



5702  
mbo

Bosnia and Herzegovina  
Federation of Bosnia and Herzegovina

**CANTON SARAJEVO**  
Government

Broj: 02-04-36283-1/21  
Sarajevo, 30.09.2021. godine

Na osnovu člana 26. i 28. stav (2) Zakona o Vladi Kantona Sarajevo („Službene novine Kantona Sarajevo“, broj: 36/14 - Novi prečišćeni tekst i 37/14 - Ispravka) i člana 38. stav (2) Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, broj: 30/97, 7/02, 70/08, 48/11 i 36/18) na prijedlog Ministarstva zdravstva Kantona Sarajevo, Vlada Kantona Sarajevo, na **116. vanrednoj** sjednici održanoj **30.09.2021.** godine, donijela je

**O D L U K U**  
**O UTVRĐIVANJU OSNOVA, KRITERIJA I MJERILA ZA ZAKLJUČIVANJE UGOVORA**  
**O PRUŽANJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG**  
**OSIGURANJA ZA OSIGURANE OSOBE SA PODRUČJA KANTONA SARAJEVO I**  
**NAČINU ORGANIZIRANJA I FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE IZ**  
**OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**  
**ZA 2022. GODINU**

**I. Uvod**

**Član 1.**  
**(Predmet Odluke)**

Ovom odlukom se uređuju osnovi za uspostavljanje i ostvarivanje ugovornih odnosa između Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo (u daljem tekstu: Zavod), zdravstvenih ustanova, privatnih zdravstvenih radnika i apoteka, kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora, elementi ugovora, način programiranja zdravstvene zaštite, način kontrole, vrste izvršene zdravstvene zaštite, način organiziranja, način finansiranja i drugo.

**Član 2.**  
**(Načela za zaključivanje ugovora)**

Ovom odlukom osigurava se pravovremeno zaključivanje ugovora i pružanje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja saglasno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine“, broj: 46/10 i 75/13 ) i Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, broj: 30/97, 7/02, 70/08, 48/11 i 36/18) i ista se temelji na načelima zdravstvene zaštite, i to:

- a) pristupačnosti zdravstvene zaštite koja je fizički, geografski i ekonomski dostupna, posebno zdravstvene zaštite na primarnom nivou;
- b) pravičnosti koja se ostvaruje zabranom diskriminacije prilikom pružanja zdravstvene zaštite na temelju rase, spola, starosti, nacionalne pripadnosti, socijalnog porijekla i drugo;



web: <http://vlada.ks.gov.ba>  
e-mail: [vlada@vlada.ks.gov.ba](mailto:vlada@vlada.ks.gov.ba)  
Tel: + 387(0)33 562-068, 562-070  
Fax: + 387(0)33 562-211

Sarajevo, Reisa Džemaludina Čauševića 1



- c) solidarnosti koja se ostvaruje organizacijom sistema zdravstvenog osiguranja u kojem su svi građani obuhvaćeni zdravstvenom zaštitom i u kome se bogati solidariziraju sa siromašnim, mladi sa starim, zdravi sa bolesnim i pojedinci sa obiteljima;
- d) sveobuhvatnosti zdravstvene zaštite kroz uključivanje svih građana Federacije u sistem zdravstvene zaštite uz primjenu objedinjenih mjera i postupaka zdravstvene zaštite koje obuhvataju promociju zdravlja, prevenciju bolesti na svim nivoima, ranu dijagnozu, liječenje i rehabilitaciju;
- e) kontinuiranosti zdravstvene zaštite koja se ostvaruje ukupnom organizacijom sistema zdravstvene zaštite koja mora biti funkcionalno povezana i usklađena po nivoima, od primarnog do sekundarnog odnosno tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu građanima Federacije u svakom životnom dobu;
- f) specijaliziranog pristupa koji se osigurava kroz organiziranje i razvijanje posebnih specijaliziranih kliničkih, javno-zdravstvenih dostignuća i znanja, te njihovom primjenom u praksi;
- g) stalnog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite kroz postizanje najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoložive resurse u zdravstvu, odnosno postizanjem najvišeg nivoa zdravstvene zaštite, uz racionalno korištenje raspoloživih resursa;
- h) efikasnosti zdravstvene zaštite kroz ostvarivanje najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoložive resurse u zdravstvu, odnosno postizanjem najvišeg nivoa zdravstvene zaštite, uz racionalno korištenje raspoloživih resursa.

### **Član 3.**

#### **(Lista zdravstvenih ustanova)**

- (1) Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo (u daljem tekstu: Ministarstvo) dužno je da svake godine kreira, odnosno dopunjava listu zdravstvenih ustanova/privatnih zdravstvenih radnika koji su registrirani za obavljanje određene djelatnosti, odnosno koji ispunjavaju uvjete kadra, opreme i prostora sa područja Kantona Sarajevo (u daljem tekstu: Lista ustanova).
- (2) Ministarstvo će se u cilju izrade kompletne Liste ustanova obratiti Ministarstvu zdravstva Federacije Bosne i Hercegovine za dostavu podataka o zdravstvenim ustanovama kojima je navedeno Ministarstvo svojim rješenjem odobrilo obavljanje djelatnosti.
- (3) Ministarstvo sačinjava Listu doktora medicine i stomatologije za svaku općinu/grad, a saglasno odredbama Pravilnika o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite Kantona Sarajevo („Službene novine Kantona Sarajevo“, broj: 35/10).
- (4) Ministarstvo je dužno Listu doktora medicine i stomatologije sačiniti najkasnije do septembra tekuće godine i istu dostaviti Zavodu na dalje postupanje.

### **Član 4.**

#### **(Program zdravstvene zaštite)**

- (1) Zdravstvena zaštita koja se pruža u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja u zdravstvenim ustanovama, odnosno kod privatnih zdravstvenih radnika sa kojim Zavod zaključi ugovor, utvrđena je Programima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za područje Kantona Sarajevo za 2022. godinu (u daljem tekstu: Program).
- (2) Programe iz stava (1) ovog člana izrađuje Zavod na temelju važećih standarda i normativa koje donosi Federalni ministar zdravstva, te izuzetno dopunjeno stavovima Ministarstva.

### **Član 5.**

#### **(Timovi za pružanje zdravstvenih usluga)**

Obim potrebnog angažmana po pojedinim disciplinama proističe iz broja potrebnih timova za pružanje zdravstvenih usluga osiguranim osobama utvrđenih Programom.

## **II. Organizacija zdravstvene zaštite**

### **Član 6.**

#### **(Nivoi zdravstvene zaštite)**

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

### **Član 7.**

#### **(Primarna zdravstvena zaštita)**

- (1) Zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou zdravstvene djelatnosti osigurane osobe Zavoda, ostvaruju slobodnim izborom doktora medicine i doktora stomatologije kojeg, u pravilu, biraju prema mjestu prebivališta, odnosno boravka shodno Pravilniku o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite u Kantonu Sarajevo.
- (2) Zdravstvena zaštita iz stava (1) ovog člana organizira se u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama koje obavljaju djelatnost primarne zdravstvene zaštite, odnosno privatnoj praksi sa područja Kantona Sarajevo (u daljem tekstu: Kanton).
- (3) Ostale djelatnosti primarne zdravstvene zaštite utvrđene Programima se ostvaruju u javnim zdravstvenim ustanovama prema mjestu prebivališta, odnosno boravka.

### **Član 8.**

#### **(Dijagnostička djelatnost)**

Dijagnostička djelatnost se obavlja samo na uređajima i instrumentima koji su baždareni od strane ovlaštene pravne osobe i imaju atest proizvođača, kojim se dokazuje njihov kvalitet, sigurnost i tačnost.

### **Član 9.**

#### **(Specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita)**

Specijalističko - konsultativna zdravstvena zaštita izvanbolničkog nivoa se osiguranim osobama na području Kantona organizira na sljedeći način:

- a) u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi, a za djelatnosti 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 njihovog prebivališta.
- b) u domu zdravlja ili privatnoj praksi prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta gdje je organizirana služba za pružanje specijalističko - konsultativnih usluga, postoje zaposleni specijalisti odgovarajuće grane medicine i medicinske sestre-tehničari, te vlastiti prostor, osnovnu opremu, namještaj i potrošni materijal.

### **Član 10.**

#### **(Bolnička zdravstvena zaštita)**

Bolnička zdravstvena zaštita, osiguranim osobama se organizira u javnim ustanovama sekundarnog i tercijarnog nivoa na području Kantona.

### **Član 11.**

#### **(Laboratorijska dijagnostika sekundarnog i tercijarnog nivoa)**

- (1) Radi dostupnosti i bolje organizacije laboratorijske dijagnostike sekundarnog i tercijarnog nivoa, organizirat će se na način da će dom zdravlja biti u obavezi da za osigurane osobe - pacijente sa svoje općine/grada izvrše uzimanje uzoraka, pakiranje i dostavljanje istih u laboratorij zdravstvene ustanove sa kojom je ugovoreno pružanje laboratorijske dijagnostike sekundarnog i tercijarnog nivoa, kao i preuzimanje gotovih nalaza.
- (2) Ustanova sa kojom je ugovoreno pružanje laboratorijske dijagnostike sekundarnog i tercijarnog nivoa, obavezna je da za pružanje usluga iz stava (1) ovog člana domu zdravlja osigura

potrebne količine odgovarajućeg potrošnog materijala za uzimanje uzoraka za laboratorijsku dijagnostiku.

- (3) Dom zdravlja sačinjava i organizira raspored uzimanja pojedinih uzoraka, tj. određuje dane u sedmici kada osigurane osobe - pacijenti se javljaju radi uzimanja uzoraka za laboratorijsku dijagnostiku iz stava (1) ovog člana.

#### **Član 12.**

##### **(Mikrobiološka laboratorijska dijagnostika bolničkog nivoa)**

- (1) Mikrobiološka laboratorijska dijagnostika izvanbolničkog nivoa, organizira se u javnim ustanovama sekundarnog i tercijarnog nivoa na području Kantona.
- (2) Izuzetno od stava (1) ovog člana, dio izvanbolničke mikrobiološke laboratorijske dijagnostike može se organizirati i u domicilnom domu zdravlja pod uvjetom da su osigurani kadar, prostor i oprema sukladno utvrđenoj listi usluga.
- (3) Listu usluga iz stava (2) ovog člana za čije će pružanje biti obavezni domicilni organizacioni dijelovi doma zdravlja, odnosno usluge koje će obavljati bolnička zdravstvena ustanova, utvrđuje Zavod na temelju izjašnjenja i stvarnih mogućnosti domova zdravlja za pružanje istih.

#### **Član 13.**

##### **(Javnozdravstvene djelatnosti)**

Javnozdravstvene djelatnosti socijalne medicine, epidemiologije i higijene koje su od interesa za Federaciju odnosno kanton, hitna medicinska pomoć; djelatnost heterologne transplantacije organa i tkiva i autologne transplantacije koštane srži; prikupljanje, testiranje, prerada i distribucija krvi i krvnih sastojaka, vještačka oplodnja, ako nije u pitanju darivanje sjemena od supruge; patologija izuzev patohistološke djelatnosti; sudska medicina i mrtvozornička djelatnost, ne mogu biti predmetom privatne djelatnosti i ugovaraće se samo sa javnim zdravstvenim ustanovama.

### **III. Utvrđivanje osnova, kriterija i mjerila za zaključivanje ugovora**

#### **Član 14.**

##### **(Uvjet za zaključivanje ugovora)**

Uvjet za zaključenje ugovora sa pružaocima zdravstvene zaštite jeste da je pružaoac zdravstvene zaštite osposobljen za obavljanje zdravstvene djelatnosti, što se dokazuje rješenjem nadležnog ministarstva.

#### **Član 15.**

##### **(Zdravstvene usluge za koje se zaključuju ugovori)**

- (1) Zavod zaključuje ugovore o pružanju zdravstvene zaštite sa pružaocima zdravstvene zaštite na području Kantona, izvan Kantona, odnosno van Federacije Bosne i Hercegovine, i to za:
  - a) usluge primarnog nivoa zdravstvene zaštite;
  - b) usluge specijalističko-konzultativne zdravstvene zaštite (sekundarnog i tercijarnog nivoa);
  - c) usluge bolničke zdravstvene zaštite (sekundarnog i tercijarnog nivoa);
  - d) javnozdravstvenu djelatnost;
  - e) dijagnostičke procedure;
  - f) deficitarne zdravstvene usluge;
  - g) izdavanje lijekova na recept (farmaceutske usluge).
- (2) Uvjete, kriterije i način zaključivanja ugovora definira Zavod.

#### **Član 16.**

##### **(Zaključivanje ugovora)**

- (1) Zavod će radi dostupnosti i kontinuiranosti u pružanju zdravstvene zaštite putem javnog poziva pozvati/ponuditi zaključivanje ugovora za djelatnosti iz člana 15. stav (1) tač. a), b) i c) ove odluke pružaocima zdravstvenih usluga sa kojima je kroz zaključivanje ugovora u prethodnom periodu osigurana odgovarajuća dostupnost zdravstvene zaštite.
- (2) U cilju zaštite javnog interesa, načela sveobuhvatnosti i solidarnosti koji se prvenstveno sprovodi u javnim zdravstvenim ustanovama, Zavod će putem javnog poziva, a saglasno

odredbama ove odluke, ponuditi zaključivanje ugovora javnim zdravstvenim ustanovama iz domena njihove djelatnosti.

- (3) Izuzetno za djelatnost porodične/obiteljske medicine kao dijela primarne zdravstvene zaštite. Zavod će ponuditi zaključivanje ugovora pružiocima zdravstvene zaštite primarnog nivoa zdravstvene zaštite odnosno zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima sa područja Kantona Sarajevo, a na temelju Liste doktora medicine i stomatologije iz člana 3. stava (3) ove odluke.

#### **Član 17.**

##### **(Rizik prekoračenja troškova)**

Prilikom ugovaranja zdravstvene zaštite primarnog nivoa Zavod sa pružiocima usluga ugovara:

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

#### **Član 18.**

##### **(Javni poziv pružiocima zdravstvenih usluga)**

Zavod će putem javnog poziva pozvati/ponuditi zaključivanje ugovora za djelatnosti iz člana 15. stav (1) tačka e) ove odluke, pružiocima zdravstvenih usluga sa područja Kantona, koji imaju rješenje nadležnog ministarstva za obavljanje djelatnosti.

#### **Član 19.**

##### **(Javni poziv zdravstvenim ustanovama apotekarske djelatnosti i privatnim apotekama)**

Zavod će putem javnog poziva pozvati/ponuditi zaključivanje ugovora za djelatnosti iz člana 15. stav (1) tačka g) ove odluke, zdravstvenim ustanovama apotekarske djelatnosti i privatnim apotekama koji imaju rješenje nadležnog ministarstva za obavljanje djelatnosti.

#### **Član 20.**

##### **(Javni poziv za djelatnosti bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom kardiovaskularnih oboljenja)**

- (1) Zavod će putem javnog poziva pozvati/ponuditi zaključivanje ugovora za djelatnosti bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom kardiovaskularnih oboljenja, pružiocima zdravstvenih usluga sa područja Kantona, koji imaju rješenje za obavljanje djelatnosti nadležnog ministarstva.
- (2) Uvjete, kriterije i način zaključivanja ugovora definiira Zavod.

#### **Član 21.**

##### **(Zdravstvena zaštita osiguranim osobama smještenim u ustanove socijalne zaštite)**

Za pružanje zdravstvene zaštite osiguranim osobama Zavoda koje su smještene u ustanove socijalne zaštite izvan područja Kantona, Zavod će zaključiti ugovore sa ustanovama socijalne zaštite u kojima su smješteni.

#### **IV. Deficitarne usluge**

#### **Član 22.**

##### **(Deficitarne usluge)**

- (1) Ministarstvo će u cilju sveobuhvatnosti zdravstvene zaštite na području Kantona, kreirati Listu deficitarnih usluga po prijedlogu Zavoda.
- (2) Pod deficitarnim uslugama smatraju se zdravstvene usluge koje se nalaze na listama čekanja u dužem od roka utvrđenom u članu 33. stav (7) ove odluke ili zdravstvene usluge koje zbog privremenog/trajnog nedostatka kadra ili opreme ili iz bilo kojeg drugog razloga se ne mogu pružiti u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi.

- (3) Pri kreiranju prijedloga Liste deficitarnih usluga, Zavod će na temelju podataka iz prethodne godine u suradnji sa zdravstvenim ustanovama utvrditi da li se iste i dalje ne pružaju u utvrđenom roku od 90 dana odnosno da li su zdravstvene ustanove opremljene kadrovski odnosno opremom za pružanje iste.
- (4) Na temelju dobijenih podataka usuglašava se prijedlog Liste deficitarnih usluga.
- (5) U toku godine, a ovisno od promijenjenih okolnosti, ukazanih potreba osiguranih osoba i stanja u zdravstvenom sistemu, Lista deficitarnih usluga se može mijenjati i dopunjavati i to na način da se izvrši korekcija Liste deficitarnih usluga.
- (6) Po donošenju Liste deficitarnih usluga Zavod će objaviti javni poziv za zdravstvene ustanove koje mogu osiguranim osobama pružiti zdravstvene usluge, vodeći se načelima dostupnosti i kontinuiranosti pružanja iste.
- (7) Na javni poziv za dio deficitarnih usluga se ne mogu javiti zdravstvene ustanove koje su bile u obavezi pružiti tu zdravstvenu uslugu kroz dodijeljeni ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.
- (8) Ugovori za pružanje deficitarnih usluga mogu se zaključiti sa više zdravstvenih ustanova koje imaju rješenje nadležnog ministarstva za obavljanje djelatnosti kojima pripadaju deficitarne zdravstvene usluge.
- (9) Finansiranje deficitarnih zdravstvenih usluga vrši se po modelu 3.
- (10) Naknada ugovornim zdravstvenim ustanovama kod kojih se utvrdi da ne mogu pružati deficitarnu uslugu umanjivati će se mjesečno za iznos plaćene usluge pružaocu iste.
- (11) Ukoliko se u toku godine ili do zaključivanja ugovora za deficitarne usluge, pojavi potreba osigurane osobe za obavljanje zdravstvene usluge koja se može smatrati deficitarnom, ista će se pružati shodno sporazumima za liječenje izvan Kantona odnosno izvan entiteta na teret ustanove koja je bila dužna istu pružiti.

### **Član 23.**

#### **(Zaključivanje ugovora za deficitarne usluge)**

- (1) Zavod će shodno Listi deficitarnih usluga izvršiti zaključivanje ugovora za pružanje zdravstvene zaštite iz člana 15. tačka f) ove odluke sa zdravstvenim ustanovama unutar Bosne i Hercegovine.
- (2) Zaključivanje ugovora će se vršiti na temelju prethodno objavljenog javnog poziva i provedenog postupka po istom.
- (3) Ovisno od mogućnosti pružanja usluga na području Kantona, prije pokretanja javnog poziva za određenu deficitarnu uslugu Ministarstvo će utvrditi da li će isti biti otvoren samo za zdravstvene ustanove sa područja Kantona, kako bi se omogućilo dostupnije i ekonomičnije pružanje zdravstvene usluge osiguranoj osobi.
- (4) Po završenom javnom pozivu, Zavod će zaključiti ugovore sa svim zdravstvenim ustanovama koje su ispunile uvjete za obavljanje navedenih usluga i prihvale najnižu cijenu zdravstvenih usluga postignute u tijeku postupka.

## **V. Finansiranje zdravstvene zaštite**

### **Član 24.**

#### **(Finansijska sredstva za ugovaranje zdravstvene zaštite)**

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

## **Član 25.**

### **(Modeli finansiranja zdravstvene zaštite)**

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

- a) Model 1 - proračunski sistem plaćanja (plaćanje po programu zdravstvene zaštite) po fiksno ugovorenim iznosima na godišnjem nivou. Finansiranje se vrši na mjesečnom nivou u visini do 1/12 ugovorenih sredstava za prethodni mjesec. Ukoliko se prihodi Zavoda ne budu ostvarivali shodno njegovom finansijskom planu, mjesečna naknada će se umanjiti shodno kretanju prihoda, a ne može biti niža od 95% ukupne godišnje naknade. Iznimno, ukoliko se ostali rashodi Zavoda ne ostvare u planiranim iznosima naknada zdravstvenim ustanovama može biti i veća od stupnja ostvarenih prihoda, a maksimalno do visine ukupno ugovorenih sredstava.
- b) Model 2 - podrazumijeva plaćanje po pojedinačno izvršenim uslugama shodno okvirnom planu rada usluga po ugovoru. Zdravstvena ustanova će izvješće o izvršenim uslugama po osiguranim osobama dostavljati Zavodu do petog u mjesecu za prethodni mjesec u elektronskoj formi, u prilogu kojih će dostavljati uputnice na temelju kojih je pružena usluga. Zavod će na temelju izvještaja zdravstvene ustanove utvrđivati ukupan broj usluga i na mjesečnom nivou izraženih u bodovima i na bazi planiranih mjesečnih sredstava za plaćanje po usluzi utvrđivati relativnu vrijednost boda. Relativna vrijednost boda utvrđuje se na nivou usluge/djelatnosti za koju se utvrdi ovaj način plaćanja. Ista se utvrđuje na način što se planiraju sredstva za plaćanje po usluzi za određenu podgrupu na mjesečnom nivou podjele sa ukupnim brojem ostvarenih bodova za izvršene usluge iz te podgrupe za taj mjesec, a relativna vrijednost boda na nivou svake podgrupe ne smije imati vrijednost veću od 1. Zavod zdravstvenoj ustanovi do 10. u mjesecu za prethodni mjesec dostavlja obavještenje o priznatom broju izvršenih usluga, vrijednosti boda i ukupno pripadajućim sredstvima za liječenje po ovom modelu plaćanja za taj mjesec. Zdravstvena ustanova na temelju obavještenja Zavoda iz prethodnog stavka ispostavlja Zavodu fakturu u visini pripadajućih sredstava po tom temelju do 15. u mjesecu za prethodni mjesec.
- c) Model 3 - podrazumijeva plaćanje po pojedinačno izvršenim uslugama shodno cijeni usluge koju utvrđuje Upravni odbor Zavoda ili nižim ukoliko su postignute u postupku ugovaranja.
- d) Model 4 je plaćanje po pojedinačnim izvršenim uslugama a po cijenama utvrđenim Tarifom zdravstvenih usluga Federacije BiH, odnosno po bolnoopskrbnom danu pruženih na temelju ugovora koje Zavod zaključuje sa zdravstvenim ustanovama izvan Kantona.
- e) Model 5 je plaćanje srazmjerno pruženim bolničkim uslugama po pojedinačnom slučaju iskazanim kroz klasifikaciju po DRG, sukladno ugovoru kada se steknu uvjeti. Pod DRG slučajem se podrazumijeva liječenje od prijema do otpusta pacijenta iz bolnice (uključujući sve premještaje unutar bolnice između klinika/odjeljenja) i sve troškove nastale za vrijeme tog liječenja, izuzev citostatika (za onkološke i neonkološke indikacije) inzulina, lijekove za specifična oboljenja i biološke terapije, koje snosi Federalni fond solidarnosti, endoproteza, CT i MR dijagnostike i ostalih usluga, lijekova i materijala koji se posebno plaćaju, te se navedeno neće šifrirati. Zdravstvena ustanova dostavlja će podatke o šifriranim DRG slučajevima Zavodu u elektronskoj formi po uvjetima određenim ugovorom.

## **Član 26.**

### **(Finansiranje po modelima)**

- (1) Finansiranje zdravstvene zaštite po ugovorima zaključenim za djelatnosti iz člana 15. stav (1) tačke a), b), c) i d) ove odluke vrši se po Modelu 1.
- (2) Po stvaranju pretpostavki za uvođenje DRG sistema u bolničke zdravstvene ustanove finansiranje bolničke zdravstvene zaštite će se vršiti po Modelu 5.
- (3) Finansiranje zdravstvene zaštite iz člana 20. ove odluke - rehabilitacija kardiovaskularnih oboljenja vršit će se po Modelu 3.
- (4) Finansiranje zdravstvene zaštite po ugovorima zaključenim za djelatnosti iz člana 15. stav (1) tačka e) ove odluke vrši se po Modelu 3. Po stvaranju pretpostavki za uvođenje plaćanja na temelju relativne vrijednosti boda plaćanje za djelatnosti iz člana 15. stav (1) tačka e) ove odluke vršiti će se po Modelu 2.

- (5) Finansiranje zdravstvene zaštite po ugovorima zaključenim za djelatnosti iz člana 15. stav (1) tačka g) ove odluke vrši se po Modelu 3.
- (6) Finansiranje zdravstvene zaštite po ugovorima zaključenim sa zdravstvenim ustanovama izvan Kantona - studenti, odnosno izvan Federacije Bosne i Hercegovine i sa ustanovama socijalne zaštite vrši se po Modelu 4.

#### **Član 27.**

##### **(Naknada za specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu)**

Naknada na ime specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite koja se ugovori sa domom zdravlja umanjuje se za 15% za djelatnosti pedijatrije, opće interne medicine, opće hirurgije, neurologije, otorinolaringologije, oftalmologije i dermatologije za pokriće upućivanja na više nivoa zdravstvene zaštite.

#### **Član 28.**

##### **(Naknada za transfuziološku djelatnost)**

Naknada za transfuziološku djelatnost koja se pruža na nivou opće bolnice umanjuje se za 5% za pokriće upućivanja na više nivoa zdravstvene zaštite.

#### **Član 29.**

##### **(Sredstva rizika)**

Sredstva rizika iz člana 27. i 28. ove odluke uključuju se u ukupnu naknadu koja se ugovara sa zdravstvenom ustanovom najvišeg nivoa zdravstvene zaštite na području Kantona.

### **VI. Realizacija ugovora od ugovornih zdravstvenih ustanova**

#### **Član 30.**

##### **(Realizacija ugovora)**

- (1) Ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni privatni zdravstveni radnik, ne smije upućivati osiguranu osobu da osobno o svom trošku nabavi lijekove, potrošne ili ugradbene materijale te ortopedska i druga pomagala ukoliko se isti osigurava na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni privatni zdravstveni radnik, ne smiju upućivati osiguranu osobu Zavoda da terapijski i/ili dijagnostički postupak, koji su obavezni shodno ugovoru u pružanju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pružiti osiguranoj osobi, provede o vlastitom trošku, ukoliko se isti osigurava na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Ako se osigurana osoba upućuje na liječenje izvan Kantona za pružanje zdravstvene zaštite koja je ugovorena sa zdravstvenom ustanovom sa područja Kantona i nalazi se u nomenklaturi zdravstvenih usluga, troškovi takvih zdravstvenih usluga padaju na teret ugovorne zdravstvene ustanove koja je izvršila upućivanje/preporuku.

#### **Član 31.**

##### **(Pružanje zdravstvene zaštite ino osiguranicima)**

Ugovorne javne zdravstvene ustanove dužne su pružati ugovoreni sadržaj zdravstvenih usluga i ino osiguranicima na temelju obima prava iskazanog u bolesničkom listu shodno međunarodnom sporazumu.

#### **Član 32.**

##### **(Obaveze ugovornih strana)**

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



### **Član 33.**

#### **(Vrijeme pružanja zdravstvenih usluga)**

- (1) Zdravstvene usluge se pružaju osiguranoj osobi po mogućnosti odmah.
- (2) Zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene djelatnosti osigurane osobe Zavoda ostvaruju na temelju uputnice ovlaštenog doktora primarne zdravstvene zaštite.
- (3) Izuzetno od stava (2) ovog člana, osigurana osoba zdravstvenu zaštitu ostvaruje bez uputnice u slučaju pružanja hitne medicinske pomoći.
- (4) Zakazivanje pregleda i drugih vrsta zdravstvenih usluga vrši se samo u izuzetnim i opravdanim slučajevima, kao i u slučajevima boljeg korištenja radnog vremena i smanjenja čekanja pacijenata.
- (5) Zdravstvene ustanove, koje iz opravdanih razloga moraju naručivati osigurane osobe na pregled, obavezne su sačiniti Listu čekanja uzimajući u obzir medicinske indikacije pacijenata.
- (6) Liste čekanja ne mogu se utvrđivati za zdravstvene usluge koje su hitne i vrijeme čekanja ne može biti takvo da ugrozi zdravlje ili život pacijenta.
- (7) Liste čekanja se utvrđuju na način da se usluge iskazuju po nomenklaturi zdravstvenih usluga, u koju ne spadaju zdravstvene usluge koje nisu hitne, kao ni kontrolni pregledi. Lista čekanja na pružanje zdravstvene usluge ne može biti duža od 90 dana.
- (8) Ugovorne zdravstvene ustanove su dužne svaki mjesec, do 15. u mjesecu za prethodni mjesec dostavljati Zavodu i Ministarstvu tačno utvrđene Liste čekanja.

### **Član 34.**

#### **(Informisanje pacijenta)**

- (1) S ciljem tačnog i pravovremenog informiranja pacijenta o načinu pružanja zdravstvenih usluga reguliranih ovom odlukom, ugovorne zdravstvene ustanove su obavezne da uspostave adekvatan sistem informiranja pacijenata o mjestu, načinu i vremenu ostvarivanja navedenih usluga.
- (2) Sistem informiranja pacijenata u smislu stava (1) ovog člana podrazumijeva postavljanje adekvatnih natpisa i uputa u zdravstvenim ustanovama, te davanje informacija pacijentu od strane zdravstvenog osoblja o mjestu, načinu i vremenu dobijanja tražene usluge.

### **Član 35.**

#### **(Tehničke i organizacione pretpostavke za elektronsku razmjenu podataka)**

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

## **VII. Ostale i završene odredbe**

### **Član 36.**

#### **(Nadzor nad izvršavanjem ugovornih obaveza)**

- (1) Tokom ugovornog perioda Zavod je obavezan kontinuirano nadzirati izvršavanje ugovornih obaveza zdravstvenih ustanova, privatnih zdravstvenih radnika i privatnih apoteka.
- (2) Nadzor se sprovodi shodno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zdravstvenom osiguranju, propisa donesenih na osnovu ovih zakona:
  - a) pregledom i provjerom finansijske, medicinske i druge dokumentacije u zdravstvenoj ustanovi i kod privatnog zdravstvenog radnika;
  - b) pregledom i provjerom dostavljene dokumentacije.

## Član 37.

### (Stupanje na snagu)

Ova odluka stupa na snagu narednog dana od dana objavljivanja u „Službenim novinama Kantona Sarajevo“, a primjenjuje se od 01.01.2022. godine.



**PO OVLAŠTENJU PREMIJERA**

**minister Davor Cčić**

Dostaviti:

1. Predsjedavajući Skupštine Kantona Sarajevo,
2. Zamjenici predsjedavajućeg Skupštine Kantona Sarajevo (3x),
3. Premijer Kantona Sarajevo,
4. Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo,
5. Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo  
(putem Ministarstva zdravstva Kantona Sarajevo),
6. Konkurencijsko vijeće Bosne i Hercegovine  
(putem Ministarstva zdravstva Kantona Sarajevo),
7. Za objavu u „Službenim novinama Kantona Sarajevo“,
8. Evidencija,
9. A r h i v a.



web: <http://vlada.ks.gov.ba>  
e-mail: [vlada@vlada.ks.gov.ba](mailto:vlada@vlada.ks.gov.ba)  
Tel: + 387(0)33 562-068, 562-070  
Fax: + 387(0)33 562-211  
Sarajevo, Reisa Džemaludina Čauševića 1

