

Члан 2

Ова одлука ступа на снагу даном доношења, а примјењиваће се од 1. јануара 2010. године и биће објављена у Службеном гласнику Брчко дистрикта БиХ.

Број: 04.1-02-124/08-5

Брчко, 15. децембра 2009. године

Директор Дирекције
Мато Лучић, дипл. ек., с.р.

144

На основу члана 11 Закона о јавној управи Брчко дистрикта Босне и Херцеговине ("Службени гласник Брчко дистрикта БиХ", бројеви 19/07, 2/08 и 43/08), члана 12 става 1 тачке с) Закона о Дирекцији за финансије ("Службени гласник Брчко дистрикта БиХ" број 19/07), члана 26 става 2 и члана 33 става 1 тачка ј) Закона о Трезору Брчко дистрикта БиХ ("Службени гласник Брчко дистрикта БиХ", бројеви 3/07, 19/07, 2/08), директор Дирекције за финансије Брчко дистрикта БиХ доноси:

ОДЛУКУ**О ИЗМЈЕНИ ОДЛУКЕ**

О УПЛАТНИМ РАЧУНИМА ПРИХОДА БУЏЕТА И ФОНДОВА БРЧКО ДИСТРИКТА БИХ, НАЧИНУ УПЛАЋИВАЊА ТИХ ПРИХОДА И НАЧИНУ И РОКОВИМА ИЗВЈЕШТАВАЊА КОРИСНИКА ПРИХОДА

Члан 1

У Одлуци о уплатним рачунима прихода буџета и фондова Брчко дистрикта БиХ, начину уплаћивања тих прихода и начину и роковима извјештавања корисника прихода ("Службени гласник Брчко дистрикта БиХ", бројеви 25/07, 37/07, 3/08, 22/08, 52/08, 20/09; број: 04.1-02-124/08-4 од 24. јула 2009. године и број: 04.1-02-124/08-5 од 15. децембра 2009. године), у члану 12а ријечи: „Непорески приходи од пружања услуга осигураницима Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ уплаћују се на рачун Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ, број: 161-060-00088301-82, отворен код Raiffeisen bank д. д. Босна и Херцеговина, Сарајево – филијала Брчко, на следећу врсту прихода:“, замјењују се ријечима:

„Непорески приходи од пружања услуга осигураницима Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ уплаћују се на рачун Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ, број: 5520250002561287, отворен код Нуро Alpe-Adria-Bank а. д. Бања Лука – филијала Брчко на следећу врсту прихода:“.

Члан 2

У члану 14 ставу 1 ријечи: „Средства за остваривање права из здравственог осигурања уплаћују се на рачун Фонда здравственог осигурања, број: 161-060-00088301-82, отворен код Raiffeisen bank д. д. Босна и Херцеговина, Сарајево – филијала Брчко, према приложеној табели замјењују се ријечима:

„Средства за остваривање права из здравственог осигурања уплаћују се на рачун Фонда здравственог осигурања, број: 5520250002561869, отворен код Нуро Alpe-Adria-Bank а.д. Бања Лука – филијала Брчко, а према приложеној табели:“.

Члан 3

Ова одлука ступа на снагу даном доношења и биће објављена у Службеном гласнику Брчко дистрикта БиХ.

Број: 04.1-02-124/08-8

Брчко, 17. марта 2010. године

Директор Дирекције
Мато Лучић, дипл. ек., с.р.

145

Управни одбор Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ, на основу члана 25 става 4 Закона о здравственом осигурању Брчко дистрикта БиХ („Службени гласник Брчко дистрикта БиХ“, бројеви 01/02 и 07/02, 19/07 и 34/08), члана 13 става 1), тачке ф) у вези с чланом 39 ставом 1 Статута Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ („Службени гласник Брчко дистрикта БиХ“ бројеви 17/07 и 1/08) и члана 41 става 1 Пословника о раду управног одбора Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ, на 36. редовној сједници, одржаној 29. октобра 2009. године, доноси

ПРАВИЛНИК**О УСЛОВИМА И НАЧИНУ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА****І. ОПШТЕ ОДРЕДБЕ****Члан 1**

Овим правилником уређују се услови и начин остваривања права из обавезног здравственог осигурања осигураних лица Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ (у даљем тексту: Фонд).

Члан 2

Осигураним лицем Фонда (у даљем тексту: осигурано лице) сматра се лице коме је на начин прописан Законом о здравственом осигурању Брчко дистрикта БиХ (у даљем тексту: Закон) и овим правилником утврђен статус осигураног лица Фонда.

Члан 3

Осигураном лицу обезбјеђује се право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде и помоћи у обиму, под условима и на начин како је то прописано Законом, овим правилником и другим општим актима Фонда.

ІІ. СТАТУС ОСИГУРАНОГ ЛИЦА**Члан 4**

- (1) Статус осигураног лица утврђује Фонд, у складу са одредбама Закона.
- (2) Даном утврђивања статуса осигураног лица, осигурано лице стиче права из обавезног здравственог осигурања.
- (3) Лицу коме Фонд утврди статус осигураног лица издаје се здравствена легитимација чији садржај, облик, начин издавања и коришћења прописује Фонд.
- (4) Општим актом Фонда прописује се у којим случајевима се лицу коме је утврђен статус осигураног лица, не издаје здравствена легитимација.

Члан 5

- (1) Статус осигураног лица утврђује Фонд на основу пријаве коју подноси правно или физичко лице (пријава на осигурање, пријава о промјени осигурања и одјава са осигурања), коју подноси правно лице – послодавац, односно физичко лице лично.
- (2) Изузетно, ако Фонд у provedбеном поступку из става 1 овог члана, утврди да правно или физичко лице није поднијело пријаву на обавезно здравствено осигурање, утврдиће лицу по службеној дужности статус осигураног лица.
- (3) Ако Фонд изузетно, по службеној дужности утврђује статус осигураног лица о томе доноси рјешење.
- (4) Лицу које је запослено код два или више послодаваца статус осигураног лица утврђује се на основу пријаве на здравствено осигурање правног или физичког лица – једног од послодаваца и издаје му се само једна здравствена легитимација.

- (5) Ако Фонд прихвати пријаву из става 1 овог члана, издаје осигураном лицу здравствену легитимацију, чиме је поступак по пријави завршен.
- (6) У времену од подношења пријаве на здравствено осигурање до дана издавања здравствене легитимације, као и у случајевима када се не издаје здравствена легитимација, осигурано лице свој статус доказује копијом овјерене пријаве на здравствено осигурање.
- (7) Ако Фонд не прихвати поднесу пријаву или утврди статус осигураног лица према неком другом основу, о томе доноси рјешење које доставља подносиоцу пријаве и заинтересованој страни.
- (8) Против рјешења из става 7 овог члана може се изјавити жалба Апелационој комисији Брчко дистрикта БиХ.

Члан 6

Регистровано правно, односно физичко лице је обавезно да пријаву на обавезно здравствено осигурање (пријава на осигурање, пријава о промјени осигурања и одјава са осигурања) достави у року од осам (8), а најкасније тридесет (30) дана од дана стицања услова за признавање статуса осигураног лица, односно од дана настале промјене у осигурању.

Члан 7

- (1) Подносилац пријаве обавезан је уз пријаву на здравствено осигурање из члана 5 овог правилника да приложи и одговарајуће доказе којима се доказује законски основ осигурања, које утврђује Фонд за сваки од основа осигурања.
- (2) На основу пријаве и доказа из става 1 овог члана статус осигураног лица утврђује се даном:
 - а) заснивања радног односа;
 - б) почетка обављања привредне дјелатности, односно самосталног обављања професионалне дјелатности у склопу занимања за лица која обављају те дјелатности;
 - в) даном пријаве обављања пољопривредне дјелатности или доказа о посједовању пољопривредног земљишта, за лица којима је пољопривреда једино или главно занимање;
 - г) пензионисања, за лица која су право на пензију остварила према прописима из ове области;
 - д) почетка школовања за лица која здравствено осигурање стичу на основу редовног школовања;
 - е) утврђивања статуса, на основу прописа из области борачко-инвалидске заштите, ако нису осигурана по другом основу;
 - ж) статуса незапосленог лица, на основу одговарајућих прописа из области запошљавања;
 - з) рођења, закључења брака или испуњења услова за стицање права на здравствено осигурање за лица која право на здравствено осигурање изводе из права другог лица;
 - и) статусом социјално угроженог лица, на основу прописа из области социјалне заштите;
 - ј) подношења пријаве Фонду, за лица која право на здравствено осигурање стичу на основу саме пријаве (добровољно осигурана лица и др.).
- (3) У складу са ставом 2 тачком ј) овог члана, добровољно осигурано лице обавезно је да у тренутку подношења пријаве Фонду, уплати допринос за шест мјесеци унапријед, рачунајући од дана подношења пријаве Фонду. Верификација права на здравствено осигурање врши се за период за који је уплаћен допринос.

Члан 8

Чланови пољопривредног домаћинства су лица која живе у заједничком домаћинству с носиоцем

пољопривредног домаћинства, ако нису у радном односу, односно не стичу услове осигурања по неком другом основу.

Члан 9

Осигурано лице код кога су престале околности на основу којих је стекло статус осигураног лица, губи тај статус даном престанка тих околности.

III. ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Здравствена заштита

Члан 10

- (1) Осигурана лица имају право на здравствену заштиту у складу са Законом о здравственој заштити, Законом, општим актима Фонда, те расположивим финансијским средствима, а која се остварује путем примарне, специјалистичко-консултативне и болничке здравствене заштите, са одговарајућом медицинском рехабилитацијом.
- (2) Осим здравствене заштите из става 1 овог члана, осигурана лица имају право и на:
 - а) ортопедска и друга помагала прописана актом Фонда;
 - б) стоматолошко-протетску помоћ и додатке, прописане актом Фонда;
 - в) лијекове с листе лијекова који се примјењују у медицинској терапији осигураних лица у здравственим установама и лијековима који се могу прописивати осигураним лицима на рецепт.
- (3) Осигурана лица, осим здравствене заштите из ставова 1 и 2 овог члана, имају право и на здравствену заштиту у другим дијеловима БиХ или у иностранству, и то на начин и под условима прописаним чланом 31 Закона, међудржавним уговорима и општим актима Фонда.

Члан 11

Осигурано лице остварује право на здравствену заштиту, према одредбама прописа који регулишу област здравствене заштите.

Члан 12

- (1) Осигурано лице остварује право на здравствену заштиту на терет Фонда на основу исправне здравствене легитимације, односно на основу овјерене копије пријаве на здравствено осигурање.
- (2) Без исправне здравствене легитимације, односно овјерене копије пријаве на здравствено осигурање осигурано лице може на терет осигурања остварити само право на хитну медицинску помоћ.

Члан 13

Трошкови здравствене заштите терете средства Фонда, ако осигурано лице остварује ту заштиту на начин и под условима прописаним овим правилником, другим актима Фонда и према склопљеним уговорима између Фонда и уговорне здравствене установе, односно уговорног здравственог радника, који су пружили здравствену заштиту.

Члан 14

- (1) Осигурано лице учествује у покривању дијела трошкова здравствене заштите у случајевима, на начин и према поступку како је одређено чланом 82 Закона или општим актима Фонда.
- (2) Дио трошкова здравствене заштите из става 1 овог члана, који пада на терет осигураног лица, наплаћује непосредно уговорни субјект Фонда, који је пружио здравствену услугу.
- (3) Уговорни субјекти Фонда из става 2 овог члана, обавезни су приликом наплате дијела трошкова да

издају потврду о извршеној наплати и за тај износ умање трошкове Фонду.

Члан 15

Када уговорна здравствена установа или уговорни здравствени радник нису у могућности да пружи осигураном лицу потребну здравствену заштиту, обавезни су да предузму све што је потребно у сврху пружања хитне медицинске помоћи и упућивања осигураног лица у здравствену установу која је у могућности да пружи тражену здравствену заштиту, у складу са општим актима Фонда.

Члан 16

Осигурано лице је обавезно током остваривања здравствене заштите да поступа у складу са савјетима и упутствима доктора који му пружа здравствену заштиту.

1.1. Примарна здравствена заштита

Члан 17

Мјере примарне здравствене заштите утврђене Законом о здравственој заштити спроводе доктори на примарном нивоу здравствене заштите.

Члан 18

Осигурано лице бира доктора примарне здравствене заштите (у даљем тексту: изабрани доктор), у правилу према мјесту становања код најближе уговорне установе или уговорног здравственог радника, на начин како је то прописано општим актима Фонда.

Члан 19

Уз послове из чланова 17 и 18 Закона о здравственој заштити, изабрани доктор примарне здравствене заштите обавља и сљедеће послове:

- a) утврђује када је наступила и престала привремена спријеченост за рад осигураника, у складу са Законом и Правилником о остваривању права за вријеме привремене спријечености за рад осигураника Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ;
- b) одређује изолацију осигураног лица ако постоји сумња да се ради о заразној болести, те обавља друге епидемиолошке мјере у складу с важећим законским прописима из области јавног здравства;
- c) одређује врсту превозног средства потребног за превоз болесника с обзиром на његово здравствено стање и удаљеност одредишта, у смислу да ли ће то бити јавно превозно средство или санитетски превоз;
- d) утврђује почетак коришћења права на породично одсуство, на основу налаза и мишљења специјалисте гинеколога;
- e) утврђује потребу изостанка осигураника с посла због њега болесног члана уже породице у складу с чланом 38 овог правилника;
- f) даје мишљење да ли је привремена спријеченост за рад осигураника свјесно проузрокована, односно да ли је оздрављење намјерно спречавано;
- g) даје мишљење о потреби боравка пратиоца за вријеме лијечења;
- h) даје предлог мјеродавној лљкарској комисији у вези са стицањем права на рад у скраћеном радном времену ради њега дјетета којем је потребна појачана брига и њега;
- i) одобрава промјену мјеста боравка за вријеме привремене спријечености за рад осигураника, ако би промјена мјеста боравка повољно утицала на брже оздрављење и оспособљавање осигураника за рад;
- j) на основу приговора осигураног лица, врши упућивање с потребном документацијом лљкарској комисији ради давања оцјене, налаза и мишљења;

- k) обрађује документацију и упућује осигураника на оцјену инвалидности;
- l) спроводи, односно обавља надзор над лијечењем у стану осигураног лица;
- m) обавља и друге послове у вези са остваривањем права на здравствену заштиту, односно права из здравственог осигурања у складу са Законом и општим актима Фонда.

1.1.1. Лијечење у стану осигураног лица

Члан 20

- (1) Осигурано лице има право на лијечење у стану.
- (2) Лијечење у стану може се спроводити као:
 - a) кућна посјета изабраног доктора, односно медицинског техничара из тима изабраног доктора;
 - b) пружање хитне медицинске помоћи у стану осигураног лица.
- (3) Лијечење у стану осигураног лица може се спроводити само под надзором изабраног доктора када здравствено стање осигураног лица захтијева такво лијечење, а не постоји потреба за болничким лијечењем.

1.1.2. Здравствена њега у стану осигураног лица

Члан 21

- (1) У сврху здравствене заштите, у правилу, хроничних болесника, изабрани доктор може да предложи спровођење здравствене њега у стану осигураног лица.
- (2) На предлог изабраног доктора, сагласност за спровођење здравствене њега у стану осигураног лица, даје директор Фонда.
- (3) Услови и начин остваривања права на здравствену његу у стану осигураног лица утврђују се општим актима Фонда.

1.1.3. Патронажна здравствена њега

Члан 22

- (1) У оквиру патронажне здравствене њега пружа се стручна помоћ и њега због:
 - a) праћења стања послје порођаја осигураном лицу – породилји и новорођеном дјетету;
 - b) промоције и очувања здравља грађана, породице и мале дјеце;
 - c) праћења група и појединаца код којих постоје повећани ризици за настанак болести.
- (2) Патронажну здравствену његу спроводе медицински техничари из тима изабраног доктора.
- (3) Услови и начин остваривања права осигураног лица на патронажну здравствену заштиту могу се утврдити општим актом Фонда.

1.1.4. Хитна медицинска помоћ

Члан 23

- (1) Хитна медицинска помоћ подразумијева пружање дијагностичких и терапијских поступака који су нужни у отклањању непосредне опасности по живот и здравље.
- (2) Осигурано лице остварује хитну медицинску помоћ без упутнице код најближег доктора примарне здравствене заштите према мјесту становања, односно мјесту гдје се осигурано лице затекло у тренутку потребе пружања хитне медицинске помоћи, те у:
 - a) хитној служби здравствених центара;
 - b) установи хитне медицинске помоћи;
 - c) ургентној служби болничке установе.

- (3) Осигураном лицу може хитну обезбиједити хитна медицинска помоћ и у стану, када због природе болести није у могућности да оствари ту помоћ у здравственој установи.
- (4) У случају потребе, а након пружене хитне медицинске помоћи доктор из става 2 овог члана, који је пружио хитну медицинску помоћ, обавезан је да води бригу о обезбјеђењу превоза осигураног лица до болничке здравствене установе, водећи при том рачуна о врсти превоза, зависно од здравственог стања осигураног лица.

1.2. Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Члан 24

- (1) Специјалистичко-консултативну здравствену заштиту осигурано лице остварује на основу упутнице коју издаје изабрани доктор из члана 18 овог правилника у уговорној здравственој установи која може да пружи тражену здравствену услугу.
- (2) О потреби упућивања на специјалистичке прегледе и дијагностичке, односно терапијске поступке, одлучује изабрани доктор и упућује осигурано лице у уговорну здравствену установу која их може пружити.
- (3) Ако осигурано лице жели да специјалистички преглед или дијагностичке, односно терапијске поступке обави у другој здравственој установи која може да пружи тражену здравствену услугу, остварује их на основу издате упутнице, с тим да трошкове извршених услуга сноси у складу с чланом 87 ставом 4 Закона.

Члан 25

- (1) Специјалистичко-консултативну здравствену заштиту, у дијелу специјалистичких грана стоматологије, осигурано лице остварује на основу упутнице изабраног доктора стоматологије.
- (2) Специјалистичко-консултативну здравствену заштиту, у дијелу здравствене заштите жена, осигурано лице остварује на основу упутнице изабраног доктора гинеколога.

Члан 26

- (1) Изабрани доктор обавезан је уз упутницу за специјалистичко-консултативну здравствену заштиту да приложи комплетну медицинску документацију, односно све налазе обављених специјалистичких прегледа, дијагностичких или терапијских поступака.
- (2) Упутница садржи налоге за извршење тражених дијагностичких, односно терапијских поступака.
- (3) Упутница из ставова 1 и 2 овог члана важи тридесет (30) дана од дана издавања, а осигурано лице је обавезно да се у том периоду јави специјалисти здравствене установе у коју је упућено ради специјалистичког прегледа или дијагностичког, односно терапијског поступка.

Члан 27

Доктор специјалиста након извршеног дијагностичког, односно терапијског поступка обавезан је да достави изабраном доктору налаз и мишљење о здравственом стању осигураног лица са упутама за даље лијечење.

Члан 28

Након добијених налаза по обављеном дијагностичком, односно терапијском поступку осигурано лице је обавезно да се јави с налазом свом изабраном доктору или доктору који је упутио осигурано лице у року од највише седам (7) дана.

1.3. Болничка здравствена заштита

Члан 29

- (1) Болничка здравствена заштита спроводи се у болничким установама Брчко дистрикта БиХ на основу издате упутнице за болничко лијечење коју осигураном лицу издаје изабрани доктор из члана 18 овог правилника, односно доктор у служби хитне медицинске помоћи.
- (2) Осигурано лице може да оствари болничку здравствену заштиту у здравственим установама у складу с чланом 10 ставом 3 овог правилника.
- (3) Након завршеног болничког лијечења, осигурано лице је обавезно да се јави с налазом свом изабраном доктору или доктору који је упутио осигурано лице у року највише седам (7) дана.

Члан 30

- (1) Право на болничко лијечење медицинском рехабилитацијом у уговорној болничкој установи осигурано лице остварује на основу упутнице изабраног доктора и прописане процедуре упућивања, као наставак болничког лијечења.
- (2) Услови и начин остваривања права на стационарно лијечење медицинском рехабилитацијом утврђују се општим актом Фонда.

Члан 31

- (1) Уговорна болничка установа обавезна је да упућено осигурано лице прими на лијечење или спровођење дијагностичких, односно терапијских поступака у најкраћем могућем року, а у случајевима угрожености живота, одмах.
- (2) Када осигураном лицу на основу упутнице није омогућено болничко лијечење у року најдуже четрдесет (40) дана, доктор у болничкој установи обавезан је да на упутници наведе разлоге неприхватања и упути доктору који је упутио осигурано лице у вези с даљим поступком.

Члан 32

Уговорна болничка установа обавезна је да након обављеног болничког лијечења изда осигураном лицу отпусно писмо с препоруком за даље лијечење.

Члан 33

Осигурано лице обавезно је да се јави с отпусним писмом из члана 32 овог правилника лично или путем члана породице, односно трећег лица свом изабраном доктору или доктору који је упутио осигурано лице одмах, у року највише седам (7) дана.

Члан 34

- (1) Упутница из чланова 26 и 29 овог правилника је прописани образац Фонда који мора садржавати:
 - а) комплетне податке о пацијенту;
 - б) податке о осигурању (регистарски број, шифру врсте осигурања);
 - в) број здравствене исказнице;
 - д) шифру носиоца осигурања или члана породице осигураника;
 - е) ЈМБГ или МБ (матични број иносигураника);
 - ф) ознаку државе осигурања (за иносигуранике);
 - г) број упутнице и протокола;
 - х) адресу становања осигураног лица;
 - и) упутну дијагнозу и шифру дијагнозе према Међународној класификацији болести, повреда и узрока смрти;
 - ј) шифру здравствене установе или ординације приватне праксе;
 - к) шифру доктора;
 - л) ознаку односи ли се право на здравствену заштиту на одредбе члана 21 Закона;

- m) ознаку о учешћу осигураног лица у трошковима здравствене заштите;
 - n) шифру категорије осигурања;
 - o) пол осигураног лица;
 - p) назив: »УПУТНИЦА ЗА«;
 - q) назив здравствене установе – ординације у коју се осигурано лице упућује и мјесто;
 - r) ознаку врсте здравствене заштите која се упутницом тражи;
 - s) ознаку да ли се уз упутницу прилажу медицинска документација и дијагностички налази;
 - t) мјесто и датум издавања упутнице;
 - u) потпис и факсимил изабраног доктора, односно доктора који упућује осигурано лице;
 - v) печат здравствене установе, односно ординације доктора медицине.
- (2) Подаци наведени у ставу 1 тачкама од а) до f) овог члана уносе се на упутницу из здравствене легитимације осигураног лица, односно уписом податка из документа који замјењује здравствену легитимацију.
- (3) Подаци наведени у ставу 1 овог члана морају се уписати читљиво, тинтом или хемијском оловком плаве или црне боје, односно компјутерским уписом.
- (4) Образац упутнице прописује Фонд у року од тридесет (30) дана од ступања на снагу овог правилника.

1.4. Ортопедска и друга помагала

Члан 35

Осигурано лице у оквиру права на здравствену заштиту остварује право на ортопедска и друга помагала под условима и на начин прописан Законом и општим актима Фонда.

1.5. Лијекови

Члан 36

- (1) Осигурана лица у оквиру права на здравствену заштиту, у складу са одредбама овог правилника имају право на коришћење лијекова који су утврђени Есенцијалном листом лијекова и на лијекове који се примјењују у медицинској терапији у оквиру амбулантног и стационарног лијечења и хитне медицинске помоћи.
- (2) Општим актима Фонда прецизније се утврђује право на коришћење лијекова, те начин и поступак остваривања права.

2. Новчане накнаде и помоћи

2.1. Накнада плате за вријеме привремене спријечености за рад

Члан 37

Осигураницима за вријеме привремене спријечености за рад припада право на накнаду плате у случајевима, под условима и на начин прописан Законом и Правилником о утврђивању привремене спријечености за рад осигураника Фонда.

2.2. Накнада плате због њега члана породице

Члан 38

- (1) Осигураник има право на накнаду плате због њега члана породице, и то за сваку утврђену болест у трајању:
- a) петнаест (15) дана у току календарске године за члана млађег од петнаест (15) година, а највише четири (4) мјесеца укупно за све болести;
 - b) седам (7) дана у току календарске године за члана старијег од петнаест (15) година, а највише два (2) мјесеца укупно за све болести.

- (2) Право на накнаду плате из става 1 овог члана не припада осигуранику за вријеме док се налази на годишњем одмору, односно плаћеном одсуству.

2.3. Накнада путних трошкова у вези с коришћењем здравствене заштите

Члан 39

Осигураници у остваривању права на здравствену заштиту имају право на накнаду путних трошкова у складу с члановима 40, 41 и 42 Закона и Правилником о путним трошковима осигураних лица Фонда.

3. Основица за одређивање накнаде плате

3.1. Основица за накнаду плате

Члан 40

- (1) Основица за обрачун накнаде плате утврђује се као сатна или дневна основица, зависно од извршене прерасподјеле радног времена осигураника – корисника накнаде.
- (2) Основицу за накнаду плате, у складу с чланом 36 Закона, чини просјечна нето плата исплаћена осигураном лицу, за број сати редовног рада без додатака, у посљедња три мјесеца која претходе мјесецу у којем наступи случај на основу којег се стиче право на накнаду.

3.2. Утврђивање накнаде плате

Члан 41

Накнада плате се утврђује у висини 80% од основице за накнаду, с тим да не може бити нижа од одређене и објављене минималне плате, нити виша од највише одређене и прописане општим актима из ове области.

Члан 42

У основицу за накнаду не узимају се:

- a) примања која је осигураник остварио на основу уговора о дјелу;
- b) примања која је осигураник примио према прописима о пензијско-инвалидском осигурању, те о здравственом осигурању, осим накнаде плате због привремене спријечености за рад која се исплаћује на терет правног или физичког лица;
- c) посебне награде у знак признања и новчане награде запосленима (годишње или пригодне, менаџерске награде), без обзира на то јесу ли у општем акту послодавца одређене као основи за расподјелу плата;
- d) примања у име накнада трошкова (теренски додатак, накнада за одвојени живот и сл.);
- e) накнаде исплаћене за изуме и техничка унапређивања остварена на раду или у вези с радом;
- f) премије осигурања које послодавац плаћа за запослене по основу осигурања живота и додатне пензије.

Члан 43

- (1) Основица за накнаду утврђена према одредбама овог правилника служи за обрачун накнаде плате за све вријеме трајања непрекидне спријечености за рад по основу болести.
- (2) Под непрекидном спријеченошћу за рад према ставу 1 овог члана сматра се непрекидно трајање привремене спријечености за рад због истог узрока, без иједног радног дана прекида, односно с прекидом од једног до петнаест (15) дана од дана када је до поновне спријечености за рад дошло због исте болести, повреде или стања према шифри међународне класификације болести.

- (3) Под узроком привремене спријечености за рад у смислу става 2 овог члана подразумева се болест независно од шифре према међународној класификацији болести, те сваки други појединачни разлог одсутности с посла за који према Закону осигуранику припада право на накнаду плате.
- (4) У случају из става 2 овог члана накнада плате обрачунава се и исплаћује од исте основице за накнаду и на терет обавезника исплате те накнаде у висини и трајању прописаним Законом, Законом о раду, те овим правилником.
- (5) У условима када привремена спријеченост за рад траје дуже од три мјесеца континуирано, основица за накнаду се валоризује у складу с просјечним порастом плата запосленог / осигураног лица код правног / физичког лица, ако је пораст већи од 5%.

Члан 44

Повећање накнаде плате према члану 43 ставу 5 овог правилника, извршава по службеној дужности Фонд, односно послодавац који према одредби Закона обавља обрачун и исплату накнаде плате на терет средстава Фонда, а на основу података о кретању просјека плата код послодавца у односним обрачунским периодима.

IV – ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

2. Остваривање здравствене заштите

Члан 45

Осигурано лице које је здравствену заштиту остварило супротно одредбама Закона, овог правилника и других прописа из области здравственог осигурања, обавезно је да сноси настале трошкове здравствене заштите.

Члан 46

- (1) Осигурано лице коме је уговорна здравствена установа, односно уговорни здравствени радник неоправдано наплатио здравствену услугу, односно одбио прописати на рецепт лијек са листе лијекова који је за осигурано лице медицински индикуван, има право на поврат тих трошкова, ако се у поступку, покренутом на захтјев осигураног лица, утврди да се ради о коришћењу здравствене заштите на коју у оквиру права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, осигурано лице има право у складу са законом и општим актима Фонда.
- (2) Уз захтјев, осигурано лице је дужно да приложи медицинску документацију, докуменат који доказује статус осигурања, рачуне за плаћене трошкове који су саставни дио лијечења и број текућег рачуна.

3. Остваривање новчаних накнада и помоћи

2.1. Остваривање накнаде плате за вријеме привремене спријечености за рад

Члан 47

Накнаду плате осигураник остварује код правног, односно физичког лица – послодавца на терет средстава Фонда у складу са одредбама чланова 32, 33, 34, 35, 36 и 37 Закона и овог правилника.

Члан 48

О праву на накнаду плате, одлучује се доношењем рјешења на основу приложене документације која садржи:

- извјештај о трајању привремене спријечености за рад (дознака) – доказ о привременој спријечености за рад;
- извод из пословне банке – доказ о исплаћеној

накнади плате;

- потврду од послодавца – доказ о основици за обрачун накнаде плате;
- потврду од послодавца о просјечном повећању плате – доказ код привремене спријечености за рад за случајеве привремене спријечености за рад у трајању дужем од четрдесет два (42) дана;
- доказ о висини основице на коју су плаћени доприноси за пензијско-инвалидско осигурање;
- доказ о уплаћеним доприносима за обавезно здравствено осигурање.

Члан 49

- Изабрани доктор примарне здравствене заштите који је утврдио почетак и престанак привремене спријечености за рад осигураника, у складу са Законом, Правилником и другима општим актима Фонда, испуњава и издаје осигуранику, образац »Извјештај о привременој спријечености за рад – дознаку«.
- Када изабрани доктор медицине из става 1 овог члана утврди да је осигуранику престала привремена спријеченост за рад, у извјештају о привременој спријечености за рад уписује датум престанка привремене спријечености за рад и шифру завршне дијагнозе.
- Шифре почетне и завршне дијагнозе болести уписују се у извјештају о привременој спријечености за рад према међународној класификацији болести, повреда и узрока смрти.

Члан 50

- Извјештај о привременој спријечености за рад издаје се:
 - када привремена спријеченост за рад терети средства правног, односно физичког лица – послодавца, и то:
 - последњег дана привремене спријечености за рад, ако је привремена спријеченост за рад трајала краће од седам (7), односно од четрдесет два (42) дана (члан 33 Закона);
 - седам (7), односно четрдесет два (42) дана привремене спријечености за рад ако је привремена спријеченост за рад трајала дуже од седам (7), односно четрдесет два (42) дана;
 - када привремена спријеченост за рад терети средства Фонда, и то:
 - последњег дана привремене спријечености за рад ако је привремена спријеченост за рад престала прије последњег дана у мјесецу;
 - последњег дана у мјесецу ако привремена спријеченост за рад прелази из једног мјесеца у други.
- За вријеме трајања привремене спријечености за рад унутар рокова из става 1 овог члана, изабрани доктор обавезан је на захтјев осигураника због обрачуна накнаде плате да изда писано обавјештење о трајању привремене спријечености за рад.

Члан 51

Осигуранику који је током радног времена излазио с посла због одређеног лијечења или медицинског испитивања, изабрани доктор издаје извјештај о привременој спријечености за рад за онолико сати за колико је осигураник изостао с посла током радног времена.

Члан 52

- Осигураник нема право на накнаду плате у случајевима из члана 35 Закона, и то од дана настанка тих случајева до дана њиховог престанка, односно престанка последица узрокованих тим случајевима.
- Чињеницу престанка постојања случаја, односно његове последице у смислу става 1 овог члана,

утврђују Фонд и послодавац, на предлог изабраног доктора.

- (3) Осигураник који обавља привредну дјелатност или самостално у облику занимања обавља професионалну дјелатност, нема право на накнаду плате за вријеме привремене спријечености за рад, ако је навршио шездесет пет (65) година живота и двадесет (20) година стажа осигурања.
- (4) О непризнавању накнаде плата у смислу ставова 1 и 3 овог члана, на захтјев осигураника, на предлог Фонда, Фонд издаје рјешење против којег осигураник има право жалбе Апелационој комисији Брчко дистрикта БиХ.

4. Заштита права из обавезног здравственог осигурања

Члан 53

- (1) Право на новчане накнаде, као и друга права из обавезног здравственог осигурања, осигурана лица остварују код Фонда према мјесту пребивалишта осигураног лица, ако није другачије прописано, док се поврат накнаде плате обавља према сједишту исплатиоца накнаде.
- (2) Уз захтјев, осигурано лице је дужно да приложи медицинску документацију, докуменат који доказује статус осигурања, рачуне за плаћене трошкове који су саставни дио лијечења и број текућег рачуна.
- (3) Након увида у документацију из става 2 овог члана, Фонд одлучује рјешењем.

Члан 54

- (1) Због заштите права из обавезног здравственог осигурања, осигураним лицима осигурава се двостепеност рјешавања у поступку покренутом на њихов захтјев.
- (2) Против рјешења Фонда осигурано лице има право жалбе Апелационој комисији Брчко дистрикта БиХ.
- (3) Изузетно од става 2 овог члана у случајевима упућивања на лијечење ван Брчко дистрикта БиХ, осигурано лице има право жалбе другостепеној комисији доктора.
- (4) Жалба не одгађа извршење рјешења.
- (5) Рјешење Апелационе комисије донесено по жалби осигураног лица је коначно и против њега се може покренути управни спор пред Основним судом Брчко дистрикта БиХ.

Члан 55

У поступку рјешавања о правима из здравственог осигурања примјењују се одредбе Закона о управном поступку, ако Законом није другачије прописано.

Члан 56

Овај правилник ступа на снагу даном доношења и биће објављен у Службеном гласнику Брчко дистрикта БиХ.

Број: 015-180/7-104/09
Брчко, 29. октобра 2009. Године

**В.Д. ПРЕДСЈЕДНИКА
УПРАВНОГ ОДБОРА**
Др. Анто Басић, с.р.

146

Управни одбор Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ, на основу члана 13 става 1 тачака а) и б) Статута Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ („Службени гласник Брчко дистрикта БиХ“ број 17/07), у складу с члановима 21 и 22 Закона о здравственом осигурању Брчко дистрикта БиХ («Службени гласник Брчко дистрикта БиХ», бројеви 1/02, 7/02, 19/07 и 34/08), на 20.

ванредној сједници одржаној 3. фебруара 2010. године, доноси

ИНСТРУКЦИЈУ О ИЗМЈЕНИ И ДОПУНИ ИНСТРУКЦИЈЕ О НАЧИНУ И ПОСТУПКУ ПРОПИСИВАЊА И ИЗДАВАЊА ЛИЈЕКОВА СА ЕСЕНЦИЈАЛНЕ ЛИСТЕ ЛИЈЕКОВА ЗА ПОТРЕБЕ ОСИГУРАНИКА БРЧКО ДИСТРИКТА БИХ, БРОЈ: 01-014- 007003/05 ОД 20. ЈУЛА 2005. ГОДИНЕ

Члан 1

Овом инструкцијом мијења се члан 4 Инструкције о начину и поступку прописивања и издавања лијекова са есенцијалне листе лијекова за потребе осигураника Брчко дистрикта БиХ, број: 01-014-007003/05 од 20. јула 2005. године, тако што се став 5 наведеног члана мијења и гласи:

- (5) У изузетним случајевима, лијек се може прописати на рецепт у количини коју захтијева стање болесника и природа обољења, а треба да буде довољна до сљедећег заказаног контролног прегледа, и то:
 - а) код акутних обољења и стања у количини која не може бити већа од количине довољне до десет (10) дана употребе;
 - б) код хроничних обољења и стања када је у питању дуготрајна употреба одређеног лијека у количини довољној до тридесет (30) дана.
 - 1) лијекови из тачке б) овог става, прописују се на један рецепт, и то према броју доза лијека потребних до тридесет (30) дана, с тим да је овлашћени лѐкар обавезан да назначи на рецепту „NECESSE EST“ те број доза да назначи римским бројем и словима као и број оригиналних паковања да означи римским бројем и латиничним писмом, истовремено у здравствени картон осигураног лица обавезно уписати и количину прописаног лијека, датум издавања рецепта и разлог прописивања такве количине лијека;
 - 2) код прописивања инсулинске терапије, овлашћени лѐкар је обавезан да напише број ПЕН-ова који садрже у паковању број интернационалних јединица инсулина довољан за период до тридесет (30) дана, али и број оригиналних паковања назначен римским бројем и латиничним писмом, а према начину дозирања назначеном у сигнатури рецепта;
 - в) након првог консултативног прегледа специјалиста других грана медицине овлашћени лѐкар је дужан да напише терапију до наредне контроле.

Члан 2

Ова инструкција ступа на снагу даном доношења и примјењује се од 1. марта 2010. године.

Број: 015-180/7-67/09-2
Брчко, 3. фебруара 2010. године

**В.Д. ПРЕДСЈЕДНИКА
УПРАВНОГ ОДБОРА**
Др. Анто Басић, с.р.

147

На основу члана 18 става 1 Закона о буџету Брчко дистрикта БиХ („Службени гласник Брчко дистрикта БиХ“ број 34/08), члана 16 става 1 тачка h Одлуке о оснивању Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ („Службени гласник Брчко дистрикта БиХ“ број 1/07), члана 13 става 1 тачка и Статута Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ, број: 015-180/7-000001/07 од 3. маја 2007. године, на тридесет деветој редовној сједници одржаној 28. децембра 2009. године, Управни одбор Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ, доноси: