



Broj: 02-33-15-1854/25  
Datum, 06.05.2025.godine

Zavod zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona, na osnovu člana 103. Zakona o zdravstvenom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine, člana 26. Statuta Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona („Službeni glasnik Unsko-sanskog kantona“ broj: 12/15 i 9/19), Odluke upravnog odbora Zavoda broj:01-02-2-1663/25 od 15.04.2025. godine, a u vezi sa Finansijskim planom Zavoda zdravstvenog osiguranja za 2025. godinu i Programom zdravstvene zaštite o pružanju zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za Unsko-sanski kanton za 2025. godinu, objavljuje

## JAVNI POZIV ZA UČEŠĆE POSTUPKU SUFINANSIRANJA BIOMEDICINSKI POTPOMOGNUTE OPLODNJE ZA 2025. godinu

### I. Predmet javnog poziva

Pozivaju se osigurana lica Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona koja su zainteresirana za učešće u postupku biomedicinske potpomognute oplodnje da podnesu prijave u skladu sa kriterijima iz ovog Javnog poziva.

Postupak biomedicinske potpomognute oplodnje sufinansirat će se iz sredstava Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona u iznosu do 3.000,00 KM po jednom postupku.

Ukupan broj odobrenih zahtjeva za sufinansiranje biomedicinske potpomognute oplodnje ovisi od sredstava planiranih Finansijskim planom Zavoda za 2025. godinu za ove namjene.

### II. Kriteriji za učešće u programu asistiranu reprodukciju

#### 1. Nemedicinski kriteriji :

- da su podnosioci zahtjeva u bračnoj zajednici najmanje jednu godinu
- da podnosioci zahtjeva imaju status osiguranog lica Zavoda najmanje šest mjeseci na dan podnošenja zahtjeva

#### 2. Medicinski kriteriji :

- neprohodnost jajovoda (*dokazuje se nalazom HSG ili laparoskopskim nalazom*)
- oligoastenospemija (*dokazuje se nalazom spermograma i nalazom i mišljenjem urologa*)
- udruženi uzroci (*dokazuje se nalazom i mišljenjem ginekološkog konzilijuma uz neprohodnost in vitro fertilizacije*):
  - jedan jajovod prohodan drugi neprohodan
  - slabija prohodnost jajovoda uz loš kvalitet sperme
  - endometrioza
- idiopatska neplodnost (*dokazuje se medicinskom dokumentacijom*)
- da žena nije prethodno rađala (*dokazuje se anamnezom*).

### III. Potrebna dokumentacija

Uz prijavu (*prijava uredno popunjena sa svim traženim podacima iz prijave*) na Javni poziv zainteresirana lica su obavezna priložiti slijedeću dokumentaciju:

- izvod iz matične knjige vjenčanih,
- fotokopija e-legitimacije,
- fotokopije lične karte oba bračna partnera,
- transakcijski račun (ugovor s bankom ili potvrda banke),
- anamneza, ginekološki nalaz, sonografski nalaz, medicinska dokumentacija o ranijim postupcima asistiranu reprodukcije,

- f) dokumentaciju o izvršenim slijedećim laboratorijskim pretragama:
1. mikrobiološka ispitivanja oba partnera
    - bakterija Chlamydia, Mycoplasma, toxoplasma-izolacija
    - Hbs Ag, HCV, HIV, VDRL – serologija,
  2. antispermatozoidna antitjela za oba partnera,
  3. hormonsko ispitivanje,
    - prolaktin, hormone štitne žlijezde,
    - FSH, LH i estradiol (treći dan ciklusa)
  4. HSG ili laparoskopija u slučaju urednog nalaza supruge,
  5. spermogram,
  6. nalaz i mišljenje urologa.

#### IV. Rok za prijavu

Zainteresirana osigurana lica Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona mogu podnijeti prijave za učešće po ovom Javnom pozivu do 06.06.2025. godine.

Prijave se podnose putem obrasca koji zainteresirana lica mogu preuzeti na web stranici ([www.zzousk.ba](http://www.zzousk.ba)) ili lično na adresi Zavoda Ulica 5. Korpusa br. 10 Bihać.

#### V. Napomena

Listu kandidata za postupak biomedicinske potpomognute oplodnje utvrdit će posebno formirana komisija od strane direktora Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona, a na osnovu priložene dokumentacije i kriterija iz tačke II i III ovog Javnog poziva.

Obrada: Alen Čehić, dipl.ecc



**Zahtjev za učešće u postupku sufinansiranja biomedicinski potpomognute oplodnje za 2025.godinu**

|                                                                                    |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Ime i prezime (suprug)                                                             |                                                              |
| Ime i prezime (supruga)                                                            |                                                              |
| Mjesto prebivališta                                                                |                                                              |
| Adresa                                                                             |                                                              |
| Kontakt telefon                                                                    |                                                              |
| Naziv banke i broj transakcijskog računa na koji će se izvršiti eventualna isplata | <b><u>Naziv banke:</u></b><br><br><b><u>Broj računa:</u></b> |
| Dokumentacija u prilogu zahtjeva                                                   |                                                              |

\_\_\_\_\_.godine  
Mjesto Datum

\_\_\_\_\_  
(IME I PREZIME SUPRUGA) / Vlastoručni potpis

\_\_\_\_\_  
(IME I PREZIME SUPRUGE) / Vlastoručni potpis