

15

ZDRAVSTVO I SOCIJALA

Zakon o dostupnosti zdravstvenih usluga u medicinski opravdanom roku u Unsko-sanskom kantonu

Oblast	Zdravstvo i socijala
Status	Prijedlog, prije skupštinske procedure
Lista	Željko Komšić – Za građansku državu – DF/GS
Izbori	Opći izbori 04.10.2026. · izborna jedinica 201

Predlagači

- 22 Ibrahim Veladžić
- 14 Amir Tahić

BOSNA I HERCEGOVINA
Federacija Bosne i Hercegovine
UNSKO-SANSKI KANTON

SKUPŠTINA UNSKO-SANSKOG KANTONA

Na osnovu člana 11. Ustava Unsko-sanskog kantona – prečišćeni tekst („Službeni glasnik Unsko-sanskog kantona“, broj: 1/04 i 11/04), u skladu s članom 13. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, broj: 46/10 i 75/13) i Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata („Službene novine Federacije BiH“, broj: 40/10), Skupština Unsko-sanskog kantona, na sjednici održanoj _____ 2026. godine, donosi

Z A K O N
O DOSTUPNOSTI ZDRAVSTVENIH USLUGA
U MEDICINSKI OPRAVDANOM ROKU
U UNSKO-SANSKOM KANTONU

POGLAVLJE I. OPĆE ODREDBE

Član 1.

(Predmet)

(1) Ovim zakonom uređuju se vođenje i ažurnost lista čekanja, medicinske kategorije hitnosti, maksimalni medicinski opravdani rokovi za odabrane prioritete preglede i zahvate, pravo osiguranog lica da uslugu ostvari kod drugog ugovorenog pružaoca kada matična ustanova ne može pružiti uslugu na vrijeme, način finansiranja tog prava, te obaveze Ministarstva zdravstva, rada i socijalne politike Unsko-sanskog kantona (u daljem tekstu: Ministarstvo), Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona (u daljem tekstu: Zavod) i zdravstvenih ustanova.

(2) Ovaj zakon ne umanjuje prava utvrđena federalnim propisima, naročito pravo na hitnu medicinsku pomoć i pravo na dostupnost zdravstvene zaštite.

(3) Pravo iz ovog zakona uvodi se postepeno, samo za usluge utvrđene Programom dostupnosti iz člana 8. ovog zakona, u skladu sa stvarnim kapacitetima, ugovorenim cijenama i osiguranim sredstvima Zavoda i budžeta Kantona.

Član 2.

(Značenje izraza)

U ovom zakonu:

- a) osigurano lice je lice obavezno zdravstveno osigurano prema propisima o zdravstvenom osiguranju, sa prebivalištem, odnosno boravištem na području Unsko-sanskog kantona, koje pravo ostvaruje preko Zavoda;
- b) matična ustanova je zdravstvena ustanova ili drugi ugovoreni pružalac kod kojeg je osigurano lice stavljeno na listu čekanja, odnosno kojem je upućeno radi usluge;
- c) ugovoreni pružalac je zdravstvena ustanova ili privatna praksa s kojom Zavod ima važeći ugovor o pružanju i finansiranju zdravstvene usluge;

- d) lista čekanja je evidencija osiguranih lica koja čekaju na određenu zdravstvenu uslugu, s datumom prijave, kategorijom hitnosti i, ako je dodijeljen, terminom;
- e) stvarno trajanje čekanja je broj dana od uredne prijave, odnosno od medicinski utvrđene indikacije, do izvršene usluge ili do prvog ponuđenog termina koji je osigurano lice opravdano odbilo.

Član 3.

(Načela)

Ostvarivanje prava iz ovog zakona zasniva se na načelima medicinske opravdanosti, jednakog tretmana, transparentnosti lista čekanja, finansijske održivosti i zabranu da osigurano lice unaprijed finansira uslugu koja mu po ovom zakonu pripada na teret Zavoda.

POGLAVLJE II. LISTE ČEKANJA I KATEGORIJE HITNOSTI

Član 4.

(Obaveza vođenja liste čekanja)

- (1) Zdravstvena ustanova koja pruža usluge iz Programa dostupnosti vodi listu čekanja za svaku takvu uslugu.
- (2) Lista čekanja sadrži najmanje: šifru, odnosno identifikator predmeta koji ne otkriva identitet u javnoj objavi, datum prijave, vrstu usluge, kategoriju hitnosti, da li je termin dodijeljen i datum termina, te razlog ako termin nije dodijeljen.
- (3) Ustanova ažurira listu najmanje jednom sedmično. Stavka starija od 30 dana bez dodijeljenog termina ili bez zabilježenog razloga smatra se neažurnom i mora se u pet dana pregledati, zatvoriti, preusmjeriti ili opravdati.
- (4) Javna objava liste sadrži samo zbirne i anonimizirane podatke: vrstu usluge, broj čekajućih, broj stavki bez termina, najstariji datum prijave još otvorenog zahtjeva i medijalno stvarno trajanje čekanja. Lični podaci se ne objavljuju.
- (5) Osigurano lice ima pravo uvida u vlastiti status na listi, bez naknade, u roku od tri dana od zahtjeva.

Član 5.

(Provjera ažurnosti i stvarnog trajanja)

- (1) Ministarstvo, u saradnji sa Zavodom, najmanje dva puta godišnje provjerava ažurnost lista i stvarno trajanje čekanja po uslugama, odvojeno od broja neobrađenih zahtjeva.
- (2) Ustanova je dužna Ministarstvu i Zavodu dostaviti podatke potrebne za tu provjeru u roku od 15 dana od zahtjeva.
- (3) Zahtjev iz 2025. godine ili raniji koji na dan stupanja na snagu ovog zakona nema dodijeljen termin obavezno se u roku iz člana 20. stav (1) ovog zakona preispita: zatvara ako je usluga izvršena ili više nije indicirana, prebacuje u važeću listu s kategorijom hitnosti ili upućuje na postupak iz Poglavlja IV.

Član 6.

(Medicinske kategorije hitnosti)

- (1) Svaki zahtjev za uslugu iz Programa dostupnosti razvrstava se u jednu od sljedećih kategorija:

- a) hitno – stanje koje zahtijeva neodložnu medicinsku pomoć;
 - b) prioritet I – stanje u kojem odgađanje usluge može znatno pogoršati zdravlje ili smanjiti izgleda liječenja;
 - c) prioritet II – stanje koje zahtijeva uslugu u medicinski opravdanom, ali ne neodložnom roku;
 - d) redovno – ostala stanja koja se rješavaju prema redu prijave, uz poštovanje jednakog tretmana.
- (2) Kategoriju određuje nadležni ljekar prema medicinskim kriterijima koje propisuje ministar, uz mišljenje ljekarske komore, odnosno stručnog tijela ustanove. Hitna medicinska pomoć ostvaruje se bez stavljanja na listu čekanja, u skladu s federalnim propisima.
- (3) Promjena zdravstvenog stanja obavezuje ustanovu da preispita kategoriju, na zahtjev ljekara ili osiguranog lica.

Član 7.

(Maksimalni medicinski opravdani rokovi)

- (1) Za usluge uvrštene u Program dostupnosti utvrđuju se maksimalni medicinski opravdani rokovi, računajući od dana uredne prijave s utvrđenom kategorijom, i to najduže:
- a) za kategoriju hitno – odmah, a najkasnije u roku propisanom za hitnu medicinsku pomoć;
 - b) za prioritet I – 30 dana;
 - c) za prioritet II – 90 dana.
- (2) Ministar može, uz saglasnost Zavoda i uz obrazloženje kapaciteta, za pojedinu uslugu odrediti kraći rok od roka iz stava (1) ovog člana.
- (3) Rok iz stava (1) ovog člana ne teče za vrijeme dok osigurano lice neopravdano odgađa ili propušta ponuđeni termin, ni za vrijeme dok nije dostavljena dokumentacija bez koje se usluga ne može izvršiti.
- (4) Za kategoriju redovno ne utvrđuje se pravo iz Poglavlja IV. dok ta usluga nije uvrštena u Program dostupnosti s određenim rokom.

POGLAVLJE III. PROGRAM DOSTUPNOSTI

Član 8.

(Program dostupnosti)

- (1) Vlada Unsko-sanskog kantona, na zajednički prijedlog Ministarstva i Zavoda, donosi Program dostupnosti zdravstvenih usluga u medicinski opravdanom roku (u daljem tekstu: Program).
- (2) Program sadrži:
- a) popis odabranih prioritetnih pregleda i zahvata;
 - b) kategorije hitnosti i rokove koji se na njih primjenjuju;
 - c) ugovorene pružaoce i ugovorene cijene;
 - d) procijenjeni broj usluga i iznos sredstava;
 - e) izvor finansiranja;
 - f) mjere paralelnog povećanja kapaciteta javnih ustanova.

(3) U Program se smije uvrstiti samo usluga za koju su u finansijskom planu Zavoda, odnosno u budžetu Kantona, izričito osigurana sredstva za tu namjenu u godini primjene.

(4) Program se donosi za kalendarsku godinu, može se mijenjati u toku godine samo ako su osigurana dodatna sredstva ili ako se smanjuje obuhvat zbog nedostatka sredstava, uz javno obrazloženje.

(5) Program se objavljuje u „Službenom glasniku Unsko-sanskog kantona“ i na web stranicama Vlade, Ministarstva i Zavoda.

Član 9.

(Početni obuhvat)

(1) Prvi Program obuhvata ograničen broj usluga za koje liste čekanja pokazuju najduže stvarno čekanje ili najveći broj zahtjeva bez termina, uzimajući u obzir medicinski rizik odgađanja.

(2) Proširenje obuhvata dopušteno je tek nakon izvještaja iz člana 20. stav (3) ovog zakona i uz nova izričito osigurana sredstva.

POGLAVLJE IV. PRAVO NA USLUGU KOD DRUGOG UGOVORENOG PRUŽAOCA

Član 10.

(Nastanak prava)

(1) Ako matična ustanova osiguranom licu za uslugu iz Programa ne može ponuditi termin unutar roka iz člana 7. ovog zakona, osigurano lice ostvaruje pravo da tu uslugu dobije kod drugog ugovorenog pružaoca koji uslugu može izvršiti u preostalom dijelu roka, odnosno u najkraćem mogućem roku.

(2) Pravo iz stava (1) ovog člana nastaje i kada je na listi čekanja stavka bez dodijeljenog termina starija od roka iz člana 7. ovog zakona, nakon provjere da je indikacija još važeća.

(3) Pravo ne obuhvata usluge koje se finansiraju iz Fonda solidarnosti Federacije BiH niti usluge izvan ugovorene djelatnosti Zavoda, osim ako Zavod i nadležni federalni organ o tome posebno ne ugovore.

Član 11.

(Postupak)

(1) Matična ustanova, najkasnije u roku od pet dana od dana kada utvrdi da ne može ponuditi termin u roku, pismeno obavještava osigurano lice i Zavod, navodeći uslugu, kategoriju hitnosti, datum prijave i razlog nemogućnosti.

(2) Osigurano lice može i samo podnijeti Zavodu zahtjev za ostvarivanje prava iz člana 10. ovog zakona, uz dokaz o prijavi i, ako ga ima, obavještenje ustanove.

(3) Zavod u roku od osam dana od urednog obavještenja ili zahtjeva:

a) provjerava da je usluga u Programu i da je rok prekoračen ili će biti prekoračen;

b) nudi osiguranom licu najmanje jednog drugog ugovorenog pružaoca koji može izvršiti uslugu;

c) izdaje nalog za izvršenje usluge na teret Zavoda, po ugovorenoj cijeni.

(4) Ako Zavod u roku iz stava (3) ovog člana ne postupi, smatra se da je pravo priznato, a osigurano lice može uslugu izvršiti kod ugovorenog pružaoca koji je spreman pružiti je uz naknadu po ugovorenoj cijeni. Zavod je dužan platiti tu uslugu.

(5) Osigurano lice nije dužno unaprijed platiti uslugu ostvarenu po ovom poglavlju. Zabranjeno je od osiguranog lica tražiti predujam, participaciju izvan iznosa već propisanog federalnim i kantonalnim propisima ili „samoplaćanje uz naknadni povrat“.

Član 12.

(Granice prava)

(1) Zavod nije dužan platiti uslugu kod pružaoca s kojim nema ugovor, ni cijenu višu od ugovorene cijene za istu uslugu, osim ako Upravni odbor Zavoda, zbog odsustva ugovorenog kapaciteta, izričito odobri pojedinačni slučaj u okviru osiguranih sredstava Programa.

(2) Ako osigurano lice odbije dva ponuđena termina kod ugovorenog pružaoca bez medicinski ili životno opravdanog razloga, pravo iz člana 10. ovog zakona za taj zahtjev prestaje, a lice ostaje na listi matične ustanove.

(3) Ovo poglavlje ne daje pravo na izbor liječnika ili ustanove izvan medicinski opravdanog roka i izvan Programa.

POGLAVLJE V. FINANCIRANJE I KAPACITETI

Član 13.

(Izričito finansiranje)

(1) Sredstva za usluge iz Programa iskazuju se u finansijskom planu Zavoda kao posebna namjena. Ne smiju se koristiti za pokrivanje drugih rashoda Zavoda.

(2) Skupština Kantona, pri usvajanju budžeta i finansijskog plana Zavoda, razmatra iznos predviđen za Program. Ako sredstva nisu osigurana, Program za tu godinu ne proizvodi pravo iz člana 10. ovog zakona za usluge koje nisu pokriveno.

(3) Zavod s ugovorenim pružiocima ugovara dodatne količine usluga iz Programa po već utvrđenim ili posebno ugovorenim cijenama.

Član 14.

(Paralelno povećanje kapaciteta javnih ustanova)

(1) Program obavezno sadrži mjere za povećanje kapaciteta javnih zdravstvenih ustanova Kantona za usluge iz Programa, uključujući organizaciju rada, smjenski rad postojeće opreme, dodatne termine i, gdje je to opravdano, nabavku opreme i kadar.

(2) Upućivanje kod drugog ugovorenog pružaoca ne smije biti trajna zamjena za jačanje javnih ustanova.

POGLAVLJE VI. NADZOR, IZVJEŠTAVANJE I ZAŠTITA PRAVA

Član 15.

(Nadzor)

(1) Nadzor nad provedbom ovog zakona vrši Ministarstvo.

(2) Inspekcijski nadzor vrši zdravstvena inspekcija, u skladu sa zakonom.

(3) Zavod nadzire izvršenje ugovora i plaćanje usluga iz Programa.

Član 16.

(Izvještavanje)

Ministarstvo, najmanje dva puta godišnje, Skupštini Kantona podnosi izvještaj o: broju lica na listama, ažurnosti evidencije, stvarnom trajanju čekanja po uslugama, broju usluga izvršenih u matičnoj ustanovi i kod drugog ugovorenog pružaoca, utrošenim sredstvima i mjerama povećanja kapaciteta.

Član 17.

(Zaštita prava)

(1) Protiv postupanja ustanove osigurano lice ima pravo prigovora komisiji za zaštitu prava pacijenata, u skladu sa Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata.

(2) Protiv akta Zavoda kojim se odbija pravo iz člana 10. ovog zakona osigurano lice ima pravo žalbe Upravnom odboru Zavoda u roku od 15 dana, a protiv konačnog akta upravni spor.

POGLAVLJE VII. KAZNE NE ODREDBE

Član 18.

(Prekršaji ustanove i odgovornog lica)

(1) Novčanom kaznom od 2.000,00 KM do 8.000,00 KM kaznit će se zdravstvena ustanova ako:

- a) ne vodi ili ne ažurira listu čekanja u skladu s članom 4. ovog zakona;
- b) ne preispita neažurnu stavku u roku iz člana 4. stav (3) ovog zakona;
- c) ne obavijesti osigurano lice i Zavod u skladu s članom 11. stav (1) ovog zakona;
- d) od osiguranog lica zatraži unaprijed plaćanje usluge koja se po ovom zakonu plaća na teret Zavoda.

(2) Za prekršaj iz stava (1) ovog člana kaznit će se i odgovorno lice u ustanovi novčanom kaznom od 300,00 KM do 1.500,00 KM.

Član 19.

(Prekršaji Zavoda)

Novčanom kaznom od 300,00 KM do 1.500,00 KM kaznit će se odgovorno lice u Zavodu ako u roku iz člana 11. stav (3) ovog zakona, bez opravdanog razloga, ne postupi po urednom obavještenju ili zahtjevu, a usluga je u Programu i sredstva su osigurana.

POGLAVLJE VIII. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 20.

(Rokovi provedbe)

(1) U roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovog zakona ustanove, Ministarstvo i Zavod:

- a) uspostavljaju pouzdane liste čekanja u skladu s članom 4. ovog zakona;
- b) preispituju sve otvorene zahtjeve bez dodijeljenog termina, uključujući zahtjeve iz 2025. godine;
- c) sačinjavaju pregled kapaciteta za usluge s najdužim stvarnim čekanjem.

(2) U roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona Vlada donosi prvi Program za nekoliko usluga, ako su za njih izričito osigurana sredstva.

(3) U roku od dvanaest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona Ministarstvo dostavlja Skupštini izvještaj o stvarnom trajanju čekanja i broju liječenih u matičnim ustanovama i kod drugih ugovorenih pružalaca.

(4) Ministar u roku od 60 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona donosi pravilnik o medicinskim kriterijima razvrstavanja u kategorije hitnosti, sadržaju liste čekanja i obrascu naloga Zavoda.

Član 21.

(Usklađenost)

Ako se federalnim zakonom drukčije uredi pravo na dostupnost usluge u određenom roku, odredbe ovog zakona primjenjuju se u dijelu u kojem nisu u suprotnosti s tim zakonom, a Program se usklađuje u roku od 90 dana.

Član 22.

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Unsko-sanskog kantona“.



PREDLAGAČ ZAKONA:
☉☉ Veladžić Ibrahim

PREDLAGAČ ZAKONA:
☉ Tahić Amir

OBRAZLOŽENJE

I. Pravni osnov

Ustavni osnov je član 11. tačka n) Ustava Unsko-sanskog kantona. Federalni okvir čine Zakon o zdravstvenoj zaštiti, kojim kanton uređuje zdravstvenu politiku od interesa za svoje područje i može donositi posebne programe prema mogućnostima, Zakon o zdravstvenom osiguranju i Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata, koji već jamči dostupnost zaštite, hitnu pomoć i poštovanje vremena pacijenta, ali ne uređuje kantonalni mehanizam lista čekanja ni pravo na drugog ugovorenog pružaoca.

II. Problem

Kantonalna bolnica objavljuje liste čekanja. U pregledanoj preliminarnoj listi ima i zahtjeva iz 2025. godine bez dodijeljenog termina. Dok se ne razdvoji neažurna evidencija od stvarnog čekanja po uslugama, ne može se znati koliko pacijent zaista čeka ni koje usluge prvo treba uvrstiti u program.

III. Rješenje

Zakon ne otvara neograničeno pravo na privatno liječenje. Pravo postoji samo za usluge u godišnjem Programu, samo kod ugovorenog pružaoca i samo ako su sredstva izričito stavljena u finansijski plan Zavoda. Pacijent ne plaća unaprijed. Paralelno se povećavaju kapaciteti javnih ustanova, da upućivanje drugom pružaocu ne postane trajni bijeg od jačanja bolnice i domova zdravlja.

Rokovi 30 i 90 dana odnose se na prioritet I i II, ne na svaki redovni pregled. Hitna pomoć ostaje odmah, po federalnom zakonu.

IV. Finansijski učinak

Bez izričito osiguranih sredstava Program ne proizvodi pravo na drugog pružaoca. Time se zakon usklađuje s finansijskim planom Zavoda i izbjegava obaveza koju Zavod ne može platiti.

V. Rokovi

Tri mjeseca: pouzdane liste i pregled kapaciteta, uključujući zahtjeve iz 2025. Šest mjeseci: prvi Program za nekoliko usluga. Dvanaest mjeseci: mjerenje čekanja i broja liječenih.