.000	
13.	Traumatologija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	140.000	
14.	Angiologija	1 dr.med. specijalista 0,5 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehn.	210.000	
15.	Maksilofacijalna hirurgija	1 dr.med.ili stomatol. specijalista 1 SSS zdr. tehn.	252.000	
16.	Bolesti usta	1 dr.stomatologije specijalista 1 SSS zdr. tehn.	252.000	
17.	Bolesti zuba	1 dr.stomatologije specijalista 1 SSS zdr. tehn.	252.000	
18.	Ortodoncija	1 dr.stomatologije specijalista 1 SSS stomatol. sestra 1 SSS zubni tehničar	168.000	
19.	Pedodoncija	1 dr.stomatologije specijalista 1 SSS zdr. tehn.	168.000	
20.	Oralna hirurgija	1 dr.stomatologije specijalista 1 SSS zdr. tehn.	168.000	
21.	Stomatološka protetika	1 dr.stomatologije specijalista 1 SSS stomatol. sestra 1 SSS zubni tehničar	168.000	

3.2.2.1. Bolnička zdravstvena djelatnost sekundarnog nivoa obuhvata dijagnosticiranje, liječenje i medicinsku rehabilitaciju, zdravstvenu njegu, boravak i prehranu pacijenata u bolnicama.

	Naziv djelatnosti	Broj BO dana na 1000 stanovnika		Broj bolesničkih postelja na 1000 stanovnika		Prosječna dužina liječenja (dana)	Prosječna stopa liječenih na 1000 stanovnika	Godišnja naknada za bolničku zdr. zaštitu po BO danu u bodovima	Broj postelja na 1 tim
1.	Interna medicina	178,6		0,5161		12	14,88		
1.1.	Nivo opće bolnice		126,0		0,3641	12	10,50		11
1.2.	Nivo kantonalne bolnice		52,6		0,1520	12	4,38		8
2.	Pedijatrija	91,9		0,2801		10	9,19		
2.1.	Nivo opšte bolnice		68,5		0,2088	10	6,85		12
2.2.	Nivo kantonalne bolnice		23,4		0,0713	10	2,34		9
2.3.	Prematurusi	5,4		0,0165		10	0,54		6
2.4.	Majke pratilje	5,4		0,0165		10	0,54		
3.	Hirurgija	140,1		0,4272		9	15,57		
3.1.	Nivo opće bolnice		99,7		0,3040	9	11,08		10
3.2.	Opća hirurgija		10,1		0,0308	9	1,12		8
3.3.	Abdominalna hirurgija		16,2		0,0494	9	1,80		7
3.4.	Dječija hirurgija		6,1		0,0186	9	0,68		7
3.5.	Grudna hirurgija		2,0		0,0061	9	0,22		6
3.6.	Neurohirurgija		2,0		0,0061	9	0,22		6
3.7.	Vaskularna hirurgija		2,0		0,0061	9	0,22		7
3.8.	Plastična hirurgija		2,0		0,0061	9	0,22		7
4.	Ginekologija	38,6		0,1116		6	6,43		

4.1.	Nivo opće bolnice		24,1		0,0697	6	4,02		13
4.2.	Nivo kantonalne bolnice		14,5		0,0419	6	2,42		10
5.	Akušerstvo	38,2		0,1317		4	9,55		
5.1.	Nivo opće bolnice		23,9		0,0824	4	5,98		14
5.2.	Nivo kantonalne bolnice		14,3		0,0493	4	3,58		11
6.	Novorođenčad	38,2		0,1317		4	9,55		
6.1.	Nivo opće bolnice		23,9		0,0824	4	5,98		14
6.2.	Nivo kantonalne bolnice		14,3		0,0493	4	3,58		11
7.	Infektologija	25,8		0,0890		12	2,15		8
8.	Pneumofiziologija	78,5		0,2706		45	1,74		18
9.	Neurologija	40,8		0,1176		21	1,94		12
10.	Psihijatrija	119,3		0,3439		50	2,39		12
11.	ORL	19,6		0,0589		7	2,80		12
12.	Oftalmologija	18,7		0,0574		13	1,44		12
13.	Ortopedija	23,2		0,0712		21	1,10		9
14.	Urologija	16,7		0,0512		11	1,52		8
15.	Derma	9,4		0,0279		7	1,34		14
16.	Fizijatrija	100,2		0,2791		40	2,51		15
		988,6		2,9982		6,6	150,37		

Od ukupnog broja BO dana 6% se odnosi na BO dane u poluintenzivnoj njezi, a 3% na BO dane u intenzivnoj njezi.

Kapaciteti specijalnih bolnica su uključeni u standard bolničke zdravstvene zaštite sekundarnog nivoa.

Dijagnostička djelatnost za hospitalizirane pacijente na sekundarnom nivou se osigurava kroz obavljanje slijedećih djelatnosti:

R.b.	Naziv djelatnosti	Sastav radnog tima	Broj postelja na 1 radni tim	Godišnja naknada za program rada tima u bodovima
1.	Transfuziologija	-1,0 dr.med.spec. - 1,5 VŠS zdr.tehn. - 3,5 SSS zdr.tehn.	400	
2.	Radiologija	- 1,0 dr.med.spec. - 2,0VŠS zdr.tehn. - 1,0 SSS zdr.tehn.	250	
3.	Nuklearna medicina	- 1 doktor medicine spec. - 0,5 dipl.ing.hemije - 0,5 dipl. fizičar - 1 VŠS RTG tehničar - 1,5 SSS zdravstvena tehničara	900	
4.	Laboratorijska djelatnost			
4.1.	Hematološki laboratorij	- 1,0dr.med.spec. - 1,0VŠS zdr.tehn. - 3,5 SSS zdr.tehn.	350	
4.2.	Biohemijski laboratorij	- 1,0dr.med.spec. - 1,0VŠS zdr.tehn. - 3,5 SSSzdr.tehn.	350	
4.3.	Mikrobiološki laboratorij	- 1,0 dr.med.spec. - 1,0VŠS zdr.tehn. - 4,0 SSS zdr.tehn.	600	
5.	Patološka anatomija	- 1,0 dr.med.spec. - 1,0 VŠS zdr.tehn. - 2,0 SSS zdr.tehn.	600	

Djelatnost snabdijevanja bolnica lijekovima, sanitetskim materijalom i lijekovitim pripravcima obezbjeđuje se kroz djelatnost bolničke apoteke:

R.b.	Nivo bolnice	Sastav radnog tima	Broj postelja na 1 radni tim	Godišnja naknada za program rada tima u bodovima
1.	Opća bolnica	-1,0 mr.farmacije. - 2,0 SSS farm.tehn.	350	
2.	Kantonalna bolnica	- 1,0 mr.farmacije. - 0,3 mr.ph. spec. kontrole lijekova - 0,3 mr.ph. spec. farm. tehnologije - 0,3 mr.ph. spec. farmako informatike - 2,0 SSS farm.tehn.	350	

3.3 MODEL PROGRAMA TERCIJARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Zdravstvena djelatnost na tercijarnom nivou obuhvata i pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz:

- a) specijalističko-konsultativnih i
- b) bolničkih zdravstvenih djelatnosti.

3.3.1 SPECIJALISTIČKO- KONSULTATIVNA DJELATNOST TERCIJARNOG NIVOVA

	Zdravstvena djelatnost	Broj korisnika na 1 radni tim	God. vrijednost usluga po timu (bodova)
1.	Nefrologija	723.000	
2.	Kardiologija i bolesti cirkulatornog sistema	500.000	
3.	Gastroenterologija i bolesti ishrane i metabolizma	660.000	
4.	Endokrinologija	736.000	
5.	Hematologija	602.000	
6.	Reumatologija	736.000	
7.	Profesionalna patologija i toksikologija	200.000 zaposlenih	
8.	Pedijatrija	300.000	
9.	Pneumofiziologija	672.000	

10.	Neurologija i psihijatrija	322.000	
11.	Infektologija	736.000	
12.	Dermatovenerologija	736.000	
13.	Onkologija i radioterapija		
13.1.	Kabinet za radioterapiju	736.000	
13.2.	Kabinet za maligna oboljenja i tumore	300.000	
14.	Ortopedija i traumatologija	736.000	
15.	Rekonstruktivna i plastična hirurgija	736.000	
16.	Angiologija i vaskularna hirurgija	736.000	
17.	ORL	736.000	
18.	Oftalmologija	450.000	
19.	Maksilofacijalna hirurgija	736.000	
20.	Ginekologija	736.000	
21.	Transplantologija	920.000	
22.	Humana genetika	1.000.000	

Sastav radnih timova se preuzima iz Standarda i normativa zdravstvene zaštite iz 1986. godine (tzv. Plava knjiga)

3.3.2 BOLNIČKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TERCIJARNOG NIVOVA

Specijalistička disciplina	Prosječna stopa liječenih na 1000 stanovnika	Prosječna dužina liječenja (dana)	Broj BO dana na 1000 stanovnika	Broj kreveta na 1000 stanovnika	Broj postelja na 1 tim	Cijena BO dana u bodovima
Nefrologija	0,4807	14	6,73	0,0194	6	
Kardiologija	0,3288	14	5,30	0,0154	6	
Gastroenterologija	0,1327	11	1,46	0,0042	6	
Endokrinologija	0,1333	12	1,60	0,0046	6	
Hematologija	0,1993	15	2,99	0,0086	6	

Reumatologija	0,0850	14	1,19	0,0035	6	
Profesionalna patologija i toksikologija	0,1070	10	1,07	0,0031	6	
Pedijatrija	0,3600	14	5,04	0,0154	6	
Pneumofiziologija	0,4675	16	7,48	0,0216	6	
Neurologija	0,2000	24	4,80	0,0139	5	
Infektologija	0,0754	13	0,98	0,0028	5	
Derma	0,1031	13	1,34	0,0039	6	
Onkologija i radioTH	0,7677	13	9,98	0,0288	6	
Fizijatrija	0,1136	45	5,01	0,0142	8	
Abdominalna hir.	0,5340	10	5,34	0,0163	6	
Urologija	0,3800	11	4,18	0,0127	5	
Ortopedija i traumat.	0,6282	17	10,68	0,0325	6	
Torakalna hir.	0,2561	18	4,61	0,0140	5	
Hir. dojke	0,2290	10	2,29	0,0070	6	
Neurohirurgija	0,6400	15	9,60	0,0293	5	
Plast. hirurgija	0,2331	16	3,73	0,0114	5	
Dječija hirurgija	0,1142	12	1,37	0,0042	6	
Angiologija i vaskul. hirurgija	0,3561	11	3,81	0,0122	6	
ORL	0,1708	13	2,22	0,0067	6	
Ofthalmologija	0,1492	13	1,94	0,0059	6	
Maksilofac. hirurgija	0,1492	13	1,94	0,0059	6	
Ginekol. i akušerstvo	0,4270	10	4,27	0,0148	5	
Transplantologija	0,0467	21	0,98	0,0029	5	
Kardiohirurgija	0,2127	16	3,42	0,0095	5	
UKUPNO	8,0586		115,29	0,3447		

Dijagnostička djelatnost za hospitalizirane pacijente na tercijarnom nivou se osigurava kroz obavljanje slijedećih djelatnosti:

R.b.	Naziv djelatnosti	Sastav radnog tima	Broj postelja na 1 radni tim	Godišnja naknada za program rada tima u bodovima
1.	Biohemijska laboratorijska dijagnostika			
1.1.	Hematološki laboratorij	- 1,0 dr.med.spec. -1,0 spec.med.biohem. -1,0 VŠS zdr.tehn. -2,0 SSS zdr.tehn.	120	
1.2.	Imunološki laboratorij	- 1,0 dr.med.spec. - 0,5 spec.med.biohem. - 1,0 VŠS zdr.tehn. - 2,0 SSS zdr.tehn.	350	
1.3	Biohemijski laboratorij	- 1,0 dr.med.spec. - 1,0 spec.med.biohem. - 2,0 VŠS zdr.tehn. - 4,0 SSS zdr.tehn.	180	
2.	Mikrobiološki laboratorij	- 1,0 dr.med.spec. - 1,0 VŠS zdr.tehn. - 4,0 SSS zdr.tehn.	180	
3.	Radiologija	- 1,0 dr.med.spec. rtg - 0,5 dr.med.spec.odgovarajuće grane - 2,0 VŠ zdr.tehn. - 1,0 SSS zdr.tehn.	150	
4.	Nuklearna medicina	-1 doktor medicine spec. -0,5 dipl.ing.hemije -0,5 dipl. fizičar ili matematičar -1 VŠS RTG tehničar -1,5 SSS zdravstvena tehničara	600	
5.	Transfuziologija	- 1,0 dr.med.spec.transf. - 0,3 dr.med.spec. inteme - 0,5 biolog - 0,3 mr.ph. spec. - 0,3 spec.med. biohemije - 0,3 hemičar - 1,5 VŠS zdr.tehn. - 3,5 zdr.tehn. SSS	500	
6.	Patološka anatomija	- 1,0 dr.med.spec. - 2,0 VŠS zdr.tehn. - 1,0 SSS zdr.tehn.	500	

Ostale bolničke djelatnosti:

R.b.	Naziv djelatnosti	Sastav radnog tima	Broj postelja na 1 radni tim	Godišnja naknada za program rada tima u bodovima
1.	Klinička farmakologija	-1,0 spec.kliničke farmakologije -1,0 SSS zdravstveni tehničar	900	
2.	Prevenција intrahospitalnih infekcija	- 1,0 spec. epidemiolog - 1,0 VŠS sanitarni.tehn. - 1,0 SSS sanitarni. tehn.	800	
3.	Anesteziologija i reanimacija	-1,0 dr.med. specijalista -0,5 VŠS viši zdr. tehničar (anestetičar) - 1,0 SSS zdr.tehničar	40 hirurških postelja	
4.	Urgentna medicina	-1,0 dr.med. specijalista -0,3 VŠS med.tehničar -3,0 SSS zdravstveni tehničar	150	

3.4. VANBOLNIČKA DIJAGNOSTIČKA DJELATNOST SEKUNDARNOG I TERCIJARNOG NIVOVA.

Vanbolnička dijagnostička djelatnost sekundarnog i tercijarnog nivoa osigurava se kroz obavljanje slijedećih djelatnosti:

3.4.1. Transfuziologija *

Transfuziološka dijagnostička djelatnost osigurava i sprovodi jedan radni tim na 450.000 osiguranih lica.

Sastav tima:

- 1 doktor medicine specijalista transfuziolog
- 1,5 VŠS zdravstveni tehničar
- 3,5 SSS zdravstvena tehničara

3.4.2. Radiološka dijagnostika *

Radiološku dijagnostičku djelatnost osigurava i sprovodi jedan radni tim na 72.000 osiguranih lica.

Sastav tima:

- 1 VSS doktor medicine specijalista radiodijagnostike
- 2 VSS diplomirani inženjer medicinske radiologije ili VŠS viši rtg tehničar
- 1 SSS zdravstvena tehničara

*Djelatnost transfuziologije i radiološke dijagnostike sa utvrđenim sastavom tima se primjenjuje do donošenja posebnog propisa od strane Federalnog ministarstva zdravstva kojim će regulirati ove djelatnosti.

3.4.3. Ultrazvučna dijagnostika

Ultrazvučnu dijagnostičku djelatnost osigurava i sprovodi jedan radni tim na 36.000 osiguranih lica.

Sastav tima:

- 1 doktor medicine specijalista radiodijagnostike ili specijalista internističke odnosno hirurške grane sa završenom edukacijom iz UZ-dijagnostike
- 0,2 VŠS zdravstveni tehničar
- 2 SSS zdravstvena tehničara

Ultrazvučna dijagnostika se može organizovati i u okviru drugih specijalističkih djelatnosti kroz rad specijalista internističke ili hirurške grane sa završenom edukacijom iz ultrazvučne dijagnostike koja je provedena na radiološkoj nastavnoj bazi medicinskog fakulteta ili specijalnoj školi za ultrazvuk priznatoj od medicinskog fakulteta.

3.4.4. Laboratorijska dijagnostika

3.4.4.1. Hematološki laboratorij

Hematološku laboratorijsku dijagnostičku djelatnost osigurava i sprovodi jedan radni tim na 342.000 osiguranih lica.

Sastav tima:

- 1 specijalista hematolog
- 1 VŠS zdravstveni tehničar
- 3,5 SSS zdravstvena tehničara

3.4.4.2. Biohemijski laboratorij

Biohemijsku laboratorijsku dijagnostičku djelatnost osigurava i sprovodi jedan radni tim na 205.000 osiguranih lica.

Sastav tima:

- 1 specijalista medicinske biohemije
- 1 VŠS zdravstveni tehničar
- 3,5 SSS zdravstvena tehničara

3.4.4.3. Mikrobiološki laboratorij

Mikrobiološku laboratorijsku dijagnostičku djelatnost osigurava i sprovodi jedan radni tim na 342.000 osiguranih lica.

Sastav tima:

- 1 specijalista mikrobiolog
- 1 VŠS zdravstveni tehničar
- 4 SSS zdravstvena tehničara

Vrijednost programa za sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu se utvrđuje u bodovima tako što se za specijalističko-konsultativnu i dijagnostičku djelatnost utvrđuje broj bodova po timu a za bolničku zdravstvenu zaštitu se utvrđuje broj bodova po bo danu.

3.5 MODEL PROGRAMA ZDRAVSTVENIH USLUGA I PROGRAMA KOJI SE FINANSIRAJU SREDSTVIMA FEDERALNOG FONDA SOLIDARNOSTI

Odlukom o utvrđivanju Osnovnog paketa zdravstvenih prava i Odlukom o utvrđivanju prioriteta vertikalnih programa zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioriteta najsiroženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati osiguranim osobama na teritoriju Federacije Bosne i Hercegovine, posebno se sačinjava program zdravstvene zaštite za pružanje zdravstvenih usluga, nabavku lijekova i potrošnih medicinskih materijala, i provođenje preventivnih programa koji se finansiraju sredstvima federalnog fonda solidarnosti.

Program federalnog fonda solidarnosti uključuje slijedeće:

1. Zdravstvene usluge, prema tabelarnom pregledu federalnog fonda solidarnosti, se finansiraju prema utvrđenim cijenama po usluzi,
2. Nabavka lijekova: citostatici, citostatici sa posebnim režimom propisivanja, lijekovi za hemodijalizu, imunosupresivi, lijekovi za liječenje oboljelih od AIDS-a, lijekovi za liječenje oboljelih od hemofilije, imunoglobulini, lijekovi za liječenje oboljelih od hepatitisa C i teških oblika hepatitisa B, lijekovi za liječenje multipla skleroze, lijekovi za obaveznu imunizaciju djece od zaraznih bolesti, lijekovi za prevenciju respiratornog sincijalnog virusa, lijekovi za liječenje oboljelih od Cronove bolesti,
3. Nabavka potrošnog medicinskog i ostalog materijala,
4. Provođenje preventivnih programa.

Nabavku lijekova i potrošnog medicinskog i ostalog materijala vrši Federalni zavod na način i u skladu sa procedurama propisanim Zakonom o javnim nabavkama.

PREGLED ZDRAVSTVENIH USLUGA KOJE SE FINANSIRAJU SREDSTVIMA
FEDERALNOG FONDA SOLIDARNOSTI

ŠIFRA	NAZIV	BROJ USLUGA	VRLJEDN OST
701 DIJALIZA			
7011	Usluga hemodijalize (rad i topli obrok za pacijenta)		
	701101 Potrošni materijal hronične hemodijalize		
7012	Prijevoz na hemodijalizu		
	701201 Prijevoz na hemodijalizu do 30 km		
	701202 Prijevoz na hemodijalizu od 30 do 100 km		
	701203 Prijevoz na hemodijalizu od 100 do 150 km		
	701204 Prijevoz na hemodijalizu više od 150 km		
7013	Peritonealna dijaliza -potrošni materijal		
7014	Usluga akutne hemodijalize		
	701401 Potrošni materijal akutne hemodijalize		
703 RADIOTERAPIJA			
7031	Nova klasifikacija radioterapije (od 01.01.2004.g.)		
	703103 Prostata		
	703104 Mokraćni mjehur		
	703105 ORL		
	703108 Rektum		
	703109 Dojka		
	703110 Limfne lože dojke		
	703111 CNS		
	703112 Limfom		
	703113 Brahiterapija (unutrašnje zračenje)		
	703114 Sarkomi		
	703115 Palijativno zračenje (kratko)		
	703116 Palijativno zračenje (dugo)		
	703117 Koža-zračenje elektronima		
	703118 Koža-površinsko zračenje		
	703119 Bubrež-lumbalna loža		
	703120 Želudac		
	703121 Testis-limfne lože		
	703122 Ginekološki tumori-vanjsko zračenje Ginekološki tumori-vanjsko i unutrašnje zračenje		
	703123 Pluća		
	703125 Jednjak		
	703126 Dojka sa limfnim ložama BO dani za radioterapiju		
7034			
704 KARDIOLOGIJA I KARDIOHIRURGIJA			
7040	Invazivna i interventna kardiologija		
	704001 Koronarografija		
70401	Koronarografija sa ugradnjom stenta		
	704010 Koronarografija sa ugradnjom 1 stenta		
	704011 Koronarografija sa ugradnjom 2 i više stenta		
	704012 Koronarografija sa balon dilatacijom		

	704013	Urgentna koronarografija sa ugradnjom jednog stenta	
	704014	Urgentna koronarografija sa ugradnjom 2 i više stenta	
70402		Ugradnja stenta	
	704020	Ugradnja 1 stenta	
	704021	Ugradnja 2 ili više stenta	
70403		Elektrofiziologija	
70404		Zatvaranje arterijskog septalnog defekta (ASD okluder)	
	70405	Zatvaranje ventrikularnog septalnog defekta (VSD okluder)	
	70406	Pace-maker trajni za djecu i omladinu do 18 godina	
7047		Operacije urođenih srčanih mana	
		Operat. zahvati kongenitalnih srčanih mana kod djece	
70470		djece	
	704700	Liječenje djece u inostranstvu	
	704701	Perzistentni ductus arteriozus	
	704702	Atrio-septalni sekundum defekt	
	704703	Tetralogija Fallot	
	704704	Kompletni atrio-ventrikularni defekt	
	704705	Operacija po Switch, Mustard, Senning	
	704706	Plućna atrezija (PA) + (VSD) + rekonstrukcija sa kondultom	
	704707	Fontanova operacija	
	704708	Prematursi manji od 2500 g	
	704709	Dnevnice i troškovi prijevoza djece u inostranstvu	
70471		Urođene srčane mane kod odraslih	
	704710	Operacija urođene srčane mane kod odraslih	
7048		Operativni kardiohirurški zahvati kod odraslih	
	70481	Operacija karotidnih arterija	
	70482	Ugradnja by-passa sa operacijom karotidnih arterija	
70483		Hirurgija torakalne aorte	
	704830	Ty-David operacija	
	704831	Suprakoronarna resekcija ascendentne aorte sa zamjenom zaliska	
	704832	Suprakoronarna resekcija aorte bez zamjene zaliska	
	704833	Aneurizma descendentne aorte	
	704834	Disekcija ascendentne aorte	
	704835	Disekcija descendentne aorte	
	704836	Zamjena ascendentne aorte i aortnog luka	
	704837	Koarktacija aorte	
	704838	Operacija ASD	
	704839	Operacija VSD	
7049		Operativni kardiohirurški zahvati odraslih	
70490		Bypas	
	704900	Ugradnja Bypass-a	
	704901	Reoperacija Bypass-a	
70491		Bypass i popravka valvula	
	704910	Bypass + popravka 1 valvule	
	704911	Bypass + popravka 2 valvule	

70492	Zamjena-reoperacija 1 valvule		
704920	Zamjena 1 valvule		
704921	Reoperacija 1 valvule		
70493	Zamjena-reoperacija 2 valvule		
704930	Zamjena 2 valvule		
704931	Reoperacija 2 valvule		
70494	Bypass i zamjena valvula		
704940	Bypass i zamjena 1 valvule		
704941	Bypass i zamjena 2 valvule		
70495	Zamjena 1 valvule i popravka 1 valvule		
70496	Popravak valvula		
704960	Popravak 1 valvule		
704961	Popravak 2 valvule		
70497	Bental operacija		
70498	Aneurizma ventrikula		
70499	Tumor srca (mixom)		
705 NEUROHIRURGIJA			
70510	Tumori i degenerativna oboljenja kičme		
705104	Implantati za tumore i degenerativna oboljenja kičme		
70511	Cerebrovaskularna mikrohirurgija		
705116	Implantati cerebrovaskularne mikrohirurgije		
70512	Supratentorijalni tumori i apscesi		
705120	Implantati za supratentorijalne tumore i apscese		
70513	Infratentorijalni tumori i apscesi		
705130	Implantati za infratentorijalne tumore i apscese		
70514	Tumori baze lobanje		
705140	Implantati za tumore baze lobanje		
70515	Tumori moždanog stabla		
705150	Implantati za tumore moždanog stabla		
70516	Funkcionalna neurohirurgija		
705160	Implantati funkcionalne neurohirurgije		
70517	Kongenitalne anomalije		
705170	Implantati za kongenitalne anomalije		
70518	Vitalne intervencije u neurohirurškoj intenzivnoj njezi		
705180	Implantati za intervencije u neurohirurškoj intenzivnoj njezi		
70519	Mikroneurohirurgija perifernog nervnog sistema		
705190	Implantati mikroneurohirurgije perifernog nervnog sistema		
70520	Sterotaksija (funkcijska neurohirurgija)		
705200	Implantati sterotaksije (funkcijske neurohirurgije)		
7053	Neurohirurška operacija gama nožem		
706 ORTOPEDIJA I TRAUMATOLOGIJA			
7061	Operacija urođenih deformiteta kičme kod djece		
70610	Implantati za operaciju urođenih deformiteta kičme		
7062	Operacija multiplih preloma kičme		
7063	Operacija multiplih preloma karlice		

707 TORAKALNA HIRURGIJA			
7071	Operacija karcinoma bronha		
7072	Operacija karcinoma jednjaka		
708 TRANSPLANTACIJA			
Troškovi dijagnostičkih i laboratorijskih pretraga kod bolesnika na listi čekanja za transplantaciju bubrega			
70801	Usluge za prijavu na listu čekanja		
708010	Dijagnostičke usluge u dijal. centru i bolnici		
708011	Dijagnostičke usluge u zavodima za transfuziju		
70802	Usluge za vrijeme čekanja na transplantaciju		
708020	Dijagnostičke usluge u dijal. centru i bolnici		
708021	Dijagnostičke usluge u zavodima za transfuziju		
70803	Usluge u slučaju kliničke indikacije		
7081	Transplantacija bubrega		
708101	Transplantacija bubrega sa živog davatelja		
708102	Priprema primaoca za transplantaciju		
708103	Priprema davaoca za transplantaciju		
708201	Transplantacija bubrega sa kadavera		
7083	Transplantacija jetre		
70831	Transplantacija sa živog davaoca		
70832	Transplantacija sa kadavera		
7084	Transplantacija koštane srži		
70841	Transplantacija koštane srži -Alogena		
708410	Troškovi transplantacije		
708411	Troškovi transfuzije		
70842	Transplantacija koštane srži -Autologna		
708420	Troškovi transplantacije		
708421	Troškovi transfuzije		
70843	Troškovi čuvanja matičnih ćelija u krioprotektoru (312KM/mjesecu/uzorku)		
7085	Transplantacija rožnjače		
712 UGRADNJA IMPLANTATA			
7120	Ugradnja kohelarnog implantata (50% ukupnih troškova)		
713 ONKOLOGIJA			
7130	Liječenje oboljenja-stanja dječije onkologije		
713002	Troškovi zdravstvenih usluga za liječenje u inostranstvu		
713003	Troškovi prijevoza djece u inostranstvu		
7131	Tipizacija tkiva za transplantaciju koštane srži		
71310	Tipizacija klasa I		
71311	Tipizacija klasa II		
71312	DNA tipizacija Low		
71313	DNA tipizacija visoka rezolucija		
7132	Nuklearna medicina		
71320	Terapija Ca štitnjače		
713201	Terapija Ca štitnjače radioaktivnim jodom		
PREVENTIVNI PROGRAMI I PROGRAMI UNAPRIJEĐENJA			
715 ZDRAVLJA			
7151	Program prevencije HIV/AIDS		
715101	Savjetovanje prije testiranja		
715102	Savjetovanje nakon testiranja		

	715103	Testiranje - "Elisa test"		
	715104	Testiranje - "Combo test"		
	715105	Testiranje - "Western Blot"		
	715106	PCR-kvantitativno testiranje		
	715107	PCR - kvalitativno testiranje		
	715108	Genotipizacija		
	71511	Testiranje na hepatitis C		
7152	Programi unaprijedenja zdravlja djece			
	Program unaprijedenja oralnog zdravlja djece			
	71521			
	715210	Troškovi materijala		
	715211	Troškovi naknada za rad kantonalnih koordinatora		
	715212	Troškovi naknada za rad federalnih koordinatora		
	715213	Troškovi naknada za rad kontakt osoba		
	715214	Troškovi naknada za rad edukatora (po razredu)		
7153	Program novorođenčskog skrininga			
		Skrining novorođenčadi na kongenitalni		
	715301	hipotireodizam		
	715302	Skrining novorođenčadi na fenilketonuriju		
	715303	Liječenje kongenitalnog hipotireodizma		
	715304	Liječenje fenilketonurije		
	715305	Skrining novorođenčadi na adrenalnu hiperplasiu		
7154	Imunizacija stanovništva protiv zaraznih bolesti			
	715401	Nabavka vakcina		
	Kontrola dijabetesa			
7155	715501	Nabavka traka za kontrolu dijabetesa		
716	HEPATITIS			
	7161	Dijagnostika hepatitisa C		
	716101	Biopsija jetre sa histološkom interpretacijom		
	716102	HCV RNA (PCR) kvalitativni		
	716103	HCV RNA kvantitativni		
	716104	Genotipizacija		
	7162	Dijagnostika hepatitisa B		
	716201	Biopsija jetre sa histološkom interpretacijom		
	716202	HBV DNA kvantitativni		
717	PROGRAM HUMANE REPRODUKCIJE			
	7171	Usluge humane reprodukcije		
718	LIJEČENJE POVRATNIKA U REPUBLIKU SRPSKU			
	7180	Bolničko liječenje		
	7181	Prijevoz		
720	PILOT PROGRAMI			
	7201	Preventivni programi		
721	VASKULARNA HIRURGIJA, INVAZIVNA I INTERVENTNA ANGIOLOGIJA			
	7210	Hirurgija krvnih sudova glave i vrata		
	72100	Operacije karotidnih arterija		
	72101	Operacije ostalih ekstrakranijalnih krvnih sudova		
	7211	Hirurgija krvnih sudova trbuha		
	72110	Aneurizma abdominalne aorte		

7212	Invazivno-interventne dijagnostičko-terapijske procedure na krvnim sudovima		
	72120 Embolizacija cerebralnih krvnih sudova		
	72121 Stentiranje karotida		
	72122 Koilovanje i stentiranje aneurizmi		
	7220 Komplikacija maligne bolesti nakon radijacione terapije		
	7221 Mutiple skleroze		
	7222 Stanja nakon transplantata kože		
	7223 Stanja nakon reinplantacije dijelova ekstremiteta		
Napomena: ukoliko terapija traje 80 min cijena je 148 KM, a ukoliko terapija traje 120 min cijena je 217 KM kod sve četiri usluge			
723	NAJSLOŽENIJI OBLICI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE IZ OBLASTI UROLOGIJE		
	7230 <i>Implantacija vještačkog sfinktera uretre, AMS-800</i>		
	<i>Cistektomija sa supervezikalnom derivacijom (Bricker, Mainz-Pouch, Hautman)</i>		

3.6 MODEL PROGRAMA JAVNO ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI

Djelatnost javnog zdravstva obuhvata djelatnost socijalne medicine i organizacije sa ekonomikom zdravstva, epidemiologije, higijene i zdravstvene ekologije, sanitarne mikrobiologije i sanitarne hemije.

Djelatnost javnog zdravstva institucionalno se obavlja kroz organizaciju higijensko-epidemioloških službi i zavoda za javno zdravstvo u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Obavljanje javnozdravstvene djelatnosti biće regulisano posebnim propisima.

Zavod zdravstvenog osiguranja treba finansirati programe iz slijedećih oblasti:

- izrada programa zdravstvene zaštite i praćenje njihovog izvršenja,
- evidencija i statistike od interesa za zdravstveno osiguranje,
- promocije zdravlja,
- edukacije zdravstvenih radnika koja ima za cilj unaprijeđenje rada zdravstvenih službi,
- aktivnosti koje imaju za cilj unaprijeđenje kvaliteta zdravstvene zaštite,
- organizacija preventivnih aktivnosti,
- nadzor nad zaraznim oboljenjima,
- nadzor nad hroničnim nezaraznim oboljenjima,
- unaprijeđenje organizacije zdravstvene zaštite,
- praćenje efikasnosti zdravstvene zaštite,
- ušteda u zdravstvenoj zaštiti,
- određena istraživanja od interesa za zdravstveno osiguranje.

Budžet kantona treba finansirati programe iz slijedećih oblasti:

- praćenja zdravstvenog stanja stanovništva,
- određenih statističkih praćenja,
- promocije zdravlja,
- nadzor nad obaveznim imunizacijama,
- protivepidemijski rad,

- edukacije zdravstvenih radnika koja ima za cilj unaprijeđenje rada zdravstvenih službi,
- unaprijeđenje organizacije zdravstvene zaštite,
- određena istraživanja od interesa za širu društvenu zajednicu,
- izrada dugoročnih i strateških planova razvoja zdravstva,
- praćenje sanitarno-higijenskog stanja,
- kontrola faktora rizika i sl.

Minimum potrebnih timova za djelatnost javnog zdravstva sekundarnog nivoa:

Disciplina	Sastav tima	Broj korisnika po 1 timu
Socijalna medicina, organizacija i ekonomika zdravstva-	-1 dr.med.spec.soc.med. -0,2 spec. zdr. statistike -0,3 dipl.ecc. sa posebnom edukacijom -1 VŠS zdr. tehničar -1 SSS zdr. tehničar	150.000
Epidemiologija	1 dr.med. spec. epidemiologije 1 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehničar	130.000
Higijena	1 dr.med. spec. higijene 1 VŠS zdr. tehničar 1 SSS zdr. tehničar	150.000

Sredstva za finansiranje aktivnosti iz oblasti javnog zdravstva na sekundarnom nivou, utvrđuju se u iznosu od minimalno 4 boda po stanovniku gravitirajućeg područja.

Sanitarna hemijska laboratorijska dijagnostika od javnog značaja:

Sanitarnu hemijsku dijagnostiku od javnog interesa osigurava i sprovodi jedan radni tim na 800.000 korisnika.

Sastav tima:

- 1 specijalista sanitarne hemije
- 1 VŠS zdravstveni tehničar
- 1 SSS zdravstveni tehničar

Godišnja vrijednost naknade za program rada tima iznosi 160.000 bodova.

Za visokodiferenciranu zdravstvenu zaštitu iz oblasti javnog zdravstva, broj i profil angažovanog kadra, kao i vrijednost programa zavisi od vrste i obima svakog konkretnog programa. Za ove aktivnosti se angažuje kadar iz zavoda i instituta sa univerziteta, kao i iz Federalnog zavoda za javno zdravstvo.

Iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja finansiraće se oni programi javno-zdravstvene djelatnosti koje za svaku godinu posebno ugovaraju zavodi zdravstvenog osiguranja.

3.7 MONITORING, EVALUACIJA I KONTROLA IZVRŠENJA PROGRAMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Monitoring, evaluacija i kontrola izvršenja programa zdravstvene zaštite će se provoditi u kontinuitetu, a u skladu sa odredbama iz tački XX-XXV Jedinstvene metodologije.

Monitoring i evaluacija će se provoditi u kontinuitetu na bazi indikatora utvrđenih po nivoima i djelatnostima zdravstvene zaštite prema obrascima u prilogu.

Praćenje izvršenja programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga će se vršiti na osnovu propisanih izvještajnih obrazaca (periodično).

Kontrola izvršenja programa zdravstvene zaštite će se provoditi na osnovu izvještaja utvrđenih tačkom XXV Jedinstvene metodologije.

Prilog br. 1: ANEX 2**MODEL UTVRĐIVANJA NAKNADA ZA
FINANSIRANJE PROGRAMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE O PRUŽANJU
ZDRAVSTVENIH USLUGA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA****1. UVOD**

U skladu sa osnovnim ciljem donošenja Odluke o osnovnom paketu zdravstvenih prava ovim modelom utvrđuju se polazni osnovi za utvrđivanje naknada za finansiranje Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Program o pružanju zdravstvenih usluga).

Vrijednost Programa o pružanju zdravstvenih usluga utvrđenog na bazi osnova iz ovog modela predstavlja vrijednost paketa prava na zdravstvenu zaštitu koji se osigurava svim osiguranim licima u svim kantonima u Federaciji Bosne i Hercegovine. Na osnovu ovog modela sačinije se procjena potrebnih sredstava za finansiranje utvrđenog osnovnog paketa zdravstvenih prava u svim kantonima.

FINANSIRANJE PROGRAMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Novčana vrijednost programa zdravstvene zaštite utvrđuje se na osnovu programa o pružanju zdravstvenih usluga čija je vrijednost izražena u bodovima.

Vrijednost boda za realizaciju programa zdravstvene zaštite utvrđuje se na osnovu planiranih prihoda i rashoda obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: vrijednost boda).

Vrijednost boda za svaku budžetsku godinu, za teritoriju Federacije BiH, utvrđuje Upravni odbor Federalnog zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, uz prethodno pribavljenu saglasnost Ministra zdravstva Federacije BiH, a na osnovu ukupno planiranih prihoda iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, za Federaciju BiH, za tu godinu.

Novčana vrijednost programa zdravstvene zaštite za područje kantona iskazuje se kroz vrijednost boda koju utvrđuje Upravni odbor kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja uz prethodnu saglasnost nadležnog kantonalnog ministra zdravstva.

Ukoliko je vrijednost boda u nekom kantonu manja od vrijednosti boda koju je utvrdio Upravni odbor Federalnog zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja saglasno odredbama člana 100. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine“, broj: 30/97, 07/02 i 70/08), nedostajuća sredstva obezbijedit će se u skladu sa tačkom XV Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine“, broj: 21/09).

Novčana vrijednost programa zdravstvene zaštite uključuje sve troškove neophodne za osiguranje zdravstvene zaštite u okviru standarda obaveznog zdravstvenog osiguranja (pružanje zdravstvenih usluga, lijekove, materijalne troškove, režijske i ostale troškove).

Za usluge zdravstvene zaštite koje ostvaruju osigurana lica u zdravstvenim ustanovama izvan domicilnog kantona u kojima je lice osigurano, odnosno ima prebivalište, vrijednost programa zdravstvene zaštite se utvrđuje prema vrijednosti boda koju utvrđuje Upravni odbor

Federalnog zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, jedinstveno za sve kantone u FBiH.

Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja su u obavezi definirati posebne programe zdravstvene zaštite za ove usluge i usaglašavati sadržaje i obim tih usluga sa zdravstvenim ustanovama pružiocima ovih usluga. Na usaglašeni program zdravstvene zaštite kantonalni zavod sa zdravstvenom ustanovom, pružiocem usluga, zaključuje poseban ugovor.

Na nivou kantona može se utvrditi i veći obim zdravstvenih prava u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja, ukoliko se za to obezbijede potrebna finansijska sredstva.

Veći obim zdravstvenih prava na nivou kantona se može utvrditi i za zdravstvene usluge koje nisu obuhvaćene modelom izrade programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja a koje su propisane Zakonom o zdravstvenoj zaštiti - zubozdravstvena zaštita odraslih, zdravstvena njega u kući, kao i druge zdravstvene usluge ovisno od specifičnih potreba osiguranih lica nadležnog kantona.

Odluku o uvođenju većeg obima, u smislu prethodnog stava, donosi zakonodavno tijelo nadležnog kantona, na prijedlog vlade tog kantona.

Izuzetno, primjenom ovog modela ukupna naknada za pružanje zdravstvene zaštite, ugovorena sa pojedinim zdravstvenim ustanovama za iste djelatnosti može se u narednom ugovornom periodu, povećati ili umanjiti u odnosu na ostvarenje za prethodnu godinu, a u okviru raspoloživih sredstava za primamu, konsultativno-specijalističku, sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu u Kantonu, a najduže pet godina od početka primjene.

Nadležni zavod zdravstvenog osiguranja će posebnim aktom, za svaku godinu, regulisati procenat uvećanja odnosno umanjenja visine naknade za provođenje programa zdravstvene zaštite, za svaku ugovornu zdravstvenu ustanovu, u ovisnosti o raspoloživim sredstvima, a uvažavajući razloge zbog kojih se povećanje odnosno smanjenje smatra opravdanim.

Modeli plaćanja realizacija programa zdravstvene zaštite

2.1. Zdravstvena zaštita primarnog nivoa

1.1.1. Porodična medicina

Realizacija programa porodične medicine plaća se putem kapitacije (glavarine). Kapitacija predstavlja fiksnu svotu novca po registrovanom osiguranom licu za određeni vremenski period (jedna godina), koji se ugovornom doktoru plaća za usluge iz godišnjeg programa rada. Osnov za izračunavanje kapitacije su dobne skupine, a izračunava se na osnovu formule:

$$IN=(DS1 \times 2X) + (DS2 \times 1,0X) + (DS3 \times 1.5X) + (DS4 \times 2,0X) + (DS5 \times 2,5X)$$

IN – iznos naknade za porodičnu medicinu izražen u bodovima

DS1 – broj osoba u dobnoj skupini 0-7 godina

DS2 – broj osoba u dobnoj skupini 7-19 godina

DS3 – broj osoba u dobnoj skupini 19-50 godine

DS4 – broj osoba u dobnoj skupini 50-65 godine

DS5 – broj osoba u dobnoj skupini preko 65 godina

X – iznos kapitacije u dobnoj skupini 7 -19 godina

Vrijednost apsolutnog iznosa kapitulacije za dobnu skupinu utvrđuje se na osnovu godišnje vrijednosti naknade po korisniku za tu starosnu skupinu i vrijednosti boda za tu budžetsku godinu.

Plaćanje timova obiteljske medicine će se vršiti na osnovu broja registrovanih osiguranih lica po starosnoj strukturi na dan 30.06. tekuće godine prema evidencijama Zavoda.

Ukupan iznos naknade pokriva sve direktne i indirektne troškove obezbjeđenja usluga porodične medicine za jednu godinu, za svako registrovano osigurano lice.

Timu porodične medicine može biti plaćena nagrada ili umanjena ugovorena naknada za ispunjenje odnosno neispunjenje određenih zahtjeva (potrošnja lijekova na recept, preventivni rad, upućivanje na dijagnostiku i specijalističke konsultacije).

1.1.2. Ostale djelatnosti primarne zdravstvene zaštite utvrđene programom zdravstvene zaštite

Realizacija programa zdravstvene zaštite ostalih djelatnosti primarne zdravstvene zaštite utvrđene programom zdravstvene zaštite plaća se na osnovu naknade za vrijednost tima za svaku pojedinačnu djelatnost izraženu u bodovima i vrijednosti boda, i to za:

- djelatnost zdravstvene zaštite djece,
- djelatnost polivalentnih patronažnih sestara u zajednici,
- higijensko-epidemiološku zaštitu,
- hitnu medicinsku pomoć,
- zaštitu reproduktivnog zdravlja žena,
- zdravstvenu zaštitu kod nespecifičnih i specifičnih plućnih oboljenja,
- fizikalnu i mentalnu rehabilitaciju u zajednici,
- zubozdravstvenu zaštitu,
- laboratorijsku i radiološku dijagnostiku primarnog nivoa,
- specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu mladih, naročito u osnovnim i srednjim školama, te visokim školama na svom području,
- liječenje i rehabilitacija u kući, uključujući i palijativnu njegu.

Realizacija programa apotekarske djelatnosti finansira se putem plaćanja po usluzi odnosno plaćanja po realizovanom receptu za lijekove koji se finansiraju na teret sredstava Zavoda. Vrijednost naknade za uslugu po realizovanom receptu za svaku budžetsku godinu donosi upravni odbor Zavoda.

U cilju adekvatne realizacije zdravstvene zaštite za osigurana lica mogu se uvesti dodatna plaćanja putem posebnih programa ili dodatnih kriterija za:

- stimulisanje širenja mreže ambulanti kroz plaćanje određenog stimulativnog iznosa po svakom punktu (ambulantni) PZZ
- timove porodične medicine za rijetko naseljena ruralna područja putem prilagođavanja kapitulacije odnosu broja korisnika ambulante i broja korisnika iz normativa i udaljenosti tima porodične medicine od sjedišta doma zdravlja na području općine,
- određene zdravstvene djelatnosti za koje se utvrdi potreba dodatnog finansiranja na ime materijalnih i drugih troškova specifičnih za tu djelatnost,

- službe hitne medicinske pomoći na osnovu udaljenosti od ustanove višeg nivoa zdravstvene zaštite,
- priznavanje dijela troškova prijevoza laboratorijskih uzoraka iz ambulanti porodične medicine do zdravstvene ustanove primarnog nivoa, odnosno do laboratorije bolničke zdravstvene zaštite,
- određene zdravstvene usluge i usluge koje su u vezi sa ostvarivanjem prava na zdravstvenu zaštitu za koje postoji objektivna potreba da se obezbijede osiguranim licima na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i za potrebe unaprijeđenja i racionalizacije zdravstvene zaštite utvrđuju se posebni – dodatni programi u skladu s kojim će se vršiti plaćanje,
- na ime upostave i održavanja sistema kvaliteta i akreditacije u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i akreditaciji u zdravstvu.

Dodatna plaćanja za posebne programe ne mogu iznositi više od 10% vrijednosti ukupnog programa primarne zdravstvene zaštite.

Kod ugovaranja naknade za izvršene zdravstvene usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ukupna naknada koja se izražava u bodovima se koriguje prema koeficijentima kako slijedi:

Ukoliko je broj osiguranih lica općine koju pokriva dom zdravlja

ispod 5.000 osiguranih lica	za 1,20
5.000 do 5.999 osiguranih lica	za 1,19
6.000 do 6.999 osiguranih lica	za 1,18
7.000 do 7.999 osiguranih lica	za 1,17
8.000 do 8.999 osiguranih lica	za 1,16
9.000 do 9.999 osiguranih lica	za 1,15
10.000 do 10.999 osiguranih lica	za 1,14
11.000 do 11.999 osiguranih lica	za 1,13
12.000 do 12.999 osiguranih lica	za 1,12
13.000 do 13.999 osiguranih lica	za 1,11
14.000 do 14.999 osiguranih lica	za 1,10

Ukupan iznos naknade pokriva sve troškove obezbjeđenja usluga za jednu godinu, za svako osigurano lice, što obuhvata i administrativne i režijske troškove.

Lijekovi na recept

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

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

Ukupna sredstva za lijekove na recept planiraju se za osigurana lica područja prema starosnim skupinama a na osnovu slijedećih koeficijenata:

- Osigurana lica od 0 do 6. godina koeficijent 2;
- Osigurana lica od 7 do 19. godina koeficijent 1 ;
- Osigurana lica od 19 do 49. godina koeficijent 1,5;
- Osigurana lica od 49 do 65. godine koeficijent 2,5;
- Osigurana lica preko 65. godina koeficijent 3,5;

Kontrolu propisivanja i potrošnje lijekova na recept vrše kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove koje provode primarnu zdravstvenu zaštitu.

U slučaju prekoračenja planirane potrošnje lijekova, nadležni zavod zdravstvenog osiguranja će svojim aktom utvrditi način pokrića iskazanog prekoračenja, odnosno utvrditi u kojem procentu će Zavod učestvovati u pokriću iskazanog prekoračenja, a u kojem procentu prekoračenja će učestvovati ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni privatni zdravstveni radnik – propisivač lijekova.

Zavod može propisati da dio prekoračenja koji pada na teret zdravstvene ustanove podijeli u određenom procentu između primarne zdravstvene zaštite i specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite.

Aktom iz prethodnog stava Zavod će propisati i način raspodjele ostvarenih ušteda u potrošnji lijekova u odnosu na planiranu potrošnju između Zavoda i ugovorne zdravstvene ustanove koja je ostvarile uštede.

Za izdavanje lijekova na recept Zavod će ugovornoj apoteci plaćati naknadu visini od 1 KM sa PDV-om po svakom receptu.

1.2. Zdravstvena zaštita sekundarnog i tercijarnog nivoa

1.2.1. Sekundarna zdravstvena zaštita

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

Plaćanje bolničke sekundarne zdravstvene zaštite vrši se na osnovu utvrđenih naknada za vrijednosti BO dana za svaku djelatnost iz programa zdravstvene zaštite koja je iskazana u bodovima i vrijednosti boda.

Naknada za bolničku zdravstvenu zaštitu (opšteg i kantonalnog nivoa), utvrđuje se na osnovu broja b.o. dana na 1000 korisnika po specijalnostima koji se množe sa vrijednošću jednog b.o. dana i iskazuju u bodovima, kao što je regulisano Odlukom o utvrđivanju standarda i normativa zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Vrijednost (cijena) BO dana predstavlja troškove rada timova po pojedinim specijalističkim disciplinama, što, pored troškova radne snage uključuje i materijalne troškove, udio u zajedničkim i administrativnim troškovima ustanove.

Za određene djelatnosti (psihijatrija, fizijatrija i slično) plaćanje se izuzetno može vršiti po sistemu plaćanja po BO danu, uvažavajući standarde i kliničke vodilje po pitanju dužine liječenja. Plaćanje dijagnostičkih djelatnosti sekundarne zdravstvene zaštite vrši se na osnovu utvrđene naknade za vrijednost tima za svaku djelatnost koja je izražena u bodovima i vrijednosti boda.

Na vrijednost programa za sekundarnu zdravstvenu zaštitu posebno će se priznavati i plaćati materijalni troškovi koji nisu ukalkulisani u cijenu naknade za utvrđeni program u iznosima kako slijedi:

- Sve internističke djelatnosti 20% na vrijednost programa tih djelatnosti, a odnosi se na troškove lijekova iznad 20 KM prosječno dnevno računajući ukupan period hospitalizacije i ostale troškove izvan cijene BO dana);
- Sve hirurške djelatnosti 40% na vrijednost programa tih djelatnosti, a odnosi se na troškove hirurških operacija, lijekova i ostalih preparata i materijala, krvi i krvnih derivata ;
- Na vrijednost programa za dijagnostičku djelatnost sekundarne zdravstvene zaštite posebno će se priznavati i plaćati materijalni troškovi koji nisu ukalkulisani u cijenu naknade za utvrđeni program i to za sve dijagnostičke djelatnosti 20% na vrijednost tima tih djelatnosti, a za radiološku dijagnostiku 40% na vrijednost tima.

1.2.2. Tercijarna zdravstvena zaštita

Plaćanje specijalističko - konsultativne tercijarne zdravstvene zaštite vrši se na osnovu utvrđene naknade za vrijednost tima za svaku djelatnost koja je izražena u bodovima i vrijednosti boda.

Plaćanje bolničke tercijarne zdravstvene zaštite vrši se na osnovu utvrđenih naknada za vrijednosti BO dana za svaku djelatnost iz programa zdravstvene zaštite koja je iskazana u bodovima i vrijednosti boda.

Plaćanje dijagnostičkih djelatnosti tercijarne zdravstvene zaštite vrši se na osnovu utvrđene naknade za vrijednost tima za svaku djelatnost koja je izražena u bodovima i vrijednosti boda.

Na vrijednost programa za bolničku tercijarnu zdravstvenu zaštitu posebno će se priznavati i plaćati materijalni troškovi koji nisu ukalkulisani u cijenu naknade za utvrđeni program u iznosima kako slijedi:

- Sve internističke djelatnosti 20% na vrijednost programa tih djelatnosti, a odnosi se na troškove lijekova iznad 20 KM prosječno dnevno računajući ukupan period hospitalizacije i ostale troškove izvan cijene BO dana);
- Sve hirurške djelatnosti 40% na vrijednost programa tih djelatnosti, a odnosi se na troškove hirurških operacije, lijekova i ostalih preparata i materijala, krvi i krvnih derivata ;
- Na vrijednost programa za dijagnostičku djelatnost tercijarne zdravstvene zaštite posebno će se priznavati i plaćati materijalni troškovi koji nisu ukalkulisani u cijenu naknade za utvrđeni program i to za sve dijagnostičke djelatnosti 20% na vrijednost tima tih djelatnosti, a za radiološku dijagnostiku 40% na vrijednost tima.

Materijalni troškovi koji se priznaju na vrijednost programa tercijarne zdravstvene zaštite utvrđeni su u iznosima kao za sekundarnu zdravstvenu zaštitu iz razloga što se najsloženiji oblici zdravstvene zaštite tercijarne djelatnosti finansiraju i kroz programe federalnog fonda solidarnosti.

U cilju adekvatne realizacije sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite za osigurana lica mogu se uvesti dodatna plaćanja putem posebnih programa ili dodatnih kriterija za:

- određene zdravstvene djelatnosti za koje se utvrdi potreba dodatnog finansiranja na ime materijalnih i drugih troškova specifičnih za tu djelatnost,
- određene zdravstvene usluge, za koje postoji objektivna potreba da se obezbijede osiguranim licima na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i za potrebe unaprijeđenja i racionalizacije zdravstvene zaštite, utvrđuju se posebni-dodatni programi u skladu s kojim će se vršiti plaćanje,
- na ime upostave i održavanja sistema kvaliteta i akreditacije u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i akreditaciji u zdravstvu.

1.2.3. Zdravstvena zaštita koja se finansira sredstvima federalnog fonda solidarnosti

Sredstvima federalnog fonda solidarnosti finansiraju se zdravstvene usluge najsloženijih oblika zdravstvene zaštite i nabavka lijekova i potrošnog materijala za određena oboljenja. Zdravstvene usluge se finansiraju po utvrđenim jediničnim cijenama po usluzi odnosno slučaju. Nabavku lijekova i potrošnog materijala vrši Federalni zavod osiguranja i reosiguranja za sve zdravstvene ustanove sa kojima se zaključuje ugovor o realizaciji programa. Nabavka se vrši u skladu sa Zakonom o javnim nabavkama.

1.2.4. Finansiranje djelatnosti javnog zdravstva

Djelatnost javnog zdravstva sekundarnog nivoa od interesa za zdravstveno osiguranje, koja se obavlja kroz rad zavoda za javno zdravstvo kantona, finansira se na osnovu standarda i normativa zdravstvene zaštite za obavljanje slijedećih aktivnosti:

- izrada programa zdravstvene zaštite i praćenje njihovog izvršenja,
- evidencija i statistike od interesa za zdravstveno osiguranje,
- promocije zdravlja,
- edukacije zdravstvenih radnika koja ima za cilj unapređenje rada zdravstvenih službi,
- aktivnosti koje imaju za cilj unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite
- organizacija i provođenje preventivnih aktivnosti,
- nadzor nad zaraznim oboljenjima
- nadzor nad hroničnim nezaraznim oboljenjima
- unapređenje organizacije zdravstvene zaštite,
- unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite,
- praćenje efikasnosti zdravstvene zaštite,
- ušteda u zdravstvenoj zaštiti,
- druga istraživanja od interesa za zdravstveno osiguranje.

Kantonalni zavod za javno zdravstvo predlaže svake godine određene projekte iz navedenih aktivnosti sa predračunskim kalkulacijama za svaki od planiranih programa (troškovi plaća, direktni materijalni troškovi i opći troškovi vezani za konkretne aktivnosti).

Po isteku godine Kantonalni zavod za javno zdravstvo podnosi Zavodu izvještaj o realizaciji ugovorenih projekata i obračunske kalkulacije za sve projekte iz konkretnih aktivnosti. U slučaju manjeg obima realizacije, sredstva za realizaciju ovih projekata se umanjuju, a u slučaju prekoračenja troškovi se priznaju samo do ugovorenog iznosa.

Prilog br.1: ANEX 3 A

Na osnovu člana 99. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH, br. 30/97 , 07/02 i 70/08), člana 62. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", broj: 46/10) , tač. V i XIII st. 3. i 4. Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava, ("Službene novine Federacije BiH", broj: 21/09),odredaba Odluke o standardima i normativima (Službene novine Federacije BiH br. 05/03, 18/04, 57/07 , 53/08 i 6/11) i Zakona o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine ("Službeni glasnik BiH", br.49/04, 19/05, 52/05 , 08/06, 24/06, 70/06 , 12/09 i 60/10),

Zavod zdravstvenog osiguranja _____ (u daljem tekstu: kupac usluga) koga zastupa direktor, _____

i

Zdravstvena ustanova _____
(ustanova PZZ)

(u daljem tekstu: davalac usluga), koga zastupa direktor, _____
zaključuju:

MODEL UGOVORA
o pružanju primarne zdravstvene zaštite

I PREDMET UGOVORA

Član 1.

Ovim ugovorom se regulišu međusobna prava i obaveze u vezi provođenja Programa primarne zdravstvene zaštite za _____godinu (u daljem tekstu:Program),pružanja primarne zdravstvene za osigurana lica kupca usluga,način finansiranja i druga međusobna prava i obaveze.

Program je sastavni dio ovog ugovora.

II MEĐUSOBNA PRAVA I OBAVEZE

Član 2.

Davalac usluga se obavezuje da će , saglasno Programu, pružati zdravstvene usluge:

- porodične medicine
- zdravstvene zaštite djece,
- polivalentnih patronažnih sestara u zajednici,

- higijensko-epidemiološke zaštite,
- hitnu medicinsku pomoć,
- zaštitu reproduktivnog zdravlja žena,
- zdravstvenu zaštitu kod nespecifičnih i specifičnih plućnih oboljenja,
- fizikalnu i mentalnu rehabilitaciju u zajednici,
- preventivnu zdravstvenu zaštitu omladine u školama i fakultetima,
- zubozdravstvenu zaštitu,
- laboratorijsku i radiološku dijagnostiku primarnog nivoa i
- liječenje i rehabilitaciju u kući i

Sadržaj i obim zdravstvenih usluga navedenih u stavu 1. ovog člana definisan je Programom.

Davalac usluga se obavezuje da će za vrijeme trajanja ugovora, kod pružanja usluga, obezbjediti u kontinuitetu potrebni kadar prostor i opremu.

Član 3.

Kupac usluga se obavezuje da davaocu usluga plati godišnju naknadu za pružene usluge u iznosu od _____ KM.

Ukupan iznos naknade iz stava 1. ovog člana pokriva sve troškove obezbjeđenja usluga za jednu godinu, za svako osigurano lice, što obuhvata i administrativne i režijske troškove.

Ukupna godišnja naknada za pružene usluge se obračunava na kraju godine i može biti manja od naknade iz stava 1. ovog člana ukoliko se prihvata kupca usluga ne ostvaruju u skladu sa njegovim finansijskim planom.

Član 4.

Međusobni odnosi u oblasti zdravstvene zaštite po programu porodične medicine regulisati će se posebnim ugovorom između zdravstvene ustanove koja obezbjeđuje pružanje usluga porodične medicine i kantonalnog zavoda.

Član 5.

Kupac usluga se obavezuje da će davaocu usluga, godišnju naknadu iz člana 3. ovog ugovora plaćati kao mjesečnu akontaciju u visini 1/12 ugovorenog iznosa.

Iznos akontacije iz stava 1. ovog člana kupac usluga će doznačiti davaocu usluga, u skladu sa odredbama ovog ugovora do 25-tog u mjesecu za protekli mjesec.

Davalac usluga je saglasan da neće uslovljavati pružanje zdravstvene zaštite po ovom ugovoru prethodnim plaćanjem zdravstvenih usluga od strane kupca usluga.

Član 6.

Davalac usluga se obavezuje da će za osiguranike drugih kantonalnih zavoda tim zavodima fakturisati pružene zdravstvene usluge po cijenama utvrđenim Modelom utvrđivanja naknada za finansiranje programa zdravstvene zaštite o pružanju usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji važi na području kantona u kojem se zdravstvena ustanova nalazi.

Član 7.

Sredstva koje davalac usluga naplati od osiguranih lica kao dio neposrednog učešća u pojedinim troškovima zdravstvene zaštite saglasno propisu kojim je regulisano lično učešće osiguranih lica u pojedinim troškovima zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: participacija), prihod su kupca usluga.

Sredstva iz stava 1. ovog člana davalac usluga je obavezan, mjesečno, do 15.-tog u mjesecu, uplatiti na račun kupca usluga broj: _____ otvoren kod banke _____.

Izveštaje o naplaćenju participaciji davalac usluga dostavlja kupcu usluga na utvrđenom obrascu koji je sastavni dio ovog ugovora.

Od ukupnog iznosa mjesečno participacije, davaocu usluga pripada 3% na ime troškova obrade prikupljanja participacije i bankarskih troškova.

Član 8.

Davalac usluga je saglasan da posebno evidentira i kupcu usluga ispostavi obračun za usluge pružene licima koji su zdravstvenu zaštitu ostvarila na osnovu izdatog bolesničkog lista (stvarni trošak).

Kupac se obavezuje da davaocu usluga uplati 80% sredstava priznatih od ino nosioca osiguranja po ispostavljenom obračunu iz stava 1. ovog člana.

Kupac usluga uplatu iz stava 2. ovog člana izvršit će po naplati tih sredstava od nosioca ino osiguranja.

Član 9.

Davalac usluga dužan je posebno evidentirati troškove liječenja osiguranika nastale kao posljedica saobraćajnih nesreća, kao i troškove nastale liječenjem povreda koje su nastale radnjama trećih lica koje imaju elemente prekršajnog, odnosno, krivičnog djela i kupcu usluga ispostaviti obračun za usluge.

Od ukupnog iznosa naplaćenog u regresnom postupku na ime troškova liječenja osiguranika u slučajevima iz stava 1. ovog člana, davaocu usluga pripada naknada u iznosu od 3% .

Član 10.

Davalac usluga utvrđuje privremenu spriječenosti za rad osiguranika i dužan je postupiti u skladu sa članom 55. Zakona o zdravstvenom osiguranju i o utvrđenoj ocjeni obavjestiti osigurano lice, poslodavca i kupca usluga na posebnom obrascu.

Član 11.

Davalac usluga dužan je na mjestima dostupnim osiguranim licima istaknuti raspored radnog vremena za sve organizacione jedinice u kojima se pruža zdravstvena zaštita sa naznakom imena i prezimena izabranog doktora.

Davalac usluga je dužan pridržavati se utvrđenog radnog vremena.

III PRAĆENJE, EVALUACIJA I KONTROLA IZVRŠENJA UGOVORA

Član 12.

Ugovorne strane će ostvarivati punu saradnju na sprovođenju odredbi ovog ugovora kao i na stvaranju uslova na unapređenju rada na pružanju zdravstvene zaštite osiguranim licima.

Član 13.

Praćenje i relizaciju ugovorenog Programa vršit će kupac usluga, odnosno institucija koju kupac usluga ovlasti.

Član 14.

Davalac usluga dužan je kupcu usluga dostavljati:

- *tromjesečne izvještaje po vrsti i obimu usluga iz Programa,*
- *izvještaj o naplaćenom ličnom učešću osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite,*
- *izvještaj za osigurana lica po međunarodnim konvencijama o socijalnom osiguranju na osnovu bolesničkog lista (stvarni trošak),*
- *izvještaj za osigurana lica kojima je zdravstvena zaštita pružena radi posljedica saobraćajnog udesa od povreda koje su nastale radnjama trećih lica koje imaju elemente prekršajnog odnosno krivičnog djela i*
- *ostale podatke na zahtjev kupca usluga koji su bitni za realizaciju ugovora.*

Izvještaje iz stava 1. ovog člana, davalac usluga dužan je dostaviti kupcu usluga, do 30-og, u prvom mjesecu narednog tromjesečja, na utvrđenim obrascima koji su sastavni dio ugovora.

Pored izvještaja iz stave 1.ovog člana, davalac usluga dužan je dostaviti kupcu usluga, u zakonom propisanim rokovima i :

- a. godišnji izvještaj o radu*
- b. godišnji izvještaj o finansijskom poslovanju*

Ako davalac usluga ne dostavi na vrijeme, u utvrđenom roku i sadržaju, godišnji izvještaj o radu, i godišnji izvještaj o finansijskom poslovanju, kao i tromjesečne izvještaje shodno stavu 3.ovog člana, kupac usluga može obustaviti isplatu ugovorene naknade do dostave izvještaja.

Član 15.

Kupac usluga ima pravo kontrole izvršenih ugovorenih zdravstvenih usluga saglasno Programu, te je davalac usluga dužan, na zahtjev kupca usluga, obezbijediti sve dodatne informacije, materijalno-finansijsku i medicinsku dokumentaciju potrebnu za kontrolu.

IV POSLJEDICE NEIZVRŠENJA UGOVORENIH OBAVEZA

Član 16.

Ako se prilikom kontrole, u smislu člana 15. ovog Ugovora utvrdi da je davalac usluga iskazao netačne podatke od kojih zavisi tačnost obračuna naknade, kupac usluga će izvršiti korekciju obračuna naknade, te o tome obavijestiti davaoca usluga.

Kontrola iz člana 15. vrši se praćenjem indikatora utvrđenih Jedinstvenom metodologijom.

Ukoliko davaoc usluga ne izvrši usluge u obimu koji je ugovoren kupac usluga će procentualno umanjiti ugovorenu naknadu, a ukoliko je obim ugovorenih usluga veći od ugovorenih davaocu usluga pripada ugovorena naknada.

U slučaju da davalac usluga iz bilo kojih razloga ne pruži ugovorene usluge osiguranim licima kupca usluga, i osigurana lica uputi u drugu zdravstvenu ustanovu radi ostvarivanja ugovorenih zdravstvenih usluga, kupac usluga će na teret sredstava iz člana 3. ovog ugovora, platiti zdravstvenoj ustanovi koja te usluge pruži osiguranim licima kupca usluga.

Član 17.

Ugovorni odnos može prestati istekom roka na koji je Ugovor zaključen ili raskidom ugovora.

Svaka od ugovornih strana ima pravo tražiti raskid ugovora ukoliko druga ugovorna strana ne izvršava ugovorne obaveze preuzete ovim ugovorom.

Ugovorna strana, koja raskida ugovor, dužna je da u roku od 3 dana pismeno izvijestiti drugu ugovornu stranu o namjeri da raskine ugovor i navede razloge zbog kojih ugovor raskida.

Otkazni rok je 90 dana od dana prijema obavijesti o otkazu ugovora.

Za raskid ugovora neophodna je saglasnost Ministarstva zdravstva kantona _____.

V RJEŠAVANJE SPORNIH PITANJA

Član 18.

Ugovorne strane su saglasne da sve eventualne sporove rješavaju sporazumno, a ukoliko to nije moguće nadležan je sud u _____.

V ZAVRŠNE ODREDBE

Član 19.

Ovaj ugovor se zaključuje na period od jedne godine od dana početka primjene.

Član 20.

Ugovor je sačinjen u četiri istovjetna primjerka, od kojih svaka ugovorna strana zadržava po dva primjerka.

Član 21.

Ovaj ugovor smatra se zaključenim danom potpisivanja, a primjenjivat će se od _____ godine.

Direktor davaoca usluga

Direktor kupca usluga

Broj:

Broj:

Datum:

Datum

Prilog br. 1: ANEX 3 B

Na osnovu člana 99. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH, br. 30/97, 07/02 i 70/08), člana 62. stav 1 tačka 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", broj: 46/10), tač. V i XIII st. 3. i 4. Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava, odredaba Odluke o standardima i normativima (Službene novine Federacije BiH br. 05/03, 18/04, 57/07, 53/08 i 6/11) i odredaba Zakona o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine ("Službeni glasnik BiH", br. 49/04, 19/05, 52/05, 08/06, 24/06, 70/06, 12/09 i 60/10),

Zavod zdravstvenog osiguranja _____ (u daljem tekstu: kupac usluga) koga zastupa direktor, _____

i

Zdravstvena ustanova _____ (u daljem tekstu: davalac usluga), koju

(Bolnička ustanova)

zastupa direktor, _____ zaključuju:

MODEL UGOVORA
o pružanju bolničke zdravstvene zaštite

I PREDMET UGOVORA**Član 1.**

Ovim ugovorom se regulišu međusobna prava i obaveze u vezi provođenja Programa bolničke zdravstvene zaštite za _____ godinu (u daljem tekstu: Program) za lica kojima je kupac usluga svojim aktom utvrdio svojstvo osiguranog lica ili im je u skladu s međunarodnim sporazumom omogućio ostvarivanje zdravstvene zaštite na teret sredstava kupca usluga, način plaćanja i druga međusobna prava i obaveze.

II MEĐUSOBNA PRAVA I OBAVEZE**Član 2.**

Ugovorne strane su saglasne da se osiguranim licima pružaju usluge po vrsti i obimu utvrđene Programom za sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu, kako slijedi:

- specijalističku - konsultativno zdravstvenu zaštitu,
- dijagnostičke usluge i
- usluge liječenja

Sadržaj i obim zdravstvenih usluga navedenih u stavu 1. ovog člana definisan je Programom.

Davalac usluga se obavezuje da će za vrijeme trajanja ugovora, kod pružanja usluga, obezbijediti u kontinuitetu potrebni kadar prostor i opremu.

Član 3.

Davalac usluga se obavezuje da osiguranim licima pruži ugovorene usluge iz člana 2. ovog ugovora na osnovu uputnice koju izdaje izabrani doktor iz ugovorne ustanove primarne zdravstvene zaštite ili ugovorne bolničke zdravstvene ustanove sa područja Kantona.

Uputnica iz stava 1. ovog člana važi 30 dana od dana izdavanja.

Član 4.

Davaoc usluga je dužan pružiti ugovorene usluge osiguranim licima ako su upućene u skladu sa članom 3. ovog ugovora i ukoliko utvrdi da postoje medicinske indikacije koje zahtijevaju pružanje ugovorenih usluga.

Davalac usluga je dužan osiguranim licima omogućiti ostvarivanje svih prava utvrđen zakonom, podzakonskim aktima i aktima kupca usluga.

Davalac usluga je dužan javno objaviti liste čekanja za ugovorene usluge za koje postoji potreba čekanja.

Vrijeme čekanja za ugovorene zdravstvene usluge ne može biti duže od 60 dana.

Davalac usluga je dužan preuzeti na dalje liječenje osigurano lice iz druge zdravstvene ustanove u zemlji ili inostranstvu u koju je osigrano lice primljeno kao hitan slučaj.

Troškove prijevoza iz stava 5. ovog člana snosi kupac usluga pod uslovima utvrđenim aktima istog.

Član 5.

Davalac usluga dužan je na mjestima dostupnim osiguranim licima istaknuti raspored radnog vremena za sve organizacione jedinice.

Davalac usluga je dužan pridržavati se utvrđenog radnog vremena.

Član 6.

Davalac usluga se obavezuje da će za osiguranike drugih kantonalnih zavoda tim zavodima fakturisati pružene zdravstvene usluge po cijenama utvrđenim Modelom utvrđivanja naknada za finansiranje programa zdravstvene zaštite o pružanju usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji važi na području kantona u kojem se zdravstvena ustanova nalazi.

Član 7.

Sredstva koje davalac usluga naplati od osiguranih lica kao dio neposrednog učešća u pojedinim troškovima zdravstvene zaštite saglasno propisu kojim je regulisano lično učešće osiguranih lica u pojedinim troškovima zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: participacija), prihod su kupca usluga.

Sredstva iz stava 1. ovog člana davalac usluga je obavezan, mjesečno, do 15.-tog u mjesecu, uplatiti na račun kupca usluga broj _____ otvoren kod banke _____.

Izvjestaje o naplaćenju participaciji davalac usluga dostavlja kupcu usluga na utvrđenom obrascu koji je sastavni dio ovog ugovora.

Od ukupnog iznosa mjesečno participacije, davaocu usluga pripada 3% na ime troškova obrade prikupljanja participacije i bankarskih troškova.

Član 8.

Davalac usluga je saglasan da posebno evidentira i kupcu usluga ispostavi obračun za usluge pružene licima koji su zdravstvenu zaštitu ostvarila na osnovu izdatog bolesničkog lista (stvarni trošak).

Kupac se obavezuje da davaocu usluga uplati 80% sredstava priznatih od ino nosioca osiguranja po ispostavljenom obračunu iz stava 1. ovog člana.

Kupac usluga uplatu iz stava 2. ovog člana izvršit će po naplati tih sredstava od nosioca ino osiguranja.

Član 9.

Kupac usluga se obavezuje da davaocu usluga plati godišnju naknadu za pružene usluge iz člana 2. ovog ugovora saglasno Programu u iznosu od _____ KM.

Ukupan iznos naknade iz stava 1. ovog člana pokriva sve troškove obezbjeđenja usluga za jednu godinu, za svako osigurano lice, što obuhvata i administrativne i režijske troškove.

Ukupna godišnja naknada za pružene usluge se obračunava na kraju godine i može biti manja od naknade iz stava 1. ovog člana ukoliko se prihod kupca usluga ne ostvaruju u skladu sa njegovim finansijskim planom.

Član 10.

Kupac usluga će davaocu usluga, godišnju naknadu iz člana 9. ovog ugovora plaćati kao mjesečnu akontaciju u visini 1/12 ugovorenog iznosa.

Iznos akontacije iz stava 1. ovog člana kupac usluga će doznačiti davaocu usluga, u skladu sa odredbama ovog ugovora do 25.-tog u mjesecu za protekli mjesec.

Davalac usluga je saglasan da neće uslovljavati pružanje zdravstvene zaštite po ovom ugovoru prethodnim plaćanjem zdravstvenih usluga od strane kupca usluga.

III PRAĆENJE, EVALUACIJA I KONTROLA IZVRŠENJA UGOVORA

Član 11.

Praćenje i realizaciju ugovorenog Programa vršit će kupac usluga, odnosno institucija koju kupac usluga ovlasti.

Član 12.

Davalac usluga dužan je kupcu usluga dostavljati:

- *tromjesečne izvještaje po vrsti i obimu usluga iz Programa,*
- *izvještaj o naplaćenom ličnom učešću osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite,*
- *izvještaj o nenaplaćenom ličnom učešću po osnovu oslobađanja u skladu sa Odlukom o maksimalnim iznosima neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima korišćenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava („Službene novine Federacije BiH”, broj:21/09),*
- *izvještaj za osigurana lica po međunarodnim konvencijama o socijalnom osiguranju na osnovu bolesničkog lista (stvarni trošak),*
- *izvještaj za osigurana lica kojima je zdravstvena zaštita pružena radi posljedica saobraćajnog udesa od povreda koje su nastale radnjama trećih lica koje imaju elemente prekršajnog odnosno krivičnog djela i*
- *ostale podatke na zahtjev kupca usluga koji su bitni za realizaciju ugovora.*

Član 13.

Izvještaj iz člana 12. alineja 1. ovog Ugovora Davalac usluga obavezan je dostaviti Kupcu usluga do 30. u prvom mjesecu narednog tromjesečja, na utvrđenim obrascima koji su sastavni dio ugovora.

Izvještaje iz člana 12. alineja 2. -5. ovog Ugovora Davalac usluga obavezan je dostaviti Kupcu usluga do 15. u mjesecu za, predhodni mjesec.

Član 14.

Kupac usluga ima pravo kontrole izvršenih ugovorenih zdravstvenih usluga saglasno Programu, te je davalac usluga dužan, na zahtjev kupca usluga, obezbjediti sve dodatne informacije, materijalno-finansijsku i medicinsku dokumentaciju potrebnu za kontrolu.

*IV POSLJEDICE NEIZVRŠENJA UGOVORENIH OBAVEZA**Član 15.*

Ako Davalac usluga ne dostavi na vrijeme , u utvrđenom obliku i sadržaju, tromjesečni izvještaj iz člana 12. ovog ugovora, Kupac usluga može obustaviti isplatu ugovorene naknade do dostave izvještaja.

Član 16.

U slučaju da davalac usluga iz bilo kojih razloga ne pruži ugovorene usluge osiguranim licima kupca usluga, i osigurana lica uputi u drugu zdravstvenu ustanovu radi ostvarivanja ugovorenih zdravstvenih usluga, kupac usluga će na teret sredstava iz člana 9. ovog ugovora, platiti zdravstvenoj ustanovi koja te usluge pruži osiguranim licima kupca usluga.

Član 17.

Ako se prilikom kontrole utvrdi da je davalac usluga iskazao netačne podatke od kojih zavisi tačnost obračuna naknade ,kupac usluga će izvršiti korekciju obračuna naknade, te o tome obavijestiti davaoca usluga.

Kontrola iz člana 14. vrši se praćenjem indikatora utvrđenih Jedinstvenom metodologijom.

Ukoliko davaoc usluga ne izvrši usluge u obimu koji je ugovoren kupac usluga će procentualno umanjiti ugovorenu naknadu, a ukoliko je obim ugovorenih usluga veći od ugovorenih davaocu usluga pripada ugovorena naknada.

Član 18.

Davalac usluga dužan je posebno evidentirati troškove liječenja osiguranika nastale kao posljedica saobraćajnih nesreća, kao i troškove nastale liječenjem povreda koje su nastale radnjama trećih lica koje imaju elemente prekršajnog, odnosno, krivičnog djela i kupcu usluga ispostaviti obračun za usluge.

Od ukupnog iznosa naplaćenog u regresnom postupku na ime troškova liječenja osiguranika u slučajevima iz stava 1. ovog člana , davaocu usluga pripada naknada u iznosu od 3% .

Član 19.

Ugovorne strane će ostvarivati punu saradnju na sprovođenju odredbi ovog ugovora kao i na stvaranju uslova na unapređenju rada na pružanju zdravstvene zaštite osiguranim licima.

Član 20.

Ugovorni odnos može prestati istekom roka na koji je Ugovor zaključen ili raskidom ugovora.

Svaka od ugovornih strana ima pravo tražiti raskid ugovora ukoliko druga ugovorna strana ne izvršava ugovorne obaveze preuzete ovim ugovorom.

Ugovorna strana, koja raskida ugovor, dužna je da u roku od 3 dana pismeno izvijestiti drugu ugovornu stranu o namjeri da raskine ugovor i navede razloge zbog kojih ugovor raskida.

Otkazni rok je 90 dana od dana prijema obavijesti o otkazu ugovora.

Za raskid ugovora neophodna je saglasnost Ministarstva zdravlja kantona _____.

V RJEŠAVANJE SPORNIH PITANJA

Član 21.

Ugovorne strane su saglasne da sve eventualne sporove rješavaju sporazumno, a ukoliko to nije moguće nadležan je sud u _____.

V ZAVRŠNE ODREDBE

Član 22.

Ovaj ugovor se zaključuje na period od jedne godine od dana početka primjene.

Član 23.

Ugovor je sačinjen u četiri istovjetna primjerka, od kojih svaka ugovorna strana zadržava po dva primjerka

Član 24.

Ovaj ugovor smatra se zaključenim danom potpisivanja, a primjenjuje se od _____.

Direktor davaoca usluga

Direktor kupca usluga

Broj:

Broj:

Datum:

Datum:

Prilog br. 1: ANEX 3 C

Na osnovu člana 37. stav 2. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", br. 30/97, 07/02 i 70/08), člana 62. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", broj: 46/10), tač. V i XIII st. 3. i 4. Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava, ("Službene novine Federacije BiH", broj: 21/09), odredaba Odluke o standardima i normativima (Službene novine Federacije BiH br. 05/03, 18/04, 57/07, 53/08 i 6/11), člana 4. Ugovora o pružanju primarne zdravstvene zaštite broj: _____ od _____ i Zakona o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine ("Službeni glasnik BiH", br. 49/04, 19/05, 52/05, 08/06, 24/06, 70/06, 12/09 i 60/10),

Zavod zdravstvenog osiguranja _____ (u daljem tekstu: kupac usluga) koga zastupa direktor, _____

i

Javna ustanova _____ (u daljem tekstu: davalac usluga), koga zastupa direktor, _____ zaključuju:

MODEL UGOVORA
o pružanju zdravstvenih usluga iz porodične medicine

I OPŠTE ODREDBE**Član 1.**

Ovim ugovorom se regulišu međusobna prava i obaveze u vezi provođenja Programa porodične zdravstvene zaštite za _____ godinu (u daljem tekstu: Program) za lica kojima je kupac usluga svojim aktom utvrdio svojstvo osiguranog lica ili im je u skladu s međunarodnim sporazumom omogućio ostvarivanje zdravstvene zaštite na teret sredstava kupca usluga, način plaćanja i druga međusobna prava i obaveze.

Član 2.

U cilju provođenja Programa iz člana 1 ovog Ugovora, davalac usluga zaključuje posebne ugovore sa doktorima porodične medicine.

Za zaključivanje ugovora sa doktorima porodične medicine davalac usluga je obavezan pribaviti predhodnu saglasnost kupca usluga.

Zaključivanjem posebnih ugovora iz stava 1. ovog člana, doktori porodične medicine stiču naziv ugovornog doktora i sva prava i obaveze koje proističu iz tog naziva (u daljem tekstu: ugovorni doktor).

Bez saglasnosti kupca usluga davalac usluga ne može raskinuti ugovor sa ugovornim doktorom niti može vršiti promjenu ugovornog doktora.

Zdravstvene usluge porodične medicine, standard prostora, kadra i opreme utvrđeni su Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: standardi i normativi).

II MEĐUSOBNA PRAVA I OBAVEZE

Član 3.

Ovim Ugovorom uređuju se prava i obaveze između ugovornih strana radi obezbjeđenja uslova za pružanje zdravstvene zaštite po Programu osiguranim licima kupca usluga.

Član 4.

Davalac usluga se obavezuje da:

- obezbijedi dosljednu primjenu propisa iz ove oblasti,
- formira timove porodične medicine i dostavlja listu doktora koji su kandidovani za ugovaranje u ____ godini,
- za svaki ugovoreni tim obezbijedi kadar, opremu i prostor,
- obezbijedi osiguranim licima kupca usluga slobodan izbor ugovornog doktora i registraciju kod tog ugovornog doktora, u skladu sa važećim propisima,
- za svakog ugovornog doktora pojedinačno dostavi spiskove registrovanih osiguranih lica u elektronskoj formi (ime i prezime, JMBG, osnov osiguranja, adresa prebivališta, datum registrovanja za svako osigurano lice),
- usluge porodične medicine koje se pružaju registrovanim osiguranim licima budu standardnog kvaliteta i jednakog sadržaja, što podrazumijeva usaglašenost pružene zdravstvene zaštite sa savremenim medicinskim saznanjima, tehnologijom i utvrđenim standardima.
- ugovorni doktor pruža zdravstvene usluge utvrđene Programom,
- preventivno-promotivne zdravstvene usluge, koje obuhvataju promociju zdravlja, prevenciju bolesti, rano otkrivanje oboljenja i stanja, kontrolu terapije u kući, obuku stanovništva o samopomoći i samozaštiti, ugovorni doktor obavlja u 40% svog radnog vremena,
- osigura adekvatnu zamjenu za vrijeme odsudstva članova tima, na teret sredstava namijenjenih za Program,
- na prigodan način obavijesti registrovana osigurana lica da, zbog raskida ugovora sa dotadašnjim izabranim doktorom, treba da se opredijele za drugog izabranog doktora,
- da će ugovorni doktor i tim porodične medicine dostaviti pregled timova porodične medicine po nosiocima tima, sa sjedištem ambulante porodične medicine, brojem osiguranih lica registrovanih pri timu i ukupnom godišnjom naknadom po timu izraženom u KM i voditi sve potrebne evidencije i dokumentacije,
- do desetog u mjesecu, za prethodni mjesec, kupcu usluga dostavi izvještaje ugovornih doktora koji sadrži podatke o broju registrovanih i objavljenih osiguranih lica u toku mjeseca.
- do desetog u mjesecu, za predhodni mjesec, kupcu usluga dostavi izvještaje urađene koji sadrži mjesečni finansijski bilans za svaki tim. Svrha izvještaja je da se obezbijedi blagovremeno informisanje ugovornih strana o provedbi ovog Ugovora,
- instituciji koju kupac usluga ovlasti, tromjesečno dostavi potrebne izvještaje i drugu dokumentaciju radi evaluacije i monitoringa izvršenja Programa iz člana 1. ovog Ugovora. Na osnovu rezultata monitoringa i evaluacije, koju nadležna institucija dostavlja kupcu usluga u skladu sa rokovima utvrđenim metodologijom, na kraju poslovne godine vrši se obračun realizacije Programa iz člana 1. ovog Ugovora.

Član 5.

Kupac usluga se obavezuje da:

- *uspostavi mehanizme za praćenje izvršenja Programa,*
- *vrši nadzor i kontrolu nad provođenjem odredaba ovog Ugovora,*
- *davaocu usluga doznači sredstva na ime naknade za pružene zdravstvene usluge koje su predmet ovog Ugovora, u visini i na način utvrđen ovim Ugovorom.*

Član 6.

Naknada za izvršene ugovorne usluge se izračunava na osnovu kapitulacije-plaćanja po osiguranom licu.

Kapitulacija predstavlja fiksnu svotu novca po registrovanom osiguranom licu za određeni vremenski period (jedna godina), koji se ugovornom doktoru plaća za usluge iz godišnjeg programa rada.

Osnov za izračunavanje kapitulacije su dobne skupine, a izračunava se na osnovu formule:

$$IN=(DS1 \times 2X) + (DS2 \times 1,0X) + (DS3 \times 1.5X) + (DS4 \times 2,0X) + (DS5 \times 2,5X)$$

IN – iznos naknade za porodičnu medicinu izražen u bodovima

DS1 – broj osoba u dobnoj skupini 0-7 godina

DS2 – broj osoba u dobnoj skupini 7-19 godina

DS3 – broj osoba u dobnoj skupini 19-50 godine

DS4 – broj osoba u dobnoj skupini 50-65 godine

DS5 – broj osoba u dobnoj skupini preko 65 godina

X – iznos kapitulacije u dobnoj skupini 7 -19 godina

Vrijednost apsolutnog iznosa kapitulacije za dobnu skupinu utvrđuje se na osnovu godišnje vrijednosti naknade po korisniku za tu starosnu skupinu i vrijednosti boda za tu budžetsku godinu.

Plaćanje timova obiteljske medicine će se vršiti na osnovu broja registrovanih osiguranih lica po starosnoj strukturi na dan 30.06. tekuće godine prema evidencijama kupca usluga.

Ukupan iznos naknade pokriva sve direktne i indirektne troškove obezbjeđenja usluga porodične medicine za jednu godinu, za svako registrovano osigurano lice.

Timu porodične medicine može biti plaćena nagrada ili umanjena ugovorena naknada za ispunjenje odnosno neispunjenje određenih zahtjeva (potrošnja lijekova na recept, preventivni rad, upućivanje na dijagnostiku i specijalističke konsultacije.)

Član 7.

Za pružanje usluga po Programu, davaocu usluga pripada naknada za:

- Program u iznosu od..... -----KM
- prilagođavanje kapacitacije odnosu broja korisnika ambulanti iz mreže i broja korisnika iz normativa u iznosu od ----- KM
- udaljenost ambulanti timova porodične medicine od sjedišta davaoca usluga u iznosu od ----
--- KM
- uspostavljanje sistema kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u zdravstvenoj ustanovi i njegovo održavanje, saglasno odredbama važećeg akta o elementima i kriterijima za vrednovanje unapređenja i praćenja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u iznosu od ----- KM

Ukupna godišnja naknada iz stava 1. ovog člana iznosi od..... ----- KM.

Ukupna godišnja naknada za pružene usluge se obračunava na kraju godine i može biti manja od naknade iz prethodnog stava ovog člana ukoliko se prihvodi kupca usluga ne ostvaruju u skladu sa njegovim finansijskim planom.

Član 8.

Iznos naknade utvrđen u člani 7. ovog Ugovora pokriva sve direktne i indirektno troškove obezbjeđenja usluga porodične medicine za jednu godinu, za svako registrovano osigurano lice.

III PRAĆENJE, EVALUACIJA I KONTROLA IZVRŠENJA UGOVORA

Član 9.

Praćenje i realizaciju ugovorenog Programa vršit će kupac usluga, odnosno institucija koju kupac usluga ovlasti.

Član 10.

Davalac usluga dužan je kupcu usluga dostavljati:

- tromjesečne izvještaje po vrsti i obimu usluga iz Programa,
- izvještaj o naplaćenom ličnom učešću osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite,
- izvještaj o nenaplaćenom ličnom učešću po osnovu oslobađanja u skladu sa Odlukom o maksimalnim iznosima neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima korišćenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava („Službene novine Federacije BiH”, broj: 21/09),
- izvještaj za osigurana lica po međunarodnim konvencijama o socijalnom osiguranju na osnovu bolesničkog lista (stvarni trošak),

- izvještaj za osigurana lica kojima je zdravstvena zaštita pružena radi posljedica saobraćajnog udesa od povreda koje su nastale radnjama trećih lica koje imaju elemente prekršajnog odnosno krivičnog djela i
- ostale podatke na zahtjev kupca usluga koji su bitni za realizaciju ugovora.

Član 11.

Izvještaj iz člana 10. alineja 1. ovog Ugovora Davalac usluga obavezan je dostaviti Kupcu usluga do 30. u prvom mjesecu narednog tromjesečja, na utvrđenim obrascima koji su sastavni dio ugovora..

Izvještaje iz člana 10. alineja 2. -5. ovog Ugovora Davalac usluga obavezan je dostaviti Kupcu usluga do 15. u mjesecu za, predhodni mjesec.

Član 12.

Kupac usluga ima pravo kontrole izvršenih ugovorenih zdravstvenih usluga saglasno Programu, te je davalac usluga dužan, na zahtjev kupca usluga, obezbjediti sve dodatne informacije, materijalno-finansijsku i medicinsku dokumentaciju potrebnu za kontrolu.

IV POSLJEDICE NEIZVRŠENJA UGOVORENIH OBAVEZA

Član 13.

Ako Davalac usluga ne dostavi na vrijeme, u utvrđenom obliku i sadržaju, tromjesečni izvještaj iz člana 10. ovog ugovora, Kupac usluga može obustaviti isplatu ugovorene naknade do dostave izvještaja.

Član 14.

Ako se prilikom kontrole utvrdi da je davalac usluga iskazao netačne podatke od kojih zavisi tačnost obračuna naknade, kupac usluga će izvršiti korekciju obračuna naknade, te o tome obavijestiti davaoca usluga.

Kontrola iz člana 12. vrši se praćenjem indikatora utvrđenih Jedinstvenom metodologijom.

U slučaju da davalac usluga iz bilo kojih razloga ne pruži ugovorene usluge osiguranim licima kupca usluga, i osigurana lica uputi u drugu zdravstvenu ustanovu radi ostvarivanja ugovorenih zdravstvenih usluga, kupac usluga će na teret sredstava iz člana 7. ovog ugovora, platiti zdravstvenoj ustanovi koja te usluge pruži osiguranim licima kupca usluga.

Član 15.

Davalac usluga dužan je posebno evidentirati troškove liječenja osiguranika nastale kao posljedica saobraćajnih nesreća, kao i troškove nastale liječenjem povreda koje su nastale radnjama trećih lica koje imaju elemente prekršajnog, odnosno, krivičnog djela i kupcu usluga ispostaviti obračun za usluge.

Od ukupnog iznosa naplaćenog u regresnom postupku na ime troškova liječenja osiguranika u slučajevima iz stava 1. ovog člana, davaocu usluga pripada naknada u iznosu od 3%.

Član 16.

Ugovorne strane će ostvarivati punu saradnju na sprovođenju odredbi ovog ugovora kao i na stvaranju uslova na unapređenju rada na pružanju zdravstvene zaštite osiguranim licima.

Član 17.

Ugovorni odnos može prestati istekom roka na koji je Ugovor zaključen ili raskidom ugovora.

Svaka od ugovornih strana ima pravo tražiti raskid ugovora ukoliko druga ugovorna strana ne izvršava ugovorne obaveze preuzete ovim ugovorom.

Ugovorna strana, koja raskida ugovor, dužna je da u roku od 3 dana pismeno izvijestiti drugu ugovornu stranu o namjeri da raskine ugovor i navede razloge zbog kojih ugovor raskida.

Otkazni rok je 90 dana od dana prijema obavijesti o otkazu ugovora.

*V RJEŠAVANJE SPORNIH PITANJA**Član 18.*

Ugovorne strane su saglasne da sve eventualne sporove rješavaju sporazumno, a ukoliko to nije moguće nadležan je sud u _____.

*VI ZAVRŠNE ODREDBE**Član 19.*

Ovaj ugovor se zaključuje na period od jedne godine od dana početka primjene.

Član 20.

Ugovor je sačinjen u četiri istovjetna primjerka, od kojih svaka ugovorna strana zadržava po dva primjerka.

Član 21.

Ovaj ugovor smatra se zaključenim danom potpisivanja, a primjenjuje se od _____.

Direktor davaoca usluga

Direktor kupca usluga

*Broj:
Datum:*

*Broj:
Datum:*

Prilog br. 1: ANEX 3 D

Na osnovu čl. 37. , 38. i 99. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH, br. 30/97 , 7/02 i 70/08), člana 62. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", broj:46/10),odredaba Zakona o lijekovima i medicinskim sredstvima („Službeni glasnik BiH”,broj.58/08),odredaba Zakona o apotekarskoj djelatnosti ("Službene novine Federacije BiH", broj: 40/10),odredaba Pravilnika o načinu propisivanja i izdavanja lijekova("Službene novine Federacije BiH", broj: 29/08) , tač. V i XIII st. 3. i 4. Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava, ("Službene novine Federacije BiH", broj: 21/09) i odredaba Odluke o standardima i normativima (Službene novine Federacije BiH br. 05/03, 18/04, 57/07 , 53/08 i 6/11),

Zavod zdravstvenog osiguranja _____ (u daljem tekstu:Zavod) koga zastupa direktor, _____

i

Apoteka _____,koju zastupa direktor,_____ zaključuju:

MODEL UGOVORA

o pružanju farmaceutskih usluga osiguranim licima Kantona _____

I PREDMET UGOVORA**Član 1.**

Ugovorom se regulišu međusobna prava i obaveze Zavoda i Apoteke u vezi izdavanja lijekova koji se propisuju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, plaćanje pruženih usluga kao i druga prava i obaveze ugovornih strana.

II MEĐUSOBNA PRAVA I OBAVEZE**Član 2.**

Apoteka se obavezuje da će obezbijediti, u okviru provođenja primarne zdravstvene zaštite , nabavku, čuvanje i izdavanje lijekova osiguranim licima Zavoda u skladu sa Zakonom o lijekovima i medicinskim sredstvima, Odlukom o listi lijekova _____, kao i načinu njihovog propisivanja i izdavanja ("Službene novine Kantona _____", broj: ___/___) i dobrom apotekarskom praksom.

Član 3.

Apoteka se obavezuje da će obezbijediti :

- nabavku lijekova i medicinskih sredstava,skladištenje, čuvanje pod propisanim režimom i izdavanje gotovih lijekova i medicinskih sredstava ,

- vršiti spravljanje, ispitivanje i izdavanje magistralnih lijekova i galenskih pripravaka, provjeravati kvalitet galenskih pripravaka i ljekovitih tvari, a u skladu sa važećim farmakopejama i propisima,
- vršiti kontinuiranu kontrolu destilovane vode najmanje četiri puta godišnje, te certifikat o kontroli destilovane vode, dobijen od nadležne institucije za kontrolu lijekova, dostavljati farmaceutskoj inspekciji Kantona _____,
- vršiti pregled ispravnosti recepta,
- saradivati sa izabranim doktorima primarne zdravstvene zaštite u propisivanju lijekova,
- davati zdravstvene savjete o načinu upotrebe lijekova, medicinskih, homeopatskih, dijetetskih i herbalnih proizvoda,
- pratiti i prijavljivati sve nus pojave lijekova, interakcije, i pojave alergija,
- obezbjediti jednomjesečne zalihe lijekova sa Liste lijekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava Zavoda zdravstvenog osiguranja kantona _____.

Član 4.

Apoteka je obavezna pratiti potrošnju lijekova primjenom softverskog programa koji je komplementaran sa softverskim programom Zavoda za praćenje potrošnje lijekova, naplaćivati troškove zdravstvene zaštite koje snosi osigurano lice neposredno, saglasno Odluci o maksimalnim iznosima neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima korišćenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava („Službene novine Federacije BiH”, broj: 21/09), (u daljnjem tekstu: participacija)

Član 5.

Apoteka je obavezna voditi potrebne stručne evidencije koje se sastoje od:

- a) evidencije recepata
- b) laboratorijski dnevnik
- c) knjigu evidencije izdatih opojnih droga,
- d) evidenciju obavljenih identifikacija ljekovitih tvari i galenskih pripravaka
- e) evidenciju primljenih i izdatih otrova.

Član 6.

Realizacija aktivnosti Apoteke sprovodit će se u organizacionim jedinicama Apoteke, ograncima i depoima koji se nalaze u:

Opština _____;
Apoteka „_____” na adresi _____, (nabrojati i druge organizacione jedinice - ukoliko ih ima)

Apoteke su dužne na vidnom mjestu istaknuti da se radi o ugovornim apotekama.

Apoteka je dužna pridržavati se radnog vremena utvrđenog rješenjem Ministarstva zdravstva Kantona _____ kao i obezbjediti neophodan broj timova za obavljanje aktivnosti apoteke.

Član 7.

Apoteka _____ ima radno vrijeme svakim radnim danom od _____ sati do _____ sati i subotom od _____ sati do _____ sati saglasno rješenju Ministarstva zdravstva Kantona _____.

Apoteka se obavezuje da će obezbjeđiti neprekidno snabdijevanje lijekovima u trajanju od 24 sata ukoliko ih Ministarstvo zdravstva Kantona _____ svojim rješenjem odredi kao dežurnu apoteku.

Član 8.

Odgovorna osoba Apoteke „_____“ je magistar farmacije Mr.ph. _____
(nabrojati odgovorne osobe za ogranke-ukoliko ih ima).

U Apoteci su zaposlena _____ (upisati broj farmaceutsih timova).

Član 9.

Odredbe ugovora koje se odnose na radno vrijeme i odgovorne osobe usklađivat će se sa rješenjima Ministarstva zdravstva Kantona _____ o čemu će se obavjestiti Zavod.

Član 10.

Odgovorna osoba Apoteke ne smije izdati lijek:

- bez recepta za koji ima odobrenje za stavljanje u promet samo na recept,
- na recept izvan prostora Apoteke,
- ukoliko recept ne sadrži neophodne propisane oznake,
- ako je od dana propisivanja lijeka proteklo više od 15 dana,
- ako je od dana propisivanja antibiotika proteklo više od 3 dana,
- ako je od dana propisivanja lijeka koji sadrži opojne droge i psihotropne supstance proteklo više od 5 dana.

Farmaceutski tehničar ne smije izdavati lijekove na recept, lijekove koji sadrže opojne droge niti izdavati magistralne pripravke koji sadrže tvari jakog djelovanja.

Član 11.

U slučaju privremene obustave rada, Apoteka je obavezna o tome obavjestiti Ministarstvo zdravstva Kantona _____ i Zavod.

Član 12.

Apoteka ispunjava uslove iz Uredbe o prostornim standardima, urbanističko-tehničkim uslovima i normativima za sprječavanje stvaranja svih barijera za osobe sa umanjenim tjelesnim sposobnostima («Službene novine Federacije BiH», broj: 10/04), odnosno ima osigurati fiksni prilaz za invalidna lica.

Član 13.

Apoteka se obavezuje da će primjenjivati Kolektivni ugovor o pravima i obavezama poslodavaca i zaposlenika u oblasti zdravstva na teritoriji Federacije BiH («Službene novine Federacije BiH», broj: 61/07), a doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje za sve zaposlenike u prosjeku ne može biti niži od doprinosa obračunatog na prosječnu plaću u Federaciji BiH prema poslednjem objavljenom podatku Federalnog zavoda za statistiku.

Apoteka se obavezuje da će prijavljivati sve promjene uposlenog kadra u Apoteci.

Član 14.

Plaćanje lijekova sa Liste lijekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava kantonalnog zavoda vršit će se u skladu sa propisima kojima je to regulisano _____ (navesti nazive propisa)

Apoteka je obavezna na vidnom mjestu istaknuti pozitivnu listu lijekova s utvrđenim cijenama lijekova.

Član 15.

Za izdavanje lijekova na recept utvrđuje se naknada u iznosu od _____ KM po receptu u kojoj je sadržan i PDV.

Utvrđena naknada iz prethodnog stava odnosi se na sve recepte bez obzira da li se izdaje lijek koji u cijelosti plaća Zavod ili lijek koji Zavod plaća djelomično.

Za izdavanje ampuliranih lijekova, Zavod utvrđuje naknadu u iznosu od _____% na cijenu lijeka. U naknadi je sadržan i PDV.

Magistralni lijekovi izdavat će se na recept po cijeni utvrđenoj u propisima kojima je to regulisano _____ (navesti nazive propisa), bez obračuna naknade.

Član 16.

Zavod se obavezuje da će za organizaciju kontinuiranog rada od 0-24 sata na lokacijama iz člana 6. Ugovora platiti Apoteci posebna sredstva u mjesečnom iznosu od _____ KM po lokalitetu. Godišnji iznos naknade za organizovanje rada od 0 do 24 časa iznosi _____ KM za jedan lokalitet.

Član 17.

Za lijekove koji se nalaze na pozitivnoj listi lijekova, a imaju utvrđeno učešće osiguranika u cijeni, Apoteka ne može obračunavati maloprodajnu maržu na razliku u cijeni koju snosi osiguranik lično.

Osiguranik za lijekove iz stava 1. ovog člana plaća samo razliku između utvrđene pune cijene lijeka i učešća Zavoda u cijeni lijeka.

Pod cijenom lijeka se podrazumjeva referalna cijena uvećana za PDV odnosno cijena koju je utvrdio Zavod uvećana za PDV.

Član 18.

Lijekove koji se propisuju i izdaju na teret sredstava Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona _____ Apoteka nabavlja od veledrogerija:

- _____ (navesti naziv/e veledrogerije/a)
- _____

Član 19.

Apoteka se obavezuje da će ispostaviti odvojene fakture:

- za lijekove sa pozitivne liste koji se izdaju osiguranim licima na recept,
- za lijekove izdate osiguranicima po osnovu konvencija,
- za lijekove odobrene RVI (ako je propisano posebnim propisom),
- za ampulirane lijekove,
- za inzuline,
- za ortopedska pomagala odobrena osiguranicima prema važećim propisima,
- lijekove čije troškove snosi Zavod u okviru posebnih programa

Ukupna faktura umanjuje se za naplaćenu participaciju od osiguranika koja je prihod Zavoda.

Uz fakturu za izdate lijekove apoteka obavezno dostavlja podatke o izdatim lijekovima u elektronskoj formi.

Apoteka je obavezna dostaviti uz fakturu i nalaz Kontrolne laboratorije Agencije za lijekove i medicinska sredstva BiH ili laboratorije ovlaštene ili priznate od Agencije za lijekove i medicinska sredstva BiH, o izvršenoj kontroli svake serije izdatih lijekova i ljeikovite supstance koji se fakturišu.

Član 20.

Zavod se obavezuje da će ispostavljenju fakturu za prethodni mjesec platiti u roku do 90 dana.

Član 21.

Apoteka, odnosno odgovorni magistar farmaceut u organizacionoj jedinici odgovorni su za:

- sve radnje ili propuštene radnje usljed kojih je došlo do pogoršanja zdravstvenog stanja pojedinca
- nepoštovanje radnog vremena i drugih propusta u unutrašnjoj organizaciji
- za zaštitu ličnog statusa osiguranih lica, zaštitu tajnosti medicinskih i drugih informacija, za jednak tretman svih osiguranih lica.

III PRAĆENJE, EVALUACIJA I KONTROLA IZVRŠENJA UGOVORA

Član 22.

Apoteka je dužna Zavodu dostavljati jednom mjesečno izvještaje o potrošnji lijekova izdatih na recept.

Apoteka je dužna jednom godišnje dostaviti izvještaj o potrošnji lijekova izdatih na recept Ministarstvu zdravstva Kantona _____, Zavodu i Zavodu za javno zdravstvo Kantona _____.

Član 23.

Zavod ima pravo kontrole provođenja obaveza Apoteke koje proizilaze iz ovog ugovora. te je Apoteka dužna, na zahtjev Zavoda, obezbjediti sve dodatne informacije, materijalno-finansijsku i medicinsku dokumentaciju potrebnu za kontrolu.

Ako se kontrolom utvrdi neizvršavanje ugovornih obaveza i uočene nepravilnosti ne otklone u datom roku, Zavod zadržava pravo jednostranog raskida ugovora bez otkaznog roka utvrđenog ovim ugovorom.

IV POSLJEDICE NEIZVRŠENJA UGOVORENIH OBAVEZA

Član 24.

Ugovor ostaje na snazi za razdoblje za koje je zaključen, izuzev ako ga jedna od ugovornih strana ne otkáže zbog neispunjenja ugovorne obaveze druge strane.

Raskid ugovora će se izvršiti ako:

- komora magistru farmacije privremeno ili trajno oduzme odobrenje za samostalan rad,
- se ispune uslovi za prestanak rada apoteke,
- se utvrde propusti u radu sa receptima,
- apoteka nezakonito i nestručno nabavlja, skladišti i izdaje lijekove,
- se ne vrši izvještavanje Zavoda, Ministarstva zdravstva Kantona _____ i Zavoda za javno zdravstvo Kantona _____,
- u svom radu napravi propuste vezano za zaštitu tajnosti medicinskih i drugih informacija,
- u radu ne osigura jednak tretman svim korisnicima usluga,
- ne ispunjava uslove utvrđene propisima, kao i kriterijima, načinu i uslovima ugovaranja apoteka
- uređno ne izvršava obaveze saglasno članu 13. Ugovora.

V RJEŠAVANJE SPORNIH PITANJA

Član 25.

Ugovorne strane su saglasne da sve eventualne sporove rješavaju sporazumno, a ukoliko to nije moguće nadležan je sud u _____.

VI ZAVRŠNE ODREDBE

Član 26.

Ovaj ugovor se zaključuje na period od jedne godine od dana početka primjene.

Član 27.

Ugovor je sačinjen u četiri istovjetna primjerka, od kojih svaka ugovorna strana zadržava po dva primjerka.

Član 28.

Ovaj ugovor stupa na snagu danom potpisivanja, a primjenjivat će se od _____ godine.

Direktor Zavoda

Direktor Apoteke

Broj:
Datum:

Broj:
Datum:

Prilog br.1: ANEX 3 E

Na osnovu člana 37. stav 2. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH, br. 30/97, 07/02 i 70/08), člana 62. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", broj:46/10), tač. V i XIII st. 3. i 4. Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava, ("Službene novine Federacije BiH", broj: 21/09),odredaba Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (Službene novine Federacije BiH br. 05/03, 18/04, 57/07, 53/08 i 6/11), člana 4. Ugovora o pružanju primarne zdravstvene zaštite broj: _____ od _____ i Zakona o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine ("Službeni glasnik BiH", br.49/04, 19/05, 52/05, 08/06, 24/06, 70/06, 12/09 i 60/10),

Zavod zdravstvenog osiguranja _____ (u daljem tekstu: kupac usluga) koga zastupa direktor, _____
i

Dr. privatne prakse (Ugovorni doktor) _____ (u daljem tekstu: davalac usluga), kao nosioca tima broj: _____ u ambulanti porodične medicine koja se nalazi u _____.

MODEL UGOVORA**O PRUŽANJU ZDRAVSTVENIH USLUGA IZ PORODIČNE MEDICINE SA
DOKTOROM PORODIČNE MEDICINE PRIVATNE PRAKSE****I PREDMET UGOVORA****Član 1.**

Predmet ovog Ugovora je pružanje zdravstvenih usluga po Programu zdravstvene zaštite iz porodične medicine _____ godinu (u daljnjem tekstu: Program) iz djelatnosti:

- opće medicine,
- zdravstvene zaštite predškolske djece,
- zdravstvene zaštite školske djece i omladine,
- ambulantnog i kućnog liječenja,
- patronažne službe,
- dijagnostičkih i terapijskih usluga,
- vođenja propisanih evidencija i dokumentacije,
- mjera zdravstvenog obrazovanja i prosvjećivanja i
- preventivno-promotivnih zdravstvenih usluga.

II MEĐUSOBNA PRAVA I OBAVEZE

Član 2.

Ovim ugovorom se regulišu međusobna prava i obaveze u vezi provođenja Programa za _____ godinu između kupca usluga i davaoca usluga po Programu.

Zaključivanjem ovog Ugovora doktor porodične medicine stiče naziv «ugovornog doktora» i sva prava i obaveze koje proističu iz tog naziva.

Davalac usluga će osiguranim licima kupca usluga pružiti sve ugovorene zdravstvene usluge na nivou primarne zdravstvene zaštite za koje je kompetentan

Član 3.

Ugovorne strane su saglasne da je, za pružanje usluga po Programu, neophodno obrazovati tim porodične medicine.

Tim iz stava 1. ovog člana čine:

- 1 doktor medicine specijalista porodične medicine ili doktor medicine s posebnom edukacijom iz porodične medicine;
- 1 medicinska sestra-tehničar s dodatnom edukacijom iz porodične medicine.

Izuzetno od stava 2. ovog člana, tim porodične medicine može činiti

- 1 doktor medicine specijalista porodične medicine ili doktor medicine s posebnom edukacijom iz porodične medicine;
- 2 medicinske sestre-tehničara s dodatnom edukacijom iz porodične medicine i zdravstvene njege u zajednici ili kroz službe sestara u zajednici.

Tim iz ovog člana je tim broj: _____ i ukupno je prijavio _____ registrovanih osiguranih lica za _____ godinu (u daljem tekstu: tim).

Član 4.

Kupac usluga se obavezuje da:

- za pružene zdravstvene usluge iz člana 1. ovog Ugovora obezbijedi adekvatnu naknadu,
- na prigodan način obavijesti registrovana osigurana lica da, zbog raskida ugovora sa dotadašnjim ugovornim doktorom, treba da se opredijele za drugog izabranog doktora,
- obezbijedi davaocu usluga recepte za propisivanje lijekova sa Liste esencijalnih lijekova, u količini utvrđenoj aktima kupca usluga,
- po prijemu mjesečnih izvještaja od davaoca usluga izvrši pregled dokumentacije i o eventualno utvrđenim nedostacima i odstupanjima obavijesti davaoca usluga, u roku od 7 dana i
- izvijesti davaoca usluga o svim izmjenama zakona, podzakonskih akata i općih akata kupca usluga koji se odnose na izvršenje ugovornih obaveza.

Član 5.

Davalac usluga se obavezuje da:

- *se u svom radu dosljedno pridržava propisa iz ove oblasti,*
- *izvrši registraciju osiguranih lica koja su se opredijelila da im davaoc usluga pruža usluge primarne zdravstvene zaštite, na način i po postupku utvrđenom važećim propisima, a u skladu sa standardima i normativima,*
- *po Izjavama o slobodnom izboru/promjeni izabranog doktora sačini spisak registrovanih osiguranih lica koji sadrži ime i prezime, JMBG, osnov osiguranja, adresu prebivališta i datum registrovanja za svako osigurano lice,*
- *pruža usluge iz člana 1. ovog Ugovora u ambulanti porodične medicine koja se nalazi u _____ (u daljem tekstu: Ambulanta) koja odgovara standardima i normativima utvrđenim u Odluci o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: standardi i normativi),*
- *u slučaju planiranog odsudstva najkasnije u roku 24 sata prije odsudstva obavijesti kupca usluga o zamjeni i dobije njegovu saglasnost,*
- *u slučaju iznenadnog odsudstva dužan je u najkraćem mogućem roku da obavijesti kupca usluga,*
- *u 40% svog radnog vremena obavlja preventivno-promotivne zdravstvene usluge u vezi promocije zdravlja i prevencije bolesti, sestrinskih dijagnoza, ranog otkrivanja oboljenja i stanja, kontrole terapije u kući, obuke stanovništva u samopomoći i samozaštiti,*
- *provodi racionalnu politiku propisivanja lijekova registrovanim osiguranim licima, lijekove propisuje samo u skladu sa zakonom i aktima kupca usluga i osigura da se potrošnja lijekova po osiguranom licu kreće u okviru prosječne potrošnje lijekova na području Kantona,*
- *prilikom utvrđivanja privremene spriječenosti za rad registrovanih osiguranih lica, kada naknada plaće tereti sredstva kupca usluga, osigura da prosječna stopa izostanka sa posla ne bude veća od 0,90% od ukupnog broja zaposlenih radnika na području za koje obezbjeđuje zdravstvenu zaštitu,*
- *kontinuirano provjerava kvalitet pruženih zdravstvenih usluga putem definiranja programa unutarnje provjere kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga tima, u odnosu na važeće i eksplicitne standarde, izradom izvještaja o poboljšanju kvaliteta zdravstvenih usluga, kao i rezultatima u svom radu,*
- *istakne raspored radnog vremena na vratima Ambulante,*
- *na vratima Ambulante istakne podatke o članovima tima (ime, prezime i poslove koje obavljaju),*
- *izradi zakonom propisane statističke izvještaje u zdravstvu i dostavi ih kupcu usluga,*
- *dostavi kupcu usluga podatke o broju registrovanih i objavljenih osiguranih lica u toku mjeseca do petog u mjesecu, za predhodni mjesec.*
- *dostavlja kupcu usluga mjesečne izvještaje koji sadrže slijedeće podatke: broj izdatih uputnica za specijalističko-konsultativne preglede, dijagnostičke pretrage i bolničko liječenje, broj izdatih recepata za lijekove, izvještaje o utvrđivanju privremene spriječenosti za rad osiguranih lica kada naknada plaće pada na teret kupca usluga, broj pacijenata u vulnerabilnim grupama stanovništva (novorođenčad, dijabetičari, hipertoničari, hronični bolesnici) i o radu na promociji zdravlja.*

Član 6.

Kada davalac usluga ocijeni da zdravstveno stanje osigiranog lica zahtijeva složenije dijagnostičke i terapijske postupke na nivou specijalističko-konsultativne i bolničke zdravstvene zaštite, uputit će osigurano lice na specijalistički pregled ili stacionarno liječenje u najbližu polikliničku odnosno stacionarnu zdravstvenu ustanovu, s kojom kupac usluga ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Prilikom ciljanog upućivanja osiguranog lica u polikliničku ili stacionarnu zdravstvenu ustanovu, davalac usluga dužan je popuniti uputnicu, te priložiti istoriju bolesti sa potrebnim podacima.

Član 7.

Ugovorne strane su saglasne da će utvrđivati godišnji operativni program rada koji će sadržavati pojedinačne vrste usluga, kao i očekivani broj usluga u toku ugovornog perioda.

Član 8.

Ugovorne strane su saglasne da:

- *u slučaju prekoračenja planirane potrošnje lijekova rizik prekoračenja, koje je posljedica objektivnih okolnosti, snose ugovorne strane solidarno,*
- *u slučaju prekoračenja planirane potrošnje lijekova rizik prekoračenja, koje nije posljedica objektivnih okolnosti, snosi davalac usluga,*
- *u slučaju da prosječna stopa izostanka sa posla bude veća od 0,90% od ukupnog broja zaposlenih radnika na području za koje davalac usluga obezbjeđuje zdravstvenu zaštitu, rizik prekoračenja, koje je posljedica objektivnih okolnosti, snose ugovorne strane solidarno,*
- *u slučaju da prosječna stopa izostanka sa posla bude veća od 0,90% od ukupnog broja zaposlenih radnika na području za koje ugovorni doktor obezbjeđuje zdravstvenu zaštitu, rizik prekoračenja, koje nije posljedica objektivnih okolnosti, snosi davalac usluga.*

Na kraju kalendarske godine vrši se obračun rizika iz stava 1. ovog člana, po prosječnoj planskoj potrošnji ili stvarnoj, ako je manja.

Član 9.

Naknada za izvršene ugovorne usluge se izračunava na osnovu kapitacije-plaćanja po osiguranom licu.

Kapitacija predstavlja fiksnu svotu novca po registrovanom osiguranom licu za određeni vremenski period (jedna godina), koji se davaocu usluga (ugovornom doktoru) plaća za usluge iz godišnjeg programa rada.

Osnov za izračunavanje kapitacije su dobne skupine, a izračunava se na osnovu formule:

$$IN=(DS1 \times 2X) + (DS2 \times 1,0X) + (DS3 \times 1,5X) + (DS4 \times 2,0X) + (DS5 \times 2,5X)$$

IN – iznos naknade za porodičnu medicinu izražen u bodovima

DS1 – broj osoba u dobnoj skupini 0-7 godina

DS2 – broj osoba u dobnoj skupini 7-19 godina

DS3 – broj osoba u dobnoj skupini 19-50 godine

DS4 – broj osoba u dobnoj skupini 50-65 godine

DS5 – broj osoba u dobnoj skupini preko 65 godina

X – iznos kapitulacije u dobnoj skupini 7 -19 godina

Vrijednost apsolutnog iznosa kapitulacije za dobnu skupinu utvrđuje se na osnovu godišnje vrijednosti naknade po korisniku za tu starosnu skupinu i vrijednosti boda za tu budžetsku godinu.

Plaćanje timova obiteljske medicine će se vršiti na osnovu broja registrovanih osiguranih lica po starosnoj strukturi na dan 30.06. tekuće godine prema evidencijama kupca usluga.

Ukupan iznos naknade pokriva sve direktne i indirektno troškove obezbjeđenja usluga porodične medicine za jednu godinu, za svako registrovano osigurano lice.

Timu porodične medicine može biti plaćena nagrada ili umanjena ugovorena naknada za ispunjenje odnosno neispunjenje određenih zahtjeva (potrošnja lijekova na recept, preventivni rad, upućivanje na dijagnostiku i specijalističke konsultacije.)

Član 10.

Za pružanje usluga po Programu, davaocu usluga pripada naknada za:

- *Program u iznosu od..... KM*
- *prilagođavanje kapitulacije odnosu broja korisnika ambulanti iz mreže i broja korisnika iz normativa u iznosu od KM*
- *udaljenost ambulanti timova porodične medicine od sjedišta davaoca usluga u iznosu od KM*
- *uspostavljanje sistema kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u zdravstvenoj ustanovi i njegovo održavanje, saglasno odredbama važećeg akta o elementima i kriterijima za vrednovanje unapređenja i praćenja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u iznosu od KM*

Ukupna godišnja naknada iz stava 1. ovog člana iznosi od..... KM.

Ukupna godišnja naknada za pružene usluge se obračunava na kraju godine i može biti manja od naknade iz stava 2 ovog člana ukoliko se prihodi kupca usluga ne ostvaruju u skladu sa njegovim finansijskim planom.

Član 11.

Davalac usluga se obavezuje da će primjenjivati Kolektivni ugovor o pravima i obavezama poslodavaca i zaposlenika u oblasti zdravstva na teritoriji Federacije BiH («Službene novine Federacije BiH», broj: 61/07), a doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje za sve zaposlenike u prosjeku ne može biti niži od doprinosa obračunatog na prosječnu plaću u Federaciji BiH prema poslednjem objavljenom podatku Federalnog zavoda za statistiku.

Davalac usluga se obavezuje da će prijavljivati sve promjene uposlenog kadra.

III PRAĆENJE I KONTROLA IZVRŠENJA UGOVORA

Član 12.

Ugovorne strane su saglasne da kontrolu izvršavanja obaveza, preuzetih ovim Ugovorom, obavlja kupac usluga:

- pregledom materijalno-finansijske i medicinske dokumentacije,
- neposrednim uvidom ovlaštenih kontrolora kupca usluga u rad i dokumentaciju ugovorne zdravstvene ustanove i ugovornog doktora.

O izvršenoj kontroli sačinjava se Izvještaj saglasno tački XXV st. 4. i 5. Jedinstvene metodologije .

U slučaju da davalac usluga iz bilo kojih razloga ne pruži ugovorene usluge osiguranim licima kupca usluga, i osigurana lica uputi u drugu zdravstvenu ustanovu radi ostvarivanja ugovorenih zdravstvenih usluga, kupac usluga će na teret sredstava iz člana 10. ovog ugovora, platiti zdravstvenoj ustanovi koja te usluge pruži osiguranim licima kupca usluga.

IV POSLJEDICE NEIZVRŠENJA UGOVORENIH OBAVEZA

Član 13.

U slučaju utvrđene odgovornosti davaoca usluga odnosno člana tog tima, kupac usluga može jednostrano raskinuti ovaj Ugovor, bez obaveze naknade štete.

Član 14.

Ugovorni odnos može prestati istekom roka na koji je Ugovor zaključen ili raskidom Ugovora.

Svaka od ugovornih strana ima pravo tražiti raskid Ugovora ukoliko druga ugovorna strana ne izvršava ugovorne obaveze preuzete ovim Ugovorom.

Ugovorna strana, koja raskida Ugovor, dužna je da u roku od 3 dana pismeno obavijestiti drugu ugovornu stranu o namjeri da raskine Ugovor i navede razloge zbog kojih Ugovor raskida.

Otkazni rok je 60 dana od dana prijema obavijesti o otkazu Ugovora.

Ugovorna zdravstvena ustanova može raskinuti Ugovor samo uz prethodno pribavljenu saglasnost kupca usluga.

V RJEŠAVANJE SPORNIH PITANJA

Član 15.

Sva sporna pitanja proizašla iz ovog Ugovora ugovorne strane će nastojati riješiti sporazumno.

U slučaju da se sporazum ne može postići, sporna pitanja će rješavati arbitražna komisija od 5 članova. Po jednog člana komisije imenuje ugovorna zdravstvena ustanova, Ljekarska komora kantona i kupac usluga, a dva člana Ministarstvo zdravstva kantona.

Ugovorna strana, nezadovoljna odlukom komisije iz stava 2. ovog člana, može u roku od 30 dana, od dana dostavljanja odluke, pokrenuti sudski spor kod stvarno nadležnog suda.

Član 16.

Za sva pitanja koja se tiču prava i obaveza ugovornih strana, a koja nisu regulisana ovim Ugovorom, primjenjuju se odredbe Ugovora o pružanju usluga zdravstvene zaštite za _____ godinu broj: _____ od _____ godine i Ugovora o pružanju zdravstvenih usluga iz porodične medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti broj: _____ od _____ godine, koje su zaključili ugovorna zdravstvena ustanova i kupac usluga.

V ZAVRŠNE ODREDBE

Član 17.

Ovaj ugovor se zaključuje na period od jedne godine od dana početka primjene.

Član 18.

Ugovor je sačinjen u četiri istovjetna primjerka, od kojih svaka ugovorna strana zadržava po dva primjerka.

Član 19.

Ovaj ugovor smatra se zaključenim danom potpisivanja, a primjenjuje se od _____.

Direktor davaoca usluga

Ugovorni doktor

*Broj:
Datum:*

*Broj:
Datum:*

Prilog br. 2

**MINIMALNI SET
POKAZATELJA - INDIKATORA ZA PRAĆENJE
IZVRŠENJA UGOVORA IZMEĐU KANTONALNIH
ZAVODA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I
ZDRAVSTVENIH USTANOVA**

U skladu sa Jedinštenom metodologijom kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove (u daljem tekstu: Jedinstvena metodologija) i Modelom izrade programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Model izrade programa zdravstvene zaštite), za ocjenu ostvarivanja ugovorenih programa i zdravstvenih usluga bilo kojeg vida i nivoa zdravstvene zaštite, potrebno je kontinuirano provoditi proces monitoringa i evaluacije.

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.

S tim u vezi definiran je minimalni set pokazatelja - indikatora za praćenje izvršenja ugovora zaključenih između kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova. Takođe, u skladu sa ovim setom indikatora sačinjeni su izvještajni obrasci utvrđeni za unos podataka za monitoring i evaluaciju izvršenja programa zdravstvene zaštite. Uz izvještajne obrasce napravljeno je Uputstvo za popunjavanje izvještajnih obrazaca za monitoring i evaluaciju izvršenja programa zdravstvene zaštite, čime se obezbjeđuje jedinstven, jednoobrazan pristup kod unosa podataka u obrasce, kod obrade i analize podataka, iskazivanja pokazatelja i izrade izvještaja.

Prijedlogom indikatora za praćenje izvršenja programa zdravstvene zaštite nisu obuhvaćeni indikatori koji se već prikupljaju po drugim osnovama (Obračun sredstava u zdravstvu, izvještavanje zdravstvenih ustanova prema zavodima za javno zdravstvo).

Kantonalni zavodi mogu u skladu sa vlastitim potrebama definirati širu listu indikatora od Jedinštenog minimalnog seta indikatora utvrđenim ovim aktom.

Kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja koji su u dosadašnjem periodu uspostavili evidencije sa većim brojem pokazatelja od navedenih u ovom aktu, na osnovu podataka iz faktura sa obračunom troškova liječenja, statističkih listića i drugih izvještaja, nisu u obavezi izvještajne obrasce dostavljati zdravstvenim ustanovama, nego iste samostalno popuniti krajem izvještajnog perioda, te iskazati indikatore propisane ovim aktom.

Pokazatelji za ocjenu ostvarivanja Programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđuju se posebno za svaki vid zdravstvene zaštite.

Pokazatelji za primarnu zdravstvenu zaštitu (PZZ) prema dobnim grupama (0-6, 7-14, 15-18, 19-45, 46-64, 65+) koji se prate na nivou zdravstvene ustanove su:

1. Broj timova porodične medicine,
2. Posjete u primarnoj zdravstvenoj zaštiti,
3. Upućivanja sa primarne na specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu,
4. Preventivni pregledi predškolske, školske djece i omladine,
5. Skrining na rak dojke,
6. Skrining na rak grlića materice,
7. Skrining na rak debelog crijeva,
8. Broj izdatih originalnih pakovanja lijekova na recept propisanih sa esencijalne liste lijekova,

9. Posjete kod doktora stomatologije u ugovornim zdravstvenim ustanovama,
10. Broj timova u oblasti hitne medicinske pomoći (HMP),
11. Posjete u HMP,
12. Broj timova u specijalističko-konsultativnoj zdravstvenoj zaštiti,
13. Broj posjeta u specijalističko-konsultativnoj zdravstvenoj zaštiti,
14. Broj farmaceutskih timova,
15. Troškovi za esencijalne lijekove,
16. Troškovi za ostale lijekove.

Pokazatelji koji se prate u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite) na godišnjoj osnovi odnose se na ustanovu u cjelini, te pojedine grane medicine (internističke grane, hirurške, ginekologija i akušerstvo, pedijatrija) i specijalističko-konsultativnu djelatnost:

1. Bolničke postelje,
2. Bolnički otpusti,
3. Bolnički otpusti po djelatnostima,
4. Dužina boravka u bolnici,
5. Dužina boravka po djelatnostima,
6. Bolničke infekcije,
7. Operacije,
8. Dekubitusi kod hospitaliziranih pacijenata,
9. Bolnički pregledi u specijalističko-konsultativnoj zdravstvenoj zaštiti.

Navedeni indikatori će se izračunavati iz podataka dobijenih od strane zdravstvenih ustanova na osnovu posebnih izvještajnih obrazaca u prilogu.

Prilog br.3

**UPUTSTVO
ZA POPUNJAVANJE IZVJEŠTAJNIH OBRAZACA ZA
MONITORING, EVALUACIJU I KONTROLU
IZVRŠENJA PROGRAMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

U svrhu praćenja realizacije Programa zdravstvene zaštite ugovorenog između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova, te iskazivanjem minimalnog seta indikatora propisani su izvještajni obrasci koje popunjavaju ugovorne zdravstvene ustanove. Za jednoobrazan pristup u popunjavanju obrazaca od strane ugovorenih zdravstvenih ustanova donosi se:

**UPUTSTVO
ZA POPUNJAVANJE IZVJEŠTAJNIH OBRAZACA ZA
MONITORING I EVALUACIJU IZVRŠENJA
PROGRAMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

I. OPŠTE ODREDBE

Ovim uputstvom se, u skladu sa Jedinštenom metodologijom kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove (u daljem tekstu: Jedinstvena metodologija) i Modelom izrade programa zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Model izrade programa zdravstvene zaštite), obezbjeđuje jedinstven, jednoobrazan pristup unosa podataka u izvještajne obrasce, iskazivanja indikatora, te izrade izvještaja u svrhu monitoringa i evaluacije izvršenja programa zdravstvene zaštite.

Izvještajni obrasci iz prethodnog stava su u prilogu ovog Uputstva i njegov su sastavni dio.

U procesu obrade prikupljenih podataka, analize, izrade pokazatelja i izvještaja, obavezna je zaštita povjerljivih podataka saglasno važećim propisima.

Ovi se podaci mogu koristiti za praćenje izvršenja programa zdravstvene zaštite i u druge svrhe koje su Zakonom propisane.

Ovo Uputstvo sadrži Obrasce za unos podataka i Upute za unos podataka u obrasce.

II. OBRASCI ZA UNOS PODATAKA

Obrasce za unos podataka su sačinjeni saglasno utvrđenom minimalnom setu pokazatelja-listi indikatora za praćenje izvršenja Programa zdravstvene zaštite po zaključenim ugovorima između kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvenih ustanova, u prilogu uputstva.

Obrasce za unos podataka su po sadržaju, koncepciji i formi sačinjeni tako da obuhvate sve podatke relevantne za monitoring i evaluaciju izvršenja programa zdravstvene zaštite.

Obrasce za unos podataka u svrhu monitoringa i evaluacije izvršenja programa zdravstvene zaštite definirani su u skladu sa Modelom izrade programa zdravstvene zaštite, po nivoima zdravstvene zaštite i po specijalnostima u okviru svakog nivoa kako slijedi:

Primarna zdravstvena zaštita (PZZ)

- Obrazac 1. PZZ. - Podaci o izvršenju programa primarne zdravstvene zaštite,
- Obrazac 1.1. PZZ - Podaci o izvršenju programa primarne zdravstvene zaštite, preventivni, sistematski i periodični pregledi - dopunski obrazac,
- Obrazac 1.2. PZZ - Podaci o izvršenju programa primarne zdravstvene zaštite prema dobnim skupinama - dopunski obrazac,

- Obrazac 1.3. PZZ - Podaci o izvršenju apotekarske djelatnosti - dopunski obrazac,
- Obrazac 1.4. PZZ - Podaci o izvršenju programa specijalističko-konsultativne vanbolničke zdravstvene zaštite.

Sekundarna zdravstvena zaštita (SZZ)

- Obrazac 2. SKBZZ - Specijalističko-konsultativna bolnička zdravstvena zaštita,
- Obrazac 3. BSDSN - Bolničko-stacionarna djelatnost sekundarnog nivoa.

Tercijarna zdravstvena zaštita (TZZ)

- Obrazac 4. SKTZZ - Specijalističko-konsultativna djelatnost tercijarnog nivoa,
- Obrazac 5. BZZTN - Bolnička zdravstvena zaštita tercijarnog nivoa.

Svi gore navedeni obrasce dati su u prilogu uputstva.

Kantonalni zavodi su u obavezi uz ugovor zaključen sa zdravstvenom ustanovom priložiti i izvještajne obrasce sa uputstvom o načinu popunjavanja i periodično ih slati kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja, što će biti precizirano odredbama ugovora.

Na osnovu podataka iz izvještajnih obrazaca kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja će, nakon provjere tačnosti podataka iskazati indikatore i iste po završetku poslovne godine dostaviti Federalnom zavodu osiguranja i reosiguranja.

Kantonalni zavodi mogu prikupljanje, obradu podataka kao i izradu izvještaja povjeriti drugoj ustanovi.

Prilog br.3
Obrazac 1.PZZ

BOSNA I HERCEGOVINA - FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE

KANTON:

Naziv zdravstvene ustanove:

<input type="checkbox"/> Javna ustanova
<input type="checkbox"/> Privatna ustanova

**PODACI O IZVRŠENJU PROGRAMA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
U PERIODU OD _____ DO _____**

R.br.	Nivoi i vrste zdravstvene zaštite	Broj osiguranih lica***pacijenata	Broj radnih timova	Posjete osiguranih lica/pacijenata		Pružene usluge		Broj izdatih uputnica specijalisti			Broj izdatih uputnica za dijagnostiku			Broj izdatih uputnica za bolničko liječenje		
				Ukupan broj posjeta	Od toga broj prvih posjeta	Ukupan broj pruženih usluga	Od toga broj preventivnih usluga	Ukupno	Eksterne	Interne (umutar ustanove)	Ukupno	Od toga laboratorij	RTG		Ultrazvuk	Ostalo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Primarna zdravstvena zaštita:																
1.1.	Porodična medicina *															
1.2.	Zdravstvena zaštita djece (od 0 do 6 godina) *															
	Zdravstvena zaštita školske djece i omladine (od 7 do 19 godina)															
1.4.	Polivalentna patnonaža sestara u zajednici															
1.5.	Higijensko-epidemiološka zaštita															
1.6.	Hitna medicinska pomoć															
1.7.	Reproduktivno zdravlje žena															
1.8.	plućnih oboljenja															
1.9.	Mentalna rehabilitacija															
1.10.	Fizikalna rehabilitacija															
	Preventivna zdravstvena zaštita omladine u školama i fakultetima															
1.11.	Skolarna i fakultetna															
1.12.	Zubnozdravstvena zaštita djece do 6 godina															
	Zubnozdravstvena zaštita djece i omladine od 7 do 19 godina															
1.13.																
1.14.	Laboratorijska djelatnost															
1.15.	Radiološka dijagnostička djelatnost															
1.16.	Medicinska rada															
1.17.	Apotekarska djelatnost *															
1.18.	Liječenje i rehabilitacija u kući															
1.	Ukupno primarna zdravstvena zaštita															

Obrazac popunio/a: _____
Prezime i ime: _____
Dan, mjesec i godina popune podataka:

* Napomene:

* ima dopunski obrazac

** popunjavaju one djelatnosti koje mogu upućivati pacijente na spec.kons.z.z.

*** pod brojem osiguranih lica/pacijenata podrazumijeva se broj osiguranih lica na bazi kojih je sačinjen program zdravstvene zaštite za svaku od navedenih djelatnosti.

IZVOR PODATAKA: UGOVORNA ZDRAVSTVENA USTANOVA

BOSNA I HERCEGOVINA - FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE**Prilog br.3
Obrazac 1.1.PZZ****KANTON:** _____**Naziv zdravstvene ustanove:**

- Javna ustanova
 Privatna ustanova

**PODACI O IZVRŠENJU PROGRAMA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
 PREVENTIVNI, SISTEMATSKI I PERIODIČNI PREGLEDI
 U PERIODU OD ___ DO _____**

R.br.	KORISNICI PORODIČNE MEDICINE	Broj osiguranih lica*/pacijenata	Broj sistematskih pregleda	Broj skrininga
1	2	3	4	5
1	Djeca od 0-6 godina			
2	Školska djeca i omladina od 7-19 godina			
3	Osobe starosti 20-64g			
4	Žene starosti 20-69g. koje su radile skrining na rak dojke			
5	Žene starosti 40-69g. koje su radile skrining na rak dojke			
6	Žene starosti 20-69g. koje su radile skrining na rak grlića materice			
7	Žene starosti 40-69g. koje su radile skrining na rak grlića materice			
8	Muškarci starosti 50-74g koji su radili skrining na rak debelog crijeva			
9	Žene starosti 50-74g koje su radile skrining na rak debelog crijeva			

*

pod brojem osiguranih lica/pacijenata podrazumijeva se broj osiguranih lica na bazi kojih je sačinjen program zdravstvene zaštite

Obrazac popunio/la:

Prezime i ime:

Dan, mjesec i godina popune podataka:

IZVOR PODATAKA: UGOVORNA ZDRAVSTVENA USTANOVA

BOSNA I HERCEGOVINA - FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINEPrilog br.3
Obrazac 1.2.PZZ

KANTON: _____

Naziv zdravstvene ustanove:

<input type="checkbox"/>	Javna ustanova
<input type="checkbox"/>	Privatna ustanova

**PODACI O IZVRŠENJU PROGRAMA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
PREMA DOBNIM SKUPINAMA
U PERIODU OD ___ DO _____**

R.br.	KORISNICI PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	Broj osiguranih lica**/pacijenata	Broj usluga *		Broj propisanih receptata
			Ukupno	Od toga preventiva	
1	2	3	4	5	6
1	0-6 godina				
2	7-14 godina				
3	15-18 godina				
4	19-45 godina				
5	46-64 godina				
6	65 i više godina				
	UKUPNO				

* Napomena: iskazuje se ukupan broj usluga po timovima (preventiva i kurativa)

** pod brojem osiguranih lica/pacijenata podrazumijeva se broj osiguranih lica na bazi kojih je sačinjen program zdravstvene zaštite

Obrazac popunio/la:

Prezime i ime:

Dan, mjesec i godina popune podataka:

IZVOR PODATAKA: UGOVORNA ZDRAVSTVENA USTANOVA

BOSNA I HERCEGOVINA - FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINEPrilog br.3
Obrazac 1.3.PZZ

KANTON: _____

Naziv zdravstvene ustanove:

<input type="checkbox"/>	Javna ustanova
<input type="checkbox"/>	Privatna ustanova

**PODACI O IZVRŠENJU
APOTEKARSKE DJELATNOSTI
U PERIODU OD ___ DO ___**

R.br.	IZDATI RECEPTI	Broj izdatih recepata	Vrijednost
1	2	3	4
1	Izdati recepti sa esencijalne liste		
	Ukupno		
	Od toga:		
	Antibiotici		
	Antidijabetici		
	Antihipertenzivi		
	Psihofarmaci		
2	Ostali lijekovi		

Obrazac popunio/la:

Prezime i ime:

Dan, mjesec i godina popune podataka:

IZVOR PODATAKA: UGOVORNA ZDRAVSTVENA USTANOVA

BOSNA I HERCEGOVINA - FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE

**Prilog br.3
Obrazac 1.4.PZZ**

KANTON: _____

Naziv zdravstvene ustanove:

<input type="checkbox"/> Javna ustanova
<input type="checkbox"/> Privatna ustanova

PODACI O IZVRŠENJU PROGRAMA SPECIJALISTIČKO-KONSULTATIVNE VANBOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

U PERIODU OD _____ DO _____

R.br.	Nivoi i vrste zdravstvene zaštite	Broj osiguranih lica*/pacijenta	Broj radnih timova	Broj posjeta osiguranih lica/pacijenata		Ukupan broj pruženih usluga	Broj uputa na bolničko liječenje
				Ukupan broj posjeta	Od toga broj prvih posjeta		
1	2	3	4	5	6	7	8
	2. Specijalističko-konsultativna vanbolnička zdravstvena zaštita:						
2.1.	Opća internistička zdravstvena zaštita						
2.2.	Opća hirurgija						
2.3.	Neurologija						
2.4.	Otorinolaringologija						
2.5.	Oftalmologija						
2.6.	Ortopedija						
2.7.	Dermatovenerologija						
2.8.	Pedijatrija						
2.9.	Medicina rada						
2.	Ukupno specijalističko-konsultativna vanbolnička zdr. zaštita						

* pod brojem osiguranih lica/pacijenata podrazumijeva se broj osiguranih lica na bazi kojih je sačinjen program zdravstvene zaštite za svaku od navedenih djelatnosti

Obrazac popunio/la:

Prezime i ime:
Dan, mjesec i godina popune podataka:

IZVOR PODATAKA: UGOVORNA ZDRAVSTVENA USTANOVA

BOSNA I HERCEGOVINA - FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE

Prilog br.3

Obrazac 2. SKBZZ

KANTON: _____

Naziv zdravstvene ustanove:

<input type="checkbox"/>	Javna ustanova
<input type="checkbox"/>	Privatna ustanova

**SPECIJALISTIČKO- KONSULTATIVNA
BOLNIČKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA
U PERIODU OD _____ DO _____**

R.br.	Nivoi i vrste zdravstvene zaštite	Broj osiguranih lica*/pacijenata	Broj radnih timova	Broj pruženih usluga
1	2	3	4	5
	I Specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita:			
1.	Interna medicina			
1.1.	Opća interna			
1.2.	Kabinet za koronarna oboljenja i hipertenziju			
1.3.	Kabinet za reumatologiju			
1.4.	Kabinet za gastroenterologiju			
1.5.	Kabinet za nefrologiju			
1.6.	Kabinet za dijabetes			
1.7.	Kabinet za hematologiju			
2.	Pedijatrija			
2.1.	Pedijatrija za stanovništvo koje nije obuhvaćeno porodičnom medicinom			
2.2.	Pedijatrija za stanovništvo obuhvaćeno porodičnom medicinom			
3.	Hirurgija			
3.1.	Opća hirurgija			
3.2.	Abdominalna hirurgija			
3.3.	Grudna hirurgija			
3.4.	Dječija hirurgija			
3.5.	Vaskularna hirurgija			
3.6.	Neurohirurgija			
3.7.	Plastična hirurgija			
4.	Ginekologija i akušerstvo			
4.1.	Savjetovalište za djecu i adolesc. ginekologiju			
4.2.	Citološka dijagnostika			
4.3.	Ultrazvučna dijagnostika			
4.4.	Savjetovalište za bračni fertilitet			
5.	Infektologija			
6.	Pneumoftizilogija			
7.	Neurologija			
8.	ORL			
9.	Oftalmologija			
10.	Ortopedija			
11.	Urologija			
12.	Dermatologija			
13.	Traumatologija			
14.	Angiologija			
15.	Maksilofacijalna hirurgija			
16.	Bolesti usta			
17.	Bolesti zuba			
18.	Ortodoncija			
19.	Pedodonticija			
20.	Oralna hirurgija			
21.	Stomatološka protetika			
I	Ukupno specijalističko-konsultativna zdrav.zaštita:			

Nastavak obrasca 2 SKBZZ

R.br.	Nivoi i vrste zdravstvene zaštite	Broj osiguranih lica/pacijenata	Broj radnih timova	Broj pruženih usluga
1	2	3	4	5
	II Bolnička dijagnostika:			
1.	Transfuziologija			
2.	Radiologija			
3.	Nuklearna medicina			
4.	Laboratorijska djelatnost			
4.1.	Hematološki laboratorij			
4.2.	Biohemijski laboratorij			
4.3.	Mikrobiološki laboratorij			
5.	Patološka anatomija			
II	Ukupno bolnička dijagnostika			
	III Vanbolnička dijagnostička djelatnost sekundarnog nivoa:			
3.1.	Transfuziologija			
3.2.	Radiološka dijagnostika			
3.3.	Ultrazvučna dijagnostika			
3.4.	Laboratorijska dijagnostika			
3.4.1.	Hematološki laboratorij			
3.4.2.	Biohemijski laboratorij			
3.4.3.	Mikrobiološki laboratorij			
III	Ukupno vanbolnička dijagnostička djelatnost sekundarnog i tercijarnog nivoa			

* pod brojem osiguranih lica/pacijenata podrazumijeva se broj osiguranih lica na bazi kojih je sačinjen program zdravstvene zaštite za svaku od navedenih djelatnosti

Obrazac popunio/la: Prezime i ime: Dan, mjesec i godina popune podataka:
--

IZVOR PODATAKA: UGOVORNA ZDRAVSTVENA USTANOVA

Nastavak obrasca 3 BSDSN

R.br.	Nivoi i vrste zdravstvene zaštite	Broj radnih timova	Broj bolesničkih postelja	Broj bolničko opskrbnih dana				Broj operativnih zahvata	Broj dekuubitusa kod hospitaliziranih pacijenata	Broj pacijenata sa bolničkim infekcijama, uključujući infekciju operativnog mjesta		
				UKUPAN BROJ BO DANA	Standard na njega	Polu-intenzivna njega	Intenzivna njega				u operaciji ovoj sali	ambulantno
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
5.	Akušerstvo											
5.1.	Nivo opće bolnice											
5.2.	Nivo kantonalne bolnice											
6.	Novorođenčad											
6.1.	Nivo opće bolnice											
6.2.	Nivo kantonalne bolnice											
7.	Infektologija											
8.	Pneumofiziologija											
9.	Neurologija											
10.	Psijhijatrija											
11.	ORL											
12.	Oftalmologija											
13.	Ortopedija											
14.	Urologija											
15.	Dermatovenerologija											
16.	Fizijatrija											
	Ukupno bolničko-stacionarna djelatnost											
	II Ostale bolničke djelatnosti											
1.	Klinička farmakologija											
2.	Prevenција intrahospitalnih infekcija											
3.	Anestezijologija i reanimacija											
4.	Urgentna medicina											
	II Ukupno ostale bolničke djelatnosti											
	III Ukupno bolničko-stac. djelatnost (I+II)											

Obrazac popunjava:
 Prezime i ime:
 Dan, mjesec i godina popune podataka:

IZVOR PODATAKA: UGOVORNA ZDRAVSTVENA USTANOVA

BOSNA I HERCEGOVINA - FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE

Prilog br.3
Obrazac 4.SKTZZ

KANTON:

Naziv zdravstvene ustanove:

-
- Javna ustanova
-
-
- Privatna ustanova

SPECIJALISTIČKO- KONSULTATIVNA DJELATNOST TERCIJARNOG NIVOVA
U PERIODU OD DO

R.br.	Nivoi i vrste zdravstvene zaštite	Broj osiguranih lica/pacijenata	Broj radnih timova	Broj pruženih usluga
1	2	3	4	5
	I Klinička specijalističko-konsultativna zdr.zaštita:			
1.	Nefrologija			
2.	Kardiologija i bolesti cirkulatornog sistema			
3.	Gastroenterologija i bolesti ishrane i metabolizma			
4.	Endokrinologija			
5.	Hematologija			
6.	Reumatologija			
7.	Profesionalna patologija i toksikologija			
8.	Pedijatrija			
9.	Pneumoftziologija			
10.	Neurologija i psihijatrija			
11.	Infektologija			
12.	Dermatovenerologija			
13.	Onkologija i radioterapija			
13.1.	Kabinet za radioterapiju			
13.2.	Kabinet za maligna oboljenja i tumore			
14.	Ortopedija i traumatologija			
15.	Rekonstruktivna i plastična hirurgija			
16.	Angiologija i vaskularna hirurgija			
17.	ORL			
18.	Oftalmologija			
19.	Maksilofacijalna hirurgija			
20.	Ginekologija			
21.	Transplantologija			
22.	Humana genetika			
I	Ukupno klinička specijalističko-konsultativna zdr.zaštita:			
	II Klinička dijagnostika:			
1.	Biohemijska laboratorijska dijagnostika			
1.1.	Hematološki laboratorij			
1.2.	Imunološki laboratorij			
1.3.	Biohemijski laboratorij			
2.	Mikrobiološki laboratorij			
3.	Radiologija			
4.	Nuklearna medicina			
5.	Transfuziologija			
6.	Patološka anatomija			
II	Ukupno djelatnosti kliničke dijagnostike			
	III Vanbolnička dijagnostička djelatnost tercijarnog nivoa:			
1.1.	Transfuziologija			
1.2.	Radiološka dijagnostika			
1.3.	Ultrazvučna dijagnostika			
1.4.	Laboratorijska djelatnost			
1.4.1.	Hematološki laboratorij			
1.4.2.	Biohemijski laboratorij			
1.4.3.	Mikrobiološki laboratorij			
III	Ukupno vanbolnička dijagnostička djelatnost sekundarnog i tercijarnog nivoa			

* pod brojem osiguranih lica/pacijenata podrazumijeva se broj osiguranih lica na bazi kojih je sačinjen program zdravstvene zaštite za svaku od navedenih djelatnosti

Obrazac popunio/la:

Prezime i ime:

Dan, mjesec i godina popune podataka:

IZVOR PODATAKA: UGOVORNA ZDRAVSTVENA USTANOVA

Nastavak obrasca 5 BZZTN

R.br.	Nivoi i vrste zdravstvene zaštite	Broj radnih timova	Broj bolesničkih postelja	Broj bolničko opskrbenih dana				Broj operativnih zahvata	Broj operativnih u operacijskoj sali	Broj operativnih ambulantno	Broj pacijenata sa dekubitusa kod hospitaliziranih pacijenata	Broj pacijenata sa bolničkim infekcijama, uključujući infekciju operativnog mjesta
				UKUPAN BROJ BO DANA	Standard dnevna njega	Poluintenzivna njega	Intenzivna njega					
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1.18.	Torakalna hirurgija											
1.19.	Hirurgija dojke											
1.20.	Neurohirurgija											
1.21.	Plastična hirurgija											
1.22.	Dječija hirurgija											
1.23.	Angiologija i vaskularna hirurgija											
1.24.	ORL											
1.25.	Oftalmologija											
1.26.	Maksilofacijalna hirurgija											
1.27.	Ginekologija i akušerstvo											
1.28.	Transplantologija											
1.29.	Kardiohirurgija											
1.	Ukupno stacionarna djelatnost na klinika											

Obrazac popunio/la: _____

Prezime i ime: _____

Dati, mjesec i godina popune podataka: _____

IZVOR PODATAKA: UGOVORNA ZDRAVSTVENA USTANOVA