

127504 13/08

## II. OSNOVNI KRITERIJI ZA POPUNU MREŽE APOTEKARSKE DJELATNOSTI

Osnovni kriteriji za popunu mreže apotekarske djelatnosti su slijedeći:

- da je apotekarski objekat registriran za obavljanje apotekarske djelatnosti,
- da apotekarski objekat ima stručni apotekarski kadar (timove) sa licencom mjerodavne komore.

### 61.

Na temelju članka 37. stavak 1. točka f. Ustava Zeničko-dobojskog kantona i članka 80. stavak 1. točka 13. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", broj 30/97 i 7/02), Skupština Zeničko-dobojskog kantona, na XXVII sjednici, održanoj 04.03.2005. godine, d o n o s i

## ODLUKU

o neposrednom sudjelovanju osiguranih osoba u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite

### Članak 1.

Ovom odlukom utvrđuje se neposredno sudjelovanje osiguranih osoba u pojedinim troškovima korišćenja zdravstvene zaštite, osigurane osobe koja se oslobađaju neposrednog sudjelovanja u ovim troškovima, mjesto i način naplate neposrednog sudjelovanja, evidentiranje i iskazivanje priliva sredstava po ovom osnovu i druga pitanja od značaja za sprovođenje ove odluke.

### Članak 2.

Osigurane osobe neposredno sudjeluju u troškovima zdravstvene zaštite, i to za:

1. prvi pregled kod ljekara opće prakse i specijaliste u općoj i porodičnoj medicini - 2 KM;
2. prvi pregled kod ljekara specijaliste u konsultativno-specijalističkoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti - 4 KM;
3. ponovni pregled kod ljekara iz točaka 1. i 2. ovog članka - 50% od utvrđene participacije iz ovih točaka;
4. kućna posjeta ljekara opće prakse i specijaliste u općoj i porodičnoj medicini, po pozivu - 100% od utvrđene cijene, računajući i troškove prijevoza, izuzev ako se radi o hitnoj pomoći, kućnom liječenju ili kućnoj posjeti porodičnog ljekara;
5. pregled ljekara specijaliste u konsultativno-specijalističkoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, pregled ljekara subspecijaliste i konzilijarni ljekarski pregled na zahtjev osigurane osobe - 100% od utvrđene cijene;
6. neobvezne vakcinacije - 100% nabavne cijene vakcina;
7. ultrazvuk uz očitavanje nalaza:
  - gornjeg abdomena (jetra, žučni vodovi, pankreas i slezena) - 10 KM;
  - ultrazvuk bubrega, mokraćnog mjehura i prostate - 10 KM;
  - transrektalni ultrazvuk prostate - 15 KM;

- transvaginalni ultrazvuk uterusu i ovarija - 10 KM;
- ultrazvuk dojki - 10 KM;
- ultrazvuk štitne žlijezde - 7 KM;
- kolor dopler sonografija po segmentu: vrat-karotide, renalne arterije i periferni vaskularni sistem - 20 KM;
- ultrazvuk očiju - 10 KM;
- ultrazvuk orbite - 15 KM;
- 8. ehokardiografija - 25 KM;
- 9. ergometrija - 20 KM;
- 10. spiroergometrija - 30 KM;
- 11. holter-monitoring za dinamičku elektrokardiografiju - 20 KM;
- 12. kontrola pacemakera, u bolnici - 20 KM;
- 13. pletizmografija, po nalazu - 8 KM;
- 14. spirometrija - 10 KM;
- 15. testovi na alergene:
  - epikutani testovi - standardni set - 15 KM;
  - inhalatorni alergološki testovi - 15 KM;
  - nutritivni alergološki testovi - 15 KM;
- fizikalni testovi: toplo, hladno, napor, pritisak - 5 KM po određenoj stavci;
- 16. endoskopski pregled, po nalazu - 25 KM;
- 17. elektroencefalografija:
  - 16-kanalnim aparatom sa hiperventilacijom - 10 KM;
  - 16-kanalnim aparatom sa hiperventilacijom i fotostimulacijom - 12 KM;
- 18. elektromioneurografija:
  - elektromioneurografija sfinktera - 25 KM;
  - elektromioneurografija mišića lica - 20 KM;
  - ostala elektromioneurografija - 20 KM;
- 19. Laboratorijska dijagnostika:
  - a) Primarni nivo:
    - KKS (kompletna krvna slika), broj eritrocita, leukociti, hemoglobin, hematokrit, MCV, MCH, MCHC - 2 KM;
    - DKS (diferencijalna krvna slika) - nesegmentirani, segmentirani, eozinofili, limfociti, monociti, bazofili - 2 KM;
    - Faktori koagulacije (vrijeme krvarenja, vrijeme koagulacije, broj trombocita) - 2 KM;
    - kompletna analiza urina (hemijski sastav urina, sediment urina) - 3 KM
  - b) Sekundarni nivo:
    - Ca - 2 KM;
    - P - 2 KM;
    - Trigliceridi - 2 KM;
    - UIBC (TIBC) - 2 KM;
    - potrošnja protrombina - 2 KM;
    - APTT - 4 KM;
    - Fibrinogen - 2 KM;
    - Le ćelije - 5 KM;
    - Spermogram - 4 KM;
    - Broj eozinofila u komori - 2 KM;
    - Bris nosa na euzinofile - 4 KM;
    - Portobilinogen - 4 KM;
    - Urokoproporfirini - 4 KM;
    - Dala - 2 KM;
    - VMA - 2 KM;
    - Klirens kreatinina - 4 KM;
    - Addis - 2 KM;

- c) Tercijarni nivo:
- HbA 1 C - 4 KM;
  - HDL - 4 KM;
  - LDL - 4 KM;
  - Li u krvi ili urinu - 4 KM;
  - IgA - 4 KM;
  - IgM - 4 KM;
  - IgG - 4 KM;
  - C3C - 4 KM;
  - C4 - 4 KM;
  - CRP - 4 KM;
  - Rh faktor - 4 KM;
  - Izravni Coombsov test - 4 KM;
  - PSA - 4 KM;
  - Helicobacter pylori - 4 KM;
  - Hepatoglobulin - 4 KM;
  - Mioglobulin - 2 KM;
  - Hladna antitijela - 12 KM;
  - TPHA Pliva - 12 KM;
  - Testovi na lijekove - 4 KM;
  - Testovi na droge - 4 KM;
  - Neizravni Coombsov test - 12 KM;
  - HbsAG Abbott - 15 KM;
  - HCV Abbott Axym - 18 KM;
  - HIV Abbott Axym - 15 KM;
  - Topla antitijela - 16 KM;
  - Tumori markeri - 4 KM;
  - IAT+DAT - 8 KM + 8 KM;
  - Kompletan TORCH - 78 KM;
  - HIV zbog odlaska u inozemstvo - 100%, po cjenovniku;
- d) Mikrobiološka dijagnostika:
- ASL - 5 KM;
  - RF<sup>p</sup> - 5 KM;
20. Intravenozna urografija uz očitavanje nalaza - 20 KM;
21. Radiografija:
- po jednoj ekspoziciji uz očitavanje - 3 KM;
  - specijalna radiografija po jednoj ekspoziciji (snimak mastoidea, piramide temporalne kosti, optičkih kanala), po ekspoziciji, uz očitavanje - 4 KM;
  - radioskopija srca i pluća uz očitavanje - 8 KM;
  - mamografija po ekspoziciji uz očitavanje - 10 KM;
22. Irigoskopija i irigografija uz očitavanje - 25 KM;
23. Fistulografija uz očitavanje (prikaz komunikacije šupljeg organa i kože ili sluzokože)-15 KM;
24. Magnetska rezonanca - 100 KM;
25. Radioskopija želuca i duodenuma uz očitavanje - 20 KM;
26. Mikciona cistografija, uz očitavanje - 20 KM;
27. Pasaža tankog i debelog crijeva uz očitavanje - 25 KM;
28. Intravenozna angiografija uz očitavanje - 30 KM;
29. CT dijagnostika:
- nativni CT neurokranijuma, orbita i sinusa, uz očitavanje - 50 KM;
  - nativni CT kičme, karosobnih kostiju, dugih kostiju i zglobova, uz očitavanje - 50 KM;
  - CT neurokranijuma, orbita i sinusa uz očitavanje sa kontrastom - 100 KM;
  - CT karosobnih i dugih kostiju, zglobova uz očitavanje sa kontrastom - 100 KM;
  - CT Sellae Turcicae sa kontrastom, uz očitavanje snimka - 100 KM;
  - CT gornjeg abdomena (radi se obvezno sa kontrastom) - 130 KM;
  - CT zdjelice (obvezno sa kontrastom), uz očitavanje - 130 KM;
  - CT bubrega (sa kontrastom), uz očitavanje - 100 KM;
30. Scintigrafija:
- štitne žlijezde - 20 KM;
  - kostiju i pluća - 30 KM;
  - mozga i bubrega - 40 KM;
  - srca - 70 KM;
31. Razbijanje kamenca u bubregu, mokraćovodima i mokraćnoj bešici (uspješno) - 150 KM;
32. Laparoskopska kirurgija:
- laparoskopska holecistektomija - 90 KM;
  - laparoskopska apendektomija - 100 KM;
33. Artroskopski operativni zahvati - 120 KM;
34. Patohistološki nalaz, ambulantno, po nalazu - 7 KM;
35. Fizijatrijske usluge:
- dnevni fizikalni tretman - 3 KM (podrazumijeva tretman analgetskom strujom, termoterapiju i ultrazvuk);
  - posebne usluge fizikalnog tretmana (manuelna masaža po regiji) - 2 KM;
36. Određivanje hormona žlijezda sa unutrašnjim lučenjem, po hormonu - 8 KM;
37. Vještački prekid trudnoće iz medicinskih indikacija - 100% od utvrđene cijene po Cjenovniku;
38. Kompjuterska perimetrija - 30 KM;
39. YAG laser aplikacija - 30 KM (laserska operacija sekundarne mrežnice u lokalnoj anesteziji);
40. Biomikroskopski pregled oćnog dna - 20 KM;
41. Akupunktura - 100% od utvrđene cijene;
42. Kirurško-estetske korekcije - 100% od utvrđene cijene, izuzev kirurških zahvata kojima se poboljšava dužnosti pojedinih organa po prijedlogu konzilija određene specijalnosti;
43. Zahvati u lokalnoj anesteziji, ambulantno - 10 KM;
44. Esencijalni lijekovi:
- lijekovi sa Liste lijekova Kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja, po svakom receptu - 1 KM, za sva osigurane osobe, osim lijekova koja osigurane osobe plaćaju u procentualnom sudjelovanju;
  - ampulirani lijekovi koji se primjenjuju u zdravstvenim ustanovama primarne zdravstvene zaštite, a prema Listi ampuliranih lijekova (bez sudjelovanja);
  - ampulirani i drugi lijekovi prema Listi bolničkih lijekova za ležće bolesnike (bez sudjelovanja);
45. Bolničko lijećenje - 5 KM za svaki BO dan do 15 dana, a preko 15 dana - 2,5 KM za svaki BO dan;
- Kod primjene ove točke (ležći bolesnici) isključuje se primjena drugih vidova neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba za vrijeme ležanja u bolnici, izuzev neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba iz točki 24., 29., 31., 32., 33., 36., 37., 41., 42., 45., 46., 47., 48., 49. i 51. ovog članka;
46. Za sve kirurške zahvate gdje nije urgentna (hitna)

indikacija - 10% od utvrđene cijene, uključujući i zahvate iz oralne kirurgije, ugradnju endoproteza i drugih implanata, osim usluga iz točke 32. ovog članka;

47. Za majku pratilju uz dijete starije od 1 godine dana, na zahtjev majke - 20 KM, za svaki BO dan;
48. Liječenje i rehabilitacija u specijaliziranim zdravstvenim ustanovama, samo u slučajevima kada od završenog stacionarnog liječenja nije prošlo više od 90 dana - 10 KM za svaki BO dan, najviše 21 dan;
49. Liječenje u prirodnom lječilištu - 100% od utvrđene cijene BO dana;
50. Liječenje u inozemstvu - 20% od stvarnih troškova, primjena teče po donošenju propisa o liječenju o inozemstvu;
51. Zdravstvene usluge liječenja od trovanja alkoholom, odnosno akutnog pijanstva i tuče - 100% od utvrđene cijene.

### Članak 3.

Neposredno sudjelovanje osiguranih osoba za nabavku ortopedskih i drugih pomagala i endoproteza iznosi, i to:

1. proteze za gornje i donje ekstremitete - 15% od utvrđene cijene standardnog pomagala;
2. aparati za gornje ekstremitete - 15% od utvrđene cijene standardnog pomagala;
3. aparati za donje ekstremitete - 15% od utvrđene cijene standardnog pomagala;
4. ortopedska obuća - 50% od utvrđene cijene standardnog pomagala;
5. invalidska kolica na mehanički pogon, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
6. štake, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
7. hodalice, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
8. ortopedski ulošci za djecu do 18 godina, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
9. ortoze za trup (mideri i korzeti) - 100% od utvrđene cijene za sva osigurane osobe, osim djece do 18 godine, po cijeni standardnog pomagala;
10. antidekubitalna pomagala, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
11. vještačke dojke poslije amputacije, sa grudnjakom, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
12. štap za slijepa lica, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
13. optička pomagala - 50% od utvrđene cijene standardnog pomagala za sve osigurane osobe, osim intraokularnih leća koje se ugrađuju operativnim zahvatom, očnih proteza i healona po flakonu, bez neposrednog sudjelovanja, po cijeni standardnog pomagala;
14. aparat za pojačanje sluha - 50% od utvrđene cijene standardnog pomagala, s tim što Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja iz svojih sredstava svim osiguranim osobama priznaje najviše 250 KM, a osig-

uranim osobama koja ne plaćaju neposredno sudjelovanje priznaje najviše do cijene standardnog pomagala;

15. aparat za omogućivanje glasnog govora - 50% od utvrđene cijene standardnog pomagala;
16. endotrahealne kanile, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
17. pen aparati (najviše 1 komad po vrsti inzulina za 24 mjeseca), po cijeni standardnog pomagala - 1 KM, po receptu;
18. plastične jednokratne šprice za davanje inzulina - 1 KM, po receptu i igle za davanje inzulina - 1 KM, po receptu;
19. kese za žuč ili izmet, odnosno koloplast kese, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
20. kese za urin, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
21. kateteri, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
22. endoproteze - 15% od cijene standardnog pomagala.
23. kardiovaskularni implantati, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala, izuzev pacemakera, za koje Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja od utvrđene cijene priznaje na teret svojih sredstava najviše do 3.000 KM, s tim da razliku iznad utvrđene cijene pomagala snose sve osigurane osobe;
24. očni implantati bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala.

Utvrđena cijena standardnog ortopedskog i drugog pomagala i endoproteza predstavlja cijenu koju je Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja ugovorio sa isporučiocima ortopedskih i drugih pomagala i endoproteza.

### Članak 4.

U slučajevima kada se ortopedsko i drugo pomagalo ili endoproteza ugrađuje u okviru odobrenog liječenja u zdravstvenim ustanovama van kantona, neposredno sudjelovanje osiguranih osoba se naplaćuje po propisima koji se primjenjuju u tom kantonu.

### Članak 5.

Za zubnoprotsku pomoć i nadomjestke neposredno sudjelovanje osiguranih osoba iznosi:

1. Mobilna protetika - 80% od utvrđene cijene, za sve osigurane osobe, osim djece do navršanih 18 godina;
2. Ortodontski aparati, za lica do 18 godina, po preporuci specijaliste ortodonta, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
3. Epiteza (opturator) u indiciranim slučajevima, bez neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba, po cijeni standardnog pomagala;
4. Sve ostale stomatološke usluge primarnog nivoa osigurane osobe plaćaju u punom iznosu, osim djece do navršanih 15 godina, redovnih učenika srednjih škola i redovnih studenata do navršanih 26 godina života i slučajeva iz članka 6. stavak 1. točka 6.
5. Sve osigurane osobe oslobođene su plaćanja stoma-

toloških usluga sekundarnog nivoa u vanbolničkom tretmanu, izuzev neposrednog sudjelovanja iz članka 2. točka 2.

### Članak 6.

Od neposrednog sudjelovanja u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite oslobođene su osigurane osobe kada koriste sljedeće vidove zdravstvene zaštite:

1. hitnu medicinsku pomoć, uz odgovarajući prijevoz;
2. liječenje akutnih i hroničnih bolesti u slučajevima i stanjima kada ugrožavaju život;
3. liječenje zaraznih bolesti koje podliježu obveznom prijavljivanju uključujući i AIDS;
4. zdravstvena zaštita žena u svezi trudnoće, porođaja i materinstva;
5. zdravstvena zaštita djece do navršene 15 godine života, redovnih učenika srednjih škola i redovnih studenata, do navršenih 26 godina 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 neuromišićnih oboljenja, paraplegije, kvadriplegije, cerebralne paralize, multiple skleroze i epilepsije;
8. liječenje povreda na radu i profesionalnih oboljenja;
9. zdravstvena zaštita osiguranih osoba iznad 65 godina života;
10. liječenje nefropatije u terminalnoj fazi bolesti (hemodijaliza);
11. zdravstvena zaštita osiguranih osoba kod kojih je izvršena transplantacija živog tkiva i organa u korist drugog lica (davatelj i primalac), računajući i zdravstvene usluge tijekom transplantacije;
12. liječenje malignih oboljenja, inzuloovisnog dijabetesa i hemofilije;
13. obvezna imunizacija;
14. logoraši koji su status logoraša stekli certifikatom Međunarodnog crvenog križa u Zenici.

Ljekar pojedinac u svezi točaka 1. i 2. prethodnog stavka na temelju medicinske znanosti i osobne odgovornosti procjenjuje:

- potrebu za pružanjem hitne medicinske pomoći, kao i vrstu i obim te pomoći i potrebu za odgovarajućim prijevozom;
  - da li je akutno, odnosno hronično oboljenje osigurane osobe u takvom stupnju da će mu, bez pružanja odgovarajuće medicinske pomoći, biti ugrožen život.
- Oslobađanje od neposrednog sudjelovanja u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite u točkama od 1. do 12. odnosi se samo na liječenje navedenih oboljenja, ali ne i stanja izazvanih navedenom osnovnom bolešću.

Za liječenje povreda na radu i oboljenja od profesionalne bolesti, sukladno odredbama članka 36. i 81. Zakona o zdravstvenom osiguranju, troškove svih vidova i oblika zdravstvene zaštite u cijelosti snosi pravna ili fizička osoba kod koje je osigurana osoba zaposlena.

### Članak 7.

Od neposrednog sudjelovanja u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite iz članka 2. ove odluke

oslobođene su osigurane osobe, i to:

1. osigurane osobe i članovi njihovih obitelji koji primaju stalnu novčanu pomoć po propisima o socijalnoj zaštiti i osobe smještane u ustanove socijalne zaštite;
2. članovi obitelji šehida i poginulih branitelja i nestalih osoba u ratu 1992.-1995. godine, koji imaju legitimaciju mjerodavnog općinskog organa uprave;
3. demobilizirani branitelji prijavljeni Zavodu za zapošljavanje i članovi njihove obitelji navedeni u članku 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju;
4. nezaposleni i članovi njihove obitelji prijavljeni Zavodu za zapošljavanje;
5. ratni vojni invalidi, vojni invalidi sa procentom invalidnosti od 40% pa više i civilne žrtve rata sa procentom invalidnosti od 60% pa više, s tim da se od neposrednog sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite oslobađaju i članovi obitelji prijavljenih na zdravstveno osiguranje iz temelja nositelja osiguranja;
6. vojnici na odsluženju vojnog roka i članovi njihove obitelji navedeni u članku 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju;
7. uživaoci mirovina i članovi njihovih obitelji bez obzira na visinu mirovine;
8. osobe nesposobne za samostalan život i rad na temelju rješenja mjerodavnog organa;
9. raseljene osobe koje imaju svojstvo osigurane osobe po tom osnovu;
10. dragovoljni darovatelji krvi sa preko 10 darovanja;
11. slijepce osobe;
12. invalidi rada sa procentom invalidnosti od 60% pa više.

### Članak 8.

Od neposrednog sudjelovanja u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite iz članka 3. ove Odluke oslobođene su osigurane osobe, i to:

1. osigurane osobe i članovi njihovih obitelji koji primaju stalnu novčanu pomoć po propisima o socijalnoj zaštiti i osobe smještane u ustanove socijalne zaštite;
2. članovi obitelji šehida i poginulih branitelja i nestalih osoba u ratu 1992.-1995. godine, koji imaju legitimaciju mjerodavnog općinskog organa uprave;
3. demobilizirani borci prijavljeni Zavodu za zapošljavanje i članovi njihove obitelji navedeni u članku 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju;
4. ratni vojni invalidi, vojni invalidi sa procentom invalidnosti od 40% pa više i civilne žrtve rata sa procentom invalidnosti od 60% pa više, s tim da se od neposrednog sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite oslobađaju i članovi obitelji prijavljenih na zdravstveno osiguranje iz temelja nositelja osiguranja;
5. vojnici na odsluženju vojnog roka i članovi njihove obitelji navedeni u članku 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju;
6. uživaoci mirovina i članovi njihovih obitelji čiji mjesečni iznos mirovine ne prelazi 200 KM;
7. invalidi rada sa procentom invalidnosti od 60% pa više;
8. osobe nesposobne za samostalan život i rad na temelju rješenja mjerodavnog organa;

9. raseljene osobe koja imaju svojstvo osigurane osobe po tom osnovu;

Ukoliko su pojedine kategorije osiguranih osoba posebnim propisima oslobođene od neposrednog sudjelovanja u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite, iznos sudjelovanja zdravstvena ustanova refundirat će od mjerodavnog organa, sukladno tom propisu.

**Članak 9.**

Određbe članka 7. i 8. ove Odluke ne odnose se na slučajeve regulirane člankom 2. točke 4., 5., 6., 37., 41., 42., 44., 47., 49. i 51., te člankom 3. točke 9. i 13. i člankom 5. točke 1. i 4. Odluke.

**Članak 10.**

Neposredno sudjelovanje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite utvrđeno ovom odlukom osigurane osobe plaćaju u zdravstvenoj ustanovi, odnosno drugoj ustanovi u kojoj koriste zdravstvenu zaštitu.

U slučajevima kada je sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite utvrđeno procentom od cijene zdravstvene usluge, iznos neposrednog sudjelovanja određuje se prema cijeni usluge utvrđenoj Cjenovnikom Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

**Članak 11.**

Sredstva ostvarena naplatom iznosa neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba kod korišćenja zdravstvene zaštite, sukladno odredbama ove Odluke, prihod su Kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

Odlukom Upravnog odbora Kantonalni zavod može dio naplaćenih sredstava od neposrednog sudjelovanja ustupiti zdravstvenoj ustanovi prema kriterijima utvrđenim međusobnim ugovorom.

Za naplaćeni iznos neposrednog sudjelovanja, u smislu stavka 1. ovog članka, zdravstvena ustanova, odnosno druga ustanova umanjuje obračun svojih usluga Kantonalnom zavodu zdravstvenog osiguranja, ako ugovorom između zdravstvene ustanove, odnosno druge ustanove i Kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja nije uređeno drugačije.

**Članak 12.**

Zdravstvene ustanove su dužne da vode evidenciju naplaćenih sredstava po osnovu neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite.

Evidencija naplaćenih sredstava neposrednog sudjelovanja osiguranih lica vodi se na temelju izdatih blok-priznanica. Blok-priznanica sadrži slijedeće podatke: ime i prezime osigurane osobe, jedinstveni matični broj (JMBG), naziv zdravstvene ustanove, vid zdravstvene zaštite i naplaćeni iznos.

U slučajevima naplate pune cijene zdravstvene usluge ili usluge na vlastiti zahtjev pacijenta, izdaje se posebna vrsta priznanice na kojoj je naznačeno "na vlastiti zaht-

jev". Evidencija ovih prihoda se vodi odvojeno i u cijelosti pripada zdravstvenoj ustanovi.

Evidencija sredstava neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba naplaćenih u apotekama vodi se na temelju realiziranih recepata.

Izvješće o naplaćenom iznosu neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba zdravstvena ustanova dostavlja Kantonalnom zavodu zdravstvenog osiguranja, šestomjesečno.

Sadržaj i oblik evidencije sredstava neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba utvrdit će se Uputstvom o primjeni ove odluke.

**Članak 13.**

Zdravstvena ustanova dužna je svakom osiguranoj osobi izdati blok-priznanicu za izvršenu naplatu neposrednog sudjelovanja, osim u slučaju naplate neposrednog sudjelovanja za izdate lijekove na recept, koji padaju na teret sredstava Kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

**Članak 14.**

Osigurana osoba može uložiti priziv na neopravdano ili više naplaćeni iznos neposrednog sudjelovanja ili na bilo koju povredu prava iz ove odluke rukovoditelju zdravstvene ustanove, u roku od osam dana, od dana učinjene povrede prava.

Na rješenje rukovoditelja zdravstvene ustanove osigurana osoba može uložiti priziv Povjerenstvu za prava osiguranika Kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja, u roku od 15 dana od dana prijema rješenja.

Zdravstvena ustanova je obvezna da po pozitivno riješenom prizivu osiguranika refundira sredstva pod nositelju priziva.

U slučajevima korišćenja zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama van Kantona, neposredno sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite plaća se prema propisima kantona u kojem se ona koristi.

**Članak 15.**

Neposredno sudjelovanje osiguranih osoba troškovima zdravstvene zaštite odnosi se samo na slučajeve (usluge) utvrđene ovom Odlukom.

**Članak 16.**

Obvezuju se Zavod zdravstvenog osiguranja zdravstvene ustanove koje pružaju usluge zdravstvene zaštite, da javno istaknu Odluku o neposrednom sudjelovanju osiguranih osoba u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite na teritoriji Zeničko-dobojskog kantona.

**Članak 17.**

Ukoliko Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja nije zaključio ugovor o pružanju zdravstvenih usluga zdravstvenom ustanovom, a Povjerenstvo za odobravanje

je liječenja van područja ZE-DO kantona uputi osigurana osoba u takvu ustanovu, u tom slučaju refundaciju naplaćenog iznosa za pruženu zdravstvenu uslugu osiguranoj osobi vrši Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja.

#### Članak 18.

Ministar zdravstva Zeničko-dobojskog kantona će u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ove odluke donijeti Uputstvo o primjeni odluke.

#### Članak 19.

Danom stupanja na snagu ove odluke prestaje da važi Odluka o neposrednom sudjelovanju osiguranih osoba u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite na teritoriju Zeničko-dobojskog kantona ("Službene novine Zeničko-dobojskog kantona", broj 3/02. i isp. 9/02.).

#### Članak 20.

Odluka stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Zeničko-dobojskog kantona".

Broj:01-37-6241/05  
Datum, 10.03.2005.godine  
Zenica

**PREDSJEDATELJ**  
Besim Spahić, v.r.

62.

Na temelju članka 37. stavak 1. točka f. Ustava Zeničko-dobojskog kantona i članka 33. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", broj 30/97 i 7/02), Skupština Zeničko-dobojskog kantona, na XXVII sjednici, održanoj 04.03.2005. godine, donosi

propisuje, na temelju medicinskih indikacija, ovlaštenu doktor medicine - specijalista određene grane medicine i ovlaštenu doktor stomatologije - specijalista određene grane stomatologije, na temelju doktrinarnih kriterija.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50