

VIII - ZAVRŠNE ODREDBE

Ova naredba stupa na snagu narednog dana od dana objave u "Službenim novinama Federacije BiH".

Broj 01-02-387/02
26. lipnja 2002. godine
Sarajevo

Ministar
Behija Hadžihajdarević, v. r.

FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

382

Na osnovu člana 35 stav 4. i člana 122. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", br. 30/97 i 7/02), federalni ministar zdravstva, donosi

PRAVILNIK**O NAČINU OSTVARIVANJA PRAVA IZ OBAVEZNOG
ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA****I - OSNOVNE ODREDBE****Član 1.**

Ovim pravilnikom se utvrđuju uvjeti, način i postupak ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja uključujući i prava koja se ostvaruju na teret sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: federalni fond solidarnosti), izuzev prava za koja se, u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju, uvjeti, način i postupak ostvarivanja uređuju drugim podzakonskim aktima federalnih, ili kantonalnih organa vlasti, sporazumom kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja, ili drugim aktima nadležnih organa.

Član 2.

Ovaj pravilnik se primjenjuje na sva lica koja su osigurana na obavezno zdravstveno osiguranje kod kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: osigurana lica) i na zdravstvene ustanove sa kojima je kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja odnosno Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Federalni zavod osiguranja i reosiguranja) zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite saglasno odredbama čl. 37. do 39. Zakona o zdravstvenom osiguranju.

Odredbe ovog pravilnika koje se odnose na zdravstvene ustanove shodno se primjenjuju i na zdravstvene radnike koji obavljaju privatnu praksu, a sa kojima je kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite iz stava 1. ovog člana.

Član 3.

Zdravstvenim ustanovama sa kojima nije zaključen ugovor u smislu člana 2. stav 1. ovog pravilnika, mogu se na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja isplatiti samo troškovi medicinske pomoći pružene osiguranim licima u hitnim slučajevima uključujući i hitni prevoz.

Član 4.

Osigurana lica ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na osnovu isprave (u daljem tekstu: zdravstvena legitimacija) kojom se dokazuje svojstvo osiguranog lica utvrđeno na osnovu podnesene prijave odnosno rješenja kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

II - OSTVARIVANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**Član 5.**

Zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osigurana lica ostvaruju:

- na teritoriji kantona u kome su osigurana u zdravstvenim ustanovama iz člana 2. ovog pravilnika;
- na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Federacija), izvan kantona u kome su osigurana, u slučajevima, na način i po postupku utvrđenim u sporazumu koji su zaključili kantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja ("Službene novine Federacije BiH", broj 41/01) i u skladu sa odredbama ovog pravilnika;
- na teritoriji Federacije, u zdravstvenim ustanovama koje obezbjeđuju usluge zdravstvene zaštite iz člana 35. sta. 2. alineja prva i druga Zakona o zdravstvenom osiguranju, a sa kojima je Federalni zavod osiguranja i reosiguranja zaključio ugovore o pružanju ovih usluga, u slučajevima, u obimu, na način i po postupku utvrđenim u Odluci o utvrđivanju prioriteta vertikalnih programa zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioriteta najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati osiguranim licima na teritoriju Federacije Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", broj 22/02), Odluci o kriterijima i načinu korištenja sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", broj 22/02) i u skladu sa odredbama ovog pravilnika;
- na teritoriji Bosne i Hercegovine, u skladu sa odredbama Sporazuma o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica na teritoriju Bosne i Hercegovine, van područja entiteta odnosno Brčko Distrikta kome osigurana lica pripadaju ("Službeni glasnik BiH", broj 30/01).

Vrstu i obim zdravstvene zaštite iz stava 1. alineja treća ovog člana, osigurana lica ostvarivat će u skladu sa Odlukom o utvrđivanju prioriteta vertikalnih programa zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioriteta najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati osiguranim licima na teritoriju Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Odluka o utvrđivanju prioriteta u zdravstvenoj zaštiti), do donošenja Odluke Parlamenta Federacije Bosne i Hercegovine o utvrđivanju obima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja-Osnovnog paketa zdravstvenih prava.

Član 6.

U postupku pružanja zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, osigurana lica imaju neotuđiva prava i obaveze utvrđene odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zdravstvenom osiguranju, podzakonskim i drugim aktima nadležnih organa.

Zdravstvene ustanove odnosno zdravstveni radnici dužni su osiguranim licima obezbijediti ostvarivanje neotuđivih prava, a osigurana lica su odgovorna za neizvršavanje svojih obaveza.

1. Ostvarivanje primarne zdravstvene zaštite**Član 7.**

Osigurano lice ima pravo izbora doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite odnosno porodičnog ljekara (u daljem tekstu: izabrani doktor medicine), na period od najmanje godinu dana u skladu sa propisima koje donosi kantonalni ministar zdravstva.

Član 8.

Izabrani doktor medicine u obezbjeđivanju zdravstvene zaštite osiguranim licima koja su ga izabrala, pored pružanja zdravstvene zaštite, vrši i sljedeće:

- daje ocjenu o zdravstvenom stanju osiguranog lica, određuje vrstu i način liječenja, propisuje lijekove, prati tok liječenja.

- ocjenjuje sposobnost za rad osiguranika u slučaju bolesti, ili povrede i u zavisnosti od toga odlučuje o potrebi utvrđivanja privremene spriječenosti za rad i njenom trajanju, u prvom stepenu,
- utvrđuje privremenu spriječenost za rad zbog bolesti i komplikacija prouzrokovanih trudnoćom i porođajem,
- utvrđuje potrebu odsustvovanja sa rada zbog njege oboljelog člana uže porodice,
- utvrđuje potrebu izolovanja osiguranog lica kao kliconoše, ili zbog zarazne bolesti u njegovoj sredini,
- daje uputnicu osiguranom licu radi ispitivanja i liječenja u zdravstvene ustanove u kantonu u kome je osigurano i izvan tog kantona,
- daje uputnicu osiguranom licu radi ispitivanja i liječenja na teret sredstava federalnog fonda solidarnosti;
- utvrđuje potrebu osiguranog lica da ima pratioca za vrijeme putovanja radi ostvarivanja zdravstvene zaštite u drugo mjesto, ili izvan kantona u kome je osigurano,
- utvrđuje u vezi sa korištenjem zdravstvene zaštite, potrebu korištenja i vrstu prevoznog sredstva za prevoz osiguranog lica s obzirom na njegovo zdravstveno stanje,
- daje mišljenje o činjenicama iz člana 45. stav 1. Zakona o zdravstvenom osiguranju,
- vrši druge poslove u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zdravstvenom osiguranju, podzakonskih i drugih akata nadležnih organa.

Član 9.

Izabrani doktor medicine pored preduzimanja preventivnih mjera i liječenja osiguranih lica, dužan je da prati tok ispitivanja i liječenja osiguranog lica kod drugih zdravstvenih ustanova odnosno doktora medicine i da u zavisnosti od ishoda preduzima odgovarajuće mjere.

Član 10.

Osigurano lice je dužno prihvatiti savjete i uputstva izabranog doktora medicine, pristupiti laboratorijskim i drugim ispitivanjima odnosno bolničkom liječenju na koje je upućeno, koristiti propisane lijekove prema datoj uputi, te se blagovremeno javljati na kontrolne preglede i dr.

Po završenom ispitivanju odnosno liječenju, osigurano lice je dužno svom izabranom doktoru medicine predati odmah sve nalaze, otpusno pismo odnosno drugu medicinsku dokumentaciju.

2. Ostvarivanje specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite

Član 11.

Specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu osigurano lice ostvaruje na osnovu uputnice izabranog doktora medicine koja važi najduže do 30 dana od dana izdavanja odnosno do roka utvrđenog u smislu člana 13. stav 1. ovog pravilnika.

Izabrani doktor medicine na uputnici, ili uz uputnicu doktoru medicine specijalisti iz određene grane medicine odnosno iz određene oblasti zdravstvene zaštite (u daljem tekstu: doktor medicine-specijalista), obavezno dostavlja nalaze o zdravstvenom stanju osiguranog lica iz prethodno provedenog ispitivanja, sa precizno izraženim zahtjevom za dalje ispitivanje odnosno liječenje.

Član 12.

Doktor medicine - specijalista obavezno dostavlja izabranom doktoru medicine nalaz i mišljenje sa uputom o daljem toku liječenja osiguranog lica.

Član 13.

Kada doktor medicine - specijalista osiguranom licu zakazuje ponovni pregled radi liječenja odnosno kontrole, nije potrebno izdavanje nove uputnice u periodu liječenja odnosno kontrole bolesti zbog koje je osigurano lice bilo upućeno, ali najduže 30 dana.

U slučaju iz stava 1. ovog člana, doktor medicine - specijalista u nalazu i mišljenju, koji se dostavlja izabranom doktoru medicine, upisuje datum ponovnog javljanja osiguranog lica.

Osigurano lice je dužno nalaz i mišljenje iz stava 2. ovog člana predati izabranom doktoru medicine koji ih nakon evidentiranja ponovnog javljanja, vraća osiguranom licu.

Član 14.

Osigurano lice je dužno da se javlja u zakazano vrijeme radi pregleda, kontrolnih pregleda odnosno liječenja u smislu odredaba ovog pravilnika i da se najkasnije u roku od 48 časova po obavljenom kontrolnom pregledu odnosno liječenju ili u zakazanom terminu javi izabranom doktoru medicine.

Nepridržavanje obaveza iz stava 1. ovog člana, bez opravdanog razloga, smatra se namjernim spriječavanjem ozdravljenja odnosno osposobljavanja, u smislu člana 45. stav 1. alineja druga Zakona o zdravstvenom osiguranju.

3. Ostvarivanje zdravstvene zaštite u stacionarnim zdravstvenim ustanovama

Član 15.

Osigurano lice ostvaruje pravo na bolničko liječenje u odgovarajućoj stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi na području kantona u kome je osigurano, na osnovu uputnice izabranog doktora medicine koja važi najduže 30 dana, osim u hitnim slučajevima kada se ovo liječenje ostvaruje bez uputnice, ali se uputnica obezbjeđuje naknadno.

Član 16.

Stacionarna zdravstvena ustanova u koju je osigurano lice upućeno, dužna je prije prijema na bolničko liječenje utvrditi da li postoje medicinske indikacije za takvo liječenje.

Ukoliko utvrdi da postoje medicinske indikacije za bolničko liječenje, stacionarna zdravstvena ustanova dužna je osiguranom licu obezbijediti smještaj i preduzeti odgovarajuće liječenje.

Ako stacionarna zdravstvena ustanova utvrdi da bolničko liječenje nije neophodno, dužna je o tome obavijestiti osigurano lice i izabranog doktora medicine, uz obrazloženi prijedlog za dalje liječenje.

Član 17.

Stacionarna zdravstvena ustanova dužna je po završenom liječenju, danom otpusta osiguranog lica dati mu otpusno pismo sa nalazom i mišljenjem i odgovarajuće savjete, a izabranom doktoru medicine uputstvo o daljem toku liječenja.

Član 18.

Ukoliko stacionarna zdravstvena ustanova utvrdi da postoje medicinske indikacije za bolničko liječenje, a nije u mogućnosti da osiguranom licu obezbijedi smještaj i liječenje, dužna je, ukoliko nije u pitanju hitan slučaj odnosno neophodno liječenje, osigurano lice uvrstiti na odgovarajuću listu čekanja u zdravstvenoj ustanovi.

Listu čekanja iz stava 1. ovog člana, stacionarna zdravstvena ustanova vodi prema redoslijedu prijema uputnice odnosno datumu i vremenu pregleda osiguranog lica na osnovu koga je utvrđeno da postoje medicinske indikacije za bolničko liječenje tog lica.

Prilikom prijema osiguranih lica stacionarna zdravstvena ustanova je dužna pridržavati se redoslijeda iz liste čekanja, izuzev u hitnim slučajevima.

Spisak hitnih slučajeva iz stava 3. ovog člana zbog kojih je došlo do pomjeranja redosljeda prijema osiguranih lica u listi čekanja, smatra se sastavnim dijelom liste čekanja.

O činjenicama iz st. 1., 3. i 4. ovog člana obavještavaju se pismenim putem osigurano lice i izabrani doktor medicine.

U slučajevima iz tačke X Odluke o kriterijima i načinu korištenja sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine, odgovarajuća zdravstvena ustanova vodi posebnu listu čekanja na način propisan st. 1.-5. ovog člana.

4. Uvjeti i postupak za upućivanje osiguranog lica na liječenje u zdravstvene ustanove izvan kantona u kome je osigurano

Član 19.

Kada se u postupku ispitivanja i liječenja, s obzirom na medicinske indikacije utvrdi da je osiguranom licu neophodno pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti ili pružanje zdravstvenih usluga specijalističko-konsultativne odnosno bolničke zdravstvene zaštite koji se ne mogu obezbijediti u zdravstvenim ustanovama na teritoriji kantona u kome je osigurano, izabrani doktor medicine daje uputnicu za ispitivanje odnosno liječenje tog osiguranog lica u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi na teritoriji Federacije.

Uputnicu iz stava 1. ovog člana izabrani doktor medicine dostavlja stručnom timu doktora medicine zdravstvene ustanove u čijoj je djelatnosti, odgovarajućoj s obzirom na oboljenje osiguranog lica, pružanje zdravstvenih usluga najsloženijeg nivoa na području kantona u kome je to lice osigurano, radi davanja mišljenja o potrebi upućivanja na ispitivanje odnosno liječenje u smislu stava 1. ovog člana (u daljem tekstu: mišljenje).

U kantonima u kojima nije osnovan klinički centar, izabrani doktor medicine uputnicu iz stava 1. ovog člana odmah dostavlja, radi davanja saglasnosti, nadležnom organu kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja iz člana 21. ovog pravilnika.

Član 20.

Mišljenje stručnog tima doktora medicine u slučajevima iz člana 19. ovog pravilnika sadrži:

- ocjenu da li je, s obzirom na medicinske indikacije, moguće, ili nije moguće obezbijediti uspješno ispitivanje i liječenje osiguranog lica u toj zdravstvenoj ustanovi odnosno drugoj odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi na teritoriji kantona u kome je to lice osigurano,
- naziv zdravstvene ustanove na teritoriji Federacije u kojoj su obezbijedeni uvjeti za uspješno ispitivanje i liječenje osiguranog lica, ukoliko to nije moguće postići u zdravstvenim ustanovama na teritoriji kantona u kome je osigurano;
- prijedlog načina liječenja (ambulantno, stacionarno, kontrolni pregled);
- procjenu trajanja liječenja;
- procjenu da li je osiguranom licu neophodan pratilac;
- prijedlog odgovarajućeg preveznog sredstva odnosno posebnih uvjeta prilikom prevoza osiguranog lica.

Član 21.

Nakon prijema mišljenja stručnog tima doktora medicine u kome se utvrđuje potreba za ispitivanjem i liječenjem osiguranog lica u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi izvan kantona u kome je to lice osigurano, izabrani doktor medicine odmah uputnicu sa mišljenjem stručnog tima doktora medicine dostavlja, radi davanja saglasnosti, nadležnom organu kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja kod koga je lice koje se upućuje na ispitivanje odnosno liječenje u smislu člana 19. ovog pravilnika osigurano.

Član 22.

Uputnica izabranog doktora medicine, pored drugih propisanih elemenata sadrži:

- naziv kantona i zdravstvene ustanove u koju se osigurano lice upućuje na ispitivanje odnosno liječenje;
- način i trajanje liječenja;
- potrebu obezbjeđivanja pratioca osiguranom licu, ili konstataciju da pratilac nije neophodan;
- način prevoza odnosno posebna vrsta prevoza s obzirom na zdravstveno stanje osiguranog lica;
- visinu putnih i drugih troškova osiguranog lica i pratioca, ako je neophodan, za vrijeme putovanja, u skladu sa propisom nadležnog organa kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja;
- obavezu osiguranog lica da se u roku od 48 sati po obavljenom liječenju javi svom izabranom doktoru medicine i stavi mu na uvid medicinsku dokumentaciju nastalu u postupku liječenja u zdravstvenoj ustanovi u koju je upuće.

Član 23.

Saglasnost iz člana 21. ovog pravilnika stavlja se na uputnicu.

Ukoliko nadležni organ kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja uskrati saglasnost u smislu člana 21. ovog pravilnika, na zahtjev osiguranog lica, donijet će se rješenje u kome će se obrazložiti razlozi zbog kojih saglasnost nije data.

Član 24.

Po prijemu saglasnosti iz člana 21 ovog pravilnika, izabrani doktor medicine utvrđuje datum prijema osiguranog lica, u dogovoru sa ovlaštenim licem iz zdravstvene ustanove u koju se to lice upućuje radi ispitivanja odnosno liječenja.

5. Uvjeti i postupak za upućivanje osiguranog lica na liječenje u zdravstvene ustanove na teret sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine

Član 25.

Kada se u postupku ispitivanja i liječenja, s obzirom na medicinske indikacije, utvrdi da je osiguranom licu neophodno pružanje zdravstvenih usluga čiji su vrsta i obim određeni u Odluci o utvrđivanju prioriteta u zdravstvenoj zaštiti, izabrani doktor medicine daje uputnicu za ispitivanje odnosno liječenje tog osiguranog lica u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi sa kojom je Federalni zavod osiguranja i reosiguranja zaključio ugovor o pružanju ovih usluga.

Uputnicu iz stava 1. ovog člana izabrani doktor medicine dostavlja stručnom timu doktora medicine zdravstvene ustanove iz člana 19. stav 2. ovog pravilnika, radi davanja mišljenja o potrebi upućivanja na ispitivanje odnosno liječenje u smislu stava 1. ovog člana.

Član 26.

Mišljenje stručnog tima doktora medicine u slučajevima iz člana 25. stav 1. ovog pravilnika sadrži ocjenu da li se medicinski indicirane potrebe osiguranog lica mogu zadovoljiti dijagnostičkim i terapijskim postupcima kao i drugim metodama određenim u Odluci o utvrđivanju prioriteta u zdravstvenoj zaštiti.

Član 27.

Nakon prijema mišljenja stručnog tima doktora medicine u kome se utvrđuje potreba za ispitivanjem i liječenjem osiguranog lica u smislu člana 25. stav 1. ovog pravilnika, izabrani doktor medicine odmah uputnicu sa mišljenjem stručnog tima doktora medicine dostavlja, radi davanja saglasnosti, nadležnom organu kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja koji ima ovlaštenje izdato od strane direktora Federalnog zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja (u daljem tekstu: ovlašteni nadležni organ).

Član 28.

Saglasnost iz člana 27. ovog pravilnika se daje na posebnom obrascu koji je sastavni dio ovog pravilnika.

Ovlašteni nadležni organ saglasnost iz stava 1. ovog člana dostavlja izabranom doktoru medicine, Federalnom zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, zdravstvenoj ustanovi u koju se osigurano lice upućuje na ispitivanje odnosno liječenje i kantonalnom zavodu zdravstvenog osiguranja kod koga je lice osigurano.

Ukoliko ovlašteni nadležni organ uskrati saglasnost u smislu člana 27. ovog pravilnika, na zahtjev osiguranog lica, direktor kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja donosi rješenje u kome se iznose razlozi zbog kojih saglasnost nije data.

Član 29.

Odredbе člana 19. stav 3. i čl. 20. i 22. ovog pravilnika shodno se primjenjuju i u postupku za upućivanje osiguranog lica na ispitivanje i liječenje u zdravstvenim ustanovama na teret sredstava federalnog fonda solidarnosti.

6. Liječenje i rehabilitacija u specijalizovanim zdravstvenim ustanovama**Član 30.**

Osigurano lice ostvaruje pravo na specijalizovanu rehabilitaciju u specijalizovanim zdravstvenim ustanovama u skladu sa kriterijima i medicinskim indikacijama za provođenje specijalizovane rehabilitacije.

Kriterije i medicinske indikacije iz stava 1. ovog člana utvrđuje posebnim aktom federalni ministar zdravstva.

Član 31.

Kada se u postupku liječenja, u skladu sa kriterijima i medicinskim indikacijama iz člana 30. ovog pravilnika, utvrdi da je osiguranom licu neophodna specijalizovana rehabilitacija, izabrani doktor medicine, stručni tim doktora medicine odgovarajuće zdravstvene ustanove i nadležni organ kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja postupat će shodno odredbama čl. 19-24. ovog pravilnika.

7. Medicinska pomoć u hitnim slučajevima**Član 32.**

Zdravstvena ustanova je dužna da obezbijedi pružanje medicinske pomoći u hitnim slučajevima.

Pod medicinskom pomoći u hitnim slučajevima u smislu ovog pravilnika podrazumijeva se pružanje zdravstvenih usluga koje su neophodne da se otkloni neposredna opasnost po život i zdravlje oboljelog odnosno povrijeđenog lica, uključujući i prevoz lica od mjesta oboljenja odnosno povrede do najbliže zdravstvene ustanove u kojoj je moguće obezbijediti pružanje ovih zdravstvenih usluga.

Pružanje medicinske pomoći u hitnim slučajevima ne može biti uvjetovano.

Član 33.

Ukoliko postoji potreba da se lice kome je pružena medicinska pomoć u hitnom slučaju radi nastavljanja liječenja uputi u drugu zdravstvenu ustanovu, zdravstvena ustanova koja je pružila ovu pomoć, dužna je organizovati odgovarajući prevoz i odgovarajuću medicinsku njegu do smještaja u zdravstvenu ustanovu u koju se upućuje.

8. Liječenje u stanu**Član 34.**

Osigurno lice ima pravo na liječenje u stanu ako je teže oboljelo od akutne ili hronične bolesti, ako je rekonvalescent, ili nepokretno, a priroda oboljenja ne zahtijeva upućivanje na

bolničko liječenje, kao i osigurano lice dok čeka na prijem u stacionarnu zdravstvenu ustanovu pod uvjetom da postoje odgovarajući stambeni, porodični i drugi uvjeti za uspješno provođenje takvog liječenja.

Liječenje u stanu osiguranog lica provodi područna ambulantna.

Potrebu za liječenjem osiguranog lica u stanu utvrđuje izabrani doktor medicine imajući u vidu medicinske indikacije i druge uvjete i mogućnosti za uspješno provođenje liječenja u stanu osiguranog lica.

9. Zdravstvena njega i rehabilitacija u stanu**Član 35.**

Zdravstvenu njegu i rehabilitaciju osiguranih lica u stanu provodi ustanova za zdravstvenu njegu u stanu po uputama i pod stručnim nadzorom doktora medicine - porodičnog ljekara, u skladu sa podzakonskim aktom iz člana 63. stav 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

10. Ostvarivanje farmaceutske zdravstvene zaštite**Član 36.**

Pravo na lijekove osigurano lice ostvaruje na osnovu propisanog recepta izdatog od strane izabranog doktora medicine.

Član 37.

Osiguranom licu mogu se propisivati lijekovi čije je stavljanje u promet odobrio federalni ministar zdravstva, a nalaze se na listi lijekova koji se osiguranim licima mogu propisati na teret sredstava kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

III - OSTVARIVANJE OSTALIH VIDOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I DRUGIH PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**Član 38.**

Ostali vidovi zdravstvene zaštite i druga prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i lično učešće osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite, ostvaruju se, u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju, drugim važećim propisima i aktima nadležnih organa.

IV - ORGANI I POSTUPAK ZA OSTVARIVANJE I ZAŠTITU PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**Član 39.**

Radi ostvarivanja i zaštite prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u kantonalnom zavodu zdravstvenog osiguranja osigurava se dvostepenost rješavanja u postupku koji je pokrenulo osigurano lice.

Član 40.

O pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odlučuju nadležni organi kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju, ovim pravilnikom, drugim federalnim i kantonalnim propisima i aktima kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

Članak 41.

Izuzetno od odredaba čl. 39. i 40. ovog pravilnika, o pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koja se ostvaruju na teret sredstava federalnog fonda solidarnosti, u drugom stepenu rješava Federalno ministarstvo zdravstva, u skladu sa odredbama člana 224. stav 4. Zakona o upravnom postupku ("Službene novine Federacije BiH", br. 2/98 i 48/99).

V - PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 42.

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

Broj 01-37-3365/02
28. juna 2002. godine
Sarajevo

Ministar
dr. **Željko Mišanović**, s. r.

**ФЕДЕРАЛНО МИНИСТАРСТВО
ЗДРАВСТВА**

358

На основу члана 35. став (4) Закона о здравственом осигурању ("Службене новине Федерације БиХ", бр. 30/97, 7/02, 70/08, 48/11 и 36/18), федерални министар здравства доноси

**ПРАВИЛНИК
О ДОПУНИ ПРАВИЛНИКА О НАЧИНУ
ОСТВАРИВАЊА ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ
ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА**

Члан 1.

У Правилнику о начину остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Службене новине Федерације БиХ", број 31/02) иза члана 38. додаје се нови члан 38а. који гласи:

"Члан 38а.

- (1) Осигурана особа може остварити право на суфинансирање трошкова пружених здравствених услуга, набавке лијекова и медицинских средстава током календарске године, а које се не финансира средствима завода здравственог осигурања, под условом да је осигурана особа тешко болесна и има потребу за додатним здравственим услугама, за набавку лијекова и медицинских средстава, које не може остварити у уговорним здравственим установама, односно који се не прописују и не издају на терет завода здравственог осигурања, а што се доказује медицинском документацијом.
- (2) Право на суфинансирање права из става (1) овог члана, осигурана особа може остварити само, уколико су у оквиру средстава обавезног здравственог осигурања, утврђеним финансијским планом завода здравственог осигурања у фискалној години, осигурана средства за ове намјене, у процијењеном процентуалном износу који не смије угрозити обављање финансирања редовног пословања завода здравственог осигурања.
- (3) Општим актима завода здравственог осигурања утврђују се критерији, начин и поступак суфинансирања права из става (1) овог члана, као и највиши процентуални износ средстава који се може одредити за финансирање овог права по појединачном захтјеву у једној календарској години."

Члан 2.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеним новинама Федерације БиХ".

Број 01-37-1710-1/19
25. марта 2019. године
Сарајево

Министар
Доц. др Вјекослав Мандић, с. р.

На основу члана 35. став (4) Закона о здравственом осигурању ("Службене новине Федерације БиХ", бр. 30/97, 7/02, 70/08, 48/11 и 36/18), федерални министар здравства доноси

**ПРАВИЛНИК
О ДОПУНИ ПРАВИЛНИКА О НАЧИНУ ОСТВАРИВАЊА
ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ
ОСИГУРАЊА**

Члан 1.

У Правилнику о начину остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Службене новине Федерације БиХ", број 31/02) иза члана 38. додаје се нови члан 38а. који гласи:

"Члан 38а.

- (1) Осигурана особа може остварити право на суфинансирање трошкова пружених здравствених услуга, набавке лијекова и медицинских средстава током календарске године, а које се не финансира средствима завода здравственог осигурања, под условом да је осигурана особа тешко болесна и има потребу за додатним здравственим услугама, за набавку лијекова и медицинских средстава, које не може остварити у уговорним здравственим установама, односно који се не прописују и не издају на терет завода здравственог осигурања, а што се доказује медицинском документацијом.
- (2) Право на суфинансирање права из става (1) овог члана, осигурана особа може остварити само, уколико су у оквиру средстава обавезног здравственог осигурања, утврђеним финансијским планом завода здравственог осигурања у фискалној години, осигурана средства за ове намјене, у процијењеном процентуалном износу који не смије угрозити обављање финансирања редовног пословања завода здравственог осигурања.
- (3) Општим актима завода здравственог осигурања утврђују се критерији, начин и поступак суфинансирања права из става (1) овог члана, као и највиши процентуални износ средстава који се може одредити за финансирање овог права по појединачном захтјеву у једној календарској години."

Члан 2.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеним новинама Федерације БиХ".

Број 01-37-1710-1/19
25. марта 2019. године
Сарајево

Министар
Доц. др Вјекослав Мандић, с. р.

Темелјем члана 35. ставак (4) Закона о здравственом осигурању ("Службене новине Федерације БиХ", бр. 30/97, 7/02, 70/08, 48/11 и 36/18), федерални министар здравства доноси

**ПРАВИЛНИК
О ДОПУНИ ПРАВИЛНИКА О НАЧИНУ ОСТВАРИВАЊА
ПРАВА ИЗ ОБВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ
ОСИГУРАЊА**

Чланак 1.

У Правилнику о начину остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Службене новине Федерације БиХ", број 31/02) иза члана 38. додаје се нови чланак 38а. који гласи:

"Чланак 38а.

- (1) Осигурана особа може остварити право на суфинансирање трошкова пружених здравствених услуга, набавке лијекова и медицинских средстава током календарске године, а које се не финансира средствима завода здравственог осигурања, под условом да је осигурана особа тешко болесна и има потребу за додатним здравственим услугама, за набавку лијекова и медицинских средстава, које не може остварити у уговорним здравственим установама, односно који се не прописују и не издају на терет завода здравственог осигурања, а што се доказује медицинском документацијом.
- (2) Право на суфинансирање права из ставка (1) овог члана, осигурана особа може остварити само, уколико су у оквиру средстава обавезног здравственог осигурања, утврђеним финансијским планом завода здравственог осигурања у фискалној години, осигурана средства за ове намјене, у процијењеном процентуалном износу који не смије угрозити обављање финансирања редовног пословања завода здравственог осигурања.