

## **KAKO KORISTITI PRAVO NA PRUŽANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA KOJE SE FINANSIRAJU IZ SREDSTAVA FONDA SOLIDARNOSTI**

Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH (u daljem tekstu: Zavod) saglasno odredbama Odluke o utvrivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava ("Službene novine Federacije BiH", broj: 21/09), te odredbama Odluke o utvrivanju prioriteta u zdravstvenoj zaštiti od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioriteta u najosloženijim oblicima zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koje se pružaju osiguranim licima na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", br. 08/05, 11/07, 44/07, 97a/07, 33/08 i 52/08) iz sredstava federalnog fonda solidarnosti, finansira prioriteta u zdravstvenoj zaštiti od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioriteta u najosloženijim oblicima zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koje se pružaju osiguranim licima na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine.

U okviru navedenih propisa Zavod sa zdravstvenim ustanovama u Federaciji BiH koje pružaju zdravstvene usluge koje se finansiraju sredstvima fonda solidarnosti Federacije BiH odnosno koje su verifikovane za obavljanje ovih usluga, nakon provedenih postupaka javnih nabavki zaključuje ugovore o pružanju zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava Fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine pacijentima - licima osiguranim kod kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Da bi osiguraniku bila izdata komisijska saglasnost za pružanje usluge koja se finansira iz sredstava fonda solidarnosti potrebno je da bude ispoštovana procedura saglasno odredbama Pravilnika o načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja („Službene novine Federacije BiH” br.: 31/02 i 20/19).

Ovim Pravilnikom su utvrđeni uslovi, način i postupak ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja uključujući i prava koja se ostvaruju na teret sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine.

Kada se u postupku ispitivanja i liječenja, s obzirom na medicinske indikacije, utvrdi da je osiguranom licu neophodno pružanje zdravstvenih usluga liječnici su vrsta i obim određeni u Odluci o utvrivanju prioriteta u zdravstvenoj zaštiti, izabrani doktor medicine daje uputnicu za ispitivanje odnosno liječenje tog osiguranog lica u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi sa kojom je Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH zaključio ugovor o pružanju ovih usluga. Uputnica se dostavlja stručnom timu doktora medicine zdravstvene ustanove, radi davanja mišljenja o potrebi uputivanja na ispitivanje odnosno liječenje (konzilijarno mišljenje).

Nakon prijema mišljenja stručnog tima doktora medicine u kome se utvrdjuje potreba za ispitivanjem i liječenjem osiguranog lica, 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 Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH.

Nadležni organ kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja koji ima ovlaštenje izdato od strane direktora Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH odnosno nadležna komisija razmatra pristiglu medicinsku dokumentaciju i, ukoliko su ispunjeni svi naprijed navedeni uslovi, izdaje saglasnost za pružanje usluge koja se finansira iz sredstava fonda solidarnosti, na teret sredstava fonda solidarnosti

Saglasnost komisije za liječenje na teret sredstava federalne solidarnosti važi za tekuću godinu, s tim da u slučaju gdje saglasnost nije iskorištena u godini u kojoj je odobrena, zdravstvena ustanova može pružiti zdravstvenu uslugu osiguranom licu u roku od jedne godine od izdavanja saglasnosti.

Popunjena, potpisana i ovjerena saglasnost dostavlja se lično, putem poštanske pošiljke ili elektronskim putem: Zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH, zdravstvenoj ustanovi u koju se osigurano lice upućuje, kantonalnom zavodu zdravstvenog osiguranja i osiguraniku.

U slučaju kad nije udovoljeno zahtjevu osiguranog lica odnosno ukoliko ne postoje uslovi za izdavanje saglasnosti za liječenje na teret sredstava fonda solidarnosti, a osigurano lice zahtijeva donošenje rješenja, rješenje u kojem se iznose razlozi zbog kojih saglasnost nije data donosi direktor kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja prema mjestu zdravstvenog osiguranja osiguranog lica.

Protiv rješenja direktora kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja, osigurano lice ima pravo podnijeti žalbu Federalnom ministarstvu zdravstva u roku od 15 dana od dana prijema rješenja. Žalba se neposredno predaje organu koji je donio prvostepeno rješenje, koji će žalbu sa kompletnim spisom proslijediti na dalji postupak Federalnom ministarstvu zdravstva.