



Na osnovu člana 21. stav (2) alineja 7. Statuta Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine („Sl. novine Federacije BiH“ broj: 69/05) i člana 28. Pravilnika o načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja („Sl. novine Federacije BiH“ broj: 31/02 i 20/19), direktor Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH donosi:

UPUTSTVO

o načinu i postupku izdavanja saglasnosti za liječenje osiguranih lica Federacije Bosne i Hercegovine na teret sredstava federalnog fonda solidarnosti

I OPŠTE ODREDBE

Ovim Uputstvom se saglasno odredbama, Zakona o zdravstvenom osiguranju („Sl. novine Federacije BiH“, br.: 30/07, 07/02, 70/08, 48/11, 36/18 i 61/22), tačke IX stav 1. Odluke o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava („Sl. novine FBiH“ broj: 21/09), Odluke o utvrđivanju prioritetnih vertikalnih programa zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioritetnih najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati 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) i drugim podzakonskim aktima kojima se reguliše korištenje sredstava fonda solidarnosti Federacije BiH (u daljem tekstu: federalna solidarnost) utvrđuje način i postupak pripreme dokumentacije u nadležnim zdravstvenim ustanovama, podnošenje i prijem zahtjeva za davanje saglasnosti za liječenje osiguranih lica zavoda zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: zavodi zdravstvenog osiguranja), način odlučivanja i davanja saglasnosti za liječenje, obezbjeđenje dvostepenosti postupka i druge odredbe relevantne za liječenje osiguranih lica na teret sredstava federalne solidarnosti.

II NAČIN I POSTUPAK PRIPREME DOKUMENTACIJE

(1) Ordinirajući – izabrani doktor medicine, ukoliko utvrdi da je neophodno pružanje zdravstvenih usluga ili lijekova na teret sredstava federalne solidarnosti daje uputnicu osiguranom licu za ispitivanje, odnosno liječenje u nadležnoj zdravstvenoj ustanovi sa neophodnom medicinskom dokumentacijom.

(2) Zdravstvena ustanova, po prijemu osiguranog lica u postupku ispitivanja, odnosno liječenja utvrđuje da li je tom osiguranom licu indicirano i neophodno pružanje zdravstvene usluge iz programa federalne solidarnosti i u kojoj zdravstvenoj ustanovi sa kojom je Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH zaključio ugovor o pružanju zdravstvenih usluga na teret federalne solidarnosti (u daljem tekstu: ugovorna zdravstvena ustanova). Ukoliko se utvrdi da je ova usluga indicirana i neophodna, zdravstvene ustanove koje imaju stručne timove i konzilije, izdaju stručnu ocjenu i mišljenje, odnosno izdaju konzilijarnu ocjenu i mišljenje.

(3) Stručno mišljenje, odnosno konzilijarno mišljenje treba da sadrži sljedeće podatke:

- Naziv i sjedište zdravstvene ustanove koja daje ocjenu u mišljenje, odnosno konzilijarno mišljenje sa šifrom zdravstvene ustanove,

- Broj i datum izdavanja,
- Naziv „stručna ocjena i mišljenje odnosno konzilijarno mišljenje“,
- Ime (očevo ime) i prezime osiguranog lica,
- Datum rođenja (dan, mjesec i godina),
- JMB,
- Adresu (kanton, općina, ulica i broj),
- Dijagnozu sa šifrom dijagnoze po MKB,
- Nalaz i ocjenu,
- Prijedlog i način liječenja - navesti vrstu zdravstvene usluge, terapije,
- Svojeručni potpis članova stručnog odnosno konzilijarnog tima uz obavezno navođenje imena prezimena i stručnog zvanja.

(4) Stručna ocjena i mišljenje, odnosno konzilijarna ocjena i mišljenje popunjeno na način iz prethodne tačke sa potrebnom medicinskom dokumentacijom dostavlja se nadležnoj komisiji zavoda zdravstvenog osiguranja za izdavanje saglasnosti liječenje osiguranih lica Federacije BiH na teret federalne solidarnosti (u daljem tekstu: komisija zavoda zdravstvenog osiguranja), radi odlučivanja i davanja saglasnosti.

III POSTUPAK PRIJEMA ZAHTJEVA

Po prijemu podnesenog zahtjeva od strane osiguranog lica ili nadležne zdravstvene ustanove u kojoj se osigurano lice nalazi na liječenju, zahtjev se zaprima i predmet unosi u „Djelovodni protokol“ po broju koji slijedi za osigurana lica iz:

01. Zavoda zdravstvenog osiguranja USK-Bihać,
02. Zavoda zdravstvenog osiguranja PK/Ž-Odžak,
03. Zavoda zdravstvenog osiguranja TK Tuzla,
04. Zavoda zdravstvenog osiguranja ZE-DO -Zenica,
05. Zavoda zdravstvenog osiguranja BPK Goražde,
06. Zavoda zdravstvenog osiguranja SBK/Ž-N.Travnik,
07. Zavoda zdravstvenog osiguranja HNK/Ž-Mostar,
08. Zavoda zdravstvenog osiguranja ZHK/Ž-Grude,
09. Zavoda zdravstvenog osiguranja KS Sarajevo i
10. Zavoda zdravstvenog osiguranja HBK/Ž -Livno

„Redni broj“ (mora biti četverocifreni/godina, primjer 09-0011/21). U rubriku „Predmet“, Unosi se prezime, očevo ime, ime osiguranog lica, JMB i adresa stanovanja, (Kanton, općina, ulica i broj), u rubriku „datum prijema podneska“ unosi se dan prijema, a u rubriku „Pošiljalac podneska“ unosi se zdravstvena ustanova koja je izdala stručno mišljenje, odnosno konzilijarno mišljenje. U rubriku „organizaciona jedinica“ unosi se oznaka „broj kantona/FS“ (federalna solidarnost), primjer: 01/FS-Unsko sanski kanton/federalna solidarnost). U rubriku „Razvod“ unosi se datum i oznaka „data saglasnost“ ili „nije data saglasnost“.

IV POSTUPAK ODLUČIVANJA PO ZAHTJEVU

(1) Po prijemu zahtjeva i medicinske dokumentacije sekretar komisije zajedno sa jednim od članova komisije, pregleda zahtjeve i medicinsku dokumentaciju i provjeravaju da li

da li stručno, odnosno konzilijarno mišljenje sadrži sve podatke iz tačke II. 3. neophodne za odlučivanje na komisiji kao i da li zahtjev sadrži svu potrebnu medicinsku dokumentaciju. Ukoliko nešto nedostaje od medicinske ili druge dokumentacije zatražiće se dopuna od zdravstvene ustanove, odnosno podnosioca zahtjeva.

(2) Kada sekretar komisije ima dovoljan broj ispravnih predmeta stupa u kontakt sa predsjednikom komisije radi dogovora oko zakazivanja sastanka komisije. Radom komisije rukovodi predsjednik i upoznaje članove komisije sa predmetom odlučivanja. O radu komisije vodi se zapisnik koji treba da sadrži:

- redni broj sjednice,
- mjesto i datum rada komisije,
- imena i prezimena članova komisije, početak i završetak rada članova komisije,
- predmet zahtjeva,
- odluka po zahtjevu – ishod glasanja,
- eventualne zaključke komisije i
- potpis članova komisije i potpis sekretara komisije.

Na osnovu odlučenog na komisiji na propisanom obrascu popunjava se odluka – saglasnost. Popunjen obrazac potpisuje predsjednik komisije i prisutni članovi komisije. Broj odluke – saglasnosti je identičan sa brojem protokola pod kojim je predmet zaprimljen.

Odluka – saglasnost se dostavlja: Zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBiH (u daljem tekstu: Federalni zavod), zdravstvenoj ustanovi u koju se osigurano lice upućuje, kantonalnom zavodu zdravstvenog osiguranja, osiguraniku i u spis.

(3) Komisije u svom sastavu trebaju imati ukupno šest članova Komisije i to tri (3) redovna i tri (3) zamjenska člana. Zamjenski članovi izuzetno mogu prisustvovati sastanku u slučaju odsutnosti redovnog člana komisije.

(4) Predsjednik Komisije se predlaže i imenuje iz reda predloženih redovnih članova komisije.

(5) Komisija se imenuje na period od dvije godine od dana imenovanja.

(6) Komisija održava sastanak kada se prikupi dovoljan broj predmeta za odlučivanje i tada će sastanak održati jedanput sedmično. Ukoliko nema dovoljno predmeta za odlučivanje, Komisija će se sastati po potrebi, odnosno kada se prikupi dovoljan broj predmeta, izuzev kada se radi o hitnom slučaju, kada komisija može održati sastanak.

(7) Sastanku komisije prisustvuju tri člana komisije i odluke se donose većinom glasova članova komisije, s tim da se mišljenje člana komisije koji nije saglasan sa izdavanjem saglasnosti unosi u zapisnik uz njegovo obrazloženje.

(8) Izuzetno iz razloga ekonomičnosti, kao i u slučaju kada nije moguće obezbijediti prisustvo tri člana komisije saglasnost je važeća i u slučaju da su sastanku prisustvovala dva člana komisije ukoliko su oba člana saglasna.



(9) U slučaju da nije udovoljeno zahtjevu osiguranog lica, isto će biti pismeno obaviješteno poštanskim putem ili putem kurira, da može zahtijevati donošenje rješenja u kojem se iznose razlozi zbog kojih saglasnost nije data.

V ROK VAŽENJA SAGLASNOSTI ZA USLUGE FEDERALNE 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.

VI HITNI SLUČAJEVI

(1) Ako se radi o slučajevima gdje je bilo potrebno hitno pružanje zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava federalne solidarnosti i gdje bi svako odlaganje dovelo u pitanje život pacijenta, zdravstvena ustanova će primiti osigurano lice i pružiti mu odgovarajuću zdravstvenu uslugu s tim što mora posebno obrazložiti hitnost slučaja.

(2) Zdravstvena ustanova je o tome dužna obavijestiti Federalni zavod i nadležnu komisiju zavoda zdravstvenog osiguranja sa čijeg područja je osigurano lice. Na osnovu toga i uz prednošenje medicinske dokumentacije izdaje se naknadna saglasnost.

VII POSTUPAK DOSTAVLJANJA SAGLASNOSTI

Popunjena, potpisana i ovjerena saglasnost dostavlja se lično ili putem poštanske pošiljke svima koji su naznačeni u obrascu. Ukoliko se osigurano lice nalazi na liječenju u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi, saglasnost se hitno dostavlja u tu zdravstvenu ustanovu.

Popunjena, potpisana i ovjerena suglasnost, iz razloga ekonomičnosti, se može dostaviti skenirana putem maila onima koji su naznačeni u obrascu.

VIII RJEŠAVANJE PO ŽALBI

(1) U slučaju kad nije udovoljeno zahtjevu osiguranog lica a osigurano lice zahtijeva donošenje rješenja, rješenje u kojem se iznose razlozi zbog kojih saglasnost nije data donosi direktor kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

(2) 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.

(3) Žalba se neposredno predaje organu koji je donio prvostepeno rješenje, koji će žalbu sa kompletnim spisom proslijediti na dalji postupak Federalnom ministarstvu zdravstva.

(4) Prvostepeni i drugostepeni organ u postupku rješavanja po žalbi postupaju saglasno odredbama Zakona o opštem upravnom postupku.

IX PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

(1) Ovo Uputstvo je sačinjeno u cilju jedinstvenog i istovjetnog postupka kod pribavljanja saglasnosti za liječenje na teret sredstava federalne solidarnosti. Sastavni dio ovog uputstva čini obrazac odluke –saglasnosti.

(2) Ovo uputstvo stupa na snagu danom donošenja, a primjenivat će se od 01.03.2023. godine.

(3) Stupanjem na snagu ovog Uputstva prestaje da važi Uputstvo o načinu i postupku izdavanja saglasnosti za liječenje osiguranih lica Federacije Bosne i Hercegovine na teret sredstava federalnog fonda solidarnosti, broj:01/D-876/07 od 19.06.2007. godine.



Broj:01/III-05-4-510-1/23
 Sarajevo, 03.02.2023. godine

