**U P U T S T V O**

**o nadležnostima i postupku pribavljanja dokumentacije kojom se dokazuje ispunjenost kriterija za korištenje sredstava transfera "Tekući transfer drugim nivoima vlasti – zdravstvena zaštita Roma u Federaciji Bosne i Hercegovine "**

 Saglasno članu 12. tačka 16. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, broj 46/10) utvrđena je obaveza Federacije BiH za finansiranje zdravstvene zaštite osoba romske nacionalnosti koje zbog tradicionalnog načina života nemaju stalno mjesto prebivališta, odnosno boravišta u Federaciji Bosne i Hercegovine. Navedenim sredstvima se osiguravaju uvjeti za zaštitu zdravlja Roma, pod jednakim uvjetima, kao i za ostale grupacije stanovništva koje su izložene povećanom riziku obolijevanja.

 S ciljem efikasnijeg i transparentnijeg korištenja sredstava navedenog transfera, a u skladu sa Odlukom o usvajanju programa utroška sredstava sa kriterijima raspodjele sredstava "Tekući transfer drugim nivoima vlasti - zdravstvena zaštita Roma u Federaciji Bosne i Hercegovine" utvrđenih budžetom Federacije Bosne i Hercegovine za 2018. godinu Federalnom ministarstvu zdravstva („Službene novine Federacije BiH“ broj 23/18) (u daljem tekstu: Odluka), zdravstvenim ustanovama se daje sljedeće uputstvo:

1. Zdravstvena ustanova koja je pružila zdravstvenu uslugu osobama romske nacionalnosti, koje nemaju stalno prebivalište u Federaciji Bosne i Hercegovine nadležna je za pribavljanje potrebne dokumentacije koja se dostavlja Federalnom ministarstvu zdravstva;
2. Zdravstvena ustanova Federalnom ministarstvu zdravstva dostavlja sljedeću dokumentaciju:
* faktura ustanove sa popratnom dokumentacijom (otpusno pismo i/ili dokumentaciju o liječenju),
* dokaz da se radi o osobi romske nacionalnosti (potpisana izjava osobe kojoj je pružena zdravstvena usluga, odnosno izjava roditelja/staratelja ukoliko se radi o maloljetnoj osobi-obrazac u prilogu);[[1]](#footnote-1)
* potvrdu nadležnog organa (CIPS-a) da ista nema stalno prebivalište, odnosno boravište u Federaciji BiH.
1. Federalno ministarstvo zdravstva će u skladu sa Odlukom realizirati fakture zdravstvenih ustanova koje dostave kompletnu dokumentaciju navedenu pod tačkom 2. Fakture sa nekompletnom dokumentacijom će biti vraćene zdravstvenim ustanovama.

 **M I N I S T A R**

 **Doc.dr Vjekoslav Mandić**

**I Z J A V A**

**O NACIONALNOJ PRIPADNOSTI**

Ja dole potpisani, izjavljujem da sam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nacionalne pripadnosti.

 (naziv nacionalnosti)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ime i prezime)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (datum i mjesto rođenja)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (svojeručni potpis)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum i mjesto

1. Nije potrebna ovjera nadležnog organa za izjavu o nacionalnoj pripadnosti. [↑](#footnote-ref-1)