

4. Катастар непокретности за непокретности поближе описане у тачки 1. овог рјешења ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику Републике Српске".

Број: 21.08/951-7/18
29. јула 2026. године
Бањалука

Директор,
Мр Драган Станковић, с.р.

Републичка управа за геодетске и имовинско-правне послове Републике Српске, на основу члана 115. став 1. Закона о премјеру и катастру Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", бр. 6/12, 110/16, 62/18 и 90/23), д о н о с и

Р Ј Е Ш Е Њ Е

О ПОТВРЂИВАЊУ КАТАСТРА НЕПОКРЕТНОСТИ ЗА ДИО КАТАСТАРСКЕ ОПШТИНЕ ВУЧИЈА ЛУКА, ОПШТИНА ИСТОЧНИ СТАРИ ГРАД

1. Потврђује се да је катастар непокретности за дио катастарске општине Вучија Лука, општина Источни Стари Град, површине 11 232 522 м², осим за парцеле означене као к.ч. бр. 1/1, 146, 147, 169/1, 170, 246/1, 262/1, 267, 283, 321/1, 322, 326, 327, 328, 329/2, 331, 332/1, 333/2, 361, 378, 392, 400, 408/1, 408/19, 477/2, 486/1, 494, 498/6, 501, 516, 519, 527, 528, 529, 572, 573, 574, 575, 579, 656, 658, 665/1, 666/2, 667, 670, 671, 676, 720, 734, 761, 806, 807, 808, 809/1, 809/2, 810, 856, 872/1, 872/2, 894, 965, 966, 967, 968, 969, 983, 989, 990, 1003, 1008, 1051, 1059, 1095/2, 1100/1, 1123, 1151/1, 1151/2, 1151/3, 1151/4, 1151/5, 1151/6, 1170/1, 1170/2, 1170/3, 1170/4, 1170/5, 1170/6, 1171, 1172, 1183, 1211, 1243, 1247, 1249, 1269, 1270, 1271, 1275, 1289/1, 1290/1, 1291/1, 1292, 1293, 1294/1, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300/1 и 1303, основан у складу са Законом о премјеру и катастру Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", бр. 6/12, 110/16, 62/18 и 90/23).

2. Даном ступања катастра непокретности за дио катастарске општине Вучија Лука, општина Источни Стари Град, ставља се ван снаге и престаје да важи катастар земљишта, осим за парцеле означене као к.ч. бр. 1, 146, 147, 169, 170, 246, 262/1, 267, 283, 321/1, 322, 326, 327, 328, 329/2, 331, 332/1, 333/2, 361, 378, 392, 400, 408/1, 408/19, 477/2, 486/1, 494, 498/6, 501, 516, 519, 527, 528, 529, 572, 573, 574, 575, 579, 656, 658, 665/1, 666/2, 667, 670, 671, 676, 720, 734, 761, 806, 807, 808, 809, 810, 856, 872/1, 872/2, 894, 965, 966, 967, 968, 969, 983, 989, 990, 1003, 1008, 1051, 1059, 1095/2, 1100/1, 1123, 1151/1, 1151/2, 1151/3, 1151/4, 1151/5, 1151/6, 1170/1, 1170/2, 1170/3, 1170/4, 1170/5, 1170/6, 1171, 1172, 1183, 1211, 1243, 1247, 1249, 1269, 1270, 1271, 1275, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300 и 1303, к.о. Вучија Лука.

3. Налаже се Подручној јединици Источни Стари Град да даном ступања на снагу катастра непокретности за дио катастарске општине Вучија Лука, општина Источни Стари Град, поступи у складу са тачком 2. овог рјешења.

4. Катастар непокретности за непокретности поближе описане у тачки 1. овог рјешења ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику Републике Српске".

Број: 21.08/951-110/21
30. јула 2026. године
Бањалука

Директор,
Мр Драган Станковић, с.р.

Јавна установа Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске

На основу члана 202. став 14. Закона о здравственој заштити ("Службени гласник Републике Српске", бр. 57/22 и 62/25), уз Сагласност министра здравља и социјалне заштите, број: 11/04-500-373/23, од 26. маја 2023. године, директор Јавне установе Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске, 6.3.2026. године, д о н о с и

П РА В И Л Н И К

О ПОСТУПКУ ЦЕРТИФИКАЦИЈЕ И САДРЖАЈУ И НАЧИНУ ВОЂЕЊА РЕГИСТРА ЦЕРТИФИКОВАНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Члан 1.

Овим правилником прописује се поступак сертификације здравствене установе и садржај и начин вођења Регистра сертификованих здравствених установа.

Члан 2.

(1) Поступак сертификације из члана 1. овог правилника обухвата:

1) подношење захтјева за сертификацију Јавној установи Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске (у даљем тексту: Агенција),

2) израду плана сертификације,

3) предоцјењивање здравствене установе,

4) израду извјештаја о предоцјењивању,

5) оцјењивање здравствене установе,

6) израду извјештаја о оцјењивању,

7) израду извјештаја о спроведеном поступку сертификације,

8) издавање рјешења о сертификацији,

9) издавање сертификата,

10) упис здравствене установе у Регистар сертификованих здравствених установа (у даљем тексту: Регистар).

(2) Сертификација организационог дијела здравствене установе и понављање поступка сертификације (рецертификација) здравствене установе којој је истекло рјешење о сертификацији спроводи се на основу овог правилника.

Члан 3.

(1) Здравствена установа доставља Агенцији захтјев за сертификацију из члана 2. тачка 1) овог правилника.

(2) Захтјев из става 1. овог члана садржи:

1) пуни назив здравствене установе,

2) мјесто сједишта и адресу здравствене установе,

3) податке о лицу овлашћеном за заступање,

4) дјелатност здравствене установе,

5) податке о лицу које је одговорно за спровођење поступка сертификације,

6) податке о запосленим лицима у здравственој установи и о организационом дијелу здравствене установе која се пријављује за сертификацију.

(3) Уз захтјев из става 1. овог члана доставља се следећа документација:

1) рјешење Министарства здравља и социјалне заштите о испуњености услова који се односе на кадар, простор и опрему за почетак рада здравствене установе,

2) извод из судског регистра, који није старији од 60 дана.

(4) Образац захтјева из става 1. овог члана налази се у Прилогу 1 овог правилника и чини његов саставни дио.

Члан 4.

Агенција прегледа достављени захтјев за сертификацију и приложену документацију из члана 3. став 3. овог правилника и утврђује да ли је његов садржај потпун.

Члан 5.

(1) На основу захтјева из члана 3. став 1. овог правилника, Агенција покреће поступак сертификације по хронолошком редослиједу достављања захтјева и по службеној дужности.

(2) Поступак сертификације спроводи тим обучених оцјењивача изабраних са Листе оцјењивача Агенције који су овлашћени да утврде да ли здравствена установа, или

њен организациони дио, испуњава прописане стандарде за сертификацију.

(3) Оцјењиваче за сваку здравствену установу именује директор Агенције на начин да број именованих оцјењивача одговара врсти и величини здравствене установе, регистрованој здравственој дјелатности, врсти и броју здравствених услуга, као и броју запослених радника.

(4) Директор Агенције именује водећег оцјењивача који води поступак оцјењивања.

(5) Агенција доноси програм обуке и обучава оцјењиваче који спроводе поступак сертификације.

(6) Директор Агенције обучене оцјењиваче именује на Листу овлашћених оцјењивача, која се објављује на интернет страници Агенције.

(7) Уколико садржај захтјева за сертификацију и документација која се прилаже уз захтјев нису потпуни, сертификација се одгађа и одређује се рок за достављање потребне документације.

(8) Разматрањем достављених података Агенција може да утврди да здравствена установа не испуњава услове за сертификацију и захтјев за сертификацију се одбија као неоснован.

Члан 6.

(1) Ако је у једном захтјеву садржано више захтјева који се морају рјешавати одвојено, Агенција доноси закључак о начину спровођења поступка појединачно за сваки захтјев који је потребно одвојено ријешити.

(2) Здравствена установа може проширити свој захтјев или умјесто ранијег захтјева доставити други измијењени захтјев све до доношења рјешења о сертификацији.

(3) Уколико Агенција не дозволи проширење или измјену захтјева, доноси о томе закључак.

(4) У току цијелог поступка сертификације здравствена установа може Агенцији доставити писмено обавјештење да одустаје од захтјева, а Агенција у складу са тим доноси закључак којим се поступак обуставља.

(5) Трошкове поступка сертификације сноси здравствена установа у складу са Законом о здравственој заштити (у даљем тексту: Закон).

(6) Против рјешења Агенције се може покренути управни спор пред надлежним судом.

(7) Агенција закључком прекида поступак сертификације ако се, на основу вјеродостојних обавјештења и доказа надлежних органа, утврди да је здравствена установа као правно лице престала постојати, да је у току стечај или ликвидација, или ако надлежни орган донесе одлуку о забрани рада, у случају више силе или ванредног стања када се поступак сертификације не може спровести, као и у случају претходног питања о којем Агенција не одлучује.

(8) Агенција наставља прекинути поступак сертификације на приједлог здравствене установе чим престану разлози за прекид.

(9) За вријеме прекида поступка сертификације здравствене установе сви рокови мирују.

Члан 7.

(1) Ако се након достављања захтјева утврди да постоји питање без чијег се рјешавања не може спровести поступак сертификације, а то питање чини самосталну правну цјелину за чије је рјешавање надлежан суд или неки други орган, Агенција може у складу са законом сама расправити то питање или поступак сертификације прекинути док надлежни орган то питање не ријеша.

(2) Ако је Агенција сама ријешила претходно питање, рјешење таквог питања има правно дејство само у поступку сертификације у којем је то питање ријешено у складу са Законом.

Члан 8.

(1) Од подношења захтјева Агенцији до окончања поступка сертификације здравствена установа доставља пи-

смено обавјештење о свакој промјени одлучних чињеница и околности које су од значаја за вођење поступка сертификације и доношење рјешења.

(2) Чињенице из става 1. овог члана здравствена установа доставља тачно и потпуно, а чињенице могу да се односе на: промјену сједишта, осниваче, дјелатност, пословне јединице, лица овлашћена за заступање, статусне промјене (спајање, припајање, подјела и промјена облика правног лица), врсту здравствене установе и здравствене дјелатности, врсту здравствених услуга, унутрашњу организацију, као и промјене свих података које се уписују у Регистар здравствених установа, који води Министарство.

Члан 9.

(1) Након што се на основу података из захтјева и прилога достављених уз захтјев за сертификацију утврди да се поступак сертификације може покренути и водити, Агенција доставља здравственој установи образац упитника за израду плана сертификације и образац упитника о само-оцјењивању који је саставни дио стандарда за сертификацију здравствених установа, са захтјевом да их у року од десет дана попумене, потписане и овјерене достави Агенцији.

(2) Образац упитника за израду плана сертификације из става 1. овог члана налази се у Прилогу 2 овог правилника и чини његов саставни дио.

Члан 10.

(1) Након што се на основу података из упитника утврди да се поступак сертификације може покренути и водити, Агенција утврђује План спровођења сертификације (у даљем тексту: План сертификације), који се у два примјерка доставља здравственој установи са захтјевом да у року од десет дана Агенцији достави потписан и овјерен План сертификације и копије општих аката којима је подносилац уредио пословање здравствене установе и здравствену дјелатност.

(2) Уз План сертификације из става 1. овог члана здравственој установи се доставља и рјешење за уплату накнаде за спровођење поступка сертификације која се утврђује на основу општег акта Агенције којим се одређује висина накнаде за пружање услуга из надлежности Агенције у складу са Законом, са захтјевом да се доказ о уплати накнаде достави Агенцији у року од осам дана од дана достављања рјешења.

(3) Ако здравствена установа не достави тражену документацију у утврђеном року или не изврши уплату накнаде, а не затражи продужење рока за достављање документације из става 1. овог члана, Агенција одбацује захтјев.

(4) Када за то постоје оправдани разлози, здравствена установа може од Агенције затражити продужење рока за достављање документације из става 1. овог члана.

(5) Здравствена установа може директору Агенције поднијети приговор на План сертификације из става 1. овог члана, као и жалбу на рјешење о уплати накнаде из става 2. овог члана у року од осам дана од дана пријема.

Члан 11.

(1) Након што здравствена установа достави документацију из члана 10. став 1. овог правилника на основу које се може наставити са поступком сертификације, директор Агенције именује овлашћене оцјењиваче који у поступку припремају и спроводе радњу предоцјењивања.

(2) Водећи оцјењивач припрема и обавља предоцјењивање здравствене установе ради сагледавања начина рада здравствене установе.

Члан 12.

Предоцјењивање се спроводи на следећи начин:

1) обављањем информативног разговора са одговорним лицима, здравственим радницима, здравственим сарадницима и другим запосленим у здравственој установи;

2) увидом у документацију здравствене установе, а у зависности од захтјева сертификационих стандарда и здравствене дјелатности која се обавља у здравственој установи;

1. опште акте здравствене установе,
 2. основну медицинску документацију,
 3. евиденцију,
 4. помоћна средства за вођење евиденције,
 5. обрасце,
 6. документацију о ресурсима у здравственој установи,
 7. осталу документацију у здравственој установи;
- 3) прегледом просторија здравствене установе и увидом у начин одвијања поступака рада.

Члан 13.

У складу са чланом 11. овог правилника, здравствена установа овлашћеним оцјењивачима, на њихов захтјев, доставља допунска обавјештења и омогућава увид у доказе о усклађености са захтјевима прописаним важећим стандардима.

Члан 14.

(1) Овлашћени оцјењивачи припремају и обављају предоцјењивање здравствене установе ради сагледавања начина рада здравствене установе, те израђују Извјештај о предоцјењивању.

(2) Извјештај о предоцјењивању из става 1. овог члана садржи:

- 1) податке о здравственој установи,
- 2) стандарде по којима се врши оцјењивање,
- 3) спецификацију услуга обухваћених оцјењивањем,
- 4) податке о лицима која су спровела предоцјењивање,
- 5) термин предоцјењивања,
- 6) налазе предоцјењивања,
- 7) приједлоге за даље мјере,
- 8) приједлог термина оцјењивања.

(3) Извјештај о предоцјењивању се израђује у два посебно означена примјерка, од којих се први примјерак доставља здравственој установи, а други примјерак задржава Агенција.

(4) На садржај извјештаја о предоцјењивању здравствена установа може у року од осам дана од дана пријема извјештаја поднијети приговор на садржај извјештаја директору Агенције.

(5) Агенција одлучује о приговору у року од осам дана од дана пријема приговора.

(6) Образац Извјештаја о предоцјењивању из става 1. овог члана налази се у Прилогу 3 овог правилника и чини његов саставни дио.

Члан 15.

(1) Уколико су у Извјештају о предоцјењивању утврђене неусаглашености по подручјима провјере, односно по групама стандарда, налаже се спровођење корективних мјера, здравствена установа спроводи предложене корективне мјере и доставља Извјештај о спроведеним корективним мјерама у роковима које утврди Агенција, а који је потребан за спровођење корективних мјера и не може бити дужи од 90 дана.

(2) Изузетно, ако се ради о сложеним корективним мјерама које се односе на грађевинске и друге радове, рок за достављање корективних мјера се може продужити за још 90 дана.

(3) У образац Извјештаја о спроведеним корективним мјерама уносе се сљедећи подаци:

- 1) подаци о здравственој установи,
- 2) стандарди по којима се врши оцјењивање,
- 3) термин предоцјењивања,
- 4) број извјештаја о предоцјењивању и датум,
- 5) опис спроведених корективних мјера са доказима у прилогу.

(4) Образац Извјештаја о спроведеним корективним мјерама из става 1. овог члана налази се у Прилогу 4 овог правилника и чини његов саставни дио.

Члан 16.

(1) На основу Извјештаја о предоцјењивању и Извјештаја о спроведеним корективним мјерама са припадајућим прилозима, директор Агенције, у складу са чланом 5. овог правилника, именује водећег оцјењивача и потребан број чланова тима за оцјењивање са Листе оцјењивача Агенције (у даљем тексту: Тим) и утврђује термин оцјењивања.

(2) Водећи оцјењивач из става 1. овог члана припрема Програм оцјењивања, прилагођен врсти и величини здравствене установе.

(3) Рјешење о термину оцјењивања и именовању чланова Тима доставља се здравственој установи која против рјешења може изјавити жалбу у року од осам дана од дана пријема рјешења.

(4) Тим из става 1. овог члана обавља оцјењивање и учествује у изради Извјештаја о оцјењивању.

Члан 17.

Оцјењивање се обавља на исти начин као и предоцјењивање у поступку сертификације у складу са чланом 12. овог правилника.

Члан 18.

(1) Извјештај о оцјењивању здравствене установе садржи:

- 1) податке о здравственој установи / пословној јединици / организационом дијелу здравствене установе,
- 2) стандарде по којима се врши оцјењивање,
- 3) спецификацију услуга обухваћених оцјењивањем,
- 4) податке о лицима која су спровела оцјењивање,
- 5) термин оцјењивања,
- 6) налазе оцјењивања,
- 7) приједлоге за даље мјере,
- 8) препоруку за статус сертификације оцјењиване здравствене установе / пословне јединице / организационог дијела здравствене установе.

(2) Извјештај о оцјењивању израђује се у два примјерка, од којих сваки примјерак треба да буде посебно означен и доставља се:

- 1) здравственој установи која је поднијела захтјев за сертификацију и
- 2) Агенцији.
- (3) На Извјештај о оцјењивању може се, у року од осам дана од дана пријема Извјештаја, поднијети приговор директору Агенције.

(4) Образац Извјештаја о оцјењивању налази се у Прилогу 5 овог правилника и чини његов саставни дио.

Члан 19.

(1) Уколико су у Извјештају о оцјењивању утврђене неусаглашености по подручјима провјере, односно по групама стандарда и уколико су дати приједлози за корективне мјере, здравствена установа спроводи корективне мјере и Агенцији доставља Извјештај у року који утврди Агенција, а који не може бити дужи од 90 дана.

(2) Изузетно, ако се ради о сложеним корективним мјерама које се односе на грађевинске и друге радове, рок за достављање корективних мјера може се продужити за још 90 дана.

Члан 20.

(1) На основу Извјештаја о оцјењивању из члана 18. овог правилника и Извјештаја о спроведеним корективним мјерама из члана 19. овог правилника, сачињава се Извјештај о спроведеном поступку сертификације.

(2) Извјештај о спроведеном поступку сертификације садржи:

- 1) податке о здравственој установи,
 - 2) стандарде по којима се врши оцјењивање,
 - 3) термин предоцјењивања и број Извјештаја о предоцјењивању,
 - 4) термин оцјењивања и број Извјештаја о оцјењивању,
 - 5) уколико су наложене корективне мјере, рокови за достављање корективних мјера и опис доказа о спроведеним корективним мјерама,
 - 6) закључак са образложењем о испуњавању прописаних стандарда за сертификацију.
- (3) Образац Извјештаја о спроведеном поступку сертификације налази се у Прилогу 6 овог правилника и чини његов саставни дио.

Члан 21.

(1) Здравствена установа за коју Агенција утврди да испуњава стандарде за сертификацију стиче статус сертификоване здравствене установе, односно статус сертификованог организационог дијела здравствене установе.

(2) Здравственој установи из става 1. овог члана директор Агенције рјешењем утврђује статус сертификоване здравствене установе, односно статус сертификованог организационог дијела здравствене установе у складу са Законом.

(3) Рјешење из става 2. овог члана је коначно и издаје се на период од седам година.

(4) На основу правоснажног рјешења из става 2. овог члана, Агенција издаје здравственој установи сертификат о утврђивању статуса сертификоване здравствене установе.

Члан 22.

(1) Уколико је у Закључку Извјештаја о спроведеном поступку сертификације о испуњавању прописаних стандарда за сертификацију утврђено да здравствена установа није у цијелости испунила захтјеве који су прописани стандардима, здравственој установи се не додјељује статус сертификоване здравствене установе, о чему директор Агенције доноси рјешење којим се захтјев одбија као неоснован.

(2) Здравствена установа којој је рјешењем одбијен захтјев за сертификацију може поднијети нови захтјев за сертификацију након правоснажности рјешења из става 1. овог члана.

Члан 23.

Сертификована здравствена установа примјењује и одржава ниво стандарда сигурности, утврђених правоснажним рјешењем о сертификацији.

Члан 24.

(1) Сертификована здравствена установа доставља Агенцији обавјештења о свим промјенама које могу довести до околности које утичу на испуњење захтјева стандарда сигурности у процесу пружања здравствене заштите, а то нарочито укључује:

- 1) промјене унутрашње организације у здравственој установи,
- 2) промјене здравствене дјелатности и врсте здравствених услуга,
- 3) промјене радног простора или просторних капацитета, потребног стручног кадра и опреме,
- 4) промјене у процесима који могу утицати на сигурност пружања здравствених услуга.

(2) Обавјештење из става 1. овог члана доставља се Агенцији у року од 15 дана од дана наступања промјене.

(3) Агенција разматра достављено обавјештење и ако настале промјене не могу утицати на статус сертификације здравствене установе, доноси закључак којим се то констатује.

(4) Поступак укидања рјешења о сертификацији Агенција може спровести само на основу акта надлежног органа.

(5) Рјешење из става 4. овог члана је коначно и против њега се може покренути управни спор пред надлежним судом.

Члан 25.

(1) У складу са чланом 23. овог правилника, Агенција спроводи периодично праћење рада здравствене установе у дијелу који се односи на одржавања статуса сертификоване здравствене установе.

(2) Праћење рада из става 1. овог члана спроводи се редовним и ванредним посјетама здравственој установи, а на основу годишњег плана периодичног праћења, који доноси директор Агенције.

(3) Редовна посјета здравственој установи у поступку периодичног праћења рада организује се најмање једном у двије године у току важења рјешења о сертификацији.

(4) Резултати периодичног праћења рада здравствене установе примјењују се у поступку рецертификације здравствене установе на начин да се обезбједи примјена начела ефикасности и економичности поступка рецертификације.

Члан 26.

(1) Након истека рока важења рјешења о сертификацији, Агенција понавља поступак сертификације (рецертификација) према годишњем плану сертификације и рецертификације у складу са одредбама овог правилника.

(2) Поступак из става 1. овог члана Агенција спроводи на основу захтјева који здравствена установа достави Агенцији најкасније 30 дана прије истека рока важења претходног рјешења о сертификацији.

(3) Агенција може поступак рецертификације појединоставити ако је здравствена установа имала позитивне резултате у поступку периодичног праћења рада.

Члан 27.

(1) Агенција води Регистар.

(2) Регистар је електронска јавна база која садржи податке о сертификованим здравственим установама.

(3) Збирка исправа на основу којих је извршен упис података о сертификованим здравственим установама у Регистар води се у штампаном и електронском облику у евиденцијама Агенције.

(4) Подаци из Регистра објављују се на интернет страници Агенције и доступни су свим заинтересованим лицима.

Члан 28.

(1) Агенција у Регистар уписује податке о сертификованим здравственим установама који се мјесечно ажурирају.

(2) Подаци који се уписују у Регистар су:

- 1) врста здравствене установе,
- 2) назив и сједиште здравствене установе,
- 3) број и датум рјешења о сертификацији здравствене установе,
- 4) број сертификата и датум издавања,
- 5) стандарди по којима је извршено оцјењивање.

(3) Здравствена установа која је субјект уписа у Регистар о свакој промјени података из т. 1) и 2) става 2. овог члана који се уписују у Регистар обавјештава Агенцију у року од 15 дана од дана настале промјене на начин прописан чланом 24. овог правилника.

Члан 29.

Ступањем на снагу овог правилника престаје да важи Правилник о поступку сертификације здравствене установе и садржају Регистра сертификованих установа ("Службени гласник Републике Српске", број 20/12).

Члан 30.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику Републике Српске."

Број: 11/1.01-020-41/26
6. марта 2026. године
Бањалука

Директор Агенције,
Др мед. Дарио Додош, с.р.

 АСКВА	ЗАХТЈЕВ ЗА ЦЕРТИФИКАЦИЈУ	ОБР _____
--	--------------------------	-----------

ПРИЛОГ 1

1. ЗАХТЈЕВ¹ СЕ ПОДНОСИ ЗА:

☐ Сертификацију ☐ Проширење сертификације ☐ Понављање поступка сертификације

2. НОСИЛАЦ ЦЕРТИФИКАЦИЈЕ (ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА)

Пуни назив установе:			
Сједиште:	Мјесто:	Поштански број:	
Улица и број:			
Телефон:		Телефакс:	
Адреса електронске поште:			

Лице овлашћено за заступање:	
Шифре дјелатности:	

3. ЛИЦЕ ЗА КОНТАКТ

Име и презиме:			
Радно мјесто:		Телефон:	
Адреса електронске поште:			

4. ЗАПОСЛЕНИ И ПОСЛОВНЕ/ОРГАНИЗАЦИОНЕ ЈЕДИНИЦЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ У КОЈИ СЕ ПРИЈАВЉУЈУ ЗА ЦЕРТИФИКАЦИЈУ

Укупан број запослених у ЗУ:	
------------------------------	--

Пословна/организациона јединица здравствене установе која се пријављује за сертификацију ²	Број запослених

(уколико је потребно проширите табелу)

¹ Упутство за попуњавање захтјева и прилога уз захтјев је доступно на интернет страници Агенције (www.askva.org) и у просторијама Агенције.

² Навести све пословне/организационе јединице здравствене установе које се пријављују за сертификацију.

5. ПРИЛОЗИ УЗ ЗАХТЈЕВ:

- актуелни извод из судског регистра не старији од 60 дана (фото-копија);
- рјешење о испуњавању услова који се односе на кадар, простор и опрему за почетак рада здравствене установе, издато од стране Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске (фото-копија).

Мјесто и датум

Име и презиме овлашћеног лица

Потпис овлашћеног лица

М. П.

Попуњени захтјев са прилозима и документацијом наведеном у тачки 5. у штампаном облику доставити на адресу:

Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске

Адреса: Владике Платона б. б., 78 000 Бања Лука

ИЛИ, у електронском облику (А4, PDF формат), као цјеловити документи (фотографије у било којем формату, као и скенирани исписи појединачних страница се не прихватају), на e-mail: sertifikacija@askva.org.

Контакт телефон / факс / e-mail за све додатне информације и обавјештења:

+387 51 348 348 / +387 51 348 346 / sertifikacija@askva.org.

 АСКВА	УПИТНИК ЗА ИЗРАДУ ПЛАНА СПРОВОЂЕЊА ЦЕРТИФИКАЦИЈЕ	ОБР _____
--	--	-----------

ПРИЛОГ 2

1. НОСИЛАЦ ЦЕРТИФИКАЦИЈЕ

Назив установе:	
Назив ПЈ/ОЈ ¹ ЗУ ² :	

2. АДРЕСА И КОНТАКТИ ЗУ/ПЈ/ОЈ ЗА КОЈУ СЕ ПОДНОСИ ЗАХТЈЕВ

Улица и број:			
Мјесто:		Поштански број:	
Телефон:		Телефакс:	
Адреса електронске поште:			

Радно вријеме:	
----------------	--

3. ОСОБА ЗА КОНТАКТ У ЗУ/ПЈ/ОЈ

Име и презиме:			
Радно мјесто:			
Адреса електронске поште:		Телефон:	

4. ПОСЛОВНЕ ЈЕДИНИЦЕ ЗУ НА ИЗДВОЈЕНИМ ЛОКАЦИЈАМА³

Редни бр.	Назив	Адреса и мјесто	Број запослених	Радно вријеме
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

(уколико је потребно, проширите табелу)

¹ ПЈ – пословна јединица, ОЈ – организациона јединица.² Уколико подносите захтјев за цијелу ЗУ, пређите на тачку 5 (другу страну).³ Уколико ЗУ има пословне јединице на више локација, наведите их. У супротном, пређи на тачку бр. 5.

5. ЗАПОСЛЕНИ У ЗУ/ПЈ/ОЈ

Редни бр.	Презиме и име	Звање и радно мјесто	ПЈ/ОЈ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			

18.			
19.			
20.			

(уколико је потребно, проширите табелу или користите и табелу у додатку Упитника)

Мјесто и датум

Име и презиме овлашћеног лица

Потпис овлашћеног лица

М. П.

Додатак – Списак запослених у ЗУ / организационом дијелу ЗУ:

Редни бр.	Презиме и име	Звање и радно мјесто	П/ОЈ

	АГЕНЦИЈА ЗА ЦЕРТИФИКАЦИЈУ, АКРЕДИТАЦИЈУ И УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ Владике Платона б. б., Бањалука	ОБР ИОП
Датум:	ИЗВЈЕШТАЈ О ПРЕДОЦЈЕЊИВАЊУ	Број:
Позиција:	Повјерљив документ	Примјерак:

ПРИЛОГ 3

1. Подаци о здравственој установи / пословној јединици / организационој јединици здравствене установе

Назив здравствене установе / пословне јединице / организационе јединице здравствене установе:

Сједиште и адреса:

2. Стандарди по којима се врши оцјењивање

3. Спецификација услуга обухваћених оцјењивањем

4. Подаци о лицима која су спровела предоцјењивање

5. Термин предоцјењивања

6. Налази предоцјењивања

6.1 Прегледана документација, обављени разговори, извршени обиласци

6.1 Општи подаци и запажања о сигурности

6.1 Ниво сигурности по подручјима провјере

Индикатор	Налаз	Приједлог мјера

7. Приједлози за даље мјере

8. Приједлог термина оцјењивања

Водећи оцјењивач:

/име, презиме и звање/

Овај извјештај не смије да се умножава (дјелимично или у цјелини) без одобрења Агенције за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске и оцјењиване организације.

 АСКВА	Извјештај о спроведеним корективним мјерама	ОБР _____
--	---	-----------

ПРИЛОГ 4

1. Подаци о здравственој установи / пословној јединици / организационој јединици здравствене установе
Назив здравствене установе / пословне јединице / организационе јединице здравствене установе:
Сједиште и адреса:
2. Стандарди по којима се врши оцјењивање
3. Термин предоцјењивања/оцјењивања
4. Број извјештаја о предоцјењивању/оцјењивању и датум
5. Налаз о спроведеним корективним мјерама

Индикатор	Налаз	Приједлог мјере	Спроведена мјера	Доказ

6. Спецификација прилога

Одговорно лице:

/име, презиме и звање/

 АСКВА	АГЕНЦИЈА ЗА ЦЕРТИФИКАЦИЈУ, АКРЕДИТАЦИЈУ И УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ Владике Платона б. б., Бањалука	ОБР ИОЦ
Датум:	ИЗВЈЕШТАЈ О ОЦЈЕЊИВАЊУ	Број:
Позиција:	Повјерљив документ	Примјерак:

ПРИЛОГ 5

1. Подаци о здравственој установи / пословној јединици / организационој јединици здравствене установе
Назив здравствене установе / пословне јединице / организационе јединице здравствене установе:
Сједиште и адреса:
2. Стандарди по којима се врши оцјењивање
3. Спецификација услуга обухваћених оцјењивањем
4. Подаци о лицима која су спровела оцјењивање
5. Термин дооцјењивања
6. Налази оцјењивања
 - 6.1 Прегледана документација, обављени разговори, извршени обиласци
 - 6.1 Општи подаци и запажања о сигурности
 - 6.1 Ниво сигурности по подручјима провјере

Индикатор	Налаз	Приједлог мјера

7. Приједлози за даље мјере

8. Препорука за статус сертификације здравствене установе / пословне јединице / организационе јединице здравствене установе

Водећи оцјењивач:

/име, презиме и звање/

Овај извјештај не смије да се умножава (дјелимично или у цјелини) без одобрења Агенције за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске и оцјењиване организације.

 АСКВА	АГЕНЦИЈА ЗА ЦЕРТИФИКАЦИЈУ, АКРЕДИТАЦИЈУ И УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ Владике Платона б. б., Бањалука	ОБР ИОСПС
Датум:	Извјештај о спроведеном поступку сертификације	Број:
Позиција:	Повјерљив документ	Примјерак:

ПРИЛОГ 6

1. Подаци о здравственој установи / пословној јединици / организационој јединици здравствене установе

Назив здравствене установе / пословне јединице / организационе јединице здравствене установе:

Сједиште и адреса:

2. Стандарди по којима се врши оцјењивање

3. Датум подношења захтјева за сертификацију

4. Датум достављања плана сертификације са прилозима

5. Термин предоцјењивања и број извјештаја о предоцјењивању

6. Термин оцјењивања и број извјештаја о оцјењивању

7. Датум достављања извјештаја о спроведеним корективним мјерама

8. Закључак са образложењем о испуњавању прописаних стандарда

Водећи оцјењивач:

/име, презиме и звање/

Овај извјештај не смије да се умножава (дјелимично или у цјелини) без одобрења Агенције за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске и оцјењиване организације.

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

На основу члана 38. став 5. и члана 101. тачка 3) Закона о обавезном здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 93/22 и 132/22), уз Сагласност министра здравља и социјалне заштите, број: 11/06-505-92-3/26, од 14. јула 2026. године, Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске, на 21. редовној сједници, одржаној 15. јула 2026. године, д о н о с и

ПРОГРАМ

О ИЗМЈЕНАМА И ДОПУНАМА ПРОГРАМА ЛИЈЕКОВА КОЈИ СЕ ПРИМЈЕЉУЈУ У ОГРАНИЧЕНО ДОСТУПНИМ КОЛИЧИНАМА ЗА 2026. ГОДИНУ

1. У Програму лијекова који се примјењују у ограничено доступним количинама за 2026. годину ("Службени гласник Републике Српске", бр. 72/25, 96/25 и 51/26), у табеларном прегледу Програма лијекова за 2026. годину, у групи L - АНТИНЕОПЛАСТИЦИ И ИМУНОМОДУЛАТОРИ, L01 - АНТИНЕОПЛАСТИЦИ, L01EL - ИНХИБИТОРИ БРУТОНОВЕ ТИРОЗИН КИНАЗЕ (ВТК), код лијека АТЦ L01EL01, ИНН ибрутиниб, колона која садржи индикацију мијења се и гласи:

"ИНДИКАЦИЈА	1. Лијечење одраслих пацијента са хроничном лимфоцитном леукемијом (HLL) који су примили бар једну терапију или у првој линији код одраслих пацијента са делецијом 17p или мутацијом TP53 који нису погодни за хемиоимунотерапију. Дужина трајања лијечења 365 дана континуирано, доживотно, односно док лијек дјелује или до појаве неприхватљивих токсичних ефеката. 2. Као монотерапија индикован за терапију одраслих пацијената са рецидивирајућим или рефракторним лимфомом "мантиле ћелија" (MCL). Лијек се примјењује до прогресије болести или појаве неприхватљивих токсичних ефеката лијека. Ревизија, односно прва формална процјена ефикасности терапије (restaging) за обје индикације врши се између 3. и 6. мјесеца, док се дугорочно праћење наставља сваких 3 до 6 мјесеци. НАПОМЕНА: Подразумијева се ECOG PS 0-1, а за онемоћале са придруженим коморбидитетима и ECOG PS 2 ≤ након пажљивог разматрања могућег омјера користи и ризика. Добре прогностичке карактеристике (DPK): мало туморско оптерећење / мање агресивна болест - 1 или 2 метастатска сијела и вријеме од дијагнозе до прве метастазе ≥ 18 мјесеци."
-------------	---

2. У групи L - АНТИНЕОПЛАСТИЦИ И ИМУНОМОДУЛАТОРИ, L01 - АНТИНЕОПЛАСТИЦИ, L01EL - ИНХИБИТОРИ БРУТОНОВЕ ТИРОЗИН КИНАЗЕ (ВТК), додаје се лијек са индикацијом и ријечи:

"АТЦ	ИНН	Фармацеутски облик	Доза
L01EL02	акалабрутиниб	филм-таблета	100 mg
ИНДИКАЦИЈА	1. У монотерапији или у комбинацији са обинутузумабом индикован за лијечење претходно нелијечених одраслих болесника са хроничном лимфоцитном леукемијом (HLL). У монотерапији индикован за лијечење одраслих болесника са хроничном лимфоцитном леукемијом (HLL) који су примили најмање једну претходну терапију. Дужина трајања лијечења 365 дана континуирано, доживотно, односно док лијек дјелује или до појаве неприхватљивих токсичних ефеката. Ревизија, односно прва формална процјена ефикасности терапије (restaging) врши се након 3 до 6 мјесеци, док се дугорочно праћење такође наставља оквирно сваких 3 до 6 мјесеци. 2. У комбинацији са бендамустином и ритуксимабом индикован за лијечење одраслих болесника са претходно нелијеченим лимфомом плаштених ћелија (енгл. mantle cell lymphoma, MCL) који нису погодни за аутологну трансплантацију матичних ћелија (енгл. autologous stem cell transplant, ASCT).		