

Na osnovu člana 41. st. 2. i 3. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", br. 30/97 i 7/02), federalni ministar zdravstva, donosi

PRAVILNIK

O UVJETIMA, NAČINU I POSTUPKU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE ZA VRIJEME BORAVKA U INOSTRANSTVU

Član 1.

Ovim pravilnikom se utvrđuju uvjeti, način i postupak ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu osiguranih lica za vrijeme boravka u inostranstvu.

Član 2.

Pravo na zdravstvenu zaštitu za vrijeme boravka u inostranstvu imaju osigurana lica:

- u radnom odnosu kod pravnog ili fizičkog lica sa sjedištem na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Federacija), upućena na rad ili stručno usavršavanje u inostranstvo;
- sa prebivalištem na teritoriji Federacije, zaposlena u inostranstvu kod inostranog poslodavca, a koja nemaju zdravstveno osiguranje inostranog nosioca zdravstvenog osiguranja;
- na radu u diplomatsko-konzularnim predstavništvima Bosne i Hercegovine u inostranstvu (u daljem tekstu: DK predstavništvima), te lica zaposlena u domaćinstvima osiguranih lica koja se nalaze na radu u inostranstvu, ako su državljani Bosne i Hercegovine, sa prebivalištem na teritoriji Federacije;
- na službenom putovanju u inostranstvu;
- koja borave u inostranstvu po privatnom poslu, turisti i sl.

Član 3.

Ako se osigurana lica iz člana 2. ovog pravilnika nalaze u zemljama sa kojima postoje zaključene ili preuzete konvencije o socijalnom osiguranju i na njih se odnosi konvencija, onda koriste zdravstvenu zaštitu i druga prava iz zdravstvenog osiguranja na način određen tom konvencijom.

Član 4.

Osigurana lica iz člana 2. ovog pravilnika pravo na zdravstvenu zaštitu, u zemljama sa kojima postoje zaključene konvencije o socijalnom osiguranju, mogu koristiti na teret sredstava kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja, samo ukoliko im je prije odlaska u inostranstvo izdat odgovarajući dvojezični obrazac utvrđen u skladu sa odredbama konvencije, pod uvjetom da konvencijom o socijalnom osiguranju nije drugačije regulisano.

Član 5.

Pravo na zdravstvenu zaštitu u zemljama sa kojima ne postoje zaključene konvencije o socijalnom osiguranju, osigurana lica iz člana 2. ovog pravilnika, mogu koristiti na teret sredstava kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja samo ukoliko im je prije odlaska u inostranstvo izdata potvrda o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu.

Potvrda o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu iz stava 1. ovog člana, treba da sadrži podatke u kojim slučajevima, u kojem obimu i za koji period osigurano lice može koristiti zdravstvenu zaštitu u inostranstvu.

Član 6.

Nadležni kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja osiguranim licima iz člana 2. alineja druga, četvrta i peta ovog pravilnika, na osnovu pismenog zahtjeva, izdaje potvrdu o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu odnosno odgovarajući dvojezični obrazac.

Član 7.

Kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja dužan je, jedan primjerak potvrde odnosno, dvojezičnog obrasca, iz člana 6. ovog pravilnika dostaviti Zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Federalni zavod osiguranja i reosiguranja).

Član 8.

Na osnovu pismenog zahtjeva nadležnog organa uprave, pravnog ili fizičkog lica koje upućuje osigurano lice na rad u inostranstvo, Federalni zavod osiguranja i reosiguranja, osiguranim licima iz člana 2. alineja prva i treća ovog pravilnika, izdaje potvrdu o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu odnosno odgovarajući dvojezični obrazac.

Član 9.

Potvrda o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, odnosno dvojezični obrazac, može se izdati samo osiguranom licu za koje je, prije odlaska u inostranstvo, utvrđeno da ne boluje od akutnih oboljenja ili da ne boluje od hroničnog oboljenja koje zahtjeva duže liječenje i stalan nadzor doktora medicine, odnosno da je sposoban za obavljanje poslova zbog kojih se upućuje na rad u inostranstvo.

Troškovi izdavanja isprava iz stava 1. ovog člana padaju na teret osiguranog lica, odnosno na teret pravnog lica, ukoliko ista zahtijevaju izdavanje isprava.

Član 10.

Utvrđivanje i ocjenu zdravstvenog stanja osiguranog lica, prije odlaska u inostranstvo, vrši izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, odnosno doktor medicine rada.

Ocjenu zdravstvenog stanja osiguranog lica izabrani doktor medicine daje na osnovu neposrednog ljekarskog pregleda, izvršenog uvida u zdravstveni karton i potrebne laboratorijske, RTG snimke i druge medicinske nalaze iz kojih se može pouzdano utvrditi zdravstveno stanje osiguranog lica.

Osigurano lice, pravno, odnosno fizičko lice kod koga je osigurano lice zaposleno, kao i kontrolor kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja mogu, u roku od 48 sati od momenta saopštenja ocjene, uložiti prigovor na ocjenu izabranog doktora medicine.

O prigovoru iz stava 3. ovog člana rješava komisija kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

Rješenje komisije iz stava 4. ovog člana je konačno.

Član 11.

Osiguranim licima iz člana 2. alineja prva, druga i treća ovog pravilnika, ukoliko borave u inostranstvu u trajanju do šest mjeseci, obezbjeđuje se zdravstvena zaštita samo u slučaju hitne medicinske pomoći.

Osiguranim licima iz stava 1. ovog člana, ukoliko borave u inostranstvu u trajanju dužem od šest mjeseci, obezbjeđuje se zdravstvena zaštita u obimu i vrsti predviđenom Zakonom o zdravstvenom osiguranju, osim prava na stomatološko-protetske nadomjestke, ortopedska i druga pomagala veće finansijske vrijednosti, za što je potrebna prethodna saglasnost nadležnog kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja.

Član 12.

Osiguranim licima iz člana 2. alineja četvrta i peta ovog pravilnika obezbjeđuje se zdravstvena zaštita samo u slučaju hitne medicinske pomoći, i to u trajanju najduže do 30 dana u toku kalendarske godine.

Član 13.

Članovima porodice osiguranog lica, u smislu člana 20. Zakona o zdravstvenom osiguranju, za vrijeme njihovog boravka u inostranstvu sa osiguranim licem, obezbjeđuje se zdravstvena zaštita pod istim uvjetima i u obimu kao i tim osiguranim licima.

Član 14.

Potvrdu o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, osigurano lice, u slučaju potrebe, predaje najbližem DK predstavništvu u zemlji u kojoj boravi.

Član 15.

U slučaju potrebe, osigurano lice predaje dvojezični obrazac o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, najbližem nosiocu socijalnog osiguranja druge države ugovornice, u skladu sa odredbama konvencije o socijalnom osiguranju.

Član 16.

Ukoliko se ukaže potreba, DK predstavništvo na osnovu potvrde o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, izdaje osiguranom licu uputnicu za doktora medicine, doktora stomatologije, odnosno zdravstvenu ustanovu, te vrši i druge poslove koji se reguliraju Ugovorom o obavljanju poslova u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja u inostranstvu zaključenim između Ministarstva vanjskih poslova Bosne i Hercegovine i Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Član 17.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja, u zemljama sa kojima nisu zaključene konvencije o socijalnom osiguranju, putem depozita kod DK predstavništava, obezbjeđuje stalni iznos deviznih sredstava potrebnih za isplatu troškova zdravstvene zaštite osiguranih lica iz člana 2. ovog pravilnika, za period od najmanje tri mjeseca.

Član 18.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja, sredstva potrebna za formiranje i popunu depozita za isplatu troškova zdravstvene zaštite osiguranih lica iz člana 2. alineja prva i treća ovog pravilnika, obezbjeđuje na osnovu uplate dodatnog doprinosa za zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, utvrđenog posebnom odlukom Vlade Federacije Bosne i Hercegovine.

Član 19.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja, sredstva potrebna za popunu depozita za isplatu troškova zdravstvene zaštite za osigurana lica iz člana 2. alineja druga, četvrta i peta ovog pravilnika, obezbjeđuje povlačenjem sredstava iz kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja u visini sredstava utrošenih za osigurana lica iz tog zavoda.

Član 20.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja vrši kontrolu isplata, koje je izvršilo DK predstavništvo, za korištenje zdravstvene zaštite osiguranih lica iz člana 2. ovog pravilnika.

Član 21.

Osigurano lice koje je koristilo zdravstvenu zaštitu u inostranstvu na osnovu potvrde o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, odnosno dvojezičnog obrazca, izdatog od strane kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja, i lično platilo troškove zdravstvene zaštite, može podnijeti zahtjev nadležnom kantonalnom zavodu zdravstvenog osiguranja za naknadu navedenih troškova.

Uz zahtjev iz stava 1. ovog člana, osigurano lice podnosi račun o visini plaćenih troškova, kao i medicinsku i drugu dokumentaciju kojom se dokazuje da je zdravstvena zaštita korištena.

U postupku odlučivanja po zahtjevu osiguranog lica iz stava 1. ovog člana, obavezno se utvrđuje da li je zdravstvena zaštita korištena u periodu za koji je potvrda, odnosno dvojezični obrazac izdat, te da li je zdravstvena zaštita korištena na način i u obimu utvrđenom Zakonom o zdravstvenom osiguranju i ovim pravilnikom.

Naknada troškova iz stava 1. ovog člana isplaćuje se osiguranom licu u KM, prema važećem srednjem kursu na dan isplate.

Član 22.

Za osigurana lica iz člana 2. ovog pravilnika koja su koristila zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, a kojima prije odlaska u inostranstvo nije izdata potvrda o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, odnosno dvojezični obrazac, troškove korištene zdravstvene zaštite snosi osigurano lice lično, odnosno pravno ili fizičko lice koje je osigurano lice uputilo na rad u inostranstvo.

Član 23.

Obrazci potvrda o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, sastavni su dio ovog pravilnika (Obrazac 1.; Obrazac 1a. i Obrazac 2.).

Član 24.

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

Broj 01-37-3366/02
28. juna 2002. godine
Sarajevo

Ministar
dr. **Željko Mišanović**, s. r.