

Pregled Dokumentata| Broj 8/02

[Početna \(/\)](#) / [Dokumenti \(/Docs/\)](#) / [Službene novine Federacije BiH \(/Docs/Drzavni\)](#) / [Dokumenti pregled](#)

Službene novine Federacije BiH, broj 8/02

Ovaj akt nije unešen na bosanskom jeziku.

SPORAZUM

O NAČINU I POSTUPKU KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE OSIGURANIH OSOBA NA TERITORIJU BOSNE I HERCEGOVINE, VAN PODRUČJA ENTITETA, ODNOSNO DISTRIKTA BRČKO KOME OSIGURANE OSOBE PRIPADAJU**Članak 1.**

Ovim sporazumom Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, Vlada Brčko Distrikta-Odjel za zdravstvo, javnu sigurnost i ostale usluge građanima i Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH (u daljnjem tekstu: sudionici sporazuma), obvezuju se da će preduzeti mjere neophodne za osiguranje korištenja zdravstvene zaštite u slučaju kada osoba osigurana kod ustanove zdravstvenog osiguranja u jednom Entitetu, odnosno Distriktu Brčko ima potrebu koristiti zdravstvenu zaštitu na teritoriju drugog Entiteta.

Članak 2.

Osigurana osoba koja mijenja prebivalište van teritorija Entiteta ima pravo na zdravstvenu zaštitu pod uvjetom da obveznik obračuna i uplate doprinosa izvrši za tu osobu uplatu doprinosa na način sukladno Zakonu o zdravstvenom osiguranju Entiteta novog mjesta prebivališta.

Izuzetno od prethodnog stavka, osobama koje kao korisnici mirovina ostvaruju pravo na zdravstveno osiguranje, osigurava se zdravstvena zaštita i u slučaju da nadležna institucija mirovinskog i invalidskog osiguranja Entiteta, kao obveznik, obračuna i uplate doprinosa ne izvrši uplatu istog.

Nadležne ustanove mirovinskog i invalidskog osiguranja Entiteta, dužne su, suglasno zakonu izmiriti svoje financijske obveze prema ustanovama zdravstvenog osiguranja po osnovu doprinosa obaveznog zdravstvenog osiguranja za osobe iz stavka 1. ovog članka, čim ostvare priliv financijskih sredstava.

Osigurane osobe iz stavka 1. ovog članka imaju pravo na vrstu i obim zdravstvene zaštite, na način i po postupku sukladno zakonu, podzakonskim aktima i općim aktima koji važe za osobe osigurane kod ustanove zdravstvenog osiguranja novog prebivališta.

Zdravstvenu zaštitu, u smislu odredbe članka 1. ovog sporazuma, ima osigurana osoba:

1. za vrijeme privremenog boravka radi školovanja, studiranja i stručnog usavršavanja na području drugog Entiteta;
2. u slučaju upućivanja na liječenje u zdravstvenu ustanovu na području drugog Entiteta, na osnovu akta izdatog od strane nadležne ustanove zdravstvenog osiguranja kojoj osigurana osoba pripada.

Članak 3.

Lijekove na recept u svezi sa korištenjem zdravstvene zaštite u slučajevima iz članka 2. stavak 5. ovog sporazuma plaćaju osigurane osobe, s tim što će im se utrošeni iznos sredstava po ovom osnovu refundirati od strane ustanove zdravstvenog osiguranja kod koje su osigurani, a sukladno važećim propisima koji se primjenjuju u toj instituciji.

Članak 4.

Sudionici sporazuma se obvezuju, da će osigurane osobe iz članka 2. stavak 5. ovog sporazuma ostvarivati zdravstvenu zaštitu na način i po postupku koji se primjenjuje za osobe osigurane kod ustanove zdravstvenog osiguranja na čijem se području nalazi odnosna zdravstvena ustanova.

Izuzetno od prethodnog stavka, u slučaju potrebe za zdravstvenim uslugama vrijednosti veće od 300 KM i za ortopedskim i drugim pomagalicama, potrebno je pribaviti prethodnu suglasnost nadležne ustanove zdravstvenog osiguranja.

Suglasnost se neće zahtijevati ako se pružanje zdravstvenih usluga iz prethodnog stavka ne može odgoditi, a da se ozbiljno ne ugrozi život i zdravlje odnosne osobe.

Članak 5.

Sudionici sporazuma se obvezuju da će u slučajevima iz članka 2. stavak 5. ovog sporazuma omogućiti nesmetano korištenje zdravstvene zaštite na osnovu važeće zdravstvene isprave.

Ako je u pitanju pružanje zdravstvene zaštite u hitnim slučajevima, zdravstvena ustanova pružit će zdravstvenu uslugu bez koje bi život i zdravlje osigurane osobe bili ugroženi i bez dokumenta iz prethodnog stavka, s tim što ga je dužna naknadno pribaviti od ustanove zdravstvenog osiguranja kod koje je isto osigurano u roku od tri dana.

Članak 6.

Način pružanja zdravstvene zaštite, vrsta i obim zdravstvenih usluga koje pruža zdravstvena ustanova u mjestu privremenog boravka osigurane osobe iz članka 2. stavak 5. ovog sporazuma, određuju se prema pozitivnim propisima koji važe za ustanovu zdravstvenog osiguranja na čijem području je zdravstvena ustanova koja pruža zdravstvene usluge.

Izuzetno od prethodnog stavka, u slučaju pružanja zdravstvene zaštite temeljem akta o upućivanju na liječenje u zdravstvenu ustanovu van Entiteta u kome je osoba osigurana, pružit će se sve zdravstvene usluge navedne u aktu.

Članak 7.

Ako zdravstvena ustanova primi na stacionarno liječenje osiguranu osobu iz članka 2. stavak 5. ovog sporazuma, ako se radi o hitnom slučaju, dužna je u roku od tri dana od dana njegovog prijema na liječenje, obavijestiti ustanovu zdravstvenog osiguranja kod koje je isto osigurano o nadnevku njegovog prijema na liječenje, dijagnozi i predviđenom trajanju stacionarnog liječenja radi pribavljanja odgovarajuće suglasnosti.

Članak 8.

Za zdravstvene usluge osiguranim osobama iz članka 2. stavak 5. ovog sporazuma, zdravstvena ustanova koja je ove usluge izvršila dostavit će ustanovi zdravstvenog osiguranja kojoj osigurana osoba pripada račune sa specifikacijom na način i u rokovima koji za nju važe.

Članak 9.

Zdravstvene usluge pružene osiguranim osobama iz članka 2. stavak 5. ovog sporazuma obračunavaju se po cijenama utvrđenim Cjenikom odnosno Tarifom zdravstvenih usluga nadležne ustanove zdravstvenog osiguranja.

Cjenik odnosno Tarifa zdravstvenih usluga iz prethodnog stavka je sastavni dio ovog sporazuma, a primjenjivat će se do donošenja jedinstvenog Cjenika na razini Bosne i Hercegovine.

Iznos neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima korištenja zdravstvenih usluga naplaćuje zdravstvena ustanova koja pruža zdravstvene usluge prema propisima koji za nju važe.

Za iznos naplaćenog neposrednog udjela osiguranoj osobi, u troškovima korištenja zdravstvene zaštite zdravstvena ustanova koja je pružila zdravstvenu uslugu umanjit će iznos u računu.

Usluge koje osiguranicima iz članka 2. stavak 5. pružaju zdravstvene ustanove sa područja nadležne ustanove zdravstvenog osiguranja plaća nadležno osiguranje prema svojim propisima, a na kraju godine se vrši poravnanje.

Članak 10.

Po prijemu računa iz članka 8. ovog sporazuma ustanova zdravstvenog osiguranja-dužnik, obvezna je uplatiti iznos po računu u roku od 30 dana.

Ako ustanova zdravstvenog osiguranja iz prethodnog stavka ustanovi da uz račun nije dostavljena i odgovarajuća dokumentacija, ili da je račun formalno neispravan, vratit će takav račun odnosnoj zdravstvenoj ustanovi u roku od 7 dana od dana prijama istog, uz navođenje razloga zbog kojih se račun vraća.

Ako je iznos u računu netočno obračunat ili su u iznosu računa sadržani i iznosi usluga za osobe koje ne pripadaju odnosnoj ustanovi zdravstvenog osiguranja ista će podnijeti prigovor na osporen iznos zdravstvenoj ustanovi u roku od 7 dana od dana prijama računa.

Iznos koji nije osporen ustanova zdravstvenog osiguranja kojoj osigurana osoba pripada izvršit će isplatu računa u smislu odredbe stavka 1. ovog članka.

Članak 11.

Sudionici sporazuma suglasni su da zdravstvena isprava iz članka 5. ovog sporazuma kojom se dokazuje svojstvo osigurane osobe služi i kao dokaz da će nadležna ustanova zdravstvenog osiguranja isplatiti iznos sredstava za usluge pružene osiguranoj osobi.

Članak 12.

Sudionici sporazuma oformit će posebnu komisiju za koordinaciju i praćenje sprovođenja ovog sporazuma, davanje objašnjenja njegovih odredbi, predlaganje izmjena i dopuna i rješavanje spornih pitanja.

Komisija iz stavka 1. ovog članka sačinjit će odmah po potpisivanju ovog sporazuma uputstvo o načinu prijavljivanja i odjavljivanja osiguranih osoba iz članka 2. stavak 1. ovog sporazuma, izdavanju zdravstvene isprave i o drugim elementima bitnim za zakonito, pravilno i blagovremeno ostvarivanje zdravstvene zaštite osiguranih osoba u novom prebivalištu.

Ukoliko bude neophodno komisija iz stavka 1. ovog članka će sačiniti uputstvo o sprovođenju zdravstvene zaštite osiguranih osoba iz članka 2. stavak 5. ovog sporazuma.

Odredbe članka 15. ovog sporazuma odnose se i na uputstva iz st. 2. i 3. ovog članka.

U komisiju iz stavka 1. ovog članka, svaka sudionica sporazuma imenuje po 2 člana za period od 2 godine.

Na prvoj sjednici komisija iz stavka 1. ovog sporazuma bira predsjednika i zamjenika predsjednika za vrijeme od 1 godine.

Komisija iz stavka 1. ovog članka donosi Poslovnik o radu.

Članak 13.

Svaki sudionik sporazuma može isti otkazati davanjem izjave o otkazu koju upućuje svim sudionicima sporazuma tri mjeseca prije isteka kalendarske godine za narednu godinu.

Članak 14.

Ovaj sporazum smatra se zaključenim kada ga na osnovu odluka nadležnih organa, potpišu ovlašteni predstavnici ustanova zdravstvenog osiguranja Republike Srpske i Vlada Brčko Distrikta-Odjel za zdravstvo, javnu sigurnost i ostale usluge građanima, odnosno kada ga na osnovu ovlaštenja županijskih zavoda zdravstvenog osiguranja potpiše ovlašteni predstavnik Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH.

Članak 15.

Tekst ovog sporazuma sačinjen je na službenim jezicima Bosne i Hercegovine-bosanskom, hrvatskom i srpskom jeziku, pri čemu ovi tekstovi imaju jednaku vjerodostojnost.

Ovaj sporazum objavit će se u "Službenom glasniku BiH", "Službenim novinama Federacije BiH" i "Službenom glasniku Republike Srpske".

Ovaj sporazum stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja.

**Broj 07-11-102/00
5. prosinca 2001. godine**

Sudionici sporazuma:

Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske
dr. **Dragutin Ilić**, v. r.

Vlada Brčko Distrikta
Odjel za zdravstvo, javnu sigurnost i ostale usluge građanima
dr. **Anto Domić**, v. r.
Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH
Mustafa Hasović, v. r.

Hvala što ste naš pretplatnik. Koristite pogodnosti koje dobijate pretplatom.

O nama

Javno preduzeće Novinsko-izdavačka organizacija SLUŽBENI LIST BOSNE I HERCEGOVINE. Sva prava pridržana. 2014

Adresa

Džemala Bijedića 39/III
71000 Sarajevo
Bosna i Hercegovina
Email: slist@slist.ba (<mailto:slist@slist.ba>)

Kontakti

Centrala

Tel: 033/722-030

Email (<mailto:info@slist.ba>)

Uredništvo

Tel: 033/722-038

Email (<mailto:urednistvo@slist.ba>)

Pravna služba

Tel: 033/722-051

Email (<mailto:info@slist.ba>)

Računovodstvo

Tel: 033/722-045, Fax: 033/722-046

Email (<mailto:racunovodstvo@slist.ba>)

Pretplata

Tel: 033/722-054

Email (<mailto:pretplata@slist.ba>)

Ekspedit

Tel: 033/722-041

Email (<mailto:info@slist.ba>)

Prodaja

Tel: 033/722-079

Email (<mailto:info@slist.ba>)

Oglasni odjel

Tel: 033/722-049 i 033/722-050, Fax: 033/722-074

Email (<mailto:oglasl@sllist.ba>)

Tehnički sekretar

Tel: 033/722-061, Fax: 033/722-064

Ured direktora

Tel: 033/722-061

Komercijala

Tel: 033/722-042

2014 © JP NIO Službeni list Bosne i Hercegovine. Sva Prava Pridržana.