



Broj: 05-50-1-156/16
Sarajevo, 30.3.2016. godine

PARLAMENTARNA SKUPŠTINA BiH

- Zastupnički dom -

SARAJEVO

BOSNA I HERCEGOVINA PARLAMENTARNA SKUPŠTINA BOSNE I HERCEGOVINE SARAJEVO			
PRIMLJENO: 30-03-2016			
Organizaciona jedinica	Klasifikaciona oznaka	Redni broj	Broj priloga
01-	05-1-	15-23/	16

PREDMET: Odgovor na zastupničko pitanje – dostavlja se

Vijeće ministara Bosne i Hercegovine, na 50. sjednici održanoj 30.3.2016. godine, utvrdilo je Odgovor na zastupničko pitanje koje je postavio Senad Šepić, zastupnik u Zastupničkom domu Parlamentarne skupštine Bosne i Hercegovine.

U privitku prosljeđujemo Odgovor radi njegovog dostavljanja zastupniku.

S poštovanjem,


GENERALNI TAJNIK
Zvonimir Kutleša



Bosnia and Herzegovina
COUNCIL OF MINISTERS

Broj: 05-50-1-156/16

Sarajevo, 30.3.2016. godine

G-din Senad Šepić, poslanik u Predstavničkom domu Parlamentarne skupštine BiH je, na 23. sjednici Predstavničkog doma Parlamentarne skupštine BiH, održanoj 12.01.2016. godine, uputio Vijeću ministara BiH, Vladi Federacije Bosne i Hercegovine i Vladama kantona u BiH, poslaničko pitanje sljedećeg sadržaja:

“Na osnovu kojih propisa u našoj zemlji je regulisano da je pravo na zdravstvenu zaštitu pacijenata/građana uvjetovano i isključivo vezano za općinu-mjesto prebivališta i koje trenutno onemogućava da se pacijentu, ako se zadesi u drugoj općini, čak i susjednoj i onoj koja pripada istom kantonu pruži zdravstvena zaštita po istom nivou i pravu kao da je u zdravstvenoj ustanovi u općini u kojoj ima prebivalište?

Šta nadležne institucije konkretno rade na olakšavanju ovih propisa i osiguravanju zdravstvene zaštite za sve na prostoru cijele zemlje?“.

Na postavljeno pitanje, Vijeće ministara Bosne i Hercegovine je na 50. sjednici održanoj 30.3.2016. godine, utvrdilo sljedeći

ODGOVOR

Oblast zdravstva u Bosni i Hercegovini je u direktnoj nadležnosti entiteta i definisana je Ustavom Federacije Bosne i Hercegovine, a u okviru Federacije BiH i Ustavima kantona, Ustavom Republike Srpske i Statutom Brčko Distrikta BiH.

Nadležnost Ministarstva civilnih poslova Bosne i Hercegovine je utvrđena članom 15. Zakona o ministarstvima i drugim organima uprave Bosne i Hercegovine („Službeni glasnik BiH“, br. 5/03, 42/03, 26/04, 42/04, 45/06, 88/07, 35/09, 59/09, 103/09 i 87/12), prema kojem je Ministarstvo civilnih poslova Bosne i Hercegovine nadležno za obavljanje poslova i izvršavanje zadataka koji su u nadležnosti Bosne i Hercegovine i koji se odnose na utvrđivanje osnovnih principa koordinacije aktivnosti, usklađivanja planova entitetskih tijela vlasti i definisanje strategije na međunarodnom planu, između ostalog, u području zdravstva.

Polazeći od Zakona o ministarstvima i drugim organima uprave Bosne i Hercegovine definisanim nadležnostima Ministarstvo civilnih poslova BiH je zatražilo dostavljanje odgovora na navedeno poslaničko pitanje od Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske, Federalnog ministarstva zdravstva i Odjeljenja za zdravstvo i ostale usluge Vlade Brčko distrikta BiH.

Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske je, aktom broj 11/04-500-72/16 od 01.03.2016. godine, dostavilo odgovor u kome se navodi:

Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službeni glasnik Republike Srpske“, br. 106/09 i 44/15) u članu 17. propisuje da svaki građanin ima pravo da zdravstvenu zaštitu ostvaruje uz poštivanje najvišeg mogućeg standarda ljudskih prava i vrijednosti, odnosno ima pravo na fizički i psihički integritet i na bezbjednost ličnosti, kao i na uvažavanje njegovih moralnih, kulturnih i religijskih ubjedenja. Član 20. ovog Zakona propisuje da građanin ima pravo na slobodan izbor doktora porodične medicine i zdravstvene ustanove sekundarnog nivoa, te da građanin bira doktora porodične na period od godinu dana.

Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj: 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09 i 106/09) propisuje da su obaveznim zdravstvenim osiguranjem obuhvaćeni svi građani Republike Srpske i druga lica u skladu sa zakonom, te da ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske i poslodavci pod uslovima utvrđenim ovim zakonom i aktima Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske. Zakon propisuje da je pravo na zdravstvenu zaštitu jedno od prava iz zdravstvenog osiguranja, te da sva osigurana lica imaju jednaka prava na zdravstvenu zaštitu. Član

19. Zakona daje okvir sadržaja zdravstvene zaštite, a član 20. istog Zakona propisuje da obim, sadržaj i način ostvarivanja zdravstvene zaštite utvrđuje Fond uz mišljenje ministarstva nadležnog za poslove zdravlja.

Član 13. Pravilnika o sadržaju, obimu i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu („Službeni glasnik Republike Srpske“, br. 102/11, 117/11, 128/11 i 102/12) propisuje da osigurano lice ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou kod doktora porodične medicine kod koga je registrovano. Član 14. navedenog Pravilnika propisuje da osigurano lice ima pravo na izbor doktora porodične medicine sa spiska svih doktora porodične medicine iz zdravstvenih ustanova u Republici Srpskoj sa kojima Fond ima zaključen ugovor o pružanju usluga iz oblasti primarne zdravstvene zaštite, te da izbor doktora porodične medicine nije uslovljen mjestom prebivališta osiguranog lica. Nadalje, član 38. Pravilnika reguliše da pravo na bolničko liječenje osigurano lice, u pravilu, ostvaruje na osnovu uputnice doktora porodične medicine, te da liječenje u bolnici poslije pružene hitne medicinske pomoći osigurano lice može ostvariti na osnovu uputnice službe hitne medicinske pomoći, kao i da se pravo na bolničko liječenje može ostvariti i na osnovu uputnice doktora konsultanta ukoliko je upućivanje u bolnicu neodložno potrebno. Ovim članom je naglašena obaveza doktora medicine koji osigurano lice upućuje na bolničko liječenje da osigurano lice, prije upućivanja na bolničko liječenje, upozna sa pravom da bira ustanovu u kojoj želi da se liječi.

Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, na osnovu i u skladu sa gore navedenim propisima, u ugovorima o pružanju i finansiranju primarnog nivoa zdravstvene zaštite, definiše područje lokalne zajednice na kome zdravstvena ustanova pruža usluge ovog nivoa, ali da je ugovorom definisana obaveza da zdravstvena ustanova pruži usluge hitne medicinske pomoći za sva lica.

Dakle na području Republike Srpske propisi iz oblasti zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite omogućavaju svim osiguranim licima da ostvare pravo na zdravstvenu zaštitu i u zdravstvenoj ustanovi primarnog nivoa zdravstvene zaštite na području opštine u kojoj nemaju prebivalište, ukoliko se tamo zadese, a imaju potrebu za hitnom medicinskom pomoći.

Federalno ministarstvo zdravstva je aktom broj: 06-37-357-1/16 od 05.02.2016. godine dostavilo odgovor u kome se navodi:

Zakonom o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije“, br. 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11), u članu 82. stav 1. definisano je da se sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju u kantonalnom zavodu osiguranja i Federalnom zavodu osiguranja i reosiguranja, u skladu sa namjenom. U stavu 6. istog člana navedeno je da sredstva federalnog fonda solidarnosti se koriste namjenski za osiguranje jednakih uvjeta za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja u svim kantonima, za prioritete federalne programe zdravstvene zaštite, i prioritete najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti, koji će se pružati osiguranim licima na teritoriji Federacije, i ne mogu se koristiti za druge namjene.

U članu 95. stav 2. navedenog Zakona regulisano je da se kantonalni zavodi osiguranja mogu međusobno udruživati radi ostvarivanja potreba iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uz prethodno pribavljenu saglasnost Vlade Federacije i Vlada Kantona.

Stope doprinosa za zdravstveno osiguranje utvrđene su u članu 10. Zakona o doprinosima („Službene novine Federacije BiH“, br. 35/98, 54/00, 16/01, 37/01, 01/02, 17/06 i 14/08). Način obračuna i uplate doprinosa definisani su Pravilnikom o načinu obračunavanja i uplate doprinosa (Službene novine Federacije BiH“, br. 64/08 i 8108).

Odredbama Pravilnika o načinu uplate javnih prihoda budžeta i vanbudžetskih fondova na teritoriji Federacije BiH („Službene novine Federacije BiH“, br. 35/13, 53/13, 63/13, 93/13, 103/13, 11/14, 19/14, 46/14, 60/14, 65/14, 105/14, 20/15, i 44/15), Poglavlje VI- Doprinosi, tačka 21., podtačka 21.2, regulisano je da se uplata doprinosa za zdravstveno osiguranje vrši prema mjestu prebivališta zaposlenika na račune kantonalnih zavoda, odnosno dio doprinosa za zdravstveno osiguranje (89,8%) za zaposlenike iz Republike Srpske i Brčko Distrikta, uplaćuje se prema mjestu njihovog prebivališta, na račune propisane u Republici Srpskoj i Brčko Distriktu.

U maju 2013. godine, a u cilju ujednačavanja kriterija ugovaranja izvršenja usluga zdravstvene zaštite na nivou Federacije BiH, usvojena je Jedinstvena metodologija kojom se bliže uređuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove („Službene novine Federacije BiH“, br.34/13 i 90/13).

Kada je riječ o načinu olakšavanja propisa u vezi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja Federalno ministarstvo zdravstva je, kao aktivnost u Programu rada Vlade Federacije BiH za razdoblje 2015.-2018. godine, definisalo izradu novog Zakona o zdravstvenom osiguranju.

Vlada Brčko Distrikta BiH, Odjel za zdravstvo i ostale usluge je aktom broj :36-000035/16 od 29.02.2016. godine je dostavila odgovor u kome se navodi:

Članom 31. Zakona o zdravstvenom osiguranju Brčko Distrikta BiH („Službeni glasnik Brčko Distrikta BiH“, br. 01/02, 07/02, 19/07, 02/08 i 34/08) je definisano da je Fond zdravstvenog osiguranja Brčko Distrikta BiH dužan osigurati osiguraniku medicinsko liječenje u drugim dijelovima Bosne i Hercegovine ili u inostranstvu pod uslovima i na način utvrđen posebnim propisima, ukoliko boluje od bolesti koja se ne može liječiti u zdravstvenim ustanovama na području Brčko Distrikta BiH, a postoji mogućnost za liječenje bolesti u mjestu ili zemlji u koju se pacijent upućuje i da isto pravilo važi i za dijagnostičke procedure.

U vezi sa svim gore navedenim, Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, Vlada Brčko Distrikta BiH-Odsjek za zdravstvo, javnu sigurnost i ostale usluge građanima i Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH su zaključili Sporazum o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica na teritoriji BiH van teritorije entiteta, odnosno Brčko distrikta BiH kome osigurana lica pripadaju („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj: 9/02).

Potpisnici Sporazuma su se obavezali da će preduzeti mjere neophodne za obezbjeđivanje korištenja zdravstvene zaštite u slučaju kada lice osigurano kod institucija zdravstvenog osiguranja u jednom entitetu, odnosno Brčko Distriktu BiH, ima potrebu da koristi zdravstvenu zaštitu na teritoriji drugog entiteta/Distrikta.

Zdravstvenu zaštitu u smislu odredbe člana 1. navedenog sporazuma ima osigurano lice za vrijeme privremenog boravka radi školovanja, studiranja i stručnog usavršavanja na teritoriji drugog entiteta, kao i u slučaju upućivanja na liječenje u zdravstvenu instituciju na teritoriji drugog entiteta na osnovu akta izdatog od strane nadležne institucije zdravstvenog osiguranja kojoj osigurano lice pripada.

Potpisnici Sporazuma su se obavezali da će omogućiti nesmetano korištenje zdravstvene zaštite na osnovu važećih zdravstvenih dokumenata, a ako je u pitanju pružanje zdravstvene zaštite u hitnim slučajevima, zdravstvena institucija će pružiti zdravstvenu uslugu bez koje bi život i zdravlje osiguranog lica bili ugroženi, bez navedenih dokumenata, s tim što je zdravstvena institucija dužna naknadno pribaviti iste od institucije zdravstvenog osiguranja.