

Pravna analiza:

“Analiza zakona o zdravstvenom osiguranju u Bosni i Hercegovini (Entiteti, Brčko Distrikt i kantoni gdje je primjenljivo) u cilju identifikovanja razlika među njima i postojećih EU principa”

Napisala : Nada Zukić, konsultant za javno pravo, diplomirani pravnik, i magistar psihologije

Dio I - Uvod:

U Bosni i Hercegovini zdravstveno osiguranje spada u nadležnost entiteta i Brčko Distrikta.

Ustavom Bosne i Hercegovine, članom II (1) propisano je da *“Bosna i Hercegovina i oba entiteta će osigurati najviši nivo međunarodno priznatih ljudskih prava i osnovnih sloboda.”*

Istim članom Ustava BiH, tačkom (2) propisano je: *“prava i slobode predviđeni u Evropskoj konvenciji za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda i už njeni protokoli se direktno primjenjuju u Bosni i Hercegovini. Ovi akti imaju prioritet nad svim ostalim zakonima.”*

Aneks I na Ustav Bosne i Hercegovine obavezuje Bosnu i Hercegovina da primjenjuje na svojoj teritoriji dodatno Ugovore o ljudskim pravima kao i Konvencije o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966), Univerzalnu deklaraciju o ljudskim pravima, (1948); Međunarodni ugovor o građanskim i političkim pravima iz 1966 godine, i pripadajući mu dopunski Opcionalni protokoli (1989); Međunarodnu konvenciju o eliminaciji svih vrsta diskriminacije žena, 1979, kao i Konvenciju o pravima djeteta (1989).

Takodje Ustav Bosne i Hercegovine u članu I (4) predviđa da se na teritoriji Bosne i Hercegovine mora obezbijediti sloboda kretanja ljudi roba usluga i kapitala.

Ustav Federacije Bosne i Hercegovine propisuje da oblast zdravstva spada u podijeljenu nadležnost između Federacije Bosne i Hercegovine i kantona, a kantoni imaju isključivu nadležnost nad implementacijom socijalne politike i pružanjem usluga socijalne zaštite.

Slijedeći Ustavne odredbe, u Federaciji Bosne i Hercegovine, zdravstveno osiguranje je regulisano zakonom o zdravstvenom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine, koji je stupio na snagu i počeo se primjenjivati 1998 godine, dok su fondovi zdravstvenog osiguranja na nivou kantona (formirano je u 10 kantona, 10 kantonalnih fondova za

zdravstveno osiguranje). Kako bi se ispunio uslov iz Ustava Federacije Bosne i Hercegovine i zakona iz oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, kojima je zagarantovano da cjelokupno stanovništvo Federacije Bosne i Hercegovine ima jednaka prava na zdravstveno osiguranje, te da bi se prevazišle poteškoće u nejednakim prilivima prihoda u vidu doprinosa za zdravstveno osiguranje kantonalnih fondova (razlike između bogatijih i siromašnijih fondova za zdravstveno osiguranje u Federaciji Bosne i Hercegovine) formiran je Federalni fond Solidarnosti.

U **Republici Srpskoj zdravstveno** osiguranje je centralizovano i na nivou entiteta, i fond zdravstvenog osiguranja ima 8 filijala: Filijala Banja Luka, Filijala Prijedor, Filijala Doboš, Filijala Bijeljina, filijala Istočno Sarajevo, Filijala Zvornik, Filijala Trebinje, Filijala Srbinje. Centralizovan sistem zdravstvenog osiguranja u RS je mnogo povoljniji za osigurane osobe u poredjenju sa osiguranicima u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Fond zdravstvenog osiguranja **Brčko Distrikt Bosne i Hercegovine**, pokriva teritoriju Brčko Distrikta.

Ovako decentraliziran i raznolik sistem zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u Bosni i Hercegovini predstavlja poteškoću za jednak pristup zdravstvenim uslugama i zdravstvenom osiguranju za sve građane Bosne i Hercegovine.

Servisi zdravstvene zaštite koji se pružaju osiguranicima po principu nadležnosti i registracije osiguranika u pojedinim kantonima ili entitetima, nisu prenosivi između dva entiteta, niti između kantona.

Osobe zdravstveno osigurane u različitim entitetima, kao i u kantonima imaju različita prava i različit pristup zdravstvenoj zaštiti, čak i ako plaćaju iste iznose doprinosa.

Ukupni prihodi i izdaci za zdravstveno osiguranje u čitavoj Bosni i Hercegovini su veoma veliki, i održivost ovakvog sistema zdravstvenog osiguranja je veoma upitna. Zdravstvena zaštita nije dostupna (osnovni Paket zdravstvene zaštite) određenim grupama stanovništva.

U Bosni i Hercegovini se pokušalo preko fondova za zdravstveno osiguranje, a koji se finansiraju iz različitih izvora, pokriti zdravstvenim osiguranjem većina stanovništva Bosne i Hercegovine, kako bi se ispunile međunarodne obaveze koje je ova zemlja preuzela, ali se i do danas u Bosni i Hercegovini nalazi veliki broj neosiguranih građana.

Najveći dio neosiguranih lica su nezaposlene osobe, koje nisu registrovane kao takve. U Federaciji Bosni i Hercegovini, za razliku od Republike Srpske, rokovi za prijavljivanje u zavode za nezaposlena lica su veoma kratki i striktni, te je veliki broj građana u Federaciji bez zdravstvenog osiguranja zbog propustanja navedenih rokova za prijavljivanje u zavode za zaposjavanje. Takodje su neosigurana lica i zaposeni kojima se doprinosi za zdravstveno osiguranje ne uplaćuje od strane njihovih poslodavaca, kao i lica koja se nalaze na listama čekanja za posao kao i invalidnih lica.

U grupu neosiguranih lica spadaju i Romi, kao i djeca koja nemaju zdravstveno osiguranje iz razloga ne prijavljivanja djece od strane roditelja na zdravstveno osiguranje, a zbog neinformisanosti o pravima na koja imaju djeca u sistemu zdravstvene zastite.

U Bosni i Hercegovini ne postoji sistem zdravstvenog osiguranja, jer je isti razjedinjen, potpuno decentraliziran, bez ikakve kordinacije i kontrole sa jednog mjesta, bez saradnji između fondova za zdravstveno osiguranje i bez transparentnosti u radu medju fondovima za zdravstveno osiguranje.

Kako bi se ublažile posljedice ovako decentralizovanog sistema zdravstvenog osiguranja u Bosni i Hercegovini, te kako bi se obezbijedile neke aktivnosti države u ovoj oblasti na međunarodnom nivou, Zakon o ministarstvima i drugim tijelima uprave Bosne i Hercegovine ("Službeni glasnik BiH" br: 5/03,26/04, 42/04, 45/06, 88/07, 88/07, 35/09, 59/09, 103/09) reguliše da je "Ministarstvo civilnih poslova između ostalog *nadležno za obavljanje poslova i izvršavanje zadataka koji su u nadležnosti Bosne i Hercegovine i koji se odnose na utvrđivanje osnovnih načela koordiniranja aktivnosti, usklađivanja planova entitetskih tijela vlasti i definiranje strategije na međunarodnom planu u području zdravstva i socijalne skrbi.*" Iako se ovim zakonom na državnom nivou pokušalo uvesti i dati državi neke kompetencije u oblasti zdravstva, uloga države u ovom veoma bitnom segmentu života gradjana je skoro neznatna zbog zatvorenosti entiteta i kantona po pitanju zdravstvenog osiguranja.

Dio II - Obaveze Bosne i Hercegovine i primjena međunarodnih standarda u zdravstvenoj zaštiti i osiguranju.

Slobodno kretanje ljudi, roba, usluga i kapitala je jedan od osnova na kojima počiva unutrašnje tržište Evropske Unije. Cilj unutrašnjeg tržišta ostvariće se tek potpunim ukidanjem prepreka za navedene slobode.

Evropskom Konvencijom o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda (ratifikovana od strane Bosne i Hercegovine) garantuje se, između ostalog i zabrana diskriminacije, koja se primijenjuje u svim oblastima, pa i u oblasti zdravstvenog osiguranja.

"Uživanje prava i sloboda predviđenih ovom konvencijom osigurava se bez diskriminacije po bilo kojoj osnovi, kao što su spol, rasa, boja kože, jezik, vjeroispovijest, političko ili drugo mišljenje, nacionalno ili socijalno porijeklo, veza sa nekom nacionalnom manjinom, imovno stanje, rođenje ili drugi status."

Bosna i Hercegovina je ratifikovala Evropsku socijlanu povelju u septembru 2008. godine. Evropska socijalna povelja (u dajem tekstu Povelja) predstavlja jedan od osnovnih dokumenata koji reguliše ostvarivanje ekonomskih i socijalnih prava. Ratifikacijom Povelje i to članova koji direktno utiču na ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje, Bosna i Hercegovina se obavezala da će uspostaviti efikasan sistem socijalne zaštite, kao i prava iz zdravstvenog osiguranja. Ovim se Država Bosna i Hercegovina obavezala na uspostavljanje dostupnog i efikasnog

sistema zdravstvene zaštite i osiguranje prava iz zdravstvenog osiguranja, koji će ugraditi u svoju legislativu.

Član 11 - pravo na zdravstvenu zaštitu Evropske socijalne povelje glasi:

“ U namjeri da obezbijede efikasno ostvarivanje prava na zaštitu zdravlja, strane ugovornice obavezuju se da, bilo same bilo u saradnji sa javnim ili privatnim organizacijama, preduzmu odgovarajuće mjere koje bi trebalo, između ostalog:

1. Da uklone u najvećoj mogućoj mjeri uzroke bolesti;
2. Da obezbijede savjetodavne i obrazovne pogodnosti za unapređivanje zdravlja i podsticanje individualne odgovornosti po pitanju zdravlja;
3. Da spriječe u najvećoj mogućoj mjeri epidemiološka, endemska i druga oboljenja

Članom 12 Povelje, država potpisnica je obavezna osigurati djelotvorno uspostavljanje prava i korištenje socijalnog osiguranja, koja je kao minimum jednaka onoj koja je potrebna za ratifikaciju Evropskog kodeksa socijalne zaštite koji reguliše ostvarivanje devet vrsta prava uključujući i prava na:

- zdravstvenu zaštitu,
- davanje za bolest
- davanje za starost

Povelja, dalje nalaže, efikasnu primjenu prava, te formuliše da pravo na socijalnu pomoć mora biti: jasno definisano zakonom, zasnovano na objektivnim kriterijima, ostvarljivo, i ne smije podlijegati nikakvoj drugoj uvjetovanosti osim potrebe korisnika za socijalnom pomoći.

Da bi se osiguralo djelotvorno korišćenje prava na socijalnu i medicinsku pomoć, zemlje potpisnice su preuzele obavezu da, između ostalog: “osiguraju da svaka osoba koja ne raspolaže odgovarajućim resursima i koja nije u mogućnosti osigurati te resurse dobije odgovarajuću pomoć i u slučaju bolesti, i drugim slučajevima zavisno od stanja osobe.

Država potpisnica je obavezna da razvije sistem/šemu javne socijalne i medicinske pomoći koja će obuhvatiti: novčana davanja ili davanja druge vrste, što uključuje jasno definisanje kategorija, uslova, procedura za dodjelu pomoći kao i jasan i funkcionalan način na koji se osigurava pravo na pomoć i uspostavljen neovisan organ preko kojeg pojedinci mogu tražiti zaštitu prava” (član 13).

Povelja obavezuje zemlje potpisnice koje preuzimaju obavezu “*da usvoje ili podstaknu direktno ili u saradnji sa javnim ili privatnim organizacijama, odgovarajuće mjere kreirane sa ciljem da, između ostalog omogućće starijim osobama da vode neovisan život u svom porodičnom okruženju sve dok to žele i mogu, putem osiguranja zdravstvene zaštite i službe koje su im potrebne s obzirom na njihovo stanje.*“

Potrebno je navesti da su zemlje koje su ratificirale Konvenciju o pravima djeteta, obavezne kroz svoje zakonodavstvo obezbijediti da djeca na teritoriji zemlje uživaju najviši standard zdravlja koje je moguće dostići i osigurati pristup institucijama za liječenje i zdravstvenu rehabilitaciju. (Konvencija usvojena od strane Generalne skupštine Ujedinjenih nacija, 20 novembar 1989).

Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju između Evropske zajednice i njihovih država članica, s jedne strane i Bosne i Hercegovine s druge strane koje je Bosna i Hercegovina potpisala 16 Juna 2008 godine i čije je ispunjenje uslov pristupanju Bosne i Hercegovine članstvu Evropske Unije propisuje da će se *“utvrditi pravila za koordinaciju sistema socijalne sigurnosti za radnike s državljanstvom Bosne i Hercegovine koji su zakonito zaposleni na teritoriji neke države članice i za članove njihovih porodica koji legalno borave na njenoj teritoriji” (čl. 49 Sporazuma)*

Istim Sporazumom “strane priznaju važnost uskladjivanja postojećeg zakonodavstva i njegovog efikasnog provodjenja. Takodje BiH će osigurati postepeno uskladjivanje svojih postojećih zakona i budućih zakonodavstava s pravnom tečevinom (acquisem) Zajednice” (čl.70).

Takodje ovim Sporazumom od Bosne i Hercegovine se zahtijeva da se saradnjom strana ugovornica “podrži prilagodjavanje sistema socijalne sigurnosti Bosne i Hercegovine novim ekonomskim i socijalnim zahtijevima”

Iako su zahtijevi Evropske Unije u pogledu socijalne sigurnosti i zdravstvenog osiguranja vrlo jasni, precizni i deklarativni, mora se napomenuti da Bosanskohercegovački, zakoni o socijalnom osiguranju ne ispunjavaju tražene zahtijeve. Zakoni o zdravstvenoj zaštiti su veoma jednostrani i okrenuti samo prema osiguraniku - domaćem državljaninu, ili preciznije rečeno, državljaninu entiteta, ili čak isključivo građaninu kantona.

Vijeće Evrope od svoga osnivanja 1949 godine je aktivno uključeno u stvaranje i promoviranje socijalne sigurnosti u Evropi, pa tako i u Evropskoj Uniji i potencijalnim zemljama članicama Evropske Unije. Sistem socijalne sigurnosti koji zagovara Vijeće Evrope, je: “da postigne najveće moguće jedinstvo između svojih članica u cilju očuvanja i sprovođenja ideja i principa koji su zajedničko nasliedje i služe za olakšavanje njihovog socijalnog i ekonomskog progressa” imalo je osnovnu ulogu da bi se ustanovili osnovni i minimalni standardi socijalne sigurnosti u Evropi.

Evropski zakon o socijalnoj sigurnosti i njegovi Protokoli kao i revidirani zakon o socijalnoj sigurnosti postavlja standarde o socijalnoj sigurnosti i ističu osnovne principe koji se nazivaju Evropskim modelom socijalne sigurnosti.

Ovaj model mora biti uputa i za Bosnu i Hercegovinu, kao i sve ostale zemlje koje žele da postanu članice Evropske Unije, kako bi što prije i lakše zainteresovane zemlje ušle u Evropske integracije.

Rezolucija Ujedinjenih Nacija “Zdravlje za sve u 21 vijeku”, koja predstavlja strateški globalni dokument, imala je uticaj u Evropskoj regiji, i kao takav je odredio okvire za

akciju za zdravlje u regiji u cjelini, služeći pri tome kao putokaz i nadahnuće za korigovanje i uobličavanje ciljeva zdravstvene politike na nacionalnoj i lokalnoj razini.

Politika “Zdravlje za sve u 21 vijeku” Evropskog odjela Svjetske zdravstvene organizacije, ima dva glavna cilja:

- očuvati i unaprijediti zdravlje tokom cijelokupnog ljudskog života
- smanjiti učestalost vodećih bolesti i povreda današnjice, te ublažiti njima uzrokovanu patnju.

Takodje ovim dokumentom su ustanovljeni principi na kojima počiva strategija “Zdravlje za sve u 21 vijeku” a to su:

- zdravlje je temeljno ljudsko pravo;
- za postizanje ciljeva nužnih za pravičnost i solidarnost unutar i između zemalja i njihovih stanovnika;
- za ostvarivanje ovih ciljeva zahtijeva se učešće kao i odgovornost prema stalnom razvoju zdravlja kako pojedinca, tako i grupa, institucija i zajednica u cjelini.

U okviru navedenog dokumenta, uspostavljene su strategije, koje iskazuju potrebe cjelokupne evropske regije i predlažu akcije nužne za unapređenje sadašnje situacije. Oni će predstavljati osnov, prema kome će se mjeriti napredak u unapređenju i očuvanju zdravlja, te smanjenju rizika za zdravlje. Strategija je uobličena u 21 cilj “zdravlje za sve”, koje obuhvataju potrebe Evropske regije i predlaže načine za unapređenje situacije.

Osnovni cijevi su: solidarnost u očuvanju zdravlja unutar Evropske regije, pravičnost u očuvanju zdravlja unutar zemalja članica; zdravi početak života; zdravlje mladih; zdravo starenje; unapređenje duševnog zdravlja; smanjivanje zaraznih bolesti; smanjivanje ne zaraznih bolesti; smanjivanjem povreda uzrokovanih nasiljem i nesrećama; zdrava i sigurna životna okolina; zdravije življenje; finansiranje sustava zdravlja, alokacija resursa itd.

Bosna i Hercegovina je potpisnica i “Zagrebačke Deklaracije”, koju je organizovalo Vijeće Evrope, a potpisali su je Ministri za pitanja socijalnog osiguranja u zemljama Zapadnog Balkana, 24 marta 2006 godine. Ovim dokumentom zemlje potpisnice su se obavezale na medunarodnu koordinaciju sistema socijalne sigurnosti, kako bi građani u zemljama gdje borave ili rade ostvarili zdravstvena i penzionarna prava na isti način kao u matičnim državama. Ugovori znače jednako postupanje sa strancima kao i sa svojim državljanima u području socijalnog i penzijskog osiguranja, poštujući načelo prebivališta. Sve zemlje Evropske Unije, slobodne su u kreiranju svojih socijalnih programa i visina socijalnih naknada, tako dugo dok se drže načela jednakih mogućnosti, odnosno nediskriminacije.

Potpisivanjem “Tiranske Deklaracije” 16. oktobra 2007 u Tirani, Albanija, Bosna i Hercegovina se obavezala zajedno sa drugim potpisnicima, da će obezbijediti da se efikasnije rješavaju zajedničke potrebe putem koordiniranih mjera za jačanje

institucionalnih kapaciteta i unapredjenje socijalnih politika, u sklopu priprema za uključenje u Evropsku Uniju.

Bosna i Hercegovina je članica Ujedinjenih Naroda i samim time članica Svjetske zdravstvene organizacije.

Takođe, Bosna i Hercegovina je članica Vijeća Evrope, mada još uvijek nema status zemlje kandidata za Evropsku uniju. Međutim Bosna i Hercegovina se nalazi na svom putu prema Evropskoj uniji, što je obavezuje na provođenje i implementaciju Evropskih principa. Mora se istaći da je Bosna i Hercegovina na samom početku provođenja opsežnih reformi koje su neophodne za ulazak u proces pridruživanja.

U slučaju Bosne i Hercegovine svi dokumenti i upute koji se tiču zdravlja građana, zdravstvenog osiguranja, sigurnosti na globalnom i Evropskom nivou predstavljaju osnov i smjernice za prilagođavanje i harmonizaciju zakonodavstva tokom procesa pristupanja Evropskoj Uniji.

Treba imati na umu širok dijapazon različitih oblasti i povezanih uslova koji utiču na očuvanje zdravlja i pristup zdravstvenoj zaštiti, koja je direktno povezana sa zdravstvenim osiguranjem u zemljama unutar Evropske zajednice. Jedan od osnovnih činilaca u postizanju cilja poboljšanja i očuvanja zdravlja, prevencije, i pristupačnosti zdravstvenim ustanovama je Zdravstveno osiguranje.

Mora se istaći da Bosna i Hercegovina ima dosta problema pri uskladjivanju i implementaciji potpisanih dokumenata, što može biti ozbiljna barijera pri procesu pridruživanja Evropskoj Uniji.

Dio III - Aktivnosti BiH na razvoju domaće legislative:

Treba napomenuti da je Bosna i Hercegovina, do sada imala aktivnosti u oblasti zdravstva na nivou države i osnov za izradu dokumenta na državnom nivou predstavlja rezolucija o "Politici zdravlje za sve građane Bosne i Hercegovine" (Rezolucija usvojena na 17 Sjednici Doma naroda Parlamentarne Skupštine BiH 29. 4. 2002).

Ostali bitni elementi koji predstavljaju strategije ili potiču aktivnosti na državnom nivou su slijedeći dokumenti:

"BiH srednjoročna razvojna strategija –PRSP" za period 2004-2007 godine

-Preporuke Svjetske zdravstvene organizacije o "zdravju za sve"

-Zdravstvene preporuke Vijeća Evrope

-Konferencija o zdravstvenim opredjejenjima u Dubrovniku –"Dubrovačka Deklaracija" koja je usmjerena na unapređenje zdravstva u zemljama Jugoistočne Evrope.

Dio IV - Zakonska regulativa o zdravstvenom osiguranju Federacija Bosne i Hercegovine

Ustavni okvir Federacije Bosne i Hercegovine

Ustav Federacije Bosne i Hercegovine, u okviru Opštih odredbi poglavlja IIA, u članu 2. Propisuje da će Federacija *osigurati primjenu najvišeg nivoa međunarodno priznatih prava i sloboda utvrđenih u aktima navedenim u Aneksu Ustava*. U poglavlju III, člana 2 utvrđuje se podijela nadležnosti između Federacije BiH (entiteta) i kantona, tako da su zdravstvo i socijalna politika u zajedničkoj nadležnosti oba nivoa vlasti –Federalnom i kantonalnom.

Član 3, Ustava Federacije propisuje da se ova nadležnost ostvaruje zajednički ili odvojeno, ili samo od strane kantona uz koordinaciju Federalne Vlade.

Zakon o zdravstvenom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine (“Službene novine Federacije BiH” broj: 30/97, 7/02 i 70/08).

Definicija zdravstvenog osiguranja je data u članu 1 Zakona o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu ”zakon”), i u njoj se navodi da “zdravstveno osiguranje kao dio socijalnog osiguranja građana, čini jedinstven sistem u okviru koga građani ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti, obavezno u okviru kantona osiguravaju ostvarenje prava na zdravstvenu zaštitu i druge oblike osiguranja na način koji je utvrđen ovim zakonom, drugim zakonima i propisima donesenim na osnovu zakona.”

Ovim članom utvrđuje se, da socijalno i zdravstveno osiguranje kao dio socijalnog osiguranja se bazira na načelima solidarnosti i uzajamnosti, na ulaganju sredstava i načelu obaveznosti, pa prema tome nedostatak jednog od navedenih načela, za posljedicu ima prekid zdravstvenog osiguranja.

U Federaciji Bosne i Hercegovine, odnosno u kantonima, sredstva za zdravstveno osiguranje mogu se ulagati u **obavezno, prosireno**, kao i u **dobrovoljno zdravstveno osiguranje**.

U cilju ostvarivanja prava iz **obaveznog zdravstvenog osiguranja** koja su od interesa za sve korisnike –osigurana lica i sve kantone, kao i provodjenje određenih prava po osnovu konvencija, osnovan je Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH.

Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje imaju lica u radnom odnosu i druga lica koja vrše određene djelatnosti i imaju određeno svojstvo, a obuhvaćena su Federalnim zakonom.

Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje imaju i članovi porodice osiguranika, na način i pod uslovima propisanim zakonom:

Pod članovima porodice osiguranika se smatraju supružnik (bračni i vanbračni), djeca rođena u braku i van braka, usvojena djeca, roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i usvojitelji osiguranika) ako ih osiguranik izdržava;

Unuci, braća i sestre, djed i baka ako su nesposobni za privređivanje i samostalan život i ako nemaju sredstava za izdržavanje.

Obavezno zdravstveno osiguranje obezbjeđuje osiguranicima i članovima njihove porodice pravo na korištenje zdravstvene zaštite i pravo na novčane naknade-davanja i pomoć.

Zakon daje mogućnost da se zdravstveno osiguranje može ostvarivati u jednom ili više kantona, odnosno na dijelovima ili na cijeloj teritoriji Federacije. Ovakva mogućnost ostvarivanja prava u više kantona za osiguranjika koji je registrovan u jednom kantonu, do sada u praksi nije iskorištena.

Zdravstveno osiguranje koje je propisano zakonom, na bio koji način, pa ni ugovorom između Fonda za zdravstveno osiguranja i osigurane strane nemože se mijenjati, niti se može prenositi na druga lica, kao što se ne može ni naslijeđivati. Izuzetak je naslijedjivanje novčanih primanja koja su dospjela za isplatu, a ostala su neisplaćena usijed smrti osiguranog lica.

Kako bi se osigurala prava iz zdravstvene zaštite, odnosno pokrio obim prava koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, zakonodavno tijelo kantona može uvesti **prosireno zdravstveno osiguranje**.

Obavezni vid osiguranja ne znači, niti daje garanciju da će svi troškovi biti pokriveni od strane zdravstvenog fonda, pa osigurano lice u nekim slučajevima učestvuje u plaćanju troškova liječenja.

Zakon Federacije Bosne i Hercegovine propisuje da sva osigurana lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja imaju ravnopravan tretman.

Takodje Zakon obavezuje sve kantonalne yavode kao i Federalni zavod za osiguranje i reosiguranje da organizuju jedinstven informacioni sistem, kojim bi se pratilo ostvarivanje i korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, praćenje uplata i potrošnje, po obveznicima doprinosa, kao i drugih sredstava lično i za svakog osiguranika. (član 18 zakona).

Mora se napomenuti da implementacija jedinstvenog informacionog sistema u Federaciji Bosne i Hercegovine, nije nikada profunkcionisala, te su kantonalni fondovi jedini nosioci prava na praćenje korištenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Korisnici prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja prema zakonu Federacije su osiguranici i čine ih: lica u radnom odnosu u preduzećima, ustanovama, zadrugama i

drugim oblicima organizacija, ili pojedinaca koji samostalno obavljaju djelatnost ličnim radom, sredstvima u svojini građana, kod pojedinaca, i koji ličnim radom u vidu zanimanja obavljaju profesionalnu djelatnost, kao i imenovana lica.

Takodje u osiguranike spadaju i lica u radnom odnosu kod pravnog ili fizičkog lica sa sjedištem na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine upućena na rad u inostranstvo ili stručno usavršavanje, **ako su državljani Federacije Bosne i Hercegovine;**

državljanima Federacije Bosne i Hercegovine, zaposleni u stranim ili međunarodnim organizacijama i ustanovama, stranim konzularnim i diplomatskim predstavništvima sa sjedištem na teritoriji Federacije,

Kod gore navedenih zakonskih odredbi nije jasno zašto zakonodavac određuje kao uslov za sticanje statusa osiguranog lica državljanstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Državljanima sa državljanstvom Republike Srpske i Federacije Bosne i Hercegovine imaju zajedničko državljanstvo Bosne i Hercegovine, te ovakve odredbe mogu biti diskriminatorne prema državljanima Republike Srpske. Činjenica prebivališta ne obavezuje građanina da posjeduje državljanstvo entiteta u kojem stalno prebiva, te entitetsko državljanstvo nebi moglo biti prepreka za dobijanje statusa osiguranog lica, ukoliko takvo lice plaća doprinose za zdravstveno osiguranje.

Osigurana lica mogu biti

-lica koja imaju prebivalište na teritoriji Federacije i zaposlena su u inostranstvu kod inostranog poslodavca koja nemaju zdravstveno osiguranje inozemne ustanove;

- lica koja se nakon završenog obrazovanja nalaze na obaveznom praktičnom radu, ako rade sa punim radnim vremenom,

- lica koja na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine, obavljaju privrednu ili neprivrednu djelatnost ličnim radom

-vlasnici privatnih preduzeća sa sjedištem na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine.

-Korisnici penzija i invalidnina sa prebivalištem na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine, koji to pravo ostvaruju od inozemnog nosioca penzijskog i invalidskog osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno

-zemljoradnici koji se na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine bave zemljoradnjom kao glavnim ili jedinim zanimanjem;

- korisnici penzija i korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju i zaposlenje po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine;

Nezaposlene osobe koja su prijavljene zavodu za zaposljavanje ako su:

se prijavile u roku 30 dana nakon prestanka radnog odnosa, obavljanja djelatnosti ili nakon prestanka primanja naknade plaća na koju imaju pravo prema zakonu o zdravstvenom osiguranju;

-ako su se prijavila u roku 30 dana nakon otpuštanja iz ustanove za izvršenje kaznenih i prekršajnih sankcija, iz zdravstvene ili druge specijalizovane ustanove, ako je bila primjenjena mjera sigurnosti obaveznog psihijatrijskog liječenja u zdravstvenoj ustanovi ili obavezno liječenje alkoholičara i narkomana;

-ako su se prijavila 30 dana, po povratku iz inostranstva i ako su prije odlaska u inostranstvo bila zdravstveno osigurana;

-u roku od 90 dana nakon završetka školške godine u kojoj su završila redovna školovanja, odnosno od dana položenog ispita ako su prije toga izgubila pravo na zdravstvenu zaštitu

-djeca koja su navršila 15 godina života a nisu završila osnovno školovanje ili se od dana navršenih 15 godina života, odnosno od završetka školske godine prijave zavodu za Zapošljavanje.

Zakonom o izmijenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju 70/08 "Službene novine Federacije BiH", no 70/08 godine mijenja se odredba člana 19, te se zakonski regulise da: "djeca koja su navršila 15 godina života, odnosno stariji maloljetnici do 18 godina života, a nisu završili **osnovno školovanje** ili se po završetku osnovnog školovanja nisu zaposlili, ako su se prijavili zavodu za zapošljavanje, imaju pravo da budu ydravstveno osigurani.

Iako je izmijenama i dopunama Zakona Federacije, pokušalo napraviti ispravka osnovnog zakona i pokušano usaglašavanje sa Evropskim standardima, ipak može se reći da uslovljavanje prijavljivanja birou za zapošjavanje, djece koja su navršila 15, odnosno 18 godina djece koja nisu završila osnovno školovanje, nije se postigla željena zaštita maloljetnika. Naime, većina djece u ovakvoj situaciji poslije navršavanja 15 godina starosti, pa do 18 godina, ostaju neosigurana zbog neznanja i ne informisanosti roditelja i samog djeteta o načinu i proceduri osiguranja.

Djeca do 15odnosno 18 godina kao kategorija osiguranika je oslobođena plaćanja ličnog učesća osiguranih lica prilikom korišćenja zdravstvene zaštite (participacije).

Zakonom o izmijenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju predviđeno je da djeca od rođenja, kao i za vrijeme redovnog školovanja u osnovnim i srednjim školama odnosno studiranja na višim školama, te fakultetima, a koja su državljani Bosne i Hercegovine, i koja imaju prebivalište na teritoriji Federacije, mogu biti zdravstveno osigurani najduže do 26 godine života, pod uslovom da nisu zdravstveno osigurani kao članovi porodice osiguranika,

Osobe koje su starije od 65 godina, i koje nisu zdravstveno osigurane po drugom osnovu u Bosni i Hercegovini ili u inostranstvu, a koje imaju prebivaliste u Federaciji Bosne i Hercegovine, mogu biti osigurane po osnovu starosti na obavezno zdravstveno osiguranje.

Data je mogućnost i povratnicima i raseljenim licima kao i penzionerima koji primaju penziju od strane Penzionog Fonda Republike Srpske ili iz inostranstva, da mogu obezbijediti zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Za kategorije osiguranika djecu do navrsene 15 godine života, odnosno maloljetnike do 18 godina života i za lica sa navršenih 65 godina života, a koji nisu zdravstveno osigurani po drugom osnovu, plaćanje neposrednog učesća u troškovima zdravstvene zastite vrši organ uprave kantona nadležan za poslove socijalne i dječije zaštite.

Lica koja su prema propisu o školovanju izgubila status redovnog učenika, odnosno redovnog studenta ili su prekinula redovno školovanje, zadržavaju pravo na zdravstvenu

zaštitu u trajanju od jedne godine, od dana prekida školovanja pod uslovom da se prijave zavodu za zapošljavanje u roku od 30 dana.

Lica sa prebivalištem na teritoriji Federacije, kojima je priznato svojstvo ratnog, mirnodopskog i civilnog invalida rata, odnosno status korisnika porodične invalidnine, saglasno pozitivnim propisima, pripadnici Vojske Federacije, i pripadnici Federalnog Ministarstva Unutrašnjih Poslova, pripadnici kantonalne policije, lica koja su prekinula radni odnos zbog upućivanja od strane pravnog lica na stručno obrazovanje ili post-diplomski studij, lica upućena u inostranstvo u sklopu međunarodne prosvjetne, tehničke i kulturne saradnje, kao i vrhunski sportisti, ako nisu po drugom osnovu osigurani.

Treba istaći da se stranim državljanima koji imaju izbjeglički status u Bosni i Hercegovini kao i licima bez državljanstva, osigurava zdravstvena zaštita pod istim uslovima kao i državljanima Bosne i Hercegovine, pod uslovom da međunarodnim sporazumom nije drugačije određeno, što znači da je izvršeno usaglašavanje odredaba Zakona sa Evropskom konvencijom o ljudskim pravima i slobodama.

Međutim, ova odredba nije detaljno razradjena, niti je dovoljno jasna. Zakon ne ulazi u detalje niti određuje koji je zdravstveni Fond nadležan za registraciju stranog državljanina, niti se iz zakona vidi ko je nadležan za plaćanje troškova zdravstvenog osiguranja.

Lica s prebivalištem na teritoriji Federacije koja su nesposobna za samostalan život i rad i nemaju sredstava za izdržavanje saglasno propisima o socijalnoj pomoći, obavezno su osigurana na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrdjenom za članove porodice osiguranika, ako im se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugom osnovu.

Lica sa prebivalištem na teritoriji Federacije koja imaju sredstva za izdržavanje, obavezna su se osigurati na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrdjenom za članove porodice osiguranika, ako im se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugom osnovu. Lica iz stava 1. ovog člana ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu pod uvjetima da je uplaćen doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje, od dana prestanka svojstva osiguranika, odnosno najmanje 6 mjeseci unazad.

Iako se ovim zakonom pokušalo obuhvatiti **širok krug osiguranih lica** kojima je data mogućnost da budu osigurana, ipak se u potpunosti nije ispunio zahtjev Evropske socijalne povelje koja zahtijeva da svako ko nema potrebna sredstva ima pravo na socijalu i medicinsku pomoć.

Zakon ne daje rješenja niti propisuje na koji način će biti obuhvaćene posebno ranjive kategorije stanovništva (npr. Romi), niti pravi razlike između polova .

Mora se napomenuti da zakon predviđa da samo državljani Bosne i Hercegovine sa prebivalištem na teritoriji Federacije imaju navedena prava na zdravstveno osiguranje, dok se ne predviđa mogućnost da strani državljani koji su na školovanju i usavršavanju u Bosni i Hercegovini imaju pravo na zdravstveno osiguranje, niti se propisuju uslovi pod kojima bi se moglo zdravstveno osiguranje ostvariti.

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem, pod uslovima propisanim zakonom obezbjedzuje se **osiguranicima**: zdravstvena zaštita, naknada plaća; naknada putnih troškova u vezi sa korištenjem zdravstvene zaštite; i

Članovima porodice osiguranika: zdravstvena zaštita i naknada putnih troškova u vezi sa korištenjem zdravstvene zaštite.

Članom 32 Zakona je nabrojano šta zdravstvena zaštita obuhvata, kao i što je propisano da će Parlament Federacije Bosne i Hercegovine na prijedlog Vlade Federacije za svaku godinu odrediti “ **osnovni paket zdravstvenih prava**”. Mora se istaći da je Federalni Parlament prvi put donio “osnovni paket zdravstvenih prava” koji je stupio na snagu 1 aprila 2009 godine. (“Službene novine FBiH”, no. 21/09), što čini veliki napredak u odnosu na predhodni period kada nije bilo definisano šta čini osnovni paket zdravstvenih prava.

Osnovni paket definise se kao neophodan nivo zdravstvenih usluga koji se pod jednakim uslovima pruža svim osiguranicima u Federaciji BiH. Osnovnim paketom se osiguranicima garantuje pravo na lijekove sa esencijalne liste lijekova koje moraju biti iste u svim kantonima, minimum ortopedskih pomagala kao i zdravstvene usluge iz primarne, specijalističko – konsultativne i bolničke zdravstvene zaštite. Ovim propisom je prvi put od rata 1992 godine, tačno navedena lista usluga na koju korisnik obaveznog zdravstvenog osiguranja ima pravo.

Ovim paketom zdravstvenih prava, Ministarstvo zdravstva je definisalo i paket zdravstvenih prava za neosigurana lica. Ovim su data prava za djecu do 18 godina starosti i redovnim studentima do 26 godine života da imaju ista prava kao i osigurana lica.

Zdravstvena zaštita koja se se ovim zakonom propisuje je: primarna, specijalističko konsultativna i bolnička.

Zakon propisuje da je pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem i podrazumijeva **osiguranje zdravstvenog standarda pod jednakim uvjetima za osiguranje lica u** zadovoljavanju potreba u primarnoj, specijalističko-konsultativnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti sa odgovarajućom medicinskom rehabilitacijom. Obim prava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i drugih prava (osnovni paket zdravstvenih prava) iz obaveznog zdravstvenog osiguranja donosi Parlament Federacije, na prijedlog Vlade Federacije. (član 35 Zakona i član 7 izmijena i dopuna zakona o Zdravstvenom osiguranju).

Iako zakon predviđa mogućnost pružanja usluga osiguranicima u zdravstvenim ustanovama i kod privatnih zdravstvenih radnika sa kojima je kantonalni zavod sačinio ugovor o pružanju usluga, mora se napomenuti da je praksa zaključenja ugovora sa privatnim ljekarskim ustanovama i ambulancama veoma rijetka u svim kantonima, osim što su se u posljednjem periodu počeli sklapati ugovori sa privatnim apotekama, u pojedinim kantonima.

Zdravstvenim ustanovama sa kojima kantonalni zavod nije zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, mogu se na teret fonda kantonalnog zavoda osiguranja isplatiti samo troškovi medicinske pomoći pružene osiguranim licima u hitnim slučajevima i drugi troškovi u vezi sa pružanjem te pomoći.

Osiguranici imaju pravo na naknadu plaće ako su: privremeno spriječeni za rad zbog bolesti ili povrede, odnosno radi liječenja ili medicinskih ispitivanja smještenih u zdravstvenu ustanovu, zbog liječenja ili ispitivanja koje se ne može obaviti izvan radnog vremena osiguranika, ako su izolovani kao kliconoše, ili zbog zaraze u njihovoj okolini, ako su pratioci bolesnika upućenog na liječenje ili ljekarski pregled, ako su određeni da njeguju suprugu ili djeteta pod uvjetom propisanim zakonom.

Naknada plate utvrđuje se od **osnovice za naknadu koju čini plata isplaćena osiguraniku za mjesec** koja predhodi mjesecu u kojem nastupi slučaj na osnovu kojeg se stiče pravo na naknadu.

Naknada plate određuje se u visini od **najmanje 80% od osnovice** za naknadu, s tim da ne može biti niža od minimalne plate važeće za mjesec u kome se utvrđuje naknada.

Naknada plaće iznosi 100% od osnovice u slijedećim slučajevima: za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu ili oboljenja od profesionalne bolesti, za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i komplikacija prouzrokovanih trudnoćom i porođajem, za vrijeme spriječenosti za rad zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osobe.

Osigurane osobe imaju pravo na naknadu putnih troškova, pod uslovima propisanim zakonom.

Ostale naknade i pomoć osiguranika u Federaciji su:

-pravo na pogrebne troškove (visina, uvjeti i način korišćenja naknada za pogrebne troškove i donosi ih nadležni organ kantonalnog osiguranja).

Sva pravna i fizička lica obavezna su dostaviti kantonalnom zavodu osiguranja sve podatke u vezi s prijavom i odjavom osiguranog lica, a radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Kantonalni zavodi vrše isplatu naknade plata, kantonalni zavodi osiguravaju dvostепенost rješavanja u postupku, kada postupak pokrene osigurano lice, i u postupku se primjenjuje zakon o upravnom postupku.

Zakon propisuje pravo na **slobodan izbor doktora medicine** i doktora primarne zdravstvene zaštite.

Osiguranik ima pravo na slobodan izbor proširenog zdravstvenog osiguranja, a uz predhodno pribavljenu saglasnost obveznika uplate doprinosa, koji provodi prošireno zdravstveno osiguranje.

Zakonodavno tijelo kantona može svojom odlukom odrediti vidove zdravstvene zaštite, odnosno prava i pogodnosti koja se osiguravaju **proširenim zdravstvenim osiguranjem**, visinu doprinosa za prošireno zdravstveno osiguranje, uvjete i način pristupanja proširenom zdravstvenom osiguranju. Za provodjenje proširenog zdravstvenog osiguranja formiraju se posebni fondovi, čije se poslovanje vodi odvojeno od poslovanja ostalih fondova.

Osiguranci mogu za sebe i svoje članove porodice **dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem** osigurati dodatna prava iz zdravstvene zaštite, a koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Zavodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja finansiraju se iz premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje plaćaju građani, preduzeća ili druga pravna lica.

Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja se vrši iz: doprinosa iz plata radnika koji su u radnim odnosu; doprinosa na prihod lica koja obavljaju privrednu ili neprivrednu djelatnost, ličnim radom; doprinosa iz penzija i invalidnina i drugih naknada iz penzijskog i invalidskog osiguranja; doprinosa za nezaposlene građane; doprinosa koji se plaća na stalnu novčanu pomoć i za lica smještena u ustanovama socijalne zaštite; iz doprinosa od samostalne estradne djelatnosti, iz prihoda od autorskih prava, patenata i tehničkih unapredjenja, doprinosa iz dohotka od poljoprivredne djelatnosti, doprinosa lica koja sama plaćaju doprinose, naknada za zdravstvenu zaštitu članova porodice radnika zaposlenih u inostranstvu, inostranih penzionera i članova njihovih porodica, sredstava budžeta kantona odnosno opštine, sredstva ličnog učešća osiguranih lica u pokriću troškova zdravstvene zaštite i prihoda od donacije, pomoći, taksi, kamata, dividendi i drugih prihoda.

Obavezniku uplate doprinosa koji nije uplatio doprinose za zdravstveno osiguranje obustavlja se korištenje zdravstvene zaštite, izuzev hitne medicinske pomoći. Naplata doprinosa zastarjeva za pet godina.

Ovim zakonom se propisuje i obavezno zdravstveno **reosiguranje** koje se organizuje i provodi u okviru Federacije. Parlament Federacije Bosne i Hercegovine, svojom odlukom utvrđuje rizike koji se obavezno reosiguravaju i uvjete pod kojima se priznaje da je nastupio slučaj koji predstavlja osnov za naknadu, iznose premija za reosiguranje, i postupak za ostvarivanje naknada (odredjuju se rizici koji nastaju uslijed elementarnih nepogoda).

Dio V - Kantonalni zavodi osiguranja

U Federaciji Bosne i Hercegovine postoji 10 kantonalnih zavoda za zdravstveno osiguranje što znači da svaki kanton ima svoj zavod zdravstvenog osiguranja. Ovakva rascjepkanost i podijeljenost fondova je rezultat podijeljene nadležnosti fondova između Federacije Entiteta i kantona. Prema tome, osiguranici ostvaruju zdravstvenu zaštitu unutar svog kantona, odnosno entiteta.

Mogućnost kretanja osiguranog lica iz jednog kantona u drugi je otežana što dovodi osiguranike u nejednak položaj prilikom korištenja usluga proizašlih iz statuta osiguranika u jednom kantonu, te onemogućava slobodno kretanje osiguranih građana iz jednog kantona u drugi u smislu traženja kvalitetnijih zdravstvenih usluga, kao što i otežava pružanje medicinskih usluga. Kretanje pacijenata – osiguranika između entiteta je skoro potpuno onemogućeno.

Da bi se prevazišlo ovakvo stanje, sklopljeni su između -entitetski i između- kantonalni sporazumi.

Međukantonalnim sporazumom koji je sklopljen između 10 kantona u Federaciji je dogovoreno da će se obezbijediti slobodno kretanje pacijenata iz kantona u kanton, s tim što će matični fond zdravstvenog osiguranja biti dužan naknaditi troškove pruženih medicinskih usluga.

Neredovno plaćanje ili ne-plaćanje troškova pruženih usluga jednog kantona iz koga dolazi osigurano lice, drugom kantonu koji pruža usluge, dovodi do odbijanja zdravstvenih ustanova da pružaju usluge osiguranicima iz kantona koje su neredovne i nesigurne platiše.

Kantonani zavodi imaju u svojoj nadležnosti: da provode politiku i unapređivanje zdravstvene zaštite koja se osigurava obaveznim zdravstvenim osiguranjem,

Takođe kantonalni zavodi imaju obavezu da planiraju i prikupljaju novčana sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja,

Da obavljaju poslove ugovaranja sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim ustanovama i radnicima,

da obavljaju poslove u vezi sa ostvarivanjem prava i zaštite osiguranikovih interesa,

da određuje kriterije i način korištenja i visinu novčanih iznosa za naknadu putnih troškova, da određuju visinu naknada plata na teret kantonalnih zavoda osiguranja, da učestvuju u izradi i provođenju međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje.

Takođe kantonalni zavodi osiguranja određuju visinu valorizacije osnovice za vrijeme bolovanja,

vrši obračun dugovanja i potraživanja troškova zdravstvenog osiguranja, kao što i

obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite u inostranstvu itd.

Kada se sagledaju nadležnosti kantona, može se zaključiti da ukoliko samo jedna od ovih nadležnosti bude drugačija nego u drugim kantonima, dovodi se do neravnopravnosti osiguranih lica, pa i do eventualnog kršenja ljudskih prava.

Kantonalnim zavodom upravlja upravi odbor sastavljen od: tri člana iz reda osiguranika zdravstvenog osiguranja, dva člana iz reda poslodavaca, četiri člana iz reda zdravstvenih radnika. Predsjednika upravnog odbora imenuje Vlada kantona.

Prošireno zdravstveno osiguranje

Ukoliko zakonodavno tijelo uvede prošireno zdravstveno osiguranje, odlukom će odrediti vidovi zdravstvene zaštite, odnosno prava i pogodnosti koja se osiguravaju proširenim zdravstvenim osiguranjem, visinu doprinosa za prošireno zdravstveno osiguranje, uslove i način pristupanja proširenom obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i način poslovanja proširenog zdravstvenog osiguranja. Za prošireno zdravstveno osiguranje formiraju se posebni fondovi.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Gradjani –osiguranici mogu za sebe i za svoje članove porodice dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem osigurati dodatna prava iz zdravstvene zaštite koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Uslove i način korištenja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utvrđuju zavodi dobrovoljnog osiguranja.

Dio VI - Fond solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine

Da bi se prevazišle razike u finansijskom poslovanju kantonalnih zavoda za osiguranje i pružila mogućnost pacijentima iz finansijski slabijih kantonalnih zavoda da koriste najsloženije i skupe oblike zdravstvene zaštite, formiran je **Fond solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovina**. (Zakon o izmijenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju (“Sužbene novine Federacije BiH” br. 7/02).

U uslovima ograničenih resursa društva, ograničene su i mogućnosti izdavanja sredstava za zdravstvenu potrošnju, pa je solidarnost u obaveznom zdravstvenom osiguranju na nivou FBiH uvedena u cilju osiguravanja jednakih uvjeta ostvarivanja zdravstvene zaštite osiguranim licima iz svih kantona.

Fond solidarnosti je koncipiran za načelima:

-federalne uzajamnosti i solidarnosti kojim se osigurava pravičnost u finansiranju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine

-efikasnosti u zdravstvenom sektoru, kroz sistem ugovaranja i racionanog korištenja zdravstvenih kapaciteta;

-pravičnosti u ostvarivanju prava za osigurana lica na teritoriji FBiH, koja podrazumijevaju pravičnost i jednakomjernost u pristupu zdravstvenim uslugama.

Član 3 izmijena i dopuna zakona glasi: “*u cijju ostvarivanja jednakih uslova za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja u svim kantonima, za određene prioritetne vertikalne programe zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju i za pružanje prioritetnih najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti, osiguravaju se sredstva federalne solidarnosti kod Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, od kojih se obrazuje Fond solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine.*”

Sredstvima solidarnosti se finansiraju određene usluge sekundarnog i tercijalnog nivoa zdravstvene zaštite. U tom smislu Fond solidarnosti je obuhvatio najvažnije i skupe

usluge kao što je dijaliza, kardio- vaskularne operacije, operacije presađivanja koštano tkiva i organa, kao i skupi lijekovi, kao što su citostatici.

Finansiranje Fonda federalne solidarnosti osiguravaju se iz doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

Na kraju mora se istaći, da su iznosi kazni za kršenje i ne provođenje odredbi Federalnih i kantonalnih zakona veoma niske, naročito ukoliko se ne ispunjavaju obaveze kantona za usaglašavanje kantonalnih zakona sa Federalnim, te se njima teško može postići željeni cilj. Radi poređenja, kazne za neprimjenu zakonskih odredbi u okviru zakona o zdravstvenoj zaštiti u Federaciji kreću se od 250 do 2.000 KM, dok u Republici Srpskoj omjer kazni je znatno veći i kreće se od 1.000 do 15.000 KM.

Zakon Federacije Bosne i Hercegovine je detaljno obradjen sa dosta citata iz zakona u svrhu lakšeg i preglednijeg poredjenja sa ostalim zakonima koji se primjenjuju na teritoriju BiH.

Dio VII - Zakon o zdravstvenom osiguranju Kantona Središnja Bosna (Službene novine Srednjobosanskog Kantona, no. 13/00 i 13/02).

Iako je svaki Kanton u skladu sa Ustavom Federacije Bosne i Hercegovine mogao donijeti samostalno svoj zakon o zdravstvenom osiguranja, tu mogućnost je iskoristio samo Kanton Središnja Bosna. Ostali kantoni u Federaciji primijenjuju Federalni zakon o zdravstvenom osiguranju, iako je svaki kanton u pogledu zdravstvenog osiguranja samostalan i ima svoj Fond Zdravstvenog osiguranja.

U Kantonu Središnja Bosna zdravstveno osiguranje se definiše kao dio socijalnog osiguranja građana i čini ga jedinstven sistem u okviru koga građani ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti obavezno u okviru Srednjobosanskog kantona osiguravaju ostvarenje prava na zdravstvenu zaštitu i druge oblike osiguranja na način utvrdjen zakonom Srednjobosanskog kantona o zdravstvenom osiguranju. U okviru Kantona sredstva se mogu ulagati i na dobrovoljnoj osnovi.

I kanton Središnja Bosna kao i ostali zakoni u Bosni i Hercegovini prepoznaju: obavezno osiguranje, prošireno osiguranje i dobrovoljno osiguranje.

Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje imaju lica u radnom odnosu i druga lica koja obavljaju određene djelatnosti ili imaju određeno svojstvo, a obuhvaćena su Kantonalnim zakonom.

Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje pored lica nabrojanih u predhodnom paragrafu, imaju i članovi porodice osiguranika.

Obavezno zdravstveno osiguranje zasniva se na načelima uzajamnosti i solidarnosti i istim se osigurava pravo na korišćenje zdravstvene zaštite, pravo na novčane naknade i pomoći okviru Srednjobosanskog Kantona.

Vidove zdravstvene zaštite i prava koja se ne osiguravaju obveznim i proširenim zdravstvenim osiguranjem, građani mogu ostvariti dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

Prava iz **obaveznog zdravstvenog** osiguranja ostvaruju se na teret fonda obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Sredstva za ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, osiguravaju se doprinosima od kojih se osnivaju fondovi obaveznog zdravstvenog osiguranja u kantonalnom zavodu za zdravstveno osiguranje.

Sredstva za ostvarivanje prava iz **proširenog zdravstvenog** osiguranja se finansiraju dodatnim doprinosima u skladu sa propisima Kantona.

Radi ostvarivanja prava i osiguravanja sredstava za dobrovoljno zdravstveno osiguranje građana može se osnovati jedan ili više zavoda **dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**.

Takodje Kantonalni zavod za osiguranje je obavezan u okviru jedinstvenog informacionog sistema, organizovati praćenje ostvarivanja i korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, praćenje uplata i potrošnje po obveznicima doprinosa kao i drugih sredstava i lično za svakog osiguranika, u okviru Kantona, dok zakon ne propisuje obavezno pristupanje jedinstvenom informacionom sistemu u okviru Federacije.

Kao i u Federalnom zakonu, Kantonalni zakon propisuje **ko su osigurana lica**.

Mora se istaći da je lista osiguranih lica potpuno identična sa onom koju propisuje Federalni zakon. **Članovi porodice osiguranika** su takodje osigurani i prema zakonu kantona Srednja Bosana i stiču pravo na obavezno zdravstveno osiguranje.

Supružnik (bračni i vanbračni u skladu sa propisima porodičnog zakona, djeca (rodjena u braku i van braka) usvojena ili pastorc i druga djeca bez roditelja pod uslovima da isto pravo ne ostvaruju po osnovu drugog osnova ili obavljanja privredne ili neprivredne djelatnosti ličnim radom, odnosno poljoprivrednom djelatnošću. Pravo na zdravstveno osiguranje imaju i roditelji (otac, majka, očuh, maćeha, usvojitelj osiguranika) unuci, braća, sestre, djed i nana ako su nesposobni za samostalni život i ako nemaju sredstava za izdržavanje, te ih osiguranik izdržava.

Supružnik je zdravstveno osiguran i kao supružnik umrlog osiguranika, ako iza smrti supružnika ostvaruje porodičnu penziju kao i razvedeni supružnik koji je stariji od 45 godina ako izdržava maloljetnu djecu i razvedeni supružnik mlađi od 45 godina, ukoliko je nesposoban za privredjivanje, a sve pod identičnim uslovima koji su propisani Federalnim zakonom o zdravstvenom osiguranju.

Djeca osiguranika su zdravstveno osigurana do navrsene 15 godine života ili do 26- te godine života, ako su na redovnom školovanju.

Gradjani Kantona zaposleni u inostranstvu kod inostranog poslodavca, čiji članovi porodice nisu osigurani kod inostranog nosioca zdravstvenog osiguranja, a bili su prije odlaska u inostranstvo zdravstveno osigurani, obavezni su zdravstveno osigurati svoje članove porodice.

Pravo na zdravstvenu zaštitu u obimu koji pripada osiguranicima imaju:

1. lica koja učestvuju u organiziranim javnim radovima na području Kantona (član 23)
2. lica koja ispunjavaju obavezu učestvovanja u civilnoj zaštiti ili obavezu učestvovanja u službi osmatranja i obavještavanja
3. lica koja kao članovi operativnih sastava dobrovoljnih vatrogasnih organizacija obavljaju dužnosti po propisima o zaštiti od požara.

Učenici srednjih škola i redovni studenti viših i visokih škola te fakulteta koji su državljani Federacije Bosne i Hercegovine i imaju prebivalište na području Kantona, a nisu zdravstveno osigurani kao i članovi porodice osiguranika imaju pravo na isti obim zdravstvene zaštite kao i članovi porodice osiguranika.

Po zakonu Kantona Srednjobosanskom, članovi porodice učenika i redovnih studenata – djeca i supružnik, imaju pravo na zdravstveno osiguranje, pa time i na zdravstvenu zaštitu, pod uslovom da nisu zdravstveno osigurani po drugom osnovu.

Stranim državljanima i licima bez državljanstva osigurava se zdravstvena zaštita pod istim uvjetima kao i državljanima Federacije Bosne i Hercegovine.

Prema zakonu o zdravstvenom osiguranju Kantona prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su ista kao i po Federalnom zakonu.

Takodje, po Kantonalnom zakonu propisano je da će “paket zdravstvenih prava” donijeti za svaku godinu Federalni Parlament na prijedlog Vlade Federacije BiH, što daje ravnopravan tretman osiguranicima u Kantonu sa osiguranim licima u drugim kantonima, ukoliko isti prihvate ovu odredbu Federalnog Zakona o kompetenciji donošenja “paketa zdravstvenih usluga”

Obim prava zdravstvene zaštite koja se osigurava u Kantonu je istovijetna kao što je propisana Federalnim zakonom.

I u Kantonu Srednjobosanskom, osiguranik ima pravo na: naknadu plate, putne troškove prevoza do najbliže ambulante ili medicinske ustanove. Pravo na putne troškove prevoza ima i pratilac osiguranog lica, kao što i osiguranikovi srodnici imaju pravo i na naknadu troškova za sahranu.

Obračun plate i naknada se isplaćuje i obračunava na teret sredstava poslodavca: pravno ili fizičko lice za prvih 42 dana bolovanja i za vrijeme kada se osiguranik nalazi u inostranstvu, dok poslije 42 dana bolovanja plata se isplaćuje se na teret Kantonalnog zavoda za osiguranje.

Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na naknadu plaće donosi Upravni odbor Kantonalnog zavoda osiguranja.

U sva četiri Zakona o zdravstvenom osiguranju osigurana lica su dužna Zavodima za zdravstveno osiguranje nadoknaditi štetu u slijedećim slučajevima:

- ako su ostvarila primanja na osnovu neistinitih i netačnih podataka za koje je lice znalo ili je moralo znati;
- ako je ostvarilo primanja iz sredstava Zavoda, uslijed toga što nije prijavilo promijenu koja utiče na gubitak primanja.

Kantonalni, Entitetski i Brčko Distrikt zavodi zdravstvenog osiguranja su obavezani zahtijevati naknadu prouzrokovane štete pravnog ili fizičkog lica i kada je šteta nastala zbog propuštanja zaposlenika da obavi propisani zdravstveni pregled prije stupanja na posao, a kasnije se zdravstvenim pregledom utvrdilo da to lice prema zdravstvenom stanju nije bilo sposobno obavljati određene poslove.

Dobrovoljno i prošireno zdravstveno osiguranje Kantonalnim Zakonom je regulisano na isti način kako je regulisano i Federalnim zakonom o zdravstvenom osiguranju, kao što su i kazne za prekršaje zakonskih odredbi usklađene sa Federalnim zakonom.

U Kantonalnom Zakonu Srednja Bosna može se primijetiti da isti **ne obezbijedjuje mogućnost zdravstvenog osiguranja preko Kantonalnih zavoda za zapošljavanje.**

Na ovaj način veliki broj nezaposlinih lica u Kantonu Središnja –Bosna je ostao bez zdravstvenog osiguranja.

Nadalje, u zakonu Kantona ne postoji mogućnost da osobe koje su starije od 65 godina, mogu automatski dobiti status zdravstveno osiguranog lica.

Pretpostavka je da Kanton zbog malog priliva sredstava (mali broj zaposlenih lica u Kantonu) u Fondu za nezaposlene, kao što i Fond Kantona za socijalno ugrožene, nije se mogao sa sigurnošću obezbijediti finansiranje zdravstvenog osiguranja u Srednje-Bosanskom Kantonu, pa otuda i nedostatak pravne regulative u ovom pogledu.

Zakon Kantona ne propisuje koliko iznosi u procentu najniža osnovica i kako se ista obračunava u slučaju privremene spriječenost za rad, već se isto propisuje podzakonskim aktima, što kreira pravnu nesigurnost za osigurana lica, što za posljedicu ima da se osnovica veoma lako i brzo odlukama Kantona može mijenjati.

Takodje mora se istaći da je veliki dio zakona Kantona potpuno identičan sa zakonom Federacije BiH, pa se postavlja pitanje svrsishodnosti donesenog zakona.

Dio VIII - Medjukantonalni sporazum, zaključenim od strane Kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine, pokušano je da se prevaziđe zatvoreni krug unutar Kantona, kao i da bi se obezbjedilo pružanja usluga izvan teritorije jednog Kantona. Međutim ovaj medzukantonalni sporazum u praksi nije uspio i nailazi na velike prepreke u implementaciji. U zadnje vrijeme došlo je do prestanka primjene istog. Naime neredovnim plaćanjem pruženih usluga, različite cijene u kantonima dovodi do odbijanja saradnje na medjukantonalmom nivou.

Dio IX - Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srpske (“Službeni glasnik Republike Srpske” br. 18/99; 51/01,70/01 i 17/08). Usporedba Zakona Republike Srpske i Zakona Federacije.

Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srpske primjenjuje se na čitavoj teritoriji Republike Srpske i obaveznim osiguranjem su obuhvaćeni svi građani Republike Srpske. Ovakvom Zakonskom regulativom svi građani –osiguranici imaju iste uslove, prava i obaveze koje proizilaze iz zakona, što bitno umanjuje mogućnost nejednakog tretmana osiguranih lica. Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srpske je u poredjenju sa zakonom Federacije, mnogo jasniji i lakši za upotrebu i implementaciju.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske uređuje se sistem obaveznog i proširenog zdravstvenog osiguranja, prava iz osiguranja, i načela privatnog zdravstvenog osiguranja.

Za razliku od zakona o zdravstvenom osiguranju u Federaciji Bosne i Hercegovine, **obavezno osigurana lica u Republici Srpskoj** su izmedju ostalih i: - lica u radnom odnosu, lice koje samostalno obavljaju privrednu ili profesionanu djelatnost kao osnovno zanimanje, lice koje obavlja sveštenu i vjersku službu, lice kome je priznato pravo na zdravstveno osiguranje prema zakonu o pravima boraca, ratnih vojnih invalida i porodica poginulih boraca; zaposeni za čijim radom je prestla potreba dok ostvaruju naknadu prema propisima o radnom odnosima, korisnik penzije i prava na novčanu naknadu u vezi sa prekvalifikacijom ili dokvalifikacijom i zapošljavanjem, državljanin Republike Srpske koji u cijelosti ili djelimično ostvaruje penziju ili invalidninu od inostranog isplatioca dok ima prebivalište na teritoriji Republike Srpske, ako medzunarodnim sporazumom nije drugačije odredjeno, lice koje je korisnik stalne novčane pomoći i lice smješteno u ustanovu socijane zaštite, ako nisu osigurani po drugom osnovu, izbjeglo i raseljeno lice i povratnik, ako nije osigurano po drugom osnovu, strani državljani koji se školuju na teritoriji Republike Srpske, ako medzunarodnim sporazumom nije drugačije odredjeno; i druga lica za koja je uplaćen doprinos za zdravstveno osiguranje.

Kao što se može vidjeti iz liste osiguranih lica, Zakon Republike Srpske daje širu listu obavezno- osiguranih građana, kao što daje i mogućnost stranim državljanima da budu osigurani dok se nalaze na školovanju na teritoriji Republike Srpske.

U Republici Srpskoj, kao i u Federaciji: bračni drug osiguranika ima prava iz zdravstvenog osiguranja dok je u braku sa osiguranikom.

Razvedeni bračni drug kome je sudskom odlukom utvrđeno pravo na izdržavanje ima prava iz zdravstvenog osiguranja, ako je u momentu razvoda bio stariji od 45 godina (žena), odnosno 55 godina (muškarac) ili bez obzira na godine života ako mu je u vrijeme razvoda utvrđena nesposobnost za rad u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju.

U Federaciji Bosne i Hercegovine supružnik je zdravstveno osiguran kao član porodičnog domaćinstva,

1) supružnik umrlog osiguranika, koji nakon smrti supružnika nije stakao pravo na porodičnu penziju jer nije navršio određene godine života, ako je u vrijeme smrti supružnika bio stariji od 40 godina (žena) odnosno 55 godina (muškarac). Supružnik mlađji od 40 godina starosti, odnosno 55 godina, ukoliko propisima o penzijsko-invalidskom osiguranju nije drugačije regulirano, produžava korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dok je prijavljen zavodu za zapošljavanje, ako se istom prijavi u roku od 90 dana nakon smrti supružnika,

2. razvedeni supružnik koji je sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, ako je u vrijeme razvoda bio stariji od 45 godina (žena) odnosno 60 godina (muškarac). Supružnik koji je u vrijeme razvoda bio mlađji od 45 godina, odnosno 60 godina produžava korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako je potpuno i trajno nesposoban za rad saglasno propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju,

3. razvedeni supružnik mlađji od 45 godina (žena) odnosno 60 godina (muškarac), kojem su sudskom odlukom povjerena djeca na čuvanje i odgajanje, dok je prijavljen zavodu za zapošljavanje, ako se istom prijavi u roku od 90 dana nakon razvoda braka i dok djeca imaju pravo na izdržavanje.

Iz citiranih zakonskih odredbi može se vidjeti da je zakon Federacije Bosne i Hercegovine u pogledu uslova za sticanje prava na zdravstveno osiguranje, udovca/udovice i razvedenog bračnog druga mnogo restriktivniji nego u Republici Srpskoj.

Korišćenje zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj za osigurana lica obezbjeđuje se **u najbližoj zdravstvenoj ustanovi na teritoriji u kojoj imaju prebivalište, dok u Federaciji** osigurano lice može birati zdravstvenu ustanovu ili porodičnog ljekara na teritoriji kantona na kojem ima prebivalište i u kojem se uplaćuju doprinosi.

Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srpske reguliše da pravo na naknadu plate za vrijeme privremene nesposobnosti za rad imaju osiguranici zaposleni u državnim i privatnim preduzecima i ustanovama.

Naknadu plate za **prvih 30 dana privremene nesposobnosti za rad obezbjeđuje poslodavac iz svojih sredstava**, a po isteku 30 dana, a najduže do 12 mjeseci naknadu **neto plate** obezbjeđuje Kantonalni Fond za socijalno osiguranje. Razlike između Zakona Republike Srpske i Zakona u Federaciji uočavaju se ovoj odredbi. Odredba u Zakonu Republike Srpske je povoljnija za poslodavce, dok je nepovoljnija za Fond Republike Srpske za zdravstveno osiguranje.

Zakon Federacije propisuje da će prvih 42 dana naknada plate biti obezbijedjena iz sredstava poslodavca, a nakon toga će Kantonalni Fond za zdravstveno osiguranje obezbijediti isplatu naknade plate, prema odlukama kantonalnih fondova. Obzirom na postojanje 10 samostalnih Kantonalnih Fondova, u praksi se događa da različiti fondovi propisuju različite iznose naknada plate, te se osiguranici dovode u neravnotežan položaj, čime se eventualno krše osnovna ljudska prava osiguranika.

U Republici Srpskoj osnov za obračun naknade plate za vrijeme privremene ne sposobnosti za rad je **neto plata koju bi radnik ostvario da je bio na radu**, s tim što ne može biti veća od neto plate koja služi kao osnov za obračun i uplatu doprinosa za zdravstveno osiguranje. Naknada plate određuje se najmanje **70%** od osnova za naknadu plate, s tim da nemože biti veća od **90%** od plate koju bi osiguranik ostvario da je bio na radu. Zakon Republike Srpske ne predviđa mogućnost nadoknade plate u iznosu 100% od osnovice od plate koju bi radnik ostvario da je bio na radu.

U Federaciji Bosne i Hercegovine naknada plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad, utvrđuje se od osnovice za naknadu koju čini plata isplaćena osiguraniku **za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem nastupi slučaj** na osnovu kojeg se stiče pravo na naknadu.

Ako u mjesecu koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio slučaj na osnovu koga se stiče pravo na naknadu osiguranik nije ostvario platu, kao osnovica za naknadu uzima se prosječna plata na nivou kantona za odgovarajući mjesec. Naknada plate određuje se u visini od **najmanje 80%** od utvrđene osnovice za naknadu s tim da ne može biti niža od iznosa minimalne plaće vazeće za mjesec za koji se utvrđuje naknada.

Iz gore izloženog može se zaključiti da entitetski zakoni na različit način utvrđuju osnovice za izračun plate, kao što su i načini izračunavanja osnovice različiti.

Zakonom Republike Srpske se predviđa da pravo na naknadu plate ima osiguranik zbog njege oboljelog člana uze porodice mlađeg od 15 godina i pripada najduže do petnaest dana u toku kalendarske godine, a ako je oboljeli član uže porodice stariji od 15 godina, najduže sedam dana.

Zakon Republike Srpske je fleksibilniji i pristupačniji **za nezaposlena lica**, jer sama činjenica registracije lica kao nezaposlenog, obezbijedzuje nezaposlenom licu, status zdravstveno osigurane osobe, bez postavljanja dodatnih uslova i rokova za prijavljivanje nezaposlenih lica. U Federaciji je sasvim druga situacija, te zakon propisuje vrlo striktno i kartke rokove za prijavljivanje i registrovanje lica kao nezaposlenih osoba kod nadležnih zavoda za zaposljavanje. Propuštanje roka za prijavljivanje koji su veoma kratki (30 do 90 dana u zavisnosti o kojim se kategorijama nezaposlenih lica radi), dovodi do veoma čestih propuštanja rokova i nemogućnosti ostvarivanja zdravstvenog osiguranja.

U Republici Srpskoj Fondom obaveznog zdravstvenog osiguranja upravlja Upravni odbor koji se sastoji od 9 članova i imenuje ga Vlada Republike Srpske, javnim konkursom, na osnovu utvrđenih kriterija.

Upravni odbor čine: pet predstavnika osiguranika, tri predstavnika zdravstvenih radnika iz zdravstvenih ustanova i dva predstavnika poslodavca.

Osnivači zdravstvenog Fonda Republike Srpske su entitet, grad, opština i druga fizička i pravna lica, a plan mreže zdravstvenih ustanova donosi Vlada Republike Srpske na osnovu Strategije razvoja zdravstvene zaštite za određeni period. Za razliku od Federalnog, zakon Republike Srpske prepoznaje neophodnost multisektorske saradnje u mjesnoj zajednici kroz uspostavljanje “odbora za zdravlje” sa članovima koji se biraju iz reda građana i drugih zainteresovanih organizacija kao što su obrazovne i socijalne ustanove, preduzeća, stručne i humanitarne organizacije.

Za nadzor nad stručnim radom zdravstvenih radnika i ustanova u Republici Srpskoj odgovoran je direktor i Ministar. Zdravstvena inspekcija vrši nadzor nad sprovođenjem zakona, drugih propisa i opštih akata, kao i nad sprovođenjem propisanih mjera u oblasti zdravstvene zaštite.

Zakon Republike Srpske daje **rokove i obaveze** za izvršavanje obaveza koje se odnose na Vladu Republike Srpske, Ministra i Ministarstva zdravlja, po stupanju na snagu zakona, dok se u Federalnom zakonu daju **rokovi i ovlašćenja** za ministra i ministarstvo zdravlja.

I u Republici Srpskoj i u Federaciji zdravstveno su neosigurani radnici i zaposlenici kojima nije uvezan radni staž (radnici na čekanju) ili radnici u radnom odnosu, kojima poslodavci ne uplaćuju doprinose za zdravstveno osiguranje.

U Federaciji su neosigurana lica kojima je prestao radni odnos i koji se nisu prijavili na zavod za zaposljavanje u roku od 30 dana. Tu spadaju i radnici kojima poslodavci nisu dali rješenja o otkazu u roku od 30 dana, ili su propustili u datom roku da zaključe radnu knjižicu zog neuplaćenih doprinosa.

Pravo na zdravstvenu zaštitu u Federaciji nemaju ni učenici ni studenti koji su završili školovanje, a nisu se u datom roku prijavili Zavodu za zapošljavanje što nije slučaj u Republici Srpskoj.

Zdravstveno su neosigurani i samozaposleni radnici u takozvanoj “sivoj ekonomiji” koji sebi ne uplaćuju doprinose na dobrovoljnoj bazi.

U oba entiteta pripadnici etničke grupe Roma, ukoliko nisu u radnom odnosu oni i njihova djeca su zdravstveno neosigurani. U Republici Srpskoj, Romi se mogu zdravstveno osigurati kada se prijave kao nezaposleni u zavodu za zaposljavanje, dok u Federaciji Bosne i Hercegovine kao što je napomenuto postoje ograničenja.

I ako je zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srpske mnogo više prihvatljiv nego decentralizovani zakon Federacije Bosne i Hercegovine, isti je potrebno doraditi i pronaći načine za osiguranje građana koji još nisu osigurani.

Dio X - Zakon o zdravstvenom osiguranju Brčko Distrikta Bosne i Hercegovine (Službeni glasnik Brčko Distrikta Bosne i Hercegovine broj: 1/02;7/02; 19/07 ,2/08 34/08)

Prema članu 1 Statuta, Brčko Distrikt je jedinstvena administrativna jedinica lokalne samouprave pod suverenitetom Bosne i Hercegovine.

Ustav Bosne i Hercegovine i važeći zakoni i odluke institucija Bosne i Hercegovine, se direktno primijenjuju na teritoriji Distrikta, a propisi vlasti Distrikta moraju biti u skladu sa istim.

Članom 9 Statuta Distrikta utvrđuje se da zdravstvena zaštita i socijalna zaštita spadaju u funkcije i nadležnosti Distrikta.

Po zakonu o zdravstvenom osiguranju Brčko Distrikta Bosne i Hercegovine, zdravstveno osiguranje je jedinstven sistem u okviru koga građani ulaganjem sredstava na načelima uzajamnosti i solidarnosti, osiguravaju realizaciju prava na zdravstvenu zaštitu i duga prava proizašla iz zdravstvenog osiguranja na način utvrđen zakonom i propisima donesenim na osnovu zakona, pod uslovom da je uplaćen doprinos.

Doprinosi za zdravstveno osiguranje se **plaćaju po mjestu rada** za lica:

-koja su zaposlena kod pravnih ili fizičkih lica, lica izabrana ili imenovana za obavljanje određenih dužnosti u organima i institucijama Distrikta, ukoliko za svoj rad primaju platu,

-lica koja ličnim radom samostalno obavljaju poslove u privatnom sektoru (samozaposleni) u vidu zanimanja ili profesionalne djelatnosti.

-lica koja se nakon završenog školovanja nalaze na obaveznom praktičnom radu, ako rade puno radno vrijeme.

-poljoprivrednici/farmeri koji obavljaju poljoprivredne poslove u Distriktu, kao svoje jedino ili glavno zanimanje, poljoprivrednici koji su **iznajmili svoje poljoprivredno zemljište i lica koja su uzela zemljište u zakup**, ukoliko nisu osigurana po drugom osnovu, policijski službenici, vatrogasci i demineri.

Doprinosi za zdravstveno osiguranje koje **plaćaju po mjestu življenja** za lica:

-lica koja imaju privremeno boravište i rade u Distriktu, a zaposlena su kod stranog poslodavca i nemaju osiguranje kod stranog fonda zdravstvenog osiguranja ili druge ustanove nadležne za realizaciju zdravstvenog osiguranja;

-korisnici penzija koji žive u Distriktu;

-Korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju i zaposlenje u skladu sa odredbama zakona o penzijsko invalidskom osiguranju

-korisnici penzija i invalidnina sa prebivalištem na prostoru Distrikta, koji to pravo isključivo ostvaruju iz stranih penzijsko invalidskih osiguranja, ako međunarodnim ugovorima nije drugačije određeno;

nezaposlena lica, registrovana u nadležnoj službi za zapošljavanje u Distriktu;

-lica sa prebivalištem u Distriktu, kojima je priznat status vojnog mirnodopskog ili civilnog invalida rata ili status korisnika porodične invalidnine, u skladu sa pozitivnim propisima, ako nisu osigurana po nekom drugom osnovu.

-lica koja su korisnici socijalne pomoći.

U zakonu Brčko Distrikta za razliku od zakona Federacije BiH i Zakona Republike Srpske, po prvi put se daje pravo na socijalno osiguranje licima koji su dali svoje poljoprivredno zemljište pod zakup, kao i onima koji su ga uzeli pod zakup čime se u pozitivnom smjeru proširila lista osiguranih lica.

Entitetski zakoni o zdravstvenom osiguranju, daju pravo isključivo poljoprivrednicima kojima je to jedino ili glavno zanimanje, mogućnost zdravstvenog osiguranja, dok se davateljima pod zakup zemljišta to pravo ne priznaje. Takođe treba istaći da je prema zakonu Republike Srpske, otežano dokazivanje statusa poljoprivrednika, s'obzirom da se prilikom prijavljivanja na zdravstveno osiguranje, traže izvodi iz katastra na ime lica koje obavlja poljoprivrednu djelatnost, (katastri često nisu u skladu sa realnim stanjem, nisu provedene ostavinske rasprave), tako da je otežano osiguranje takvih lica.

U okviru Distrikta sredstva za zdravstveno osiguranje mogu se ulagati i na dobrovoljnoj osnovi.

I u Distriktu kao i u Entitetima zdravstveno osiguranje obuhvata: obavezno zdravstveno osiguranje, prošireno i dobrovoljno.

Za razliku od Entitetskih zakona, zakon Distrikta Brčko predviđa da obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje se također mogu zasnivati na principima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika Distrikta sa osiguranicima iz Entiteta Bosne i Hercegovine: Federacije BiH i Republike Srpske, kao i uzajamnosti i solidarnosti Fonda zdravstvenog osiguranja Distrikta sa istovjetnim Fondovima –Zavodima u Entitetima u skladu sa Zakonom Distrikta, i na osnovu njega zaključenim ugovorima.

Ovo je jedini zakon o zdravstvenom osiguranju u Bosni i Hercegovini koji predviđa zakonom mogućnost saradnje na principima solidarnosti i uzajamnosti sa Entitetskim Fondovima.

Takodje Zakon Brčko Distrikta obavezuje Fond zdravstvenog osiguranja da organizuje praćenje ostvarivanja i korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, praćenje uplata i potrošnje pojedinačno, po obveznicima, koristeći kompatibilne dijelove informacionih sistema u Federaciji Bosne i Hercegovina i Republici Srpskoj. Ovaj pozitivan pomak ka saradnji može se tumačiti relativno siromašnim Fondom za osiguranje Brčko Distrikta, koji obezbijuje osiguranje za relativno mali broj osiguranika, kao i nedostatak specijalizovanih ustanova i bolnica u Brčko Distriktu, kao i nemogućnost obavljanja težih i skupih operacija u Distriktu.

Zakon Brčko Distrikta, u članove porodice osiguranika koji su korisnici prava iz obaveznog osiguranja ubraja veoma uzak krug članova porodice, koji mogu biti osigurani po osnovu osiguranja člana domaćinstva, za razliku od entitetskih zakona. To su: njegov supružnik i djeca.

Djeca imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja do navršene 15 godine života, a ako redovno pohađaju školu, univerzitet ili neku drugu obrazovnu ustanovu, do završetka školovanja, a najduže do navršenih 27 godina. Ovom odredbom produžen je rok osiguranja za jednu godinu da djeca osiguranika budu obavezno osigurana, u odnosu na entitetsko zakonodavstvo.

Djeca osiguranika koja su zbog povrede ili bolesti prekinula redovno školovanje, imaju pravo na zdravstveno osiguranje u toku trajanja liječenja bolesti ili povrede, kao i u Entitetskim zakonima, kao što imaju zagarantovano i zakonom Kantona Srednja Bosna.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja: su zdravstvena zaštita

Novčana naknada i druga prava određena zakonom.

Obim i vrstu usluga koje spadaju u **osnovni paket usuga, određuje Fond zdravstvenog osiguranja, a odobrava ga Skupština Distrikta** nakon pribavljenog mišljenja Odjela za zdravstvo, sto je različito u entitetskim popisima.

Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćenu obaveznim zdravstvenim osiguranjem podrazumijeva osiguranje zdravstvenih standarda za sve osiguranike, pod jednakim uslovima, zadovoljavajući potrebe primarne, specijalističko –konsultativne i bolničke zdravstvene zaštite, uključujući i odgovarajuću medicinsku rehabilitaciju kao nastavak bolničkog liječenja.

Standarde i normative zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja donosi fond zdravstvenog osiguranja uz predhodno pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

Novina koja nije predviđena drugim zakonima o zdravstvenom osiguranju u Bosni i Hercegovini je da zakon Distrikta Brčko propisuje šta se ugovorima zaključenim između Fonda zdravstvenog osiguranja zdravstvene ustanove određuje:

To je vrsta, obim i kvalitet usluga koje zdravstvena ustanova treba da pruži osiguranicima, naknade koje Fond zdravstvenog osiguranja plaća za pružanje ugovornih usluga, metode obračunavanja i plaćanja usluga i druga uzajamna prava i dužnosti odgovornih strana.

Osnovne kriterije i standarde za uređenje pitanja iz oblasti zdravstvenog osiguranja, određuje Fond zdravstvenog osiguranja, a nakon pribavljenog mišljenja Odjela za zdravstvo.

Osnovama, kriterijima i standardima za zaključenje ugovora osigurava se zakonito i pravilno uspostavljanje ugovornih odnosa između Fonda zdravstvenog osiguranja i davaoca usluga – zdravstvene ustanove, utvrđuju se elementi koji moraju biti uključeni u ove ugovore, metode određivanja vrste, obima i kvaliteta usluga, metode naknada, metode kontrole pruženih usluga, vrste i kvalitet pruženih usluga i regulišu druga pitanja.

Uslovi iz ugovora zaključenog između Fonda zdravstvenog osiguranja i davaoca usluga na njegovom području važe u pogledu ugovorenih naknada za pružene zdravstvene usluge i za Fondove sa drugih područja Bosne i Hercegovine kada njihovi osiguranici koriste usluge zdravstvenih institucija na području Distrikta Brčko.

U Brčko Distriktu, osigurano lice ima pravo **na naknadu plate** za privremenu spriječenost za rad.

Plata za privremenu spriječenost za rad isplaćuje se na teret poslodavca do 42 dana od dana privremene spriječenosti za rad, a dalje na teret Fonda zdravstvenog osiguranja, ali ne duže od 12 mjeseci od početka privremene spriječenosti za rad.

Naknada plate u Brčko Distriktu se obračunava od **osnovice plate koju čini prosječno isplaćena neto plata osiguranika za broj sati redovnog rada bez dodataka u posljednja tri mjeseca**, koja predhode mjesecu u kojem nastupi slučaj na osnovu kojeg se stiče pravo na naknadu.

Naknada plate se utvrđuje u iznosu od 80% od osnovice za naknadu s tim da nemože biti ispod minimane plate za mjesec za koji se naknada obračunava, niti iznad maksimuma koji utvrđuje Fond zdravstvenog osiguranja. Ovo predstavlja treći model obračuna naknade plate, prilikom privremene spriječenosti za obavljanje djelatnosti.

Sva fizička i pravna lica koja zapošljavaju zaposlenike su obavezna dostaviti Fondu zdravstvenog osiguranja sve podatke u vezi sa prijavom i odjavom osiguranika najkasnije u roku od osam dana u svrhu ostvarivanja prava i obaveza iz zdravstvenog osiguranja i izdavanja isprave.

Ono što predstavlja još jednu razliku zakona Brčko Distrikta od Entitetskih zakona je da lica za koja pravna i fizička lica ne dostave prijavu osiguranika, mogu zahtijevati od Fonda zdravstvenog osiguranja da im odredi status osiguranog lica, te da primora odgovorno lice da ispuni svoje obaveze i uplati doprinos za zdravstveno osiguranje. Ovo

je iznimka u legislativi da obaveza primoravanja poslodavca da prijavi lice koje je u radnom odnosu i koje je po zakonu osigurano, ne leži na osiguraniku, već na Fondu za zdravstvenog osiguranje je da zakonskim putem primora obveznika uplate doprinosa za zdravstveno osiguranje da to učini.

Ako Fond zdravstvenog osiguranja ne prihvati podnesenu prijavu ili utvrdi status osiguranog lica po nekom drugom osnovu, o tome će donijeti pismeno rješenje koje dostavlja podnosiocu prijave i zainteresovanoj strani.

U slučaju da poslodavac ili samozaposleno lice koristi mogućnost posebnog osiguranja, odnosno reosiguranja kod fonda zdravstvenog osiguranja, namijenjenog za naknadu troškova plate sa posebno odvojenim dijelom /pomoćnim računom, poslodavac će ostvariti povrat sredstava u iznosu od 80% od iznosa naknade plate koji je isplatio za period od prvog do 42-og dana odsustva.

Za razliku od Zakona Federacije Bosne i Hercegovine gdje se reosiguranje koristi samo za slučajevne nesreća i više sile, u Brčko Distriktu, reosiguranje može koristiti i poslodavac da bi nadoknadio iznos plate koja je isplaćena od strane poslodavca zaposlenom licu u sučaju privremene spriječenosti za rad.

U slučaju da pravno/fizičko lice plaća posebno osiguranje odnosno reosiguranje za slučaj naknade plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad, fond zdravstvenog osiguranja je dužan izvršiti isplatu naknade poslodavcu u roku 45 dana od prijema zahtijeva.

Osiguranici u Brčko Distriktu imaju pravo kao i u entitetima na naknadu troškova prevoza u slučajevima neophodnog prevoza do zdravstvene ustanove, s tim da je u Brčko Distriktu zakonom regulisano koja prevozna sredstva prevoza i pod kojim usovima se koriste, što u drugim zakonima nije propisano.

Naknada plate zbog povrede na radu ili profesionalnog oboljenja obračunava i isplaćuje pravno/fizičko lice kod koga je zaposlenik zaposlen, iz svojih sredstava. Naknada se obračunava i isplaćuje od momenta povrijeđivanja, odnosno nastanka profesionalnog oboljenja pa nadalje, sve dok osiguranik ne postane radno sposoban, odnosno dok kompetentno tijelo utvrdi njegov invaliditet.

Na osnovu nalaza i ocjene izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite ili ljekarske komisije, odlučuje se o pravu na naknadu plate. O ovome se ne donosi posebno pismeno rješenje, osim ako to osiguranik izričito ne zatraži.

Kada pravno ili fizičko lice kod koga je osiguranik zaposlen nije utvrdilo naknadu plate na način, i u visini i u roku utvrdjenim zakonom i provedbenim propisima donesenim na osnovu zakona Distrikta Brčko, osiguranik ima pravo uložiti prigovor nadležnom organu Fonda zdravstvenog osiguranja. Do donošenja konačne odluke, Fond zdravstvenog osiguranja je dužan osigurati isplatu naknade, s tim da je pravno ili fizičko lice dužno vratiti isplaćenu naknadu u roku od 30 dana od dana prijema naknade za privremenu spriječenost za rad.

U cilju ostvarenja prava osiguranika **na prošireno zdravstveno osiguranje**, posebnom odlukom Skupštine Distrikta, a na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja i uz pribavljeno mišljenje odjela za zdravstvo, odredit će se vrsta, obim prava, i pogodnosti koje se osiguravaju po osnovu proširenog zdravstvenog osiguranja, stope i visina doprinosa za prošireno zdravstveno osiguranje, uslovi i način prijave, te metode praćenja ostvarenja prava iz ovog osiguranja.

Lica koja nisu obuhvaćena obaveznim osiguranjem, mogu u cilju ostvarenja prava iz zdravstvenog osiguranja,

dobrovoljno plaćati doprinos utvrđen posebnom odlukom Skupštine Distrikta donesenom na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja.

Lica koja uplate dobrovoljno zdravstveno osiguranje imaju ista prava i obaveze kao i osigurano lice po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja vrši se iz:

- doprinosa na plate radnika zaposlenih kod pravnih lica i preduzetnika;
- doprinosa fizičkih lica, vlasnika –osnivača pravnih lica i preduzetnika;
- doprinosa na penzije, invalidnine i druge naknade iz penzijsko invalidskog osiguranja,
- doprinosa za nezaposlena lica prijavljena kod nadležne službe za zapošljavanje,
- doprinosa koji se plaćaju na stalnu finansijsku pomoć i za lica smještena u ustanovama socijalne zaštite,
- doprinosa od samostalnog obavljanja estradnih djelatnosti, izdavanja CD -ova, audio i video kasete, karata za sportske događaje i drugih javnih priredbi,
- doprinosa na prihod od autorskih prava, патената i tehničkih unapredjenja;
- doprinosa na dohodak od poljoprivredne djelatnosti, kao i zakupa poljoprivrednog zemljišta,
- naknada za zdravstvenu zaštitu članova porodica osiguranika zaposlenih u inostranstvu i lica koja primaju penzije iz inostranstva,
- sredstva budjeta Distrikta;
- sredstva ličnog učešća osiguranika u pokrivanju troškova zdravstvene zaštite
- donacija, pomoći, kamata, dividendi, taksi i drugih oblika prihoda,

Poredjenjem izvora finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja u entitetima i Brčko Distriktu, može se primijetiti da se u osnovi sredstava finansiranja Fonda, veoma slična u entitetima i u Brčko Distriktu, i sa neznatnim razlikama kao što je finansiranje zdravstvenog osiguranja od izdavanja CD -ova, audio i video kasete, karata za sportske događaje i drugih javnih priredbi što predstavlja samo specifičnost za Brčko Distrikt.

Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja u Distriktu Brčko obezbijedjuju se iz Fonda zdravstvenog osiguranja u skladu sa namjenama, i Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da preuzme potrebne mjere za obezbjeđenje dodatnih sredstava radi ostvarenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, ukoliko raspoloživa sredstva nisu dovoljna za pokriće rashoda obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U cilju ostvarivanja dodatnih sredstava za pokriće rashoda obaveznog osiguranja Fond zdravstvenog osiguranja može, uz saglasnost Skupštine Distrikta, udružiti dio sredstava sa budžetom Distrikta ili pravnim licem za osiguranje ili reosiguranje.

Obračun osnovice i osnovice za uplatu doprinosa, utvrđuje Skupština Distrikta na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja i uz pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo, što ponovo predstavlja specifičnost zakona Brčko Distrikta u odnosu na druge zakone o zdravstvenom osiguranju.

Stope za uplatu doprinosa utvrđuje svojom odlukom Skupština Distrikta, na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja uz predhodno mišljenje Odjela za zdravstvo.

Skupština Distrikta, za svaku godinu određuje najniži i najviši iznos osnovice na koji se obračunava doprinos za zdravstveno osiguranje, s tim da se doprinosi neće obračunavati na iznose ispod najnižeg niti iznad najvišeg iznosa koje odredi Skupština.

Obveznici obračunavanja i plaćanja doprinosa u Brčko Distriktu za obavezno zdravstveno osiguranje su isti kao što je propisano i zakonima entiteta:

-lica zaposlena u inostranstvu, obavezna su plaćati doprinose za članove svojih porodica koji žive na prostoru Distrikta, ako nisu po nekom drugom osnovu osigurana, što je regulisano međudržavnim sporazumima o socijalnom osiguranju

-studentske i omladinske zadruge, za lica koja su angažovana na obavljanju povremenih poslove za slučaj povrede na radu ili profesionalnog oboljenja,

-nadležni odjel vlade Distrikta je obavezan plaćati doprinose za učenike i studente, koji nisu osigurani po nekom drugom osnovu i za učenike/studente koji obavljaju pripravnički staž koji je vezan za njihovo školovanje

-davalac stipendije za strane građane i lica bez državljanstva koja su na školovanju ili praktičnom radu, ako u ugovoru o stipendiji nije predviđeno da doprinose plaćaju sami studenti.

Zakon predviđa oslobađanje od participacije za osiguranike sa veoma niskim prihodima, trudnice i osobe starije od 65 godina.

Kaznene odredbe zakona o zdravstvenom osiguranju Brčko Distrikta se kreću od 300 KM do 5000 KM u zavisnosti ko čini prekršaj i koju vrstu prekršaja. Takođe se vrši razlika da li je obveznik uplate doprinosa pravno ili fizičko lice.

Ostali dijelovi zakona o zdravstvenom osiguranju su identični ili slični entitetskim zakonima.

Dio XI - Sporazum o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica na teritoriji Bosne i Hercegovine, van područja entiteta odnosno Distrikta Brčko kome osigurane osobe pripadaju koji je potpisan 5 decembra 2001 („Službene novine FBiH“, broj 8/02)

Kako bi se prevazišla različita zakonska rješenja zdravstvenog osiguranja u Bosni i Hercegovini, a osigurala opšta načela Ustava Bosne i Hercegovine, i sa ciljem da se obezbijedi ravnopravan tretman osiguranim licima kod različitih institucija zdravstvenog osiguranja, te kako bi se obezbijedilo korišćenje zdravstvene zaštite i korištenje zdravstvene zaštite na ravnopravnoj osnovi, Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, Vlada Brčko Distrikta –odsjek za zdravstvo, i Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine , zaključili su gore navedeni sporazum 5 decembra 2001.

Ovim Sporazumom Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, Federacije Bosne i Hercegovine i Vlada Brčko Distrikta obavezale su se da će preduzeti sve neophodne mjere za obezbijedjenje korištenja zdravstvene zaštite u slučaju kada je lice osigurano kod institucije zdravstvenog osiguranja u jednom entitetu, odnosno Distriktu Brčko, a ima potrebu da koristi zdravstvenu zaštitu na teritoriji drugog entiteta.

Osigurano lice koje mijenja prebivalište van teritorije entiteta u kojem je zdravstveno osigurano, ima pravo na zdravstvenu zaštitu pod uslovom da obveznik obračuna i uplate doprinosa izvrši za to lice uplatu doprinosa na način i u skladu sa zakonom o zdravstvenom osiguranju entiteta novog mjesta prebivališta.

Da bi se obezbijedila zdravstvena zaštita, licima, koja su korisnici penzija da ostvare pravo na zdravstveno osiguranje, penzionisanim licima će se osigurati zdravstvena zaštita, i u slušaju da nadležna institucija penzijskog i invalidskog osiguranja entiteta kao obveznik obračuna i uplate doprinosa ne izvrši uplatu istog.

Nadležne institucije penzijskog i invalidskog osiguranja entiteta, dužne su saglasno zakonu izmiriti svoje finansijske obaveze prema institucijama zdravstvenog osiguranja po osnovu doprinosa obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Osigurana lica po ovom sporazumu imaju pravo na istu vrstu i obim zdravstvene zaštite, na način i po postupku u skladu sa zakonom, podzakonskim aktima i opštim aktima koja važe za lica osigurana kod institucije zdravstvenog.

U smislu navedenog sporazuma, zdravstvenu zastitu ima osigurano lice:

-za vrijeme privremenog boravka radi školovanja, studiranja i stručnog usavršavanja na teritoriji drugog entiteta;

-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 licu za vrijeme školovanja, i u slučaju upućivanja u zdravstvenu teritoriju drugog entiteta, omogućiti nesmetano korišćenje zdravstvene zaštite na osnovu vazećih zdravstvenih dokumenata.

U slučajevima hitne medicinske pomoći i kada je život i zdravlje ugroženo, zdravstvena zaštita se pruža i bez zdravstvenih dokumenata, koju je potrebno naknadno donijeti u roku od tri dana.

Zdravstvene usluge pružene u skladu sa ovim sporazumom, obračunavaju se po cijenama utvrđenim cjenovnikom, odnosno tarifom zdravstvenih usluga nadležne institucije zdravstvenog osiguranja.

Na ovaj način entiteti su obezbijedili nesmetano kretanje ljudi roba i usuga, koje nailazi na probleme u implementaciji. Neplaćeni računi od strane osiguravajućih fondova za pružene usluge van teritorije entiteta kako to sporazum predviđa, kao i potrebna administracija koja je neophodna da bi se implementirao sporazum, doveli su do ne primjenjivanja i obstrukcije ovog važnog, korisnog i neophodnog sporazuma, u njegovim većinskim dijelovima. Dio sporazuma koji je neupitan i koji se i dalje primijenjuje, je pružanje zdravstvene zaštite povratnicima i penzionerima, koji dobijaju penzije iz entiteta koji zbog mjesta boravka osiguranika se ne poklapa sa teritorijom koju pokriva Fond njegovog zdravstvenog osiguranja.

Dio XII - Sažetak:

U Bosni i Hercegovini postoje četiri zakona koja regulišu zdravstveno osiguranje. Na taj način zdravstveno osiguranje je lokalnog karaktera, strogo određeno po regijama što onemogućava slobodno kretanje pacijenata iz jednog entiteta u drugi, kao i iz jednog kantona u drugi kao i u Brčko Distrikt.

U Federaciji Bosne i Hercegovine zdravstveno osiguranje je podijeljeno na deset kantonalnih zavoda, kao i na deset Fondova za zdravstveno osiguranje, kao što i na Federalnom nivou egzistira jedan Federalni Fond za zdravstveno osiguranje i reosiguranje, odnosno Federalni Fond solidarnosti. Ovakva podijeljost po regijama

zdravstvenog osiguranja dodatno otežava ostvarenje zdravstvene zaštite, kao i pružanje usluga u većim i specijaliziranim klinikama koje se nalaze u kantonima odnosno entitetima u kojem osiguranik nema zdravstveno osiguranje.

Samo jedan Kanton –Srednjo Bosanski je donio svoj zakon o zdravstvenom osiguranju. Zakon Srednjobosanski o zdravstvenom osiguranju je veoma sličan Federalnom zakonu o zdravstvenom osiguranju.

Ostali kantoni primjenjuju Federalni zakon o zdravstvenom osiguranju.

U Republici Srpskoj, zdravstveno osiguranje je centralizovano, što obezbijeduje mnogo bolji i ujednačeniji pristup zdravstvenog osiguranja, a time i zdravstvene zaštite. Ovim je i mogućnost diskriminacije i različitog pristupa osiguranih lica ka zdravstvenoj zaštiti mnogo lakša i ujednačenija.

Nezaposlena lica koja su prijavljena na biro za nezaposlene, imaju mogućnost prijavljivanja na Biro, bez ikakvih vremenskih rokova i ograničenja.

Brčko Distrik, posjeduje svoju pravnu regulativu u oblasti zdravstvenog osiguranja, koja se razlikuje od legislative o zdravstvenom osiguranju entiteta.

U entitetima, Brčko Distriktu i kantonima su različiti obimi i prava zdravstvene zaštite koja se finansira iz različitih zdravstvenih fondova.

Cijene usluga su različite što dodatno otežava pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima iz različitih Entiteta i Kantona.

Ukratko, u Bosni i Hercegovini ne postoji univerzalan pristup zdravstvenoj zaštiti, kako to nalaže Povelja i drugi međunarodni dokumenti.

Pogodnosti zdravstvene zaštite ne uživaju podjednako svi građani, bez diskriminacije, jer je pružanje zdravstvene zaštite koncentrisano u većim gradovima, a pristup zdravstvenoj zaštiti je otežan seoskoj populaciji čija područja nisu adekvatno povezana javnim transportom sa gradovima, te je pristup otežan naročito tercijalnoj zdravstvenoj zaštiti, što je posljedica različitih iznosa prihoda koji su sakupljeni kroz zdravstvene fondove.

Obim prava iz osnovne zdravstvene zaštite, odnosno plaćene i neplaćene zdravstvene usluge se razlikuju u kantonima, Federaciji Bosne i Hercegovine, Republici Srpskoj i Brčko Distriktu.

Ovo naročito otežava liječenje i pružanje dugotrajnih zdravstvenih usluga licima koja su prijavljena i dobijaju zdravstveno osiguranje u jednom Entitetu, a stacionirana su u zdravstvenim ustanovama drugog entiteta (lica smještena u ustanove za lica sa mentalnim smetnjama i retardirane osobe).

U nekim kantonima i entitetima je različit iznos i osnovica nadoknada plate za privremeno odsustvovanje sa posla što stvara diskriminaciju među zdravstveno osiguranim osobama.

Grupe stanovništva koje su zdravstveno neosigurane su različite u Entitetima.

U oba entiteta zdravstveno su neosigurani radnici kojima poslodavci ne uplaćuju doprinose za zdravstveno osiguranje, dok su u Federaciji zdravstveno neosigurani i radnici kojima je prestao radni odnos i isti se nisu prijavili u određenom roku kao nezaposlena lica, djaci i studenti koji su završili školovanje i koji su propustili rok od 30 dana za prijavljivanje na biro za nezaposlene, kao i samozaposleni radnici koji sebi ne uplaćuju doprinos za zdravstveno osiguranje (ulični prodavaci, prodavaci na pijacama).

U Federaciji Bosne i Hercegovine kao i u Republici Srpskoj, ne plaćanjem doprinosa za zdravstveno osiguranje od strane poslodavca dovodi se u tešku situaciju, ne samo zaposlenik, već i cijela njegova uža porodica. Dijeca koja su mlađa od 15 godina i imaju pravo na obavezno zdravstveno osiguranje, ne mogu biti zdravstveno osigurani po osnovu obaveznog osiguranja djeteta do 15 godina, jer se njegov roditelj vodi kao zaposleno lice za koje poslodavac mora obavezno platiti doprinos za zdravstveno osiguranje, po osnovu rada. Takvo dijete se tretira kao da ima osiguranje po drugom osnovu, i u praksi je zdravstveno neosigurano. Činjenica da roditelju poslodavac ne uplaćuje doprinose i nemogućnosti osiguranika da natjera poslodavca da uplati doprinose dovodi do neriješive situacije i za osigurnika i članove njegove porodice, a posebno djece.

Osobe sa težim invaliditetom koje nisu u radnom odnosu također ne ostvaruju prava iz oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja.

Velika grupa stanovništva koja spadaju u nacionalnu manjinu (Romi) nisu osigurani zbog nedostatka dokumentacije, i neinformisanosti o pravima na zdravstveno osiguranje.

Radi prevazilaženja ovih nejednakosti u zdravstvenom osiguranju, a koristeći mogućnosti date u zakonu o ministarskim i drugim tijelima uprave Bosne i Hercegovine, potrebno je donijeti na državnom nivou okvirni Zakon o zdravstvenom osiguranju Bosne i Hercegovine kojim bi se zagantovao isti obim prava na zdravstveno osiguranje za sve građane Bosne i Hercegovine. Tim zakonom bi se mogle riješiti i propisati minimalni standardi zdravstvenog osiguranja koji će biti jednaki za sve osiguranike, osigurati isti osnovni paket zdravstvenih usluga, jednostavan i transparentan sistem naplate za medjuintitetsko osiguranje, te izjednačiti sve bitne elemente zdravstvenog osiguranja.

Potrebno bi bilo osnažiti odjeljenje za zdravstvo pri Ministarstvu civilnih poslova Bosne i Hercegovine ili formirati samostalnu Agenciju za zdravstveno osiguranje na državnom nivou, koja bi bila nadležna za propisivanje jedinstvenih kriterija zdravstvenog osiguranja kao i za praćenje Državnih i entitetskih propisa, te koja bi usaglasila razlike po osnovu razvoja ekonomije i prihoda. Ova agencija bi doprinosila lakšem prevazilaženju decentralizovanih fondova za zdravstveno osiguranje.

Potrebno je što hitnije izvršiti usaglašavanje entitetskih zakona, te ugraditi osnove i glavne principe zdravstvenog osiguranja na jednak i nediskriminatorski način, kako sto to i zahtijevaju propisi Evropske unije i drugi međunarodni dokumenati.