

Na osnovu Općih načela Ustava Bosne i Hercegovine, s ciljem osiguravanja uvjeta osobama osiguranim kod ustanova zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, Distrikta Brčkog, odnosno Federacije BiH, za korišćenje zdravstvene zaštite, po ravnopravnom osnovu, u zdravstvenim ustanovama na teritoriji Bosne i Hercegovine, Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, Vlada Brčko Distrikta-Odjel za zdravstvo, javnu sigurnost i ostale usluge građanima i Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH, po ovlaštenju kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja, zaključuje

SPORAZUM

O NAČINU I POSTUPKU KORIŠĆENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE OSIGURANIH OSOBA NA TERITORIJI BOSNE I HERCEGOVINE, VAN PODRUČJA ENTITETA, ODNOSNO DISTRIKTA BRČKO KOME OSIGURANE OSOBE PRIPADAJU

Član 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 daljem tekstu: sudionici sporazuma), obavezuju se, da će preduzeti mjere neophodne za osiguranje korišćenja zdravstvene zaštite, u slučaju kada osoba, osigurana kod ustanove zdravstvenog osiguranja u jednom entitetu, odnosno Distriktu Brčko, ima potrebu koristiti zdravstvenu zaštitu na teritoriji drugog entiteta.

Član 2.

Osigurana osoba koja mijenja prebivalište van teritorije entiteta, ima pravo na zdravstvenu zaštitu, pod uvjetom, da obveznik obračuna i uplate doprinosa izvrši za tu osobu u skladu sa zakonom o zdravstvenom osiguranju entiteta novog mjesta prebivališta.

Izuzetno od prethodnog stava, osobama, koje kao korisnici penzija, ostvaruju pravo na zdravstveno osiguranje, osigurava se zdravstvena zaštite i u slučaju da nadležna institucija penzionog i invalidskog osiguranja entiteta, kao obveznik, obračuna i uplate doprinosa ne izvrši uplatu istog.

Nadležne ustanove penzionog i invalidskog osiguranja entiteta, dužne su, shodno zakonu, izmiriti svoje finansijske obaveze prema ustanovama zdravstvenog osiguranja po osnovu doprinosa obaveznog zdravstvenog osiguranja za osobe iz stava 1. ovog člana, čim ostvare priliv finansijskih sredstava.

Osigurane osobe iz stava 1. ovog člana, imaju pravo na vrstu i obim zdravstvene zaštite, na način i po postupku u skladu sa zakonom, podzakonskim aktima i općim aktima koji važe za osobe osigurane kod ustanove zdravstvenog osiguranja novog prebivališta.

Zdravstvenu zaštitu, u smislu odredbe člana 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 liječenja u zdravstvenu ustanovu na području drugog entiteta, na osnovu akta izdatog od strane nadležne ustanove zdravstvenog osiguranja kojoj osigurana osoba pripada.

Član 3.

Lijekove na recept, u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite u slučajevima iz člana 2. stav 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 u skladu sa važećim propisima koji se primjenjuju u toj instituciji.

Član 4.

Sudionici sporazuma se obavezuju, da će osigurane osobe iz člana 2. stav 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 stava, u slučaju potrebe za zdravstvenim uslugama vrijednosti veće od 300 KM i za ortopedskim i drugim pomagalicama, potrebno je pribaviti prethodnu saglasnost nadležne ustanove zdravstvenog osiguranja.

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

Član 5.

Sudionici sporazuma se obavezuju da će, u slučajevima iz člana 2. stav 5. ovog sporazuma, omogućiti nesmetano korišćenje 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 stava, s tim što ga je dužna naknadno pribaviti od ustanove zdravstvenog osiguranja kod koje je isto osigurano, u roku od tri dana.

Član 6.

Način pružanja zdravstvene zaštite, vrsta i obim zdravstvenih usluga koje pruža zdravstvena ustanova u mjestu privremenog boravka osigurane osobe iz člana 2. stav 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 stava, u slučaju pružanja zdravstvene zaštite na osnovu akta o upućivanju na liječenje u zdravstvenu ustanovu izvan entiteta u kome je osoba osigurana, pružit će se sve zdravstvene usluge navedne u aktu.

Član 7.

Ako zdravstvena ustanova primi na stacionarno liječenje osiguranu osobu iz člana 2. stav 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 datumu njegovog prijema na liječenje, dijagnozi i predviđenom trajanju stacionarnog liječenja, radi pribavljanja odgovarajuće saglasnosti.

Član 8.

Za zdravstvene usluge osiguranim osobama iz člana 2. stav 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.

Član 9.

Zdravstvene usluge pružene osiguranim osobama iz člana 2. stav 5. ovog sporazuma, obračunavaju se po cijenama utvrđenim cjenovnikom, odnosno, tarifom zdravstvenih usluga nadležne ustanove zdravstvenog osiguranja.

Cjenovnik, odnosno, tarifa zdravstvenih usluga iz prethodnog stava, sastavni je dio ovog sporazuma, a primjenjivat će se do donošenja jedinstvenog cjenovnika na nivou države Bosne i Hercegovine.

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

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

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

Član 10.

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

Ako ustanova zdravstvenog osiguranja iz prethodnog stava 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 prijema istog, uz navođenje razloga zbog kojih se račun vraća.

Ako je iznos u računu netačno 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 prijema računa.

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

Član 11.

Sudionici sporazuma, saglasni su, da zdravstvena isprava iz člana 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.

Član 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 stava 1. ovog člana, sačinit će odmah po potpisivanju ovog sporazuma uputstvo o načinu prijavljivanja i odjavljivanja osiguranih osoba iz člana 2. stav 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 stava 1. ovog člana, sačinit će i uputstvo o sprovođenju zdravstvene zaštite osiguranih osoba iz člana 2. stav 5. ovog sporazuma.

Odredbe člana 15. ovog sporazuma, odnose se i na uputstvo iz st. 2. i 3. ovog člana.

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

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

Komisija iz stava 1. ovog člana donosi poslovnik o radu.

Član 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.

Član 14.

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

Član 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 bit će objavljen 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. decembra 2001. godine
Sarajevo

Sudionici sporazuma:

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

Vlada Brčko Distrikta
Odjel za zdravstvo, javnu sigurnost i ostale usluge građanima
dr. **Anto Domić**, s. r.

Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH
Mustafa Hasović, s. r.