

BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
KANTON SREDIŠNJA BOSNA/SREDNJOBOSANSKI KANTON
ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE KSB/SBK

72290 Novi Travnik – Tel/fax: 030/790-816, 030 792-718 – E-mail: zozsb-sbk@tel.net.ba

Broj:02-2-01-05-502/25

Datum: 23.01.2025.

Na osnovu člana 99. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine FBiH“ broj: 30/97, 7/02, 70/08, 48/11, 36/18 i 61/22), člana 19. Statuta Zavoda za zdravstveno osiguranje SBK/KSB („Službene novine SBK/KSB, br. 16/12, 5/17, 3/22 i 1/24), i Izjave o jednostranom otkazu Sporazuma o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica na teritoriji Bosne i Hercegovine, izvan područja entiteta odnosno Brčko distrikt kojem osigurane osobe pripadaju, broj 01/004-3780-1/24 od 23.09.2024.godine, na svojoj 60. sjednici održanoj dana 23.01.2025. godine Upravni odbor/vijeće Zavoda za zdravstveno osiguranje SBK/KSB, donosi

O D L U K U

o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite osiguranih osoba iz Federacije BiH, na teritoriji drugog entiteta odnosno Brčko distrikt BiH

Član 1.

Ovom Odlukom, Zavod za zdravstveno osiguranje SBK/KSB (u daljnjem tekstu:Zavod) se obavezuje da će poduzeti sve mjere za osiguranje korištenja zdravstvene zaštite svojih osiguranih osoba, kada te osobe koriste zdravstvenu zaštitu na teritoriji drugog entiteta odnosno Brčko distrikt BiH.

Član 2.

Pravo na zdravstvenu zaštitu, u smislu odredbi ove Odluke imaju:

- a) Osigurane osobe kojima je neophodno pružiti hitnu medicinsku pomoć na teritoriji drugog entiteta, odnosno Brčko distrikt BiH;
- b) Osigurane osobe koje su u skladu sa opštim aktima nadležnog zavoda za zdravstveno osiguranje kojem pripadaju, upućene na teritorij drugog entiteta, odnosno Brčko distrikt BiH radi korištenja zdravstvene zaštite.

Član 3.

Osigurane osobe obuhvaćene ovom Odlukom, dužne su posjedovati važeću zdravstvenu ispravu izdatu od strane nadležnog zavoda za zdravstveno osiguranje, kako bi im bilo omogućeno nesmetano korištenje zdravstvene zaštite na teritoriji drugog entiteta i/ili Brčko distrikta BiH.

Osigurane osobe iz člana 2. stav (1) tačka b) ove Odluke, pored isprave iz stava (1) ovog člana, dužna su posjedovati i odobrenje/saglasnost zavoda za

zdravstveno osiguranje kojem pripada i koji ga upućuje na teritoriju drugog entiteta, odnosno Brčko distrikt BiH radi liječenja, pregleda, ispitivanja i sl.

Član 4.

Ako zdravstvena ustanova primi na stacionarno liječenje osiguranu osobu iz člana 2. stav (1) tačka a) ove Odluke, može u roku od pet dana od dana njezina prijema na liječenje, o tome obavijestiti nadležni zavod za zdravstveno osiguranje kojem osigurana osoba pripada, o datumu njezina prijema na liječenje, dijagnozi i predviđenom trajanju stacionarnog liječenja, radi dobivanja saglasnosti za to liječenje.

Procjenu opravdanosti izdavanja saglasnosti i ocjenu hitnosti slučajeva iz prethodnog stava ovog člana, vrši nadležni zavod za zdravstveno osiguranje, na temelju dostavljene medicinske dokumentacije i primjenom adekvatnih zakonskih i podzakonskih propisa.

Na osnovu izdate suglasnosti, nadležni zavod za zdravstveno osiguranje se obavezuje da će u cjelosti snositi troškove liječenja svojih osiguranih osoba, po važećem cjenovniku zdravstvene ustanove koja je pružila hitnu medicinsku pomoć.

Član 5.

Nadležni zavod za zdravstveno osiguranje je dužan da, po prijemu računa zdravstvene ustanove, za pružene zdravstvene usluge, plati iznos po ispostavljenoj fakturi, a u skladu sa cijenama važećeg cjenovnika te zdravstvene ustanove.

Ako nadležni zavod za zdravstveno osiguranje utvrdi da, uz fakturu iz stava (1) ovog člana, zdravstvena ustanova nije dostavila i odgovarajuću dokumentaciju iz člana 3. ove Odluke ili da je račun formalno neispravan, vratit će takav račun zdravstvenoj ustanovi u roku od sedam dana od dana prijema, uz navođenje razloga iz kojih račun vraća.

Ako je račun računski netačan ili su u iznosu računa sadržani i iznosi usluga za osobe koje ne pripadaju ovom zavodu za zdravstveno osiguranje, zavod za zdravstveno osiguranje će podnijeti prigovor na osporen iznos zdravstvenoj ustanovi u roku od sedam dana od dana prijema računa.

Za iznos koji nije osporen, zavod za zdravstveno osiguranje će platiti fakturu zdravstvenoj ustanovi u smislu odredaba iz stava (1) ovog člana.

Član 6.

Izuzetno, ako zdravstvena ustanova naplati pruženu zdravstvenu uslugu direktno od osigurane osobe, osigurana osoba ima pravo tražiti refundaciju utrošenih sredstava od zavoda za zdravstveno osiguranje kojem pripada.

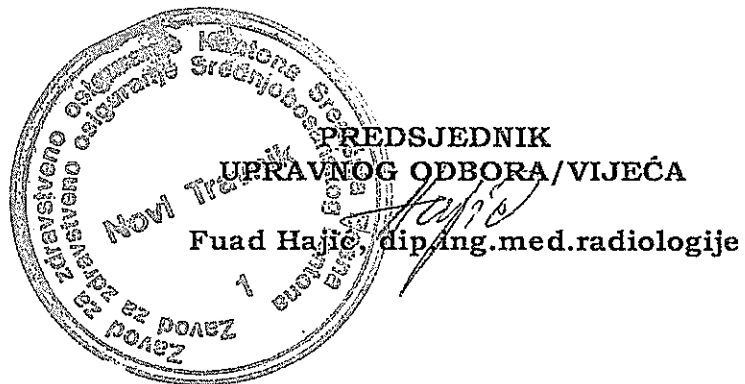
Postupak refundacije sredstava plaćenih za pružene zdravstvene usluge vrši se u skladu sa odredbama Zakona o upravnom postupku Federacije BiH

Član 7.

Odredbe ove Odluke se primjenjuju na zdravstvene usluge koje se prema propisima financiraju na teret kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja, te istom nisu obuhvaćene zdravstvene usluge koje se financiraju sredstvima Fonda solidarnosti Federacije BiH.

Član 8.

Ova Odluka stupa na snagu danom donošenja, a primjenjuje se od 01.01.2025.godine.



Dostavljeno:

- Ministarstvo zdravstva i socijalne politike SBK/KSB
- Svim zdravstvenim ustanovama u SBK/KSB
- Službi za finansijsko-računovodstvene poslove Zavoda
- Službi za opće, pravne i kadrovske poslove Zavoda
- a/a

OBRAZLOŽENJE

Sporazum o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite osiguranih osoba na teritoriji Bosne i Hercegovine, van područja entiteta, odnosno Brčko Distrikt, kome osigurane osobe pripadaju („Službeni glasnik BiH“ broj 30/01), zaključen je između nadležnih fondova zdravstvenog osiguranja entiteta i fonda Brčko Distrikta 2001.godine. Navedenim Sporazumom sudionici su se obavezali da će poduzeti sve mjere neophodne za osiguranje korištenja zdravstvene zaštite u slučaju kada osoba osigurana kod ustanove zdravstvenog osiguranja u jednom entitetu odnosno Brčko Distriktu, ima potrebu koristiti zdravstvenu zaštitu na teritoriji drugog entiteta.

Obzirom da je navedeni Sporazum potpisan prije više od 20 godina, te da su u navedenom periodu uvedene brojne promjene u oblasti zdravstva, kako u pogledu načina i obima pružanja zdravstvenih usluga, tako i njihove naplate, aktom broj 01/004-3780-1/24 od 23.09.2024.godine, Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske dostavio je sudionicima sporazuma Izjavu o otkazu, kojom otkazuju predmetni Sporazum počevši od 01.01.2025.godine.

Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine je dana 09.10.2024.godine o naprijed navedenom obavijestio Zavod za zdravstveno osiguranje SBK/KSB, i istim aktom uputio poziv za održavanje hitnog sastanka svih kantonalnih zavoda.

Na sastancima održanim u više navrata u prostorijama Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine i Fonda zdravstvenog osiguranja RS-a, razmatran je nacrt novog sporazuma, ali se oko ključnih pitanja u pogledu evidentiranja osiguranih osoba kroz baze, načinu naplate pruženih usluga, primjeni tarifnika i sl. nije mogao postići konsenzus.

Predstavnici kantonalnih zavoda su zajedno sa predstavnikom Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine predložili da se zbog zaštite svih osiguranih osoba povuče izjava o otkazu sporazuma, ali Fond zdravstvenog osiguranja RS-a na predloženo postupanje nije dao pristanak.

Zbog svega naprijed navedenog, na sastanku kantonalnih zavoda i Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH održanom 20.12.2024.godine, donesena je odluka, da radi zaštite osiguranih osoba sa područja Federacije BiH, kada borave na teritoriji drugog entiteta ili Brčko Distrikta, upravni odbori/vijeća nadležnih zavoda zdravstvenog osiguranja donesu odluke, koje će zamjeniti do tada važeći Sporazum, i koje će poslužiti kao pravni osnov za kantonalne zavode zdravstvenog osiguranja, za dalje postupanje, izdavanje saglasnosti za liječenje osiguranih lica van Federacije, refundiranje troškova i sl.