

3.	Pododjel za katastarske knjige	2503001
4.	Pododjel za pisarnicu i zajedničke poslove	2504001
5.	Pododjel za geoinformacioni sistem(GIS)	2505001
6.	Služba za arhiv	2506001
	Komisija za papire od vrijednosti	
1.	Komisija za papire od vrijednosti	2601001
	Ured za upravljanje javnom imovinom	
1.	Ured direktora	2701001
2.	Sektor registra	2701002
3.	Sektor održavanja	2701003
4.	Sektor raspolaganja	2701004
	Ured koordinatora Brčko distrikta BiH u Vijeću ministara BiH	
1.	Ured koordinatora Brčko distrikta BiH u Vijeću ministara BiH	2801001
	Ured za reviziju	
1.	Ured za reviziju	3001001

Član 2

Ova odluka stupa na snagu danom donošenja, a primjenjivat će se od 1. januara 2010. godine i objavit će se u Službenom glasniku Brčko distrikta BiH.

Broj: 04.1-02-124/08-5
Brčko, 15. 12. 2009. godine

Direktor Direkcije
Mato Lučić, dipl. oec., s.r

Član 3

Ova odluka stupa na snagu danom donošenja i objavit će se u Službenom glasniku Brčko distrikta BiH.

Broj: 04.1-02-124/08-8
Brčko, 17. 3. 2010. godine

Direktor Direkcije
Mato Lučić, dipl. oec., s.r.

144

Na osnovu člana 11 Zakona o javnoj upravi Brčko distrikta Bosne i Hercegovine (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH, brojevi: 19/07, 2/08 i 43/08), člana 12 stava 1 tačke c) Zakona o Direkciji za finansije (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH, broj 19/07), člana 26 stava 2 i člana 33 stava 1 tačke j) Zakona o Trezoru Brčko distrikta BiH (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH, brojevi: 3/07, 19/07, 2/08), direktor Direkcije za finansije Brčko distrikta BiH donosi:

ODLUKA**O IZMJENI ODLUKE**

O UPLATNIM RAČUNIMA PRIHODA BUDŽETA I FONDOVA BRČKO DISTRIKTA BiH, NAČINU UPLAĆIVANJA TIH PRIHODA I NAČINU I ROKOVIMA IZVJEŠTAVANJA KORISNIKA PRIHODA

Član 1

U Odluci o uplatnim računima prihoda budžeta i fondova Brčko distrikta BiH, načinu uplaćivanja tih prihoda i načinu i rokovima izvještavanja korisnika prihoda (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH, brojevi: 25/07, 37/07, 3/08, 22/08, 52/08, 20/09, broj: 04.1-02-124/08-4 od 24. 7. 2009. godine i broj: 04.1-02-124/08-5 od 15. 12. 2009. godine), u članu 12a riječi: „Neporezni prihodi od pružanja usluga osiguranicima Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH se uplaćuju na račun Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH broj: 161-060-00088301-82, otvoren kod Raiffeisen bank d.d. Bosna i Hercegovina, Sarajevo-filijala Brčko, na sljedeću vrstu prihoda:“, zamjenjuju se riječima:

„Neporezni prihodi od pružanja usluga osiguranicima Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH se uplaćuju na račun Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH broj: 5520250002561287, otvoren kod Hypo Alpe-Adria-Bank a.d. Banja Luka - filijala Brčko na sljedeću vrstu prihoda:“.

Član 2

U članu 14 stavu 1 riječi: „Sredstva za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja se uplaćuju na račun Fonda zdravstvenog osiguranja broj: 161-060-00088301-82, otvoren kod Raiffeisen bank d.d. Bosna i Hercegovina, Sarajevo-filijala Brčko, prema priloženoj tabeli:“ zamjenjuju se riječima:

„Sredstva za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja se uplaćuju na račun Fonda zdravstvenog osiguranja broj: 5520250002561869, otvoren kod Hypo Alpe-Adria-Bank a.d. Banja Luka-filijala Brčko, a prema priloženoj tabeli:“.

145

Upravni odbor Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH, na osnovu člana 25 stava 4 Zakona o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta BiH (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH, brojevi: 01/02 i 07/02, 19/07 i 34/08), člana 13, stava 1, tačke f) u vezi s članom 39 stavom 1 Statuta Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH, brojevi: 17/07 i 1/08) i člana 41 stava 1 Poslovnika o radu upravnog odbora Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH, na 36. redovnoj sjednici, održanoj 29. 10. 2009. godine, donosi

PRAVILNIK

O USLOVIMA I NAČINU OSTVARIVANJA PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

I. OPĆE ODREDBE**Član 1**

Ovim pravilnikom uređuju se uslovi i način ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranih lica Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH (u daljnjem tekstu: Fond).

Član 2

Osiguranim licem Fonda (u daljnjem tekstu: osigurano lice) smatra se lice kome je na način propisan Zakonom o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta BiH (u daljnjem tekstu: Zakon) i ovim pravilnikom utvrđen status osiguranog lica Fonda.

Član 3

Osiguranom licu obezbjeđuje se pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade i pomoći u obimu, pod uslovima i na način kako je to propisano zakonom, ovim pravilnikom i drugim općim aktima Fonda.

II. STATUS OSIGURANOG LICA**Član 4**

- (1) Status osiguranog lica utvrđuje Fond, u skladu sa odredbama Zakona.
- (2) Danom utvrđivanja statusa osiguranog lica, osigurano lice stiče prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Licu kome Fond utvrdi status osiguranog lica izdaje se zdravstvena legitimacija čiji je sadržaj, oblik, način izdavanja i korištenja propisuje Fond.

- (4) Općim aktom Fonda propisuje se u kojim slučajevima se licu kome je utvrđen status osiguranog lica, ne izdaje zdravstvena legitimacija.

Član 5

- (1) Status osiguranog lica utvrđuje Fond na osnovu prijave koju podnosi pravno ili fizičko lice (prijava na osiguranje, prijava o promjeni osiguranja i odjava sa osiguranja), koju podnosi pravno lice – poslodavac, odnosno fizičko lice lično.
- (2) Izuzetno, ako Fond u provedbenom postupku iz stava 1 ovog člana, utvrdi da pravno ili fizičko lice nije podnijelo prijavu na obavezno zdravstveno osiguranje, utvrdit će licu po službenoj dužnosti status osiguranog lica.
- (3) Ako Fond iznimno, po službenoj dužnosti utvrđuje status osiguranog lica o tome donosi rješenje.
- (4) Licu koje je zaposleno kod dva ili više poslodavaca status osiguranog lica utvrđuje se na osnovu prijave na zdravstveno osiguranje pravnog ili fizičkog lica - jednog od poslodavca i izdaje mu se samo jedna zdravstvena legitimacija.
- (5) Ako Fond prihvati prijavu iz stava 1 ovog člana, izdaje osiguranom licu zdravstvenu legitimaciju, čime je postupak po prijavi okončan.
- (6) U vremenu od podnošenja prijave na zdravstveno osiguranje do dana izdavanja zdravstvene legitimacije, kao i u slučajevima kada se ne izdaje zdravstvena legitimacija, osigurano lice svoj status dokazuje kopijom ovjerene prijave na zdravstveno osiguranje.
- (7) Ako Fond ne prihvati podnijetu prijavu ili utvrdi status osiguranog lica prema nekom drugom osnovu, o tome donosi rješenje koje dostavlja podnosiocu prijave i zainteresovanoj strani.
- (8) Protiv rješenja iz stava 7 ovog člana može se izjaviti žalba Apelacionoj komisiji Brčko distrikta BiH.

Član 6

Registrovano pravno, odnosno fizičko lice je obavezno da prijavu na obavezno zdravstveno osiguranje (prijava na osiguranje, prijava o promjeni osiguranja i odjava s osiguranja) dostavi u roku od 8, a najkasnije 30 dana od dana sticanja uslova za priznavanje statusa osiguranog lica, odnosno od dana nastale promjene u osiguranju.

Član 7

- (1) Podnosilac prijave obavezan je uz prijavu na zdravstveno osiguranje iz člana 5 ovog Pravilnika priložiti i odgovarajuće dokaze kojima se dokazuje zakonski osnov osiguranja, koje utvrđuje Fond za svaki od osnova osiguranja.
- (2) Na osnovu prijave i dokaza iz stava 1 ovog člana status osiguranog lica utvrđuje se danom:
- zasnivanja radnog odnosa;
 - početka obavljanja privredne djelatnosti, odnosno samostalnog obavljanja profesionalne djelatnosti u sklopu zanimanja za lica koja obavljaju te djelatnosti;
 - danom prijave obavljanja poljoprivredne djelatnosti ili dokaza o posjedovanju poljoprivrednog zemljišta, za lica kojima je poljoprivreda jedino ili glavno zanimanje;
 - penzionisanja, za lica koje su pravo na penziju ostvarili prema propisima iz ove oblasti;
 - početka školovanja za lica koja zdravstveno osiguranje stiču na osnovu redovnog školovanja;
 - utvrđivanja statusa, na osnovu propisa iz oblasti boračko-invalidske zaštite, ako nisu osigurani po drugom osnovu
 - statusa nezaposlenog lica, na osnovu odgovarajućih propisa iz oblasti zapošljavanja;
 - rođenja, zaključenja braka ili ispunjenja uslova za sticanje prava na zdravstveno osiguranje za lica koja

pravo na zdravstveno osiguranje izvode iz prava drugog lica;

- statusom socijalno ugroženog lica, na osnovu propisa iz oblasti socijalne zaštite;
 - podnošenja prijave Fondu, za lica koja pravo na zdravstveno osiguranje stiču na osnovu same prijave (dobrovoljno osigurana lica i dr.).
- (3) U skladu sa stavom 2, tačkom j) ovog člana, dobrovoljno osigurano lice obavezno je da u trenutku podnošenja prijave Fondu, uplati doprinos za šest mjeseci unaprijed, računajući od dana podnošenja prijave Fondu. Verifikacija prava na zdravstveno osiguranje se vrši za period za koji je uplaćen doprinos.

Član 8

Članovi poljoprivrednog domaćinstva su lica koja žive u zajedničkom domaćinstvu sa nosiocem poljoprivrednog domaćinstva, ako nisu u radnom odnosu, odnosno ne stiču uslove osiguranja po nekom drugom osnovu.

Član 9

Osigurano lice kod koga su prestale okolnosti na osnovu kojih je steklo status osiguranog lica, gubi taj status danom prestanka tih okolnosti.

III. PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Zdravstvena zaštita

Član 10

- (1) Osigurana lica imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, zakonom, općim aktima Fonda, te raspoloživim finansijskim sredstvima, a koja se ostvaruje putem primarne, specijalističko-konsultativne i bolničke zdravstvene zaštite, s odgovarajućom medicinskom rehabilitacijom.
- (2) Osim zdravstvene zaštite iz stava 1 ovoga člana, osigurana lica imaju pravo i na:
- ortopedska i druga pomagala propisana aktom Fonda;
 - stomatološko-protetsku pomoć i dodatke, propisane aktom Fonda;
 - lijekove s liste lijekova koji se primjenjuju u medicinskoj terapiji osiguranih lica u zdravstvenim ustanovama i lijekovima koji se mogu propisivati osiguranim licima na recept.
- (3) Osigurana lica, osim zdravstvene zaštite iz stavova 1 i 2 ovog člana imaju pravo i na zdravstvenu zaštitu u drugim dijelovima BiH ili u inostranstvu i to na način i pod uslovima propisanim članom 31 Zakona, međudržavnim ugovorima i općim aktima Fonda.

Član 11

Osigurano lice ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu, prema odredbama propisa koji regulišu oblast zdravstvene zaštite.

Član 12

- (1) Osigurano lice ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu na teret Fonda na osnovu ispravne zdravstvene legitimacije, odnosno na osnovu ovjerene kopije prijave na zdravstveno osiguranje.
- (2) Bez ispravne zdravstvene legitimacije, odnosno ovjerene kopije prijave na zdravstveno osiguranje osigurano lice može na teret osiguranja ostvariti samo pravo na hitnu medicinsku pomoć.

Član 13

Troškovi zdravstvene zaštite terete sredstva Fonda, ako osigurano lice ostvaruje tu zaštitu na način i pod uslovima propisanim ovim pravilnikom, drugim aktima Fonda i prema sklopljenim ugovorima između Fonda i ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ugovornog zdravstvenog radnika, koji su pružili zdravstvenu zaštitu.

Član 14

- (1) Osigurano lice učestvuje u pokrivanju dijela troškova zdravstvene zaštite u slučajevima, na način i prema postupku kako je određeno članom 82 Zakona ili općim aktima Fonda.
- (2) Dio troškova zdravstvene zaštite iz stava 1 ovog člana, koji pada na teret osiguranog lica, naplaćuje neposredno ugovorni subjekt Fonda, koji je pružio zdravstvenu uslugu.
- (3) Ugovorni subjekti Fonda iz stava 2 ovog člana, obavezni su prilikom naplate dijela troškova izdati potvrdu o izvršenoj naplati i za taj iznos umanjiti troškove Fonda.

Član 15

Kada ugovorna zdravstvena ustanova ili ugovorni zdravstveni radnik nisu u mogućnosti pružiti osiguranom licu potrebnu zdravstvenu zaštitu, obavezni su preduzeti sve što je potrebno u svrhu pružanja hitne medicinske pomoći i upućivanja osiguranog lica u zdravstvenu ustanovu koja je u mogućnosti pružiti traženu zdravstvenu zaštitu, u skladu sa općim aktima Fonda.

Član 16

Osigurano lice je obavezno tokom ostvarivanja zdravstvene zaštite postupati u skladu sa savjetima i uputama doktora koji mu pruža zdravstvenu zaštitu.

1.1. Primarna zdravstvena zaštita**Član 17**

Mjere primarne zdravstvene zaštite utvrđene Zakonom o zdravstvenoj zaštiti provode doktori na primarnom nivou zdravstvene zaštite.

Član 18

Osigurano lice bira doktora primarne zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: izabrani doktor), u pravilu prema mjestu stanovanja kod najbliže ugovorne ustanove ili ugovornog zdravstvenog radnika, na način kako je to propisano općim aktima Fonda.

Član 19

Uz poslove iz članova 17 i 18 Zakona o zdravstvenoj zaštiti, izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite obavlja i sljedeće poslove:

- a) utvrđuje kada je nastupila i prestala privremena spriječenost za rad osiguranika, u skladu sa Zakonom i Pravilnikom o ostvarivanju prava za vrijeme privremene spriječenosti za rad osiguranika Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH,
- b) određuje izolaciju osiguranog lica ako postoji sumnja da se radi o zaraznoj bolesti, te obavlja druge epidemiološke mjere u skladu sa važećim zakonskim propisima iz oblasti javnog zdravstva,
- c) određuje vrstu prevoznog sredstva potrebnog za prevoz bolesnika s obzirom na njegovo zdravstveno stanje i udaljenost odredišta, u smislu da li će to biti javno prevozno sredstvo ili sanitetski prevoz,
- d) utvrđuje početak korištenja prava na porodiljsko odsustvo, na osnovu nalaza i mišljenja specijaliste ginekologa,
- e) utvrđuje potrebu izostanka osiguranika s posla zbog njege bolesnog člana uže porodice u skladu s članom 38 ovog pravilnika,
- f) daje mišljenje da li je privremena spriječenost za rad osiguranika svjesno prouzrokovana, odnosno da li je ozdravljenje namjerno sprečavano,
- g) daje mišljenje o potrebi boravka pratioca za vrijeme liječenja
- h) daje prijedlog mjerodavnoj ljekarskoj komisiji u vezi sa sticanjem prava na rad u skraćenom radnom vremenu radi njege djeteta kojem je potrebna pojačana briga i njega,
- i) odobrava promjenu mjesta boravka za vrijeme privremene spriječenosti za rad osiguranika, ako bi promjena mjesta boravka povoljno uticala na brže ozdravljenje i osposobljavanje osiguranika za rad,

- j) na osnovu prigovora osiguranog lica, vrši upućivanje s potrebnom dokumentacijom ljekarskoj komisiji radi davanja ocjene, nalaza i mišljenja,
- k) obrađuje dokumentaciju i upućuje osiguranika na ocjenu invalidnosti,
- l) provodi, odnosno obavlja nadzor nad liječenjem u stanu osiguranog lica,
- m) obavlja i druge poslove u vezi s ostvarivanjem prava na zdravstvenu zaštitu, odnosno prava iz zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom i općim aktima Fonda.

1.1.1. Liječenje u stanu osiguranog lica**Član 20**

- (1) Osigurano lice ima pravo na liječenje u stanu.
- (2) Liječenje u stanu može se provoditi kao:
 - a) kućna posjeta izabranog doktora, odnosno medicinskog tehničara iz tima izabranog doktora;
 - b) pružanje hitne medicinske pomoći u stanu osiguranog lica.
- (3) Liječenje u stanu osiguranog lica može se provoditi samo pod nadzorom izabranog doktora kada zdravstveno stanje osiguranog lica zahtijeva takvo liječenje, a ne postoji potreba za bolničkim liječenjem.

1.1.2. Zdravstvena njega u stanu osiguranog lica**Član 21**

- (1) U svrhu zdravstvene zaštite, u pravilu, hroničnih bolesnika, izabrani doktor može predložiti provođenje zdravstvene njege u stanu osiguranog lica.
- (2) Na prijedlog izabranog doktora, saglasnost za provođenje zdravstvene njege u stanu osiguranog lica, daje direktor Fonda.
- (3) Uslovi i način ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u stanu osiguranog lica utvrđuju se općim aktima Fonda.

1.1.3. Patronažna zdravstvena njega**Član 22**

- (1) U okviru patronažne zdravstvene njege pruža se stručna pomoć i njega zbog:
 - a) praćenja stanja poslije porođaja osiguranom licu - porodilji i novorođenom djetetu,
 - b) u promocije i očuvanja zdravlja građana, porodice i male djece,
 - c) praćenja grupa i pojedinaca kod kojih postoje povećani rizici za nastanak bolesti.
- (2) Patronažnu zdravstvenu njegu provode medicinski tehničari iz tima izabranog doktora.
- (3) Uslovi i način ostvarivanja prava osiguranog lica na patronažnu zdravstvenu zaštitu mogu se utvrditi općim aktom Fonda.

1.1.4. Hitna medicinska pomoć**Član 23**

- (1) Hitna medicinska pomoć podrazumijeva pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti po život i zdravlje.
- (2) Osigurano lice ostvaruje hitnu medicinsku pomoć bez uputnice kod najbližeg doktora primarne zdravstvene zaštite prema mjestu stanovanja, odnosno mjestu gdje se osigurano lice zateklo u trenutku potrebe pružanja hitne medicinske pomoći, te u:
 - a) u hitnoj službi zdravstvenih centara,
 - b) u ustanovi hitne medicinske pomoći,
 - c) u urgentnoj službi bolničke ustanove.
- (3) Osiguranom licu može hitnu obezbijediti hitna medicinska pomoć i u stanu, kada zbog prirode bolesti nije u mogućnosti ostvariti tu pomoć u zdravstvenoj ustanovi.

- (4) U slučaju potrebe, a nakon pružene hitne medicinske pomoći doktor iz stava 2 ovog člana, koji je pružio hitnu medicinsku pomoć, obavezan je voditi brigu o obezbjeđenju prevoza osiguranog lica do bolničke zdravstvene ustanove, vodeći pri tom računa o vrsti prevoza, zavisno o zdravstvenom stanju osiguranog lica.

1.2. Specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita

Član 24

- (1) Specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu osigurano lice ostvaruje na osnovu uputnice koju izdaje izabrani doktor iz člana 18 ovog pravilnika u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi koja može pružiti traženu zdravstvenu uslugu.
- (2) O potrebi upućivanja na specijalističke preglede i dijagnostičke, odnosno terapijske postupke, odlučuje izabrani doktor i upućuje osigurano lice u ugovornu zdravstvenu ustanovu koja ih može pružiti.
- (3) Ako osigurano lice želi specijalistički pregled ili dijagnostičke, odnosno terapijske postupke obaviti u drugoj zdravstvenoj ustanovi koja može pružiti traženu zdravstvenu uslugu, ostvaruje ih na osnovu izdate uputnice, s tim da troškove izvršenih usluga snosi u skladu s članom 87 stavom 4 Zakona.

Član 25

- (1) Specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu, u dijelu specijalističkih grana stomatologije, osigurano lice ostvaruje na osnovu uputnice izabranog doktora stomatologije.
- (2) Specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu, u dijelu zdravstvene zaštite žena, osigurano lice ostvaruje na osnovu uputnice izabranog doktora ginekologa.

Član 26

- (1) Izabrani doktor obavezan je uz uputnicu za specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu priložiti kompletnu medicinsku dokumentaciju, odnosno sve nalaze obavljenih specijalističkih pregleda, dijagnostičkih ili terapijskih postupaka.
- (2) Uputnica sadrži naloge za izvršenje traženih dijagnostičkih, odnosno terapijskih postupaka.
- (3) Uputnica iz stavova 1 i 2 ovog člana važi 30 dana od dana izdavanja, a osigurano lice obavezno je u tom periodu javiti se specijalisti zdravstvene ustanove u koju je upućen radi specijalističkog pregleda ili dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka.

Član 27

Doktor specijalist nakon izvršenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka obavezan je dostaviti izabranom doktoru nalaz i mišljenje o zdravstvenom stanju osiguranog lica s uputama za daljnje liječenje.

Član 28

Nakon dobijenih nalaza po obavljenom dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku osigurano lice je obavezno javiti se s nalazom svom izabranom doktoru ili doktoru koji je uputio osigurano lice u roku od najviše 7 dana.

1.3. Bolnička zdravstvena zaštita

Član 29

- (1) Bolnička zdravstvena zaštita provodi se u bolničkim ustanovama Brčko distrikta BiH na osnovu izdate uputnice za bolničko liječenje koju osigurano lice izdaje izabrani doktor iz člana 18 ovog pravilnika, odnosno doktor u službi hitne medicinske pomoći.
- (2) Osigurano lice može ostvariti bolničku zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama u skladu s članom 10 stavom 3 ovog pravilnika.
- (3) Nakon završenog bolničkog liječenja, osigurano lice je obavezno javiti se s nalazom svom izabranom doktoru ili

doktoru koji je uputio osigurano lice u roku najviše 7 dana.

Član 30

- (1) Pravo na bolničko liječenje medicinskom rehabilitacijom u ugovornoj bolničkoj ustanovi osigurano lice ostvaruje na osnovu uputnice izabranog doktora i propisane procedure upućivanja, kao nastavak bolničkog liječenja.
- (2) Uslovi i način ostvarivanja prava na stacionarno liječenje medicinskom rehabilitacijom utvrđuje se općim aktom Fonda.

Član 31

- (1) Ugovorna bolnička ustanova obavezna je upućeno osigurano lice primiti na liječenje ili provođenje dijagnostičkih, odnosno terapijskih postupaka u najkraćem mogućem roku, a u slučajevima ugroženosti života, odmah.
- (2) Kada osigurano lice na osnovu uputnice nije omogućeno bolničko liječenje u roku najduže 40 dana, doktor u bolničkoj ustanovi obavezan je na uputnici navesti razloge neprihvatanja i uputiti doktoru koji je uputio osigurano lice u vezi sa daljnjim postupanjem.

Član 32

Ugovorna bolnička ustanova obavezna je nakon obavljenog bolničkog liječenja izdati osigurano lice otpusno pismo sa preporukom za daljnje liječenje.

Član 33

Osigurano lice obavezno je javiti se s otpusnim pismom iz člana 32 ovog pravilnika lično ili putem člana porodice, odnosno trećeg lica svom izabranom doktoru ili doktoru koji je uputio osigurano lice odmah, u roku najviše 7 dana.

Član 34

- (1) Uputnica iz članaka 26 i 29 ovog pravilnika je propisani obrazac Fonda koji mora sadržavati:
- kompletne podatke o pacijentu,
 - podatke o osiguranju (registarski broj, šifra vrste osiguranja),
 - broj zdravstvene iskaznice,
 - šifra nosioca osiguranja ili člana porodice osiguranika,
 - JMBG ili MB (matični broj inoosiguranika),
 - oznaku države osiguranja (za inoosiguranike),
 - broj uputnice i protokola,
 - adresu stanovanja osiguranog lica,
 - uputnu dijagnozu i šifru dijagnoze prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, povreda i uzroka smrti,
 - šifru zdravstvene ustanove ili ordinacije privatne prakse,
 - šifru doktora,
 - oznaku odnosi li se pravo na zdravstvenu zaštitu na odredbe člana 21 Zakona,
 - oznaku o učešću osiguranog lica u troškovima zdravstvene zaštite,
 - šifru kategorije osiguranja,
 - spol osiguranog lica,
 - naziv: »UPUTNICA ZA«,
 - naziv zdravstvene ustanove - ordinacije u koju se osigurano lice upućuje i mjesto,
 - oznaku vrste zdravstvene zaštite koja se uputnicom traži,
 - oznaku da li se uz uputnicu prilaže medicinska dokumentacija i dijagnostički nalazi,
 - mjesto i datum izdavanja uputnice,
 - potpis i faksimil izabranog doktora, odnosno doktora koji upućuje osigurano lice,
 - pečat zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije doktora medicine.
- (2) Podaci navedeni u stavu 1, tački od a) do f) ovog člana unose se na uputnicu iz zdravstvene legitimacije osiguranog lica, odnosno upisom podatka iz dokumenta koji zamjenjuje zdravstvenu legitimaciju.

- (3) Podaci navedeni u stavu 1 ovog člana moraju se upisati čitljivo, tintom ili hemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno kompjuterskim upisom.
- (4) Obrazac uputnice propisuje Fond u roku od 30 dana od stupanja na snagu ovog pravilnika.

1.4. Ortopedska i druga pomagala

Član 35

Osigurano lice u okviru prava na zdravstvenu zaštitu ostvaruje pravo na ortopedska i druga pomagala pod uslovima i na način propisan Zakonom i općim aktima Fonda.

1.5. Lijekovi

Član 36

- (1) Osigurana lica u okviru prava na zdravstvenu zaštitu, u skladu sa odredbama ovog pravilnika imaju pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni Esencijalnom listom lijekova i na lijekove koji se primjenjuju u medicinskoj terapiji u okviru ambulantnog i stacionarnog liječenja i hitne medicinske pomoći.
- (2) Općim aktima Fonda preciznije se utvrđuje pravo na korištenje lijekova, te način i postupak ostvarivanja prava.

2. Novčane naknade i pomoći

2.1. Naknada plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad

Član 37

Osiguranicima za vrijeme privremene spriječenosti za rad pripada pravo na naknadu plate u slučajevima, pod uslovima i na način propisan Zakonom i Pravilnikom o utvrđivanju privremene spriječenosti za rad osiguranika Fonda.

2.2. Naknada plate zbog njege člana porodice

Član 38

- (1) Osiguranik ima pravo na naknadu plate zbog njege člana porodice, i to za svaku utvrđenu bolest u trajanju:
- 15 dana u toku kalendarske godine za člana mlađeg od 15 godina, a najviše 4 mjeseca ukupno za sve bolesti;
 - 7 dana u toku kalendarske godine za člana starijeg od 15 godina, a najviše 2 mjeseca ukupno za sve bolesti.
- (2) Pravo na naknadu plate iz stava 1 ovog člana ne pripada osiguraniku za vrijeme dok se nalazi na godišnjem odmoru, odnosno plaćenom odsustvu.

2.3. Naknada putnih troškova u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite

Član 39

Osiguranci u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu imaju pravo na naknadu putnih troškova u skladu s članovima 40, 41 i 42 Zakona i Pravilnikom o putnim troškovima osiguranih lica Fonda.

3. Osnovica za određivanje naknade plate

3.1. Osnovica za naknadu plate

Član 40

- (1) Osnovica za obračun naknade plate utvrđuje se kao satna ili dnevna osnovica, zavisno o izvršenoj preraspodjeli radnog vremena osiguranika - korisnika naknade.
- (2) Osnovicu za naknadu plate, u skladu s članom 36 Zakona, čini prosječna neto plata isplaćena osiguranom licu, za broj sati redovnog rada bez dodataka, u posljednja tri mjeseca koja prethode mjesecu u kojem nastupi slučaj na osnovu kojeg se stiče pravo na naknadu.

3.2. Utvrđivanje naknade plate

Član 41

Naknada plate se utvrđuje u visini 80% od osnovice za naknadu, s tim da ne može biti niža od određene i objavljene minimalne plate, niti viša od najviše određene i propisane općim aktima iz ove oblasti.

Član 42

U osnovicu za naknadu ne uzimaju se:

- primanja koja je osiguranik ostvario na osnovu ugovora o djelu;
- primanja koja je osiguranik primio prema propisima o penzijsko-invalidskom osiguranju, te o zdravstvenom osiguranju, osim naknade plate zbog privremene spriječenosti za rad koja se isplaćuje na teret pravnog ili fizičkog lica;
- posebne nagrade u znak priznanja i novčane nagrade zaposlenicima (godišnje ili prigodne, menadžerske nagrade), bez obzira na to jesu li u općem aktu poslodavca određene kao osnove za raspodjelu plata;
- primanja u ime naknada troškova (terenski dodatak, naknada za odvojeni život i sl.);
- naknade isplaćene za izume i tehnička unapređenja ostvarena na radu ili u vezi s radom;
- premije osiguranja koje poslodavac plaća za zaposlenike po osnovu osiguranja života i dodatne penzije.

Član 43

- Osnovica za naknadu utvrđena prema odredbama ovog pravilnika služi za obračun naknade plate za sve vrijeme trajanja neprekidne spriječenosti za rad po osnovu bolesti.
- Pod neprekidnom spriječeñošću za rad prema stavu 1 ovog člana smatra se neprekidno trajanje privremene spriječenosti za rad zbog istog uzroka, bez ijednog radnog dana prekida, odnosno s prekidom jednog do 15 dana kada je do ponovne spriječenosti za rad došlo zbog iste bolesti, povrede ili stanja prema šifri međunarodne klasifikacije bolesti.
- Pod uzrokom privremene spriječenosti za rad u smislu stava 2 ovog člana podrazumijeva se bolest nezavisno od šifre prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti, te svaki drugi pojedinačni razlog odsutnosti s rada za koji prema Zakonu osiguraniku pripada pravo na naknadu plate.
- U slučaju iz stava 2 ovog člana naknada plate obračunava se i isplaćuje od iste osnovice za naknadu i na teret obveznika isplate te naknade u visini i trajanju propisanom Zakonom, Zakonom o radu, te ovim pravilnikom.
- U uslovima kada privremena spriječenost za rad traje duže od tri mjeseca kontinuirano, osnovica za naknadu se valorizuje u skladu s prosječnim porastom plata zaposlenika/osiguranog lica kod pravnog/fizičkog lica, ako je porast veći od 5%.

Član 44

Povećanje naknade plate prema članu 43 stavu 5 ovog pravilnika, izvršava po službenoj dužnosti Fond, odnosno poslodavac koji prema odredbi Zakona obavlja obračun i isplatu naknade plate na teret sredstava Fonda, a na osnovu podataka o kretanju prosjeka plata kod poslodavca u odnosnim obračunskim razdobljima.

IV. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

2. Ostvarivanje zdravstvene zaštite

Član 45

Osigurano lice koje je zdravstvenu zaštitu ostvarilo suprotno odredbama Zakona, ovog pravilnika i drugih propisa iz oblasti zdravstvenog osiguranja, obavezno je snositi nastale troškove zdravstvene zaštite.

Član 46

- (1) Osigurano lice kome je ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik neopravdano naplatio zdravstvenu uslugu, odnosno odbio propisati na recept lijek sa liste lijekova koji je za osigurano lice medicinski indikovani, ima pravo na povrat tih troškova, ako se u postupku, pokrenutom na zahtjev osiguranog lica, utvrdi da se radi o korištenju zdravstvene zaštite na koju u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, osigurano lice ima pravo u skladu sa zakonom i općim aktima Fonda.
- (2) Uz zahtjev, osigurano lice je dužno priložiti medicinsku dokumentaciju, dokument koji dokazuje status osiguranja, račune za plaćene troškove koji su sastavni dio liječenja i broj tekućeg računa.

3. Ostvarivanje novčanih naknada i pomoći**2.1. Ostvarivanje naknade plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad****Član 47**

Naknadu plate osiguranik ostvaruje kod pravnog, odnosno fizičkog lica - poslodavca na teret sredstava Fonda u skladu s odredbama članova 32, 33, 34, 35, 36 i 37 Zakona i ovog pravilnika.

Član 48

O pravu na naknadu plate, odlučuje se donošenjem rješenja na osnovu priložene dokumentacije koja sadrži:

- a) izvještaj o trajanju privremene spriječenosti za rad (doznaka) – dokaz o privremenoj spriječenosti za rad;
- b) izvod iz poslovne banke – dokaz o isplaćenoj naknadi plate;
- c) potvrdu od poslodavca – dokaz o osnovici za obračun naknade plate;
- d) potvrdu od poslodavca o prosječnom povećanju plate – dokaz kod privremene spriječenosti za rad za slučajeve privremene spriječenosti za rad u trajanju dužem od 42 dana;
- e) dokaz o visini osnovice na koju su plaćeni doprinosi za penzijsko-invalidsko osiguranje;
- f) dokaz o uplaćenim doprinosima za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 49

- (1) Izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite koji je utvrdio početak i prestanak privremene spriječenosti za rad osiguranika, u skladu sa Zakonom, Pravilnikom i drugim općim aktima Fonda, ispunjava i izdaje osiguraniku, obrazac »Izvještaj o privremenoj spriječenosti za rad - doznaku«.
- (2) Kada izabrani doktor medicine iz stava 1 ovog člana utvrdi da je osiguraniku prestala privremena spriječenost za rad, u izvještaj o privremenoj spriječenosti za rad upisuje datum prestanka privremene spriječenosti za rad i šifru završne dijagnoze.
- (3) Šifre početne i završne dijagnoze bolesti upisuju se u izvještaj o privremenoj spriječenosti za rad prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti, povreda i uzroka smrti.

Član 50

- (1) Izvještaj o privremenoj spriječenosti za rad izdaje se:
 - a) kada privremena spriječenost za rad tereti sredstva pravnog, odnosno fizičkog lica – poslodavca i to:
 - 1) posljednjeg dana privremene spriječenosti za rad, ako je privremena spriječenost za rad trajala kraće od 7 odnosno od 42 dana (član 33 Zakona);
 - 2) 7. odnosno 42. dana privremene spriječenosti za rad ako je privremena spriječenost za rad trajala duže od 7, odnosno 42 dana.

- b) kada privremena spriječenost za rad tereti sredstva Fonda i to:

- 1) posljednjeg dana privremene spriječenosti za rad ako je privremena spriječenost za rad prestala prije posljednjeg dana u mjesecu;
 - 2) posljednjeg dana u mjesecu ako privremena spriječenost za rad prelazi iz jednog mjeseca u drugi.
- (2) Za vrijeme trajanja privremene spriječenosti za rad unutar rokova iz stava 1 ovog člana, izabrani doktor obavezan je na zahtjev osiguranika zbog obračuna naknade plate izdati pisano obavještenje o trajanju privremene spriječenosti za rad.

Član 51

Osiguraniku, koji je tokom radnog vremena izlazio s rada zbog određenog liječenja ili medicinskog ispitivanja, izabrani doktor izdaje izvještaj o privremenoj spriječenosti za rad za onoliko sati za koliko je osiguranik izostao s rada tokom radnog vremena.

Član 52

- (1) Osiguranik nema pravo na naknadu plate u slučajevima iz člana 35 Zakona i to od dana nastanka tih slučajeva do dana njihovog prestanka, odnosno prestanka posljedica uzrokovanim tim slučajevima.
- (2) Činjenicu prestanka postojanja slučaja, odnosno njegove posljedice u smislu stava 1 ovog člana, utvrđuju Fond i poslodavac, na prijedlog izabranog doktora.
- (3) Osiguranik koji obavlja privrednu djelatnost ili samostalno u obliku zanimanja obavlja profesionalnu djelatnost, nema pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad, ako je navršio 65 godina života i 20 godina staža osiguranja.
- (4) O nepriznavanju naknade plata u smislu stavova 1 i 3 ovog člana, na zahtjev osiguranika, na prijedlog Fonda, Fond izdaje rješenje protiv kojeg osiguranik ima pravo žalbe Apelacionoj komisiji Brčko distrikta BiH.

4. Zaštita prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja**Član 53**

- (1) Pravo na novčane naknade, kao i druga prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, osigurana lica ostvaruju kod Fonda prema mjestu prebivališta osiguranog lica, ako nije drukčije propisano, dok se povrat naknade plate obavlja prema sjedištu isplatioca naknade.
- (2) Uz zahtjev, osigurano lice je dužno priložiti medicinsku dokumentaciju, dokument koji dokazuje status osiguranja, račune za plaćene troškove koji su sastavni dio liječenja i broj tekućeg računa.
- (3) Nakon uvida u dokumentaciju iz stava 2 ovog člana, Fond odlučuje rješenjem.

Član 54

- (1) Zbog zaštite prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, osiguranim licima osigurava se dvostepeno rješavanje u postupku pokrenutom na njihov zahtjev.
- (2) Protiv rješenja Fonda osigurano lice ima pravo žalbe Apelacionoj komisiji Brčko distrikta BiH.
- (3) Izuzetno od stava 2 ovog člana u slučajevima upućivanja na liječenje van Brčko distrikta BiH, osigurano lice ima pravo žalbe drugostepenoj komisiji doktora.
- (4) Žalba ne odgađa izvršenje rješenja.
- (5) Rješenje Apelacione komisije donijeto po žalbi osiguranog lica je konačno i protiv njega se može pokrenuti upravni spor pred Osnovnim sudom Brčko distrikta BiH.

Član 55

U postupku rješavanja o pravima iz zdravstvenog osiguranja primjenjuju se odredbe Zakona o upravnom postupku, ako Zakonom nije drukčije propisano.

Član 56

Ovaj pravilnik stupa na snagu danom donošenja i objavljuje se u Službenom glasniku Brčko distrikta BiH.

Broj: 015-180/7-104/09
Brčko, 29. 10. 2009. godine

V.D. PREDSEDNIKA
UPRAVNOG ODBORA
Dr. Anto Basić, s.r.

146

Upravni odbor Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH, na osnovu člana 13 stava 1 tački a) i b) Statuta Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH, broj: 17/07), u skladu s članovima 21 i 22 Zakona o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta BiH (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH, brojevi: 1/02, 7/02, 19/07 i 34/08), na 20. vanrednoj sjednici održanoj 3. 2. 2010. godine, donosi

INSTRUKCIJU

O IZMJENI I DOPUNI INSTRUKCIJE O NAČINU I POSTUPKU PROPISIVANJA I IZDAVANJA LIJEKOVA SA ESENCIJALNE LISTE LIJEKOVA ZA POTREBE OSIGURANIKA BRČKO DISTRIKTA BiH, BROJ: 01-014-007003/05 OD 20. 7. 2005. GODINE

Član 1

Ovom instrukcijom mijenja se član 4 Instrukcije o načinu i postupku propisivanja i izdavanja lijekova sa esencijalne liste lijekova za potrebe osiguranika Brčko distrikta BiH, broj: 01-014-007003/05 od 20. 7. 2005. godine, tako što se stav 5 navedenog člana mijenja i glasi:

(5) U izuzetnim slučajevima, lijek se može propisati na recept u količini koju zahtijeva stanje bolesnika i priroda oboljenja, a treba da bude dovoljna do sljedećeg zakazanog kontrolnog pregleda i to:

- kod akutnih oboljenja i stanja u količini koja ne može biti veća od količine dovoljne do 10 dana upotrebe;
- kod hroničnih oboljenja i stanja kada je u pitanju dugotrajna upotreba određenog lijeka u količini dovoljnoj do 30 dana;
 - lijekovi iz tačke b) ovog stava, propisuju se na jedan recept i to prema broju doza lijeka potrebnih do 30 dana, s tim da je ovlašteni ljekar obavezan naznačiti na receptu „NECESSE EST“ te broj doza naznačiti rimskim brojem i slovima kao i broj originalnih pakovanja označiti rimskim brojem i latiničnim pismom, istovremeno u zdravstveni karton osiguranog lica obavezno upisati i količinu propisanog lijeka, datum izdavanja recepta i razlog propisivanja takve količine lijeka;

I. PRIHODI I PRIMICI

FINANSIJSKI PLAN FONDA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA 2010. - OPĆI DIO								
Red. br.	KONTO	PRIHODI I RASHODI	IZVRŠENJE 2008.	PROCJENA IZVRŠENJA 2009.	PLAN 2010.	INDEKS 6:4	INDEKS 6:5	UČEŠĆE %
1	2	3	4	5	6			
I.	700000	PRIHODI I PRIMICI (II+III+IV)	31,787,867	31,237,834	31,434,562	98.89	100.63	100.00
II.	710000	PRIHODI OD POREZA (od 1 do 9)	21,361,905	21,668,453	20,913,922	97.90	96.52	66.53
1.	712111	Doprinos za zdravstveno osiguranje radnika	19,333,645	18,972,203	18,332,702	94.82	96.63	58.32
2.	712121	Dopr. zdr. osig. vlasnika- samozaposlena lica	1,119,407	1,100,595	1,056,120	94.35	95.96	3.36
3.	712131	Doprinos nezaposl. kod Zavoda za zapošljavanje (naknade)	79,001	89,529	85,000	107.59	94.94	0.27
4.	712132	Doprinos za zdravstveno osiguranje poljoprivrednika	421,152	444,506	440,000	104.48	98.99	1.40
5.	712141	Dopr. za zo na penzije i invalidnine	318,629	960,941	900,000	282.46	93.66	2.86
6.	712143	Ostali doprinosi za zdravstveno	8,013	0	1,000	12.48		0.00

2) kod propisivanja insulinske terapije, ovlašteni ljekar je obavezan napisati broj „PEN“-ova koji sadrže u pakovanju broj internacionalnih jedinica insulina dovoljan za period do 30 dana, ali i broj originalnih pakovanja naznačen rimskim brojem i latiničnim pismom, a prema načinu doziranja naznačenom u signaturi recepta;

c) nakon prvog konsultativnog pregleda specijalista drugih grana medicine ovlašteni ljekar je dužan napisati terapiju do naredne kontrole.

Član 2

Ova instrukcija stupa na snagu danom donošenja i primjenjuje se od 01. 3. 2010. godine.

Broj: 015-180/7-67/09-2
Brčko, 3. 2. 2010. godine

V.D. PREDSEDNIKA
UPRAVNOG ODBORA
Dr. Anto Basić, s.r.

147

Na osnovu člana 18 stava 1 Zakona o budžetu Brčko distrikta BiH (Sl. glasnik Brčko distrikta BiH, broj 34/08), člana 16 stava 1 tačke h Odluke o osnivanju Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH (Sl. glasnik Brčko distrikta BiH, broj 1/07), člana 13 stava 1 tačke i Statuta Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH, broj: 015-180/7-000001/07 od 3. 5. 2007. godine, na tridesetdevoj redovnoj sjednici održanoj 28. 12. 2009. godine, Upravni odbor Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH donosi:

O D L U K U

O USVAJANJU FINANSIJSKOG PLANA FONDA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA BRČKO DISTRIKTA BiH ZA 2010. GODINU

Član 1

Usvaja se Finansijski plan Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH za 2010. godinu broj: 015-180/7-90/09 sa sljedećim uravnoteženim prihodima i rashodima:

PRIHODI I PRIMICI-----	31.434.562	KM
RASHODI I IZDACI-----	31.434.562	KM
RAZLIKA-----	-	KM

Član 2

Prihodi – primici i rashodi – izdaci utvrđuju se u bilansu prihoda i rashoda za 2010. godinu