

ODLUKA

O LIČNOM UČEŠĆU OSIGURANIH LICA U TROŠKOVIMA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I SNOŠENJU TROŠKOVA LIJEČENJA NA TERITORIJI KANTONA SARAJEVO (Prečišćeni tekst)

Član 1.

Ovom odlukom, u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH, br. 30/97 i 7/02), utvrđuje se: lično učešće osiguranih lica u pojedinim troškovima korištenja zdravstvene zaštite i snošenje troškova liječenja na teritoriji Kantona Sarajevo; osigurana lica koja se oslobađaju ličnog učešća u ovim troškovima; mjesto i način naplate ličnog učešća; evidentiranje i iskazivanje priliva sredstava po ovom osnovu i druga pitanja od značaja za sprovođenje ove odluke.

Član 2.

Osigurana lica lično učestvuju u troškovima korištenja zdravstvene zaštite i to za :

1. Kućna posjeta doktora medicine na zahtjev osiguranog lica 5 KM;
2. Kućna posjeta doktora medicine - specijaliste odgovarajuće grane medicine, na zahtjev osiguranog lica 12 KM;
3. Konzilijarni lječarski pregled na zahtjev osiguranog lica 10 KM;
4. Ultrazvuk po nalazu
 - a) na traženje doktora medicine 5 KM;
 - b) na zahtjev osiguranog lica 10 KM;
5. Ehokardiografija:
 - a) na traženje doktora medicine 8 KM;
 - b) na zahtjev osiguranog lica 12 KM;

6. Ergometrija:
 - a) na traženje doktora medicine 8 KM;
 - b) na zahtjev osiguranog lica 12 KM;
7. Holter - monitoring za dinamičku elektrokardiografiju:
 - a) na traženje doktora medicine 10 KM;
 - b) na zahtjev osiguranog lica 15 KM;
8. Pletizmografija 8 KM;
9. Spirometrija 5 KM;
10. Alergeni po testu 1 KM;
11. Endoskopski pregled 10 KM;
12. Elektroencfalografija (EEG):
 - a) na traženje doktora medicine 6 KM;
 - b) na zahtjev osiguranog lica 8 KM;
13. Elektromiografija 10KM;
14. RTG po jednom snimku:
 - a) na traženje doktora medicine 1 KM;
 - b) na zahtjev osiguranog lica 5 KM;
15. Irigografija sa kontrastom i irigoskopija sa pripremom 10KM;
16. Irigografija i irigoskopija sa duplim kontrastom 10 KM;
17. Magnetska rezonanca 50 KM;
18. RTG gastroduodenuma. 5 KM;
19. Mikciona cistografija 10 KM;
20. RTG sa pasažom crijeva 10 KM;

21. Intravenozna angiografija 10 KM;
22. CT 30 KM;
23. CT sa kontrastom 50 KM;
24. Termografija satermonizijom 5 KM;
25. Razbijanje kamenca u bubregu - kompletan tretman na jednom bubregu 70 KM;
26. Denzitometrija 10 KM;
27. Scintigrafija po organu 15 KM;
28. Dnevni tretman iz fizikalne medicine i rehabilitacije. 1KM;
29. Određivanje hormona žlijezda sa unutrašnjim lučenjem - po hormonu 2 KM;
30. Zahvati u lokalnoj anesteziji - ambulantno 2 KM;
31. Lijekovi i medicinsko-sanitetski materijal koji se izdaju na recept 0,50 KM;
32. Liječenje i rehabilitacija u specijalističkim zdravstvenim ustanovama 1 KM.

Član 3.

Od ličnog učešća u troškovima korištenja zdravstvene zaštite oslobođena su osigurana lica kada koriste slijedeće vidove zdravstvene zaštite:

1. hitnu medicinsku pomoć, uz odgovarajući prevoz,
2. liječenje akutnih i hroničnih bolesti u slučajevima i stanjima kada ugrožavaju život,
3. liječenje zaraznih bolesti koje podliježu obaveznom prijavljivanju, uključujući i AIDS,
4. zdravstvena zaštita žena u vezi sa trudnoćom, porođajem i materinstvom,
5. potpuna zdravstvena zaštita djece do navršene 15 godine života, redovnih učenika do navršene 19 godine života i redovnih studenata do navršene 26 godine života,
6. zdravstvena zaštita duševnih bolesnika koji zbog prirode i stanja bolesti mogu da ugroze svoj život i život drugih lica ili oštete materijalna dobra,

7. zdravstvena zaštita oboljelih od progresivnih neuro-mišićnih oboljenja, paraplegije, kvadruplegije, cerebralne paralize i multipleks skleroze,
8. liječenje povreda na radu i profesionalnih oboljenja,
9. zdravstvena zaštita građana iznad 65 godina života pod uslovom da po članu domaćinstva nemaju prihode veće od prosječne plaće na području Federacije ostvarene u predhodnom mjesecu,
10. Liječenje nefropatije dijalizom,
11. liječenje malignih oboljenja i inzuloovisnog dijabetesa,
12. lijekove za liječenje oboljenja i stanja iz tačke 1. do 11. ovog člana, propisane listom lijekova čije korištenje pada na teret Zavoda,
13. obavezna imunizacija.

Ljekar pojedinac u vezi sa tač. 1. i 2. prethodnog stava na osnovu medicinske znanosti i lične odgovornosti procjenjuje:

- potrebu za pružanjem hitne medicinske pomoći, kao i vrstu i obim te pomoći i potrebu za odgovarajućim prevozom,
- da li je akutno odnosno hronično oboljenje osiguranog lica u takvom stepenu da će mu bez pružanja odgovarajuće medicinske pomoći biti ugrožen život.

Za lično učešće u troškovima liječenja povreda na radu i oboljenja od profesionalne bolesti u skladu sa odredbama čl. 36. i 81. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH" br. 30/97 i 7/02), sredstva u cijelosti osigurava pravno ili fizičko lice kod koga je osiguranik uposlen.

Član 4.

Od ličnog učešća u troškovima zdravstvene zaštite oslobođena su osigurana lica i to:

1. osigurana lica koja primaju stalnu novčanu pomoć po propisima o socijalnoj zaštiti i lica smještena u ustanovama socijalne zaštite,
2. porodice šehida, poginulih boraca,
3. vojni invalidi sa procentom invaliditeta ili tjelesnim oštećenjem od 20 - 100% i civilne žrtve rata sa procentom invaliditeta, ili tjelesnim oštećenjem od najmanje 60%,
4. članovi uže porodice vojnih invalida kojima je priznato pravo na dodatak na njegu i pomoć od strane drugog lica,

5. uživaoci penzija sa iznosom penzije do 200,00 KM,
6. nezaposleni prijavljeni kod Zavoda za zapošljavanje,
7. raseljena lica koja imaju svojstvo osiguranog lica po tom osnovu.
8. slijepi i slabovidne osobe čiji je ostatak vida manji od 10% kojima je priznato pravo na novčanu naknadu za pomoć i njegu druge osobe,
9. logoraši - lica koja su bila zatočena u logoru za vrijeme rata;
10. vojnici za vrijeme služenja vojnog roka na području Kantona Sarajevo i lica u rezervnom sastavu za vrijeme trajanja vojne vježbe,
11. osobe sa psihosenzornim smetnjama i posebnim potrebama,
12. žene - žrtve rata,
13. gluha lica,
14. osobe sa dijagnozom poliomijelitisa, paraplegije, parapareze, triplegije, tripareze, kvadriplegije i kvadripareze u slučaju kad im je priznato pravo na novčanu naknadu za pomoć i njegu druge osobe.

Ukoliko su pojedine kategorije osiguranika posebnim propisima oslobođene od ličnog učešća u troškovima korištenja zdravstvene zaštite, iznos učešća, zdravstvena ustanova refundiraće od nadležnog organa, u skladu sa tim propisom.

Član 5.

Sve kategorije osiguranih lica plaćaju u cijelosti sljedeće zdravstvene usluge:

1. vještački prekid trudnoće iz nemedicinskih razloga,
2. akupunktura,
3. hirurško-estetske korekcije, izuzev hirurških zahvata kojima se poboljšava funkcija pojedinih organa po prijedlogu konzilija određene specijalnosti,
4. banjsko liječenje, osim za RVI sa procentom invaliditeta ili tjelesnim oštećenjem od 60% svake treće godine, a na osnovu utvrđenih kriterija Zavoda i resornog ministarstva,
5. liječenje u inostranstvu,
6. zdravstvene usluge liječenja od trovanja alkoholom odnosno akutnog pijanstva i tuče.

7. pregled ljekara specijaliste na zahtjev osiguranog lica,
8. neobavezne vakcine.

Član 6.

Lično učešće u troškovima korištenja zdravstvene zaštite utvrđeno ovom odlukom, osigurano lice plaća u zdravstvenoj ustanovi u kojoj koristi zdravstvenu zaštitu, kao i zdravstvene usluge liječenja povreda zadobijenih ili koje su nanijeli trećim licima za vrijeme upravljanja motornim vozilima u alkoholiziranom stanju.

Član 7.

Za zdravstvene usluge koje nisu utvrđene ovom odlukom, ili drugim propisom, osigurana lica ne učestvuju ličnim učešćem u troškovima korištenja zdravstvene zaštite.

Član 8.

Sredstva ostvarena naplatom iznosa ličnog učešća osiguranih lica kod korištenja zdravstvene zaštite u skladu sa odredbama ove odluke, prihod su Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo (u daljem tekstu: Zavod).

Član 9.

Zdravstvene ustanove su dužne da vode evidenciju naplaćenih sredstava po osnovu ličnog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite.

Evidencija sredstava ličnog učešća osiguranih lica vodi se na osnovu izdatih blok-priznanica. Blok-priznanica sadrži slijedeće podatke: ime i prezime osiguranog lica, jedinstveni matični broj (JMBG) naziv zdravstvene ustanove, vid zdravstvene zaštite i naplaćeni iznos.

Evidencija sredstava ličnog učešća osiguranih lica naplaćenih u apotekama vodi se na osnovu realizovanih recepata na teret sredstava zdravstvenog osiguranja.

Izveštaj o naplaćenom iznosu ličnog učešća osiguranih lica koji obavezno sadržava podatke o svakom naplaćenom vidu zdravstvene zaštite, zdravstvena ustanova dostavlja Zavodu, svakog prvog do petog u mjesecu za protekli mjesec uz dokaz o izvršenom prenosu sredstava na račun Zavoda.

Sadržaj i oblik evidencije sredstava ličnog učešća osiguranih lica utvrđuje se Uputstvom o primjeni ove odluke, koje donosi Zavod.

Član 10.

Zdravstvena ustanova dužna je svakom osiguranom licu izdati blok-priznanicu za izvršenu naplatu ličnog učešća, osim u slučaju naplate ličnog učešća za izdate lijekove na recept koji padaju na teret sredstava Zavoda.

Član 11.

U slučaju promjene cijena zdravstvenih usluga, Upravni odbor Zavoda donosi odluku o valorizaciji iznosa ličnog učešća osiguranih lica u korištenju vidova zdravstvene zaštite koji su u ovoj odluci iskazani u apsolutnom iznosu i to do nivoa porasta, ili pada navedenih cijena.

U slučaju korištenja zdravstvene zaštite van kantona u kome je prijavljeno na obavezno zdravstveno osiguranje, osigurano lice uplaćuje iznos ličnog učešća za vid zdravstvene zaštite koji je koristio, utvrđen odlukom Skupštine kantona na čijem području je odnosna zdravstvena ustanova.

Član 12.

Ovjeru zdravstvene knjižice i drugih dokumenata vršiće Zavod besplatno.

Član 13.

Prečišćeni tekst ove odluke se primjenjuje danom objavljivanja u "Službenim novinama Kantona Sarajevo", a važnost njegovih odredaba utvrđena je u aktima koji su obuhvaćeni Prečišćenim tekstom.