ZAKON O OBAVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANjU ("Sl. glasnik RS", br. 93/2022 i 132/2022)

ZAKON O OBAVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANjU

("Sl. glasnik RS", br. 93/2022 i 132/2022)

GLAVA I

OSNOVNE ODREDBE

Predmet Zakona

Član 1

Ovim zakonom uređuje se sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i druga pitanja od značaja za obavezno zdravstveno osiguranje u Republici Srpskoj.

Opšti interes

Član 2

(1) Obavezno zdravstveno osiguranje je djelatnost od opšteg interesa za Republiku Srpsku (u daljem tekstu: Republika).

(2) U postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, osigurana lica su jednaka, bez obzira na rasu, pol, jezik, nacionalnu pripadnost, vjeroispovijest, socijalno porijeklo, rođenje, obrazovanje, imovno stanje, političko i drugo uvjerenje, društveni položaj ili drugo lično svojstvo.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 3

(1) Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj bolesti i povrede van rada i za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti u skladu sa ovim zakonom su:

1) pravo na zdravstvenu zaštitu,

2) pravo na naknade za vrijeme privremene spriječenosti za rad.

(2) Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se i koriste u sadržaju, obimu i na način uređen ovim zakonom.

(3) Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su lična prava i ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasljeđivati.

(4) Dospjele naknade na osnovu prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koje nisu isplaćene do smrti osiguranog lica mogu se nasljeđivati u skladu sa propisima kojima je uređena oblast nasljeđivanja.

(5) Dospjela naknada poslije smrti osiguranog lica koji nema nasljednika pripada Fondu zdravstvenog osiguranja Republike Srpske (u daljem tekstu: Fond).

(6) U slučaju smrti osiguranog lica u toku postupka za ostvarivanje prava na refundaciju troškova zdravstvene zaštite postupak mogu nastaviti nasljednici u skladu sa propisima kojima je uređena oblast nasljeđivanja.

Načelo obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 4

Obavezno zdravstveno osiguranje zasniva se na načelima:

1) obaveznosti,

2) dostupnosti,

3) solidarnosti i uzajamnosti,

4) efikasnosti i ekonomičnosti,

5) zaštite prava osiguranog lica,

6) dostupnosti informacija,

7) javnosti.

Načelo obaveznosti

Član 5

Načelo obaveznosti ostvaruje se obezbjeđivanjem poštovanja prava i obaveza s ciljem da sva lica budu obavezno zdravstveno osigurana prema jednom od osnova osiguranja u skladu sa ovim zakonom, kao i obavezom podnošenja prijave plaćanja doprinosa Poreskoj upravi Republike Srpske u skladu sa propisima kojima je uređena oblast poreskog postupka i obavezom plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa propisima kojim se uređuje oblast doprinosa.

Načelo dostupnosti

Član 6

Načelo dostupnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja podrazumijeva ekspeditivan pristup ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i finansijski dostupnu zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i jednaku mogućnost zaštite prava osiguranog lica koja podrazumijeva da sva lica koja su osigurana na obavezno zdravstveno osiguranje, prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu koristiti u zdravstvenim ustanovama u Republici, kao i u zdravstvenim ustanovama izvan Republike sa kojima Fond ima zaključen ugovor, te zdravstvenim ustanovama u inostranstvu u skladu sa ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu ovog zakona.

Načelo solidarnosti i uzajamnosti

Član 7

Načelo solidarnosti i uzajamnosti ostvaruje se kroz sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja u kojem sredstva za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje osiguranik i drugi obveznik doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje uplatom doprinosa, a prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koriste ona osigurana lica kod kojih je nastupila bolest ili drugi osigurani slučaj u skladu sa ovim zakonom.

Načelo efikasnosti i ekonomičnosti

Član 8

Načelo efikasnosti i ekonomičnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja podrazumijeva ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom obimu, sadržaju i standardu uz najniži utrošak finansijskih i drugih sredstava.

Načelo zaštite prava osiguranog lica

Član 9

Načelo zaštite prava osiguranog lica podrazumijeva da je dužnost Fonda da, prilikom ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, omogući osiguranom licu da ostvari i zaštiti svoja prava, vodeći računa da ostvarivanje njegovog prava ne bude na štetu prava drugog lica.

Načelo dostupnosti informacija

Član 10

Načelo dostupnosti informacija podrazumijeva da se osiguranom licu obezbijedi dostupnost informacija o pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Načelo javnosti

Član 11

Načelo javnosti ostvaruje se na način da se obezbijedi javnost i transparentnost rada Fonda.

Shodna primjena propisa

Član 12

Na pitanja koja nisu uređena ovim zakonom primjenjuju se propisi kojima se uređuje opšti upravni postupak, upravni sporovi, sistem javnih službi, doprinosi, poreski postupak, zdravstvena zaštita, zdravstvena dokumentacija i evidencije u oblasti zdravstva, obligacioni odnosi, vještačenje, zaštita ličnih podataka i registar lica pravosnažno osuđenih za krivična djela seksualne zloupotrebe i iskorišćavanja djece.

Gramatički izrazi upotrijebljeni u ovom zakonu

Član 13

Gramatički izrazi upotrijebljeni u ovom zakonu za označavanje muškog i ženskog roda podrazumijevaju oba pola.

GLAVA II
UTVRĐIVANjE SVOJSTVA OSIGURANOG LICA

Osiguranik i osigurano lice

Član 14

(1) Osiguranik je fizičko lice za koje je propisom kojim se uređuje oblast doprinosa propisana obaveza uplaćivanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i kojem se obezbjeđuju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom.

(2) Osigurano lice je osiguranik, te član porodice ili član porodičnog domaćinstva osiguranika, kao i drugo lice kojem se, u skladu sa ovim zakonom, obezbjeđuje pravo na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

1. Osnovi osiguranja

Osiguranik

Član 15

Osiguranik, u smislu ovog zakona, je:

1) lice u radnom odnosu,

2) član privrednog društva ili druge organizacije, odgovorno lice u privrednom društvu ili drugoj organizaciji bez zasnivanja radnog odnosa, prokurista, a koje po tom osnovu prima naknadu,

3) lice koje obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje,

4) član organa upravljanja ili nadzora privrednog društva ili drugog oblika organizovanja, a koji po tom osnovu prima naknadu,

5) državljanin Republike koji u cijelosti ili djelimično ostvaruje penziju ili invalidninu od inostranog isplatioca, ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju koji je Bosna i Hercegovina zaključila ili preuzela (u daljem tekstu: međunarodni ugovor) nije drugačije određeno,

6) lice koje prima penziju u skladu sa propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju Republike ili u skladu sa propisima Federacije Bosne i Hercegovine, ako ima prebivalište na teritoriji Republike,

7) korisnik prava na naknadu u vezi sa prekvalifikacijom i dokvalifikacijom, koji je ovo pravo ostvario u skladu sa propisima kojima je uređena oblast o penzijskom i invalidskom osiguranju,

8) lice koje samostalno obavlja ugostiteljsku djelatnost pružanjem usluga smještaja, ishrane i pića u apartmanu, kući za odmor i sobi za iznajmljivanje koje je upisano u registar za obavljanje te djelatnosti kod nadležne organizacije,

9) vjerski službenik,

10) profesionalni sportista,

11) lice koje obavlja poljoprivrednu djelatnost, upisano je u Registar poljoprivrednih gazdinstava, kao nosilac komercijalnog porodičnog poljoprivrednog gazdinstva i koje je osiguranik-poljoprivrednik u skladu sa propisom kojim se uređuje penzijsko i invalidsko osiguranje,

12) lice koje obavlja poljoprivrednu djelatnost, upisano je u Registar poljoprivrednih gazdinstava, kao nosilac komercijalnog porodičnog poljoprivrednog gazdinstva i koje nije osiguranik-poljoprivrednik u skladu sa propisom kojim se uređuje penzijsko i invalidsko osiguranje,

13) lice koje obavlja poljoprivrednu djelatnost kao nosilac nekomercijalnog porodičnog poljoprivrednog gazdinstva, upisano je u Registar poljoprivrednih gazdinstava, kao nosilac nekomercijalnog porodičnog poljoprivrednog gazdinstva,

14) lice koje je nezaposleno i ostvaruje naknadu prema propisima kojima se uređuje zapošljavanje i prava za vrijeme nezaposlenosti,

15) lice koje ostvaruje pravo na obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa propisom kojim se uređuju prava boraca, vojnih invalida i porodica boraca Odbrambenootadžbinskog rata, prava civilnih žrtava

rata, prava žrtava ratne torture, prava izbjeglih i raseljenih lica i povratnika i prava iz oblasti socijalne zaštite,

16) strani državljanin koji se školuje na teritoriji Republike, ukoliko međunarodnim sporazumom nije drugačije određeno,

17) lice koje je korisnik prava na novčano primanje u skladu sa propisom kojim se uređuju prava nezaposlenog roditelja četvoro i više djece u Republici, za vrijeme korišćenja novčanog primanja za koje je plaćen doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje,

18) lice koje se dobrovoljno uključuje u obavezno zdravstveno osiguranje.

Primjena propisanih osnova osiguranja

Član 16

(1) Svojstvo osiguranika iz člana 15. ovog zakona može se steći samo po jednom od propisanih osnova osiguranja.

(2) Ako lice istovremeno ispunjava uslove za osiguranje po više osnova iz člana 15. ovog zakona, osnov osiguranja određuje se tako da postojanje osnova osiguranja po prethodnoj tački isključuje osnov osiguranja iz naredne tačke.

(3) Izuzetno od stava 2. ovog člana, ukoliko lice istovremeno ispunjava uslov za osiguranje iz člana 15. t. 5) i 6) ovog zakona primjenjuje se osnov osiguranja iz tačke 6) člana 15. ovog zakona ako je većinski staž osiguranja ostvaren u skladu sa propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju Republike.

Lice koje se dobrovoljno uključuje u obavezno zdravstveno osiguranje

Član 17

Lice koje se dobrovoljno uključuje u obavezno zdravstveno osiguranje iz člana 15. tačka 18) ovog zakona je lice koje nije obavezno osigurano u skladu sa ovim zakonom i koje može da se uključi u obavezno zdravstveno osiguranje u svojstvu osiguranika i da plaća doprinos u skladu sa propisima kojima je uređena oblast doprinosa iz svojih sredstava, a radi obezbjeđivanja prava na

zdravstvenu zaštitu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za sebe i članove svoje uže porodice.

Lice koje je obavezno osigurano za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti

Član 18

Lice koje je obavezno osigurano za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti radi obezbjeđivanja prava na zdravstvenu zaštitu, bez obzira na utvrđeno svojstvo osiguranog lica po nekom od osnova uređenih ovim zakonom, jeste:

1) učenik i student za vrijeme praktične nastave, odnosno tokom obavljanja stručne prakse kod poslodavca,

2) lice koje obavlja stručno osposobljavanje i usavršavanje kod poslodavca, bez zasnivanja radnog odnosa, u skladu sa propisima kojima je uređena oblast rada,

3) nezaposleno lice za vrijeme prekvalifikacije ili dokvalifikacije, na koju ga je uputila organizacija za zapošljavanje,

4) lice koje obavlja privremene ili povremene poslove u skladu sa propisima kojima je uređena oblast rada,

5) lice koje obavlja privremene ili povremene poslove preko omladinske zadruge, do navršene 26. godine, ako se nalazi na redovnom školovanju,

6) lice za vrijeme učešća u javnim radovima koje organizuje Republika ili jedinica lokalne samouprave.

Lice osigurano kao član porodice ili član porodičnog domaćinstva

Član 19

(1) Osiguranik iz člana 15. t. 1) do 10), t. 14), 15) i 17) ovog zakona može u obavezno zdravstveno osiguranje u svojstvu osiguranog lica uključiti člana uže i člana šire porodice u slučaju da član porodice nema neki od osnova osiguranja iz člana 15. ovog zakona.

(2) Osiguranik iz člana 15. tačka 18) ovog zakona može u obavezno zdravstveno osiguranje u svojstvu osiguranog lica uključiti člana uže

porodice u slučaju da član uže porodice nema neki od osnova osiguranja iz člana 15. ovog zakona.

(3) Osiguranik iz člana 15. t. 11), 12) i 13) ovog zakona može u obavezno zdravstveno osiguranje u svojstvu osiguranog lica uključiti člana porodičnog domaćinstva u slučaju da član porodičnog domaćinstva nema neki od osnova osiguranja iz člana 15. ovog zakona.

(4) Članom uže porodice iz st. 1. i 2. ovog člana se smatra bračni i vanbračni supružnik i dijete rođeno u braku ili van braka, usvojeno, stavljeno pod starateljstvo i dijete bračnog ili vanbračnog supružnika.

(5) Vanbračnim supružnikom iz stava 4. ovog člana smatra se lice koje ima zajednicu života i zajedničko dijete sa osiguranikom i lice koje ima zajednicu života sa osiguranikom koja traje minimalno tri godine, a dokazuje se izjavom oba lica ovjerenom od nadležnog organa.

(6) Članom šire porodice iz stava 1. ovog člana se smatra roditelj, očuh, maćeha, usvojitelj, djed i baba, unuče, brat i sestra, koje osiguranik izdržava u smislu propisa kojim se uređuju porodični odnosi ako je taj član:

1) navršio 65 godina i nema sredstava za izdržavanje,

ili

2) mlađi od 65 godina i nema sredstava za izdržavanje budući da je nesposoban za privređivanje u smislu potpunog gubitka radne sposobnosti u skladu sa propisima kojima je uređena oblast penzijskog i invalidskog osiguranja.

(7) Članom porodičnog domaćinstva iz stava 3. ovog člana smatra se lice koje sa osiguranikom ostvaruje zajednicu života, privređivanja i trošenja sredstava ostvarenih radom, bez obzira na srodstvo.

(8) Osiguranik može u obavezno zdravstveno osiguranje u svojstvu osiguranog lica uključiti člana uže ili člana šire porodice, odnosno člana porodičnog domaćinstva koji je strani državljanin ukoliko to lice u skladu sa propisima kojim se uređuje oblast stranaca ima

odobren privremeni boravak na teritoriji Republike u trajanju od najmanje godinu dana.

(9) Bračni supružnik osiguranika može imati svojstvo osiguranog lica kao član uže porodice osiguranika dok je u braku sa osiguranikom, a razvedeni supružnik osiguranika može imati svojstvo osiguranog lica kao član uže porodice osiguranika, kada se sudskom odlukom u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast porodičnih odnosa utvrdi pravo na izdržavanje.

(10) Dijete osiguranika ima svojstvo osiguranog lica kao član uže porodice osiguranika do navršene 18. godine, odnosno do završetka redovnog obrazovanja prvog ciklusa studija, a najkasnije do navršene 26. godine.

(11) Dijete osiguranika koje je zbog bolesti ili povrede prekinulo redovno obrazovanje prvog ciklusa studija ima svojstvo osiguranog lica kao član uže porodice osiguranika i poslije navršene 26. godine ukoliko nastavi redovno obrazovanje prvog ciklusa studija, a najduže na period koliko je trajao prekid redovnog obrazovanja prvog ciklusa studija zbog bolesti.

(12) Dijete osiguranika ima svojstvo osiguranog lica kao član uže porodice osiguranika i poslije navršene 18, odnosno navršene 26. godine, u slučaju da mu se prije nego što isteknu rokovi za redovno obrazovanje iz st. 10. i 11. ovog člana utvrdi pravo na dodatak za njegu i pomoć drugog lica u skladu sa propisima kojim se uređuje oblast socijalne zaštite dok koristi pravo na dodatak za njegu i pomoć drugog lica.

(13) Dijete osiguranika kojem se poslije navršene 18, odnosno navršene 26. godine utvrdi pravo na dodatak za pomoć i njegu drugog lica u skladu sa propisima kojim se uređuje oblast socijalne zaštite ima svojstvo osiguranog lica kao član uže porodice osiguranika dok koristi pravo na dodatak za pomoć i njegu drugog lica, ako ga osiguranik izdržava zbog toga što nema sopstvenih sredstava za izdržavanje.

(14) U skladu sa st. 6. i 13. ovog člana smatra se da osiguranik izdržava člana porodice ako član porodice nema vlastitih prihoda

dovoljnih za izdržavanje, odnosno ako mu je mjesečni prihod po svim osnovima manji od 50% od najniže neto plate za prethodnu godinu u Republici, a osiguranik mu obezbjeđuje sredstva za izdržavanje.

Ostala lica obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem

Član 20

(1) Osiguranim licem, u skladu sa ovim zakonom, ukoliko lice nije osiguranik iz člana 15. t. od 1) do 17) ovog zakona, niti ispunjava uslove za utvrđivanje svojstva osiguranog lica u skladu sa članom 19. ovog zakona, smatra se:

1) dijete do navršene 18. godine, školska djeca i studenti do kraja školovanja, a najkasnije do navršene 26. godine,

2) žena u procesu u vezi sa planiranjem porodice, u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 mjeseci poslije porođaja, odnosno za blizance, ili treće i svako naredno dijete do 18 mjeseci poslije porođaja,

3) lice starije od 65 godina,

4) lice sa invaliditetom,

5) lice sa mentalnim poremećajem, klinički ispoljenim i dijagnostikovanim psihijatrijskim oboljenjem koje, u različitoj mjeri, interferira sa kognitivnim, emocionalnim ili socijalnim sposobnostima nekog lica i koje u različitom stepenu ometa ili utiče na svakodnevno funkcionisanje tog lica,

6) lice bez prihoda,

7) lice koje ima HIV infekciju, ili koje boluje od AIDS-a, ili drugih zaraznih bolesti koje su utvrđene posebnim propisom kojim se uređuje oblast zaštite stanovništva od zaraznih bolesti,

8) lice koje boluje od maligne bolesti, šećerne bolesti, epilepsije, multiple skleroze, reumatske groznice ili progresivnih mišićnih oboljenja u koje spadaju oboljenja klasifikovana prema šiframa Međunarodne klasifikacije bolesti (u daljem tekstu: MKB) G 12, G 36, G 37, G 70 i G 71,

9) lice u terminalnoj fazi hronične bubrežne insuficijencije,

10) lice kojem je potrebno hitno zbrinjavanje u smislu propisa o zdravstvenoj zaštiti,

11) lice u procesu u vezi sa davanjem i primanjem ljudskih organa, tkiva i ćelija,

12) lice oboljelo od rijetke bolesti čiji status je utvrdio Centar za rijetke bolesti Univerzitetskog kliničkog centra Republike Srpske (u daljem tekstu: Centar za rijetke bolesti),

13) lice u stanju vigilne kome.

(2) Licem bez prihoda iz stava 1. tačka 6) ovog člana smatra se lice čije mjesečno primanje po članu porodičnog domaćinstva ne prelazi najnižu neto platu za prethodnu godinu.

(3) Sredstva za finansiranje obaveza nastalih po osnovu prava na zdravstvenu zaštitu lica iz stava 1. ovog člana obezbjeđuju se u budžetu Republike preko nadležnih ministarstava, a planiraju se na osnovu godišnje projekcije izdataka Fonda za svaku narednu godinu i analize izvršenja budžeta iz prethodne godine.

Lice osigurano prema međunarodnom ugovoru

Član 21

(1) Lice osigurano u skladu sa pozitivnim zakonodavstvom država sa kojima je zaključen međunarodni ugovor ostvaruje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom, u sadržaju i obimu koji su utvrđeni međunarodnim ugovorom.

(2) Troškove zdravstvene zaštite lica iz stava 1. ovog člana snosi Fond.

(3) Troškovi zdravstvene zaštite lica iz stava 1. ovog člana se nadoknađuju u skladu sa međunarodnim ugovorom.

2. Prijava na obavezno zdravstveno osiguranje, matična evidencija i zdravstvena kartica

Podnošenje prijave i utvrđivanje svojstva

Član 22

(1) Prijava na obavezno zdravstveno osiguranje, promjena u svojstvu osiguranika i odjava sa obaveznog zdravstvenog osiguranja vrši se u

Jedinstveni sistem registracije, kontrole i naplate doprinosa (u daljem tekstu: Jedinstveni sistem) u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast poreskog postupka i ovim zakonom.

(2) Fond podnosi prijavu za obavezno zdravstveno osiguranje, promjenu u svojstvu osiguranog lica i odjavu sa obaveznog zdravstvenog osiguranja u Jedinstveni sistem za lica iz člana 15. tačka 18) ovog zakona i lica iz člana 20. ovog zakona, u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast poreskog postupka i ovim zakonom.

(3) Osiguranik za člana uže ili člana šire porodice ili člana porodičnog domaćinstva podnosi Fondu prijavu za zdravstveno osiguranje, promjenu u svojstvu osiguranog lica i odjavu sa zdravstvenog osiguranja.

(4) Fond utvrđuje svojstvo osiguranog lica na osnovu podnesene prijave na obavezno zdravstveno osiguranje.

(5) Rješenje kojim se odbija utvrđivanje svojstva osiguranog lica na osnovu podnesene prijave na zdravstveno osiguranje ili kojim se svojstvo osiguranog lica utvrđuje prema nekom drugom zakonskom osnovu osiguranja u odnosu na prijavu, donosi rukovodilac mjesno nadležne filijale u skladu sa ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu ovog zakona.

(6) Osiguranik ima pravo žalbe na rješenje iz stava 5. ovog člana u roku od 15 dana od dana dostavljanja rješenja, o kojoj odlučuje direktor Fonda.

(7) O pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje se u skladu sa st. 5. i 6. ovog člana, ukoliko ovim zakonom nije drugačije uređeno.

Vođenje i sadržaj matične evidencije

Član 23

(1) Fond za teritoriju Republike vodi matičnu evidenciju, koju čine podaci o osiguranicima, odnosno osiguranim licima, uplatiocima i uplatama doprinosa, i podaci u vezi sa korišćenjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Fond vodi evidenciju o licima koja su obavezno zdravstveno osigurana po međunarodnom ugovoru.

(3) Podaci koji se vode u matičnoj evidenciji koriste se za potrebe sprovođenja obaveznog zdravstvenog osiguranja i potrebe funkcionisanja Integrisanog zdravstvenog informacionog sistema u Republici (u daljem tekstu: IZIS).

Dostavljanje, obrada i promjena podataka u matičnoj evidenciji

Član 24

(1) Podaci za matičnu evidenciju se preuzimaju elektronskim putem iz Jedinstvenog sistema, iz prijave na osiguranje, odnosno odjave sa osiguranja koja se u skladu sa ovim zakonom podnosi Fondu, iz prijave na osiguranje, odnosno odjave sa osiguranja koju podnosi inostrani nosilac osiguranja u skladu sa međunarodnim ugovorom, preuzimanjem podataka iz službenih evidencija i preuzimanjem podataka iz drugih izvora.

(2) U slučaju kada su prijave na osiguranje, prijave promjene u osiguranju i odjave sa osiguranja dostavljene Fondu elektronskim putem iz Jedinstvenog sistema, podnosilac prijave, promjene ili odjave dužan je da, na zahtjev Fonda, dostavi dokaze na osnovu kojih je podnesena prijava, promjena, odnosno odjava.

(3) Obrada podataka iz matične evidencije vrši se u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast zaštite ličnih podataka.

Izdavanje uvjerenja

Član 25

(1) Fond je dužan da osiguranom licu, na lični zahtjev, izda uvjerenje o podacima koji se vode u matičnoj evidenciji.

(2) Uvjerenje iz stava 1. ovog člana ima svojstvo javne isprave.

Elektronska zdravstvena kartica

Član 26

(1) Licu kojem je utvrđeno svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju Fond izdaje elektronsku zdravstvenu karticu (u daljem tekstu: zdravstvena kartica) kojom se dokazuje

svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, a uz zdravstvenu karticu se prilikom korišćenja prava na zdravstvenu zaštitu, po potrebi, na uvid daje lična karta.

(2) Svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja se, do izdavanja zdravstvene kartice, dokazuje potvrdom o zdravstvenom osiguranju koju izdaje Fond.

(3) Troškovi izdavanja zdravstvene kartice se naplaćuju u visini stvarnih troškova izrade zdravstvene kartice.

(4) Troškove izdavanja zdravstvene kartice snosi osiguranik, u slučaju izdavanja zdravstvene kartice za osiguranika, i u slučaju izdavanja zdravstvene kartice za osigurano lice.

(5) Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra zdravlja i socijalne zaštite (u daljem tekstu: ministar), pravilnikom propisuje postupak utvrđivanja svojstva osiguranog lica, vođenje podataka u matičnoj evidenciji i izgled, sadržaj i postupak izdavanja i upotrebe zdravstvene kartice.

(6) Pravilnik iz stava 5. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

GLAVA III
SADRŽAJ, OBIM I NAČIN OSTVARIVANjA PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANjA

1. Pravo na zdravstvenu zaštitu

Sadržaj prava na zdravstvenu zaštitu

Član 27

Sadržaj prava na zdravstvenu zaštitu koje se prema osposobljenosti može koristiti u zdravstvenim ustanovama u Republici sa kojima Fond ima zaključen ugovor na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i koje obuhvata zdravstvenu zaštitu na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou u skladu sa propisima kojima je uređena oblast zdravstvene zaštite, čine:

1) mjere promocije zdravlja i prevencije bolesti,

2) prehospitalno i hospitalno hitno zbrinjavanje, dijagnostičke procedure, liječenje, specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita i bolnička zdravstvena zaštita, kao i medicinska rehabilitacija u slučaju bolesti i povrede, prema potrebama utvrđenim na osnovu medicinskih indikacija i stručno-medicinskih i doktrinarnih stavova,

3) liječenje u kućnim uslovima,

4) stomatološka zdravstvena zaštita,

5) sanitetski prevoz, hitni sanitetski prevoz, vazdušni medicinski transport i druge vrste prevoza pacijenta,

6) lijekovi,

7) medicinska sredstva.

Obim prava na zdravstvenu zaštitu

Član 28

(1) Obim prava na zdravstvenu zaštitu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja podrazumijeva veličine kojima se može izraziti sadržaj prava na zdravstvenu zaštitu, uključujući i lično učešće osiguranog lica u troškovima zdravstvene zaštite koje se prilikom korišćenja zdravstvene zaštite plaća davaocu zdravstvene usluge.

(2) Pravo na zdravstvenu zaštitu u Republici, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u sadržaju i obimu uređenim ovim zakonom, ostvaruje se u zdravstvenoj ustanovi u Republici sa kojom Fond ima zaključen ugovor, pod uslovom da su uplaćene sve dospjele obaveze po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

(3) Ministar, na prijedlog Upravnog odbora Fonda, donosi Pravilnik o postupku ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu u Republici.

Način ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou

Član 29

(1) Osigurano lice pristup primarnom nivou zdravstvene zaštite ostvaruje u zdravstvenoj ustanovi preko tima porodične medicine,

pedijatrijskog tima i ginekološkog tima kod koga je registrovano u skladu sa propisom kojim je uređena oblast zdravstvene zaštite.

(2) Fond utvrđuje Verifikovanu listu kandidata za izbor i registraciju u tim porodične medicine, pedijatrijski tim i ginekološki tim, koja se objavljuje na oglasnoj tabli zdravstvene ustanove i internet stranici Fonda.

(3) Pravilnikom iz člana 28. stav 3. ovog člana propisuje se postupak utvrđivanja Verifikovane liste iz stava 2. ovog člana.

Mjere promocije zdravlja i prevencije bolesti

Član 30

(1) Mjere promocije zdravlja i prevencije bolesti osiguranom licu se obezbjeđuju u zdravstvenoj ustanovi u Republici sa kojom Fond ima zaključen ugovor, na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.

(2) Mjere iz stava 1. ovog člana sprovode se u skladu sa propisima i programima kojima se uređuje oblast zdravstvene zaštite, zaštite stanovništva od zaraznih bolesti i mentalnog zdravlja.

(3) Javna zdravstvena ustanova Institut za javno zdravstvo Republike Srpske (u daljem tekstu: Institut) do 30. septembra tekuće godine za narednu godinu dostavlja Fondu prijedloge godišnjeg Programa mjera prevencije i ranog otkrivanja masovnih nezaraznih bolesti i godišnjeg Programa mjera za sprečavanje i suzbijanje zaraznih bolesti.

(4) Ministar, na prijedlog Instituta, uz mišljenje Fonda, do 31. decembra tekuće godine za narednu godinu, donosi godišnje programe iz stava 3. ovog člana.

(5) Programi iz stava 3. ovog člana finansiraju se iz sredstava:

1) budžeta Republike,

2) Fonda,

3) donacija i drugih prihoda.

(6) Programi iz stava 3. ovog člana objavljuju se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Dijagnostičke procedure

Član 31

(1) Osigurano lice pristup dijagnostičkim procedurama ostvaruje u zdravstvenoj ustanovi na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, na prijedlog doktora medicine specijaliste porodične medicine, doktora medicine specijaliste pedijatrije, doktora medicine specijaliste ginekologije i akušerstva ili doktora stomatologije kod kojeg je registrovan u skladu sa propisima kojima je uređena oblast zdravstvene zaštite i ovim zakonom.

(2) Dijagnostičke procedure obuhvataju usluge hematološke, mikrobiološke, biohemijske i radiološko-stomatološke laboratorije, klasičnu konvencionalnu rendgen dijagnostiku, ultrazvučnu dijagnostiku, mamografiju i usluge radiološke dijagnostike - kompjuterizovane tomografije i magnetne rezonance.

(3) Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra, do 31. jula tekuće godine za narednu godinu donosi program kojim se utvrđuju indikacije i način ostvarivanja prava na dijagnostičku proceduru neinvazivnog prenatalnog testiranja iz krvi trudnice (NIPT).

(4) Vlada Republike Srpske (u daljem tekstu: Vlada) donosi Odluku o načinu finansiranja programa iz stava 3. ovog člana do 30. septembra tekuće godine za narednu godinu.

(5) Program iz stava 3. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita

Član 32

(1) Osigurano lice pristup specijalističko-konsultativnoj zdravstvenoj zaštiti ostvaruje u zdravstvenoj ustanovi na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, na prijedlog doktora medicine specijaliste porodične medicine, doktora medicine specijaliste pedijatrije ili doktora medicine specijaliste ginekologije i akušerstva, kod kojeg je registrovan u skladu sa propisima kojima je uređena oblast zdravstvene zaštite i ovim zakonom.

(2) Radi obezbjeđenja specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite, Upravni odbor Fonda, u skladu sa potrebama građana, donosi odluku kojom propisuje specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu u okviru koje Fond sklapa ugovore sa zdravstvenim ustanovama.

(3) Odluka iz stava 2. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Liječenje u kućnim uslovima

Član 33

(1) Osigurano lice ostvaruje pravo na liječenje u kućnim uslovima na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u sljedećim slučajevima:

1) ukoliko je nepokretno,

2) ukoliko boluje od hronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije,

3) ukoliko je urađen operativni zahvat koji zahtijeva previjanje i njegu rane,

4) ukoliko je u terminalnoj fazi bolesti,

5) ukoliko ne može da koristi ambulantne usluge, a smještaj u zdravstvenu ustanovu nije neophodan.

(2) Osigurano lice ostvaruje pravo iz stava 1. ovog člana ukoliko se pismenim putem nije odreklo prava na kućne posjete zdravstvene ustanove u kojoj se registrovalo, u skladu sa propisima kojima je uređena oblast zdravstvene zaštite.

Stomatološka zdravstvena zaštita

Član 34

(1) Osigurano lice pristup stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti ostvaruje u zdravstvenoj ustanovi na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, na prijedlog doktora stomatologije ili doktora medicine specijaliste porodične medicine i doktora medicine specijaliste pedijatrije kod kojeg je registrovan, u

skladu sa propisima kojima se uređuje oblast zdravstvene zaštite i ovim zakonom.

(2) Stomatološka zdravstvena zaštita iz stava 1. ovog člana obuhvata:

1) preglede i liječenje bolesti zuba i ekstrakcije zuba,

2) pravo na pokretni ortodontski aparat za djecu do 18 godina,

3) izradu akrilatne totalne proteze kod lica starijih od 65 godina,

4) preglede usta i zuba prije transplantacije bubrega i operacije na srcu,

5) preglede i liječenje bolesti usta i zuba prije i poslije operativnog tretmana malignih bolesti maksilofacijalnog predjela,

6) urgentne stomatološke i hirurške preglede i liječenje povreda zuba i kostiju lica uključujući primarnu rekonstrukciju osteosintetskim materijalom,

7) neophodan stomatološki tretman prije i poslije operativnog tretmana kod lica sa urođenim ili stečenim težim deformitetom lica i vilice uključujući i fiksne ortodontske aparate,

8) izradu protetskih nadoknada lica i vilice u okviru posttumorske rehabilitacije i rekonstrukcije, uključujući i implantate za njihovo učvršćivanje.

Bolnička zdravstvena zaštita

Član 35

(1) Osigurano lice pristup bolničkoj zdravstvenoj zaštiti ostvaruje u zdravstvenoj ustanovi na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, na prijedlog doktora medicine specijaliste porodične medicine, doktora medicine specijaliste pedijatrije ili doktora medicine specijaliste ginekologije i akušerstva, kod kojeg je registrovan u skladu sa propisima kojima je uređena oblast zdravstvene zaštite i ovim zakonom.

(2) Bolnička zdravstvena zaštita obuhvata dijagnostiku, liječenje, zdravstvenu i palijativnu njegu, ranu rehabilitaciju, resocijalizaciju, boravak i ishranu bolesnika u zdravstvenoj ustanovi, sanitetski prevoz i pratnju drugog lica.

(3) Pratnja drugog lica iz stava 2. ovog člana podrazumijeva:

1) smještaj uz dijete koje se nalazi na bolničkom liječenju za majku djeteta dok postoji potreba dojenja,

2) smještaj uz dijete za jednog od roditelja, usvojitelja ili staratelja djeteta sa smetnjama u razvoju u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast socijalne zaštite,

3) smještaj uz dijete za jednog od roditelja, usvojitelja ili staratelja djeteta mlađeg od 15 godina, ukoliko postoje medicinske indikacije,

4) smještaj uz dijete za jednog od roditelja, usvojitelja ili staratelja lica starijeg od 18 godina kojem je utvrđena potpuna poslovna nesposobnost ili nad kojim je produženo roditeljsko pravo,

5) dnevni smještaj uz dijete koje se nalazi na bolničkom liječenju za jednog od roditelja, usvojitelja ili staratelja djeteta mlađeg od sedam godina,

6) dnevni smještaj uz dijete koje se nalazi na bolničkom liječenju za jednog od roditelja, usvojitelja ili staratelja djeteta koje ima utvrđene teškoće u razvoju u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast socijalne zaštite i

7) dnevni smještaj uz dijete koje se nalazi na bolničkom liječenju za jednog od roditelja, usvojitelja ili staratelja djeteta mlađeg od 18 godina koje je oboljelo od maligne bolesti.

(4) Pratnja drugog lica u skladu sa stavom 3. ovog člana obezbjeđuje se na prijedlog doktora medicine kod koga je dijete ili lice registrovano, odnosno doktora medicine specijaliste pedijatrije ili doktora medicine koji je zaposlen u zdravstvenoj ustanovi u kojoj se dijete ili lice liječi.

Sanitetski prevoz

Član 36

(1) Hitni sanitetski prevoz je prevoz pacijenta sanitetskim vozilom zbog bolesti ili povrede koja je opasna po život do najbliže zdravstvene ustanove u Republici koja je osposobljena za liječenje oboljelog, odnosno povrijeđenog pacijenta.

(2) Hitni sanitetski prevoz i druge vrste prevoza pacijenta obezbjeđuju se na primarnom nivou zdravstvene zaštite.

(3) Sanitetski prevoz je prevoz koji nije hitan, i koji podrazumijeva druge vrste prevoza, kao što su:

1) prevoz pacijenta između zdravstvenih ustanova različitog nivoa zdravstvene zaštite,

2) prevoz pacijenta na dijalizu,

3) prevoz nepokretnog pacijenta, te u izuzetnim slučajevima i u skladu sa medicinskim indikacijama prevoz pacijenta od zdravstvene ustanove do kuće.

(4) Sanitetski prevoz se obezbjeđuje na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.

(5) Vazdušni medicinski transport je nekomercijalna letačka operacija koja se organizuje na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite u skladu sa propisima kojima je uređena oblast zdravstvene zaštite.

Zdravstvena zaštita u planiranju porodice

Član 37

(1) Zdravstvena zaštita u planiranju porodice obuhvata preglede i liječenje u vezi sa:

1) planiranjem trudnoće, trudnoćom i stanjima koja mogu da izazovu komplikaciju trudnoće,

2) dijagnostikom i liječenjem neplodnosti,

3) prekidom trudnoće iz medicinskih razloga,

4) porođajem u zdravstvenoj ustanovi i bolničkim liječenjem kada je liječenje medicinski neophodno,

5) babinskom njegom porodilje i novorođenčeta.

(2) Zdravstvena zaštita iz stava 1. ovog člana obezbjeđuje se na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.

(3) Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra, do 31. jula tekuće godine za narednu godinu, donosi Program za obezbjeđivanje biomedicinski potpomognute oplodnje, koja obuhvata uspostavljanje

medicinske indikacije, postupak stimulacije (terapija) i postupke u skladu sa propisom kojim se uređuje oblast biomedicinski potpomognute oplodnje.

(4) Program iz stava 3. ovog člana definiše biomedicinski potpomognutu oplodnju koja se finansira prema godinama života žene, cijenu postupaka, obim finansiranja, odnosno visinu doplate i druga pitanja od značaja za obezbjeđivanje biomedicinski potpomognute oplodnje.

(5) Program iz stava 3. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

(6) Vlada donosi Odluku o načinu finansiranja Programa za obezbjeđivanje biomedicinski potpomognute oplodnje iz stava 3. ovog člana do 30. septembra tekuće godine za narednu godinu.

(7) Biomedicinski potpomognuta oplodnja prema Programu iz stava 3. ovog člana obezbjeđuje se u zdravstvenoj ustanovi u Republici, sa kojom Fond ima zaključen ugovor.

(8) Izuzetno od stava 7. ovog člana, nakon finansiranja dva neuspjela pokušaja biomedicinski potpomognute oplodnje u Republici, Fond može u skladu sa Programom iz stava 3. ovog člana odobriti finansiranje još jednog pokušaja biomedicinski potpomognute oplodnje i u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike.

(9) U skladu sa Programom iz stava 3. ovog člana, utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za izdavanje prethodnog odobrenja Fonda, u prvom stepenu, vrši Komisija stručno-medicinskih konsultanata, koju rješenjem imenuje direktor Fonda.

(10) Na osnovu prijedloga Komisije iz stava 9. ovog člana, rješenje donosi rukovodilac filijale Fonda.

(11) Osigurano lice ima pravo žalbe na rješenje iz stava 10. ovog člana u roku od 15 dana od dana dostavljanja rješenja, o kojem odlučuje direktor Fonda.

(12) Direktor Fonda imenuje Komisiju iz reda stručnih lica, koja u postupku po žalbi osiguranog lica vrši stručno-medicinsku ocjenu

osnovanosti zahtjeva, te direktoru Fonda predlaže donošenje rješenje u drugom stepenu.

(13) Članovi Komisije iz st. 9. i 12. ovog člana imenuju se iz reda stručnih lica koji su zaposleni u Fondu i za svoj rad nemaju pravo na naknadu.

Lijekovi

Član 38

(1) Lijekovi koji se osiguranom licu obezbjeđuju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja podrazumijevaju:

1) lijekove koji se izdaju na recept a koji se nalaze na Listi lijekova koji se izdaju na recept,

2) lijekove za ambulante porodične medicine i domove zdravlja a koji se nalaze na Listi lijekova za ambulante porodične medicine i domove zdravlja,

3) lijekove koji se primjenjuju u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti a koji se nalaze na Listi lijekova koji se primjenjuju u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti,

4) citotoksične, biološke i prateće lijekove koji se nalaze na Listi citotoksičnih, bioloških i pratećih lijekova.

(2) Lijekove koji se izdaju na recept i citotoksične, biološke i prateće lijekove finansira Fond, uz mogućnost propisivanja osiguranom licu obaveze plaćanja participacije ili doplate za lijekove koji se izdaju na recept u skladu sa ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu ovog zakona.

(3) Lijekove za ambulante porodične medicine i domove zdravlja i lijekove koji se primjenjuju u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti finansira zdravstvena ustanova.

(4) Bolnica finansira lijekove iz stava 1. tačka 3) ovog člana koji se primjenjuju u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za vrijeme bolničkog liječenja i liječenja u dnevnoj bolnici, kao i poslije završenog bolničkog liječenja u potrebnoj količini ukoliko je liječenje završeno u neradni dan.

(5) Izuzetno od stava 1. ovog člana, Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra, do 31. jula tekuće godine za narednu godinu donosi Program lijekova koji se primjenjuju u ograničeno dostupnim količinama, prema prioritetima koje listom čekanja u skladu sa medicinskim indikacijama, stručno-medicinskim i doktrinarnim stavovima određuje zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Republici (u daljem tekstu: Program lijekova).

(6) Direktor Fonda imenuje stručne komisije za lijekove iz stava 1. ovog člana i Program lijekova iz stava 5. ovog člana.

(7) Članovi stručne komisije za lijekove imenuju se iz reda stručnih lica koja su zaposlena u Fondu, odnosno iz reda stručnih lica koja nisu zaposlena u Fondu.

(8) Stručna lica iz stava 7. ovog člana koja nisu zaposlena u Fondu imaju pravo na naknadu za svoj rad, koja ne može biti veća od 300 KM po sjednici Komisije.

(9) Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra, na prijedlog stručne komisije za lijekove, odlukom usvaja liste lijekova iz stava 1. ovog člana.

(10) Odluke iz stava 9. ovog člana objavljuju se u "Službenom glasniku Republike Srpske", a liste lijekova iz stava 1. ovog člana se objavljuju na internet stranici Fonda.

(11) Vlada donosi Odluku o načinu finansiranja Programa lijekova iz stava 5. ovog člana do 30. septembra tekuće godine za narednu godinu.

(12) Program lijekova iz stava 5. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Sadržaj i utvrđivanje listi lijekova i Programa lijekova

Član 39

(1) Liste lijekova iz člana 38. ovog zakona i Program lijekova iz člana 38. stav 5. ovog zakona sadrže šifru anatomsko-terapijsko-hemijske klasifikacije, internacionalni nezaštićeni naziv lijeka, oblik i dozu, kao i terapijsku indikaciju upotrebe lijeka.

(2) Na liste lijekova iz člana 38. ovog zakona i Program lijekova iz člana 38. stav 5. ovog zakona Fond može uvrstiti lijek u skladu sa propisima koji uređuju oblast lijekova.

(3) Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra, uz prethodno pribavljeno mišljenje Stručne komisije za lijekove, odlučuje o stavljanju novog lijeka, promjeni statusa lijeka ili brisanju lijeka sa liste lijekova.

(4) Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra, pravilnikom propisuje postupak za stavljanje, promjenu statusa ili brisanje lijekova na liste lijekova i Program lijekova.

(5) Pravilnik iz stava 4. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Prijedlog za stavljanje lijeka na listu lijekova

Član 40

(1) Prijedlog za stavljanje novog lijeka na liste lijekova iz člana 38. ovog Zakona Fondu može podnijeti nosilac dozvole za stavljanje lijeka u promet (u daljem tekstu: podnosilac prijedloga).

(2) Izuzetno od stava 1. ovog člana u slučajevima kada ne postoji lijek koji ima dozvolu za stavljanje lijeka u promet, a kada je neophodan zbog zaštite zdravlja stanovništva, prijedlog za stavljanje novog lijeka na liste lijekova iz člana 38. ovog zakona može podnijeti nadležna zdravstvena ustanova.

(3) Prijedlog za promjenu statusa, odnosno izmjenu ili dopunu indikacije za primjenu ili smjernice propisivanja lijeka koji je već stavljen na listu lijekova iz člana 38. ovog zakona mogu dati podnosilac prijedloga i Stručne komisije za lijekove.

(4) Podnosilac prijedloga iz stava 1. ovog člana dužan je da uz prijedlog za stavljanje novog lijeka na listu lijekova iz člana 38. ovog zakona, odnosno izmjenu statusa lijeka na listi lijekova iz člana 38. ovog zakona dostavi dokumentaciju i dokaz o izvršenoj uplati naknade za podnošenje prijedloga.

(5) Direktor Fonda donosi odluku o visini naknade koju plaćaju nosioci odobrenja za stavljanje lijeka u promet za podnošenje

prijedloga za stavljanje novog lijeka na liste lijekova iz člana 38. ovog zakona.

(6) Naknada iz stava 5. ovog člana ne može biti manja od 500 KM, niti veća od 2.500 KM.

(7) Nosioci odobrenja za stavljanje lijeka u promet plaćaju polugodišnju naknadu od 100 KM za lijek koji se nalazi na listi lijekova iz člana 38. stav 1. tačka 1) ovog zakona.

Kriterijumi za stavljanje lijeka na liste lijekova

Član 41

(1) Kriterijumi za stavljanje lijeka na liste lijekova iz člana 38. ovog zakona su:

1) važnost lijeka sa aspekta javnog zdravlja;

2) relativna terapijska vrijednost lijeka;

3) ocjena etičkih aspekata lijeka koja podrazumijeva:

1. ravnopravnost dostupnosti zdravstvene zaštite,

2. tretman oboljelih od malignih i rijetkih bolesti,

3. saglasnost za korišćenje nove zdravstvene tehnologije.

(2) U slučaju da je Komisiji za lijekove pored dostavljene dokumentacije kojom se dokazuje ispunjenost kriterijuma iz stava 1. ovog člana potrebno da razjasni nejasnoće u dostavljenoj dokumentaciji, može tražiti mišljenje Komore doktora medicine Republike, Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite (u daljem tekstu: Ministarstvo) i Agencije za lijekove i medicinska sredstva.

Brisanje lijeka sa liste lijekova

Član 42

Lijek se sa liste lijekova iz člana 38. ovog zakona briše u sljedećim slučajevima:

1) na zahtjev podnosioca prijedloga,

2) na osnovu zahtjeva Ministarstva ili Agencije za lijekove i medicinska sredstva,

3) na osnovu naknadne evaluacije kliničkih i farmakoekonomskih parametara od strane Fonda.

Medicinska rehabilitacija

Član 43

(1) Medicinska rehabilitacija u zdravstvenoj ustanovi obuhvata rehabilitaciju radi ublažavanja ili otklanjanja funkcionalnih smetnji koje nisu mogle biti ublažene ili otklonjene u okviru bolničkog liječenja ili kroz fizikalnu rehabilitaciju.

(2) U slučaju kada je za korišćenje predložene medicinske rehabilitacije neophodno prethodno odobrenje Fonda, utvrđivanje osnovanosti prijedloga za korišćenje medicinske rehabilitacije vrši Komisija stručno-medicinskih konsultanata, koju rješenjem imenuje direktor Fonda.

(3) Na osnovu prijedloga Komisije iz stava 2. ovog člana rješenje donosi rukovodilac filijale.

(4) Osigurano lice ima pravo žalbe na rješenje iz stava 3. ovog člana u roku od 15 dana od dana dostavljanja rješenja, o kojem odlučuje direktor Fonda.

(5) Direktor Fonda rješenjem imenuje Komisiju iz reda stručnih konsultanata, koja u postupku po žalbi osiguranog lica vrši stručno-medicinsku ocjenu osnovanosti zahtjeva, te direktoru Fonda predlaže donošenje rješenja po žalbi.

(6) Članovi Komisije iz st. 2. i 5. ovog člana koji su zaposleni u Fondu nemaju pravo na naknadu, a ukoliko nisu zaposleni u Fondu imaju pravo na naknadu, koja ne može biti veća od 800 KM mjesečno.

(7) Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra, pravilnikom propisuje uslove i postupak za obezbjeđivanje medicinske rehabilitacije, indikaciona područja i listu bolesti, stanja i posljedica povreda za koje se obezbjeđuje medicinska rehabilitacija.

(8) Pravilnik iz stava 7. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Medicinska sredstva

Član 44

(1) Medicinska sredstva obuhvataju medicinska sredstva koja:

1) se privremeno ili trajno ugrađuju u dijelove tijela radi stimulacije funkcije organa i sistema organa,

2) služe za funkcionalnu i/ili estetsku zamjenu izgubljenog dijela tijela, omogućavaju oslonac i stabilnost, sprečavaju nastanak deformiteta ili koriguju postojeći deformitet, olakšavaju vršenje osnovnih životnih funkcija, omogućavaju povećanje samostalnosti u svakodnevnim aktivnostima i savladavanje prepreka u životnoj sredini.

(2) Medicinska sredstva koja se privremeno ili trajno ugrađuju u dijelove tijela radi stimulacije funkcije organa i sistema organa sadržana u listi iz stava 11. ovog člana obezbjeđuje i finansira zdravstvena ustanova.

(3) Medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i/ili estetsku zamjenu izgubljenog dijela tijela, omogućavaju oslonac i stabilnost, sprečavaju nastanak deformiteta ili koriguju postojeći deformitet, olakšavaju vršenje osnovnih životnih funkcija, omogućavaju povećanje samostalnosti u svakodnevnim aktivnostima i savladavanje prepreka u životnoj sredini, sadržana u listi iz stava 12. ovog člana obezbjeđuje i finansira Fond, uz mogućnost propisivanja obaveze plaćanja participacije ili doplate za veći standard kvaliteta medicinskog sredstva.

(4) Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra, do 31. jula tekuće godine za narednu godinu donosi Poseban program medicinskih sredstava koji se primjenjuju u ograničeno dostupnim količinama, prema prioritetima koje listom čekanja u skladu sa medicinskim indikacijama, stručno-medicinskim i doktrinarnim stavovima određuje zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Republici.

(5) Program iz stava 4. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

(6) Vlada donosi Odluku o načinu finansiranja Posebnog programa medicinskih sredstava iz stava 4. ovog člana do 30. septembra tekuće godine za narednu godinu.

(7) U slučaju kada je za obezbjeđivanje predloženog medicinskog sredstva neophodno prethodno odobrenje Fonda, utvrđivanje osnovanosti prijedloga vrši Komisija stručno-medicinskih konsultanata, koju rješenjem imenuje direktor Fonda.

(8) Na osnovu prijedloga Komisije iz stava 7. ovog člana rješenje donosi rukovodilac filijale.

(9) Osigurano lice ima pravo žalbe na rješenje iz stava 8. ovog člana u roku od 15 dana od dana dostavljanja rješenja, o kojoj rješenjem odlučuje direktor Fonda.

(10) Direktor Fonda imenuje Komisiju iz reda stručnih konsultanata koja u postupku po žalbi osiguranog lica vrši stručno-medicinsku ocjenu osnovanosti zahtjeva, te direktoru Fonda predlaže donošenje rješenje po žalbi.

(11) Članovi Komisije iz st. 7. i 10. ovog člana koji su zaposleni u Fondu nemaju pravo na naknadu, a ukoliko nisu zaposleni u Fondu imaju pravo na naknadu, koja ne može biti veća od 800 KM mjesečno.

(12) Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra, pravilnikom propisuje uslove i postupak za obezbjeđivanje medicinskih sredstava, standard kvaliteta, cjenovnik i listu medicinskih sredstava koja se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(13) Pravilnik iz stava 12. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Osnovi za ugovaranje usluga zdravstvene zaštite

Član 45

(1) Upravni odbor Fonda, radi regulisanja odnosa Fonda i zdravstvenih ustanova u finansiranju zdravstvene zaštite u Republici, uz saglasnost ministra, odlukom usvaja cjenovnik zdravstvenih usluga koji je usklađen sa nomenklaturom zdravstvenih usluga

donesenom na osnovu propisa kojima se uređuje oblast zdravstvene zaštite.

(2) Odluka iz stava 1. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske", a cjenovnik zdravstvenih usluga se objavljuje na internet stranici Fonda.

(3) Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra, najkasnije do do 30. novembra tekuće godine za narednu godinu, pravilnikom propisuje osnove za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga u Republici.

(4) Pravilnikom iz stava 3. ovog člana propisuju se sadržaj usluga zdravstvene zaštite za koje Fond davaocima zdravstvenih usluga u Republici daje ponudu za zaključivanje ugovora, uslovi koje treba da ispunjavaju davaoci zdravstvenih usluga, kriterijumi za utvrđivanje ugovorenih sredstava, obrasci finansijske strukture ugovora, način i modeli finansiranja prema definisanim specifikacijama usluga, način izvještavanja, fakturisanja i obračuna za pružene usluge zdravstvene zaštite po nivoima zdravstvene zaštite, kao i način ugovaranja isporuke i fakturisanja medicinskih sredstava sadržanih u listi medicinskih sredstava koja se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i izdavanja lijekova sadržanih u listi lijekova koji se izdaju na recept.

(5) Ministar, na prijedlog Upravnog odbora Fonda, donosi pravilnik o osnovama standarda i normativa zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(6) Pravilnikom iz stava 4. ovog člana propisuju se standardi i normativi koji čine zdravstveni standard u Republici, a koji se pod jednakim uslovima obezbjeđuje svim osiguranim licima i koji je osnov za planiranje zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, za utvrđivanje cijena zdravstvenih usluga i za ugovaranje finansiranja zdravstvene zaštite sa zdravstvenim ustanovama.

(7) Pravilnik iz stava 3. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Zaključivanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama

Član 46

(1) U skladu sa raspoloživim sredstvima prema finansijskom planu - budžetu Fonda i pravilnikom iz člana 45. stav 3. ovog zakona, Fond za svaku kalendarsku godinu zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama u Republici o pružanju i finansiranju zdravstvene zaštite prema planu mreže donesenom na osnovu propisa kojima se uređuje oblast zdravstvene zaštite, uključujući i ugovore kojima se reguliše isporuka lijekova koji se izdaju na recept i isporuka medicinskih sredstava.

(2) Ugovorom iz stava 1. ovog člana regulišu se međusobna prava i obaveze Fonda i zdravstvene ustanove iz stava 1. ovog člana.

(3) Ugovorom sa zdravstvenom ustanovom može se regulisati plaćanje robe i usluga koje su nabavljene u postupku centralizovanih javnih nabavki u skladu sa propisom kojim se uređuje oblast javnih nabavki.

(4) Zdravstvenim ustanovama sa kojima nije zaključen ugovor o pružanju i finansiranju zdravstvene zaštite, Fond može platiti samo usluge hitnog zbrinjavanja, po cjenovniku iz člana 45. ovog zakona.

Kontrola sprovođenja zaključenih ugovora

Član 47

(1) Fond je dužan da kontroliše izvršavanje obaveza zdravstvenih ustanova iz zaključenih ugovora što obuhvata kontrolu namjenskog korišćenja finansijskih sredstava i kontrolu zakonitog ostvarivanja prava osiguranog lica i ima pravo da ostvari neposredan uvid u tražene podatke, službenu, finansijsku i medicinsku dokumentaciju.

(2) Kontrolor Fonda je ovlašćen da u obavljanju poslova kontrole vrši obradu podataka osiguranog lica u skladu sa propisom kojim je uređena zaštita ličnih podataka.

(3) Ugovorima između Fonda i davaoca usluga obavezno se regulišu slučajevi u kojima se smatra da zdravstvena ustanova ili drugi davalac zdravstvene usluge vrši povredu ugovornih obaveza, te ugovorna kazna za svaku povredu ugovora.

(4) Ministar, na prijedlog Upravnog odbora Fonda, pravilnikom propisuje postupak obavljanja kontrole izvršavanja zaključenih ugovora i postupak zaštite prava osiguranih lica.

Participacija

Član 48

(1) Pravo na zdravstvenu zaštitu obezbjeđuje se osiguranim licima iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti ili uz lično učešće osiguranog lica u troškovima zdravstvene zaštite (u daljem tekstu: participacija).

(2) Participacija je novčani iznos koji osigurano lice plaća davaocu zdravstvene usluge prilikom korišćenja zdravstvene zaštite za koju se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja troškovi ne obezbjeđuju u cijelosti.

Troškovi zdravstvene zaštite i participacija

Član 49

(1) Participacija se iskazuje u apsolutnom iznosu ili u određenom procentu u rasponu od 5% do 50% cijene zdravstvene usluge, medicinskog sredstva ili lijeka.

(2) Maksimalni iznos participacije po jednoj usluzi iz Cjenovnika zdravstvenih usluga je 370 KM.

(3) U slučaju da je preračunati apsolutni iznos participacije kod pojedinih zdravstvenih usluga iz Cjenovnika zdravstvenih usluga veći od maksimalnog iznosa participacije iz stava 2. ovog člana, participacija se koriguje na maksimalni iznos.

(4) Maksimalni iznos participacije ne primjenjuje se kod izračunavanja participacije u cijeni medicinskih sredstava, lijekova i usluga zdravstvene zaštite izvan Republike Srpske.

(5) Ministar, na prijedlog Upravnog odbora Fonda, pravilnikom propisuje visinu i način plaćanja participacije po vrstama usluga zdravstvene zaštite koje se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuju u Republici i izvan Republike uz participaciju osiguranog lica.

Osigurana lica koja su oslobođena plaćanja participacije

Član 50

Osigurana lica koja su oslobođena plaćanja participacije prilikom korišćenja zdravstvene zaštite prema ličnom svojstvu ili statusu su:

1) djeca do 18 godina,

2) lica preko 65 godina,

3) lica sa oštećenjem vida - slijepa lica prve i druge kategorije,

4) lica oboljela od rijetkih bolesti čiji je status potvrđen od Centra za rijetke bolesti,

5) dobrovoljni davaoci krvi koji su dali krv deset i više puta - trajno, i dobrovoljni davaoci krvi koji su dali krv manje od deset puta - pod uslovom da od posljednjeg davanja krvi nije proteklo više od godinu dana,

6) lice koje je korisnik prava u skladu sa propisom kojim se uređuju prava iz oblasti socijalne zaštite za koje se doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje obezbjeđuje iz budžeta Republike,

7) korisnik prava na penziju koji prima najnižu penziju od utvrđenih nivoa u skladu sa propisima kojima je uređena oblast penzijskog i invalidskog osiguranja,

8) druga lica koja su u skladu sa posebnim propisima oslobođena plaćanja participacije, a za koja se participacija obezbjeđuje iz budžeta Republike.

Zdravstvene usluge i zdravstvena zaštita koja je oslobođena plaćanja participacije

Član 51

(1) Zdravstvene usluge koje se na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuju bez plaćanja participacije su:

1) mjere prevencije i ranog otkrivanja bolesti (MKB šifre: Z 11 - Z 13 i Z 20 - Z 29),

2) hitno zbrinjavanje oboljelog i povrijeđenog lica u stanju neposredne životne ugroženosti, uključujući i vrijeme provedeno na intenzivnoj njezi i hitan sanitetski prevoz,

3) pregledi, liječenje i rehabilitacija profesionalnih bolesti i povreda na radu,

4) pregledi i liječenje zaraznih bolesti za koje je propisom koji uređuje zaštitu stanovništva od zaraznih bolesti regulisano sprovođenje mjera za sprečavanje širenja zaraznih bolesti,

5) pregledi, savjetovanje i liječenje u svrhu planiranja porodice i prekid trudnoće iz medicinskih razloga,

6) pregledi i liječenje bolesti usta i zuba lica sa urođenim ili stečenim deformitetom lica i vilica,

7) obezbjeđenje medicinskih sredstava: pokretni ortodontski aparati za djecu do 18 godina i akrilatne totalne proteze za lica starija od 65 godina.

(2) Zdravstvena zaštita na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja bez plaćanja participacije se obezbjeđuje za liječenje sljedećih bolesti i njihovih komplikacija:

1) maligne bolesti - MKB šifre: C 00 - C 99, D 00 - D 09, Z 51.0 i Z 51.1,

2) dijabetes - MKB šifre: E 10 - E 14.8, N 08.3, G 99.0, G 59.0, G 63.2, H 28.0, H 36.0, I 79.2, Y 83.5, Z 89.4, Z 89.5 i Z 89.6,

3) hemofilija - MKB šifre: D 66 - D 67,

4) epilepsija - MKB šifre: G 40 - G 41,

5) progresivna mišićna oboljenja - MKB šifre: G 12, G 36 - G 37 i G 70 - G 71,

6) cerebralna paraliza - MKB šifra: G 80,

7) multipla skleroza - MKB šifra: G 35,

8) nepravilan razvoj kostiju i hrskavice (osteogenesis imperfecta - terminalni stadijum) - MKB šifra: Q 78.0,

9) plegije koje podrazumijevaju paraplegiju i kvadriplegiju - MKB šifra: G 82,

10) hronična bubrežna insuficijencija - MKB šifre: N 18 i Z 49,

11) celijakija - MKB šifra: K 90.0,

12) reumatska groznica - MKB šifre: I 00 - I 01,

13) mentalna bolest - MKB šifra: F 32.2.

(3) Na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja bez plaćanja participacije se obezbjeđuje cjelokupna zdravstvena zaštita za:

1) žene za vrijeme trudnoće, porođaja i postnatalnog perioda do 12 mjeseci poslije porođaja, odnosno za blizance i svako treće i naredno dijete u trajanju od 18 mjeseci poslije porođaja - MKB šifre: O 00 - O 99 i Z 30 - Z 39,

2) lica koja učestvuju ili su učestvovala u postupku transplantacije ljudskih organa, ljudskih tkiva i ćelija kao davaoci ili kao primaoci organa - MKB šifre: Z 52 i Z 94,

3) lica oboljela od mentalne bolesti (psihoza) - MKB šifre: F 20 - F 29, F 30, F 31, F 32.3, F 33.3 i F 53,

4) lica sa poremećajima u mentalnom zdravlju koja su nesposobna za samostalan život i rad - MKB šifre: F 70 - F 79.

Primjena osnova za oslobađanje od participacije u slučaju propisane doplate troškova

Član 52

Oslobađanje od obaveze plaćanja participacije iz čl. 50. i 51. ovog zakona ne odnosi se na izdavanje lijekova na recept za koje je propisana obaveza doplate u skladu sa članom 38. stav 2. ovog zakona i na mogućnost doplate za medicinsko sredstvo većeg standarda kvaliteta od standarda propisanog listom iz člana 44. ovog zakona.

Refundacija troškova zdravstvene zaštite

Član 53

(1) Osigurano lice ima pravo na refundaciju troškova zdravstvene zaštite u Republici koju je platilo vlastitim sredstvima ili koju je vlastitim sredstvima platio član porodice osiguranog lica, što se dokazuje izjavom lica datom kod notara ili nadležnog organa jedinice lokalne samouprave, u slučaju kada:

1) zdravstvena ustanova koja je sa Fondom zaključila ugovor naplati zdravstvenu uslugu koja se finansira iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja,

2) zdravstvena ustanova koja je sa Fondom zaključila ugovor naplati participaciju suprotno članu 49. ovog zakona,

3) je zdravstvena ustanova koja je sa Fondom zaključila ugovor trebalo da obezbijedi sanitetski materijal ili medicinsko sredstvo koje se ugrađuje u dijelove tijela iz člana 44. ovog zakona,

4) se zdravstvena ustanova koja je sa Fondom zaključila ugovor pismeno izjasni da nije raspolagala lijekom koji se nalazi na listi lijekova za ambulante porodične medicine i domove zdravlja, na listi lijekova koji se primjenjuju u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti ili listi citotoksičnih, bioloških i pratećih lijekova iz člana 38. stav 1. tačka

4) ovog zakona,

5) je konzilijum bolnice koja je sa Fondom zaključila ugovor dao pismenu preporuku za primjenu lijeka koji se ne nalazi na listi lijekova koji se primjenjuju u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti ili na listi citotoksičnih, bioloških i pratećih lijekova iz člana 38. stav 1. t. 3) i 4) ovog zakona,

6) se lijek nalazi na listi lijekova koji se izdaju na recept iz člana 38. stav 1. ovog zakona, ali nije bio dostupan u zdravstvenoj ustanovi - apoteci sa kojom je Fond zaključio ugovor iz člana 46. ovog zakona,

7) se medicinsko sredstvo nalazi na listi iz člana 44. ovog zakona, ali nije bilo dostupno u zdravstvenoj ustanovi sa kojom je Fond zaključio ugovor iz člana 46. stav 1. ovog zakona.

(2) Članom porodice osiguranog lica u smislu stava 1. ovog člana smatra se roditelj, brat, sestra, bračni i vanbračni supružnik i dijete - rođeno u braku ili van braka, odnosno usvojeno u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast porodičnih odnosa.

(3) Zahtjev za refundaciju troškova iz stava 1. ovog člana se može podnijeti u roku od godinu dana od dana kada je izvršeno plaćanje zdravstvene usluge, uz obavezu prilaganja originalne finansijske dokumentacije.

(4) Utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za refundaciju troškova zdravstvene zaštite vrši Komisija stručno-medicinskih konsultanata, koju rješenjem imenuje direktor Fonda.

(5) Na osnovu prijedloga Komisije iz stava 4. ovog člana, rješenje donosi rukovodilac filijale.

(6) Osigurano lice ima pravo žalbe na rješenje iz stava 5. ovog člana u roku od 15 dana od dana dostavljanja rješenja.

(7) Direktor Fonda imenuje Komisiju iz reda stručnih konsultanata koja u postupku po žalbi osiguranog lica vrši stručno-medicinsku ocjenu osnovanosti zahtjeva, te direktoru Fonda predlaže donošenje rješenja po žalbi.

(8) Članovi Komisije iz st. 4. i 7. ovog člana se imenuju iz reda stručnih lica koja su dio jedinstvene stručne službe Fonda i koja sa Fondom imaju zasnovan radni odnos i za svoj rad nemaju pravo na naknadu.

(9) Direktor Fonda uputstvom propisuje vrstu medicinske i finansijske dokumentacije koja se prilaže uz zahtjev za refundaciju troškova zdravstvene zaštite.

(10) Uputstvo iz stava 9. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Finansiranje odobrene refundacije troškova zdravstvene zaštite

Član 54

(1) Refundacija troškova zdravstvene zaštite se u slučajevima iz člana 53. stav 1. t. 1), 2), 3) i 5) ovog zakona vrši na teret zdravstvene ustanove.

(2) Refundacija troškova zdravstvene zaštite se u slučajevima iz člana 53. stav 1. t. 6) i 7) ovog zakona vrši na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(3) U slučaju iz člana 53. stav 1. tačka 4) ovog zakona kada zdravstvena ustanova nije raspolagala lijekom, refundacija troškova zdravstvene zaštite se vrši:

1) za lijek koji se nalazi na listi lijekova za ambulante porodične medicine i domove zdravlja - na teret zdravstvene ustanove koja je

dala prijedlog za korišćenje lijeka,

2) za lijek koji se nalazi na listi lijekova koji se primjenjuju u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti - na teret sredstava bolnice koja je dala prijedlog,

3) za lijek koji se nalazi na listi citotoksičnih, bioloških i pratećih lijekova - na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ili zdravstvene ustanove koja je dala prijedlog.

Refundacija troškova postupka biomedicinski potpomognute oplodnje

Član 55

(1) Osigurano lice - žena ima pravo na refundaciju troškova postupka biomedicinski potpomognute oplodnje koju je platila vlastitim sredstvima ili koju je vlastitim sredstvima platio član njene porodice, a to se dokazuje izjavom lica datom kod notara ili ovlašćenog organa lokalne samouprave, u slučaju kada je žena poslije navršenih godina do kojih se biomedicinski potpomognuta oplodnja može finansirati prema programu iz člana 37. ovog zakona nakon trudnoće ostvarene ovim postupkom rodila dijete.

(2) Članom porodice iz stava 1. ovog člana smatra se roditelj, brat, sestra, bračni ili vanbračni supružnik.

(3) Zahtjev za refundaciju troškova iz stava 1. ovog člana se može podnijeti u roku od godinu dana od rođenja djeteta, uz obavezu prilaganja originalne finansijske dokumentacije.

(4) Utvrđivanje osnovanosti zahtjeva za refundaciju troškova postupka biomedicinski potpomognute oplodnje vrši Komisija stručno-medicinskih konsultanata, koju rješenjem imenuje direktor Fonda.

(5) Na osnovu prijedloga Komisije iz stava 4. ovog člana rješenje donosi rukovodilac filijale.

(6) Osigurano lice ima pravo žalbe na rješenje iz stava 5. ovog člana u roku od 15 dana od dana dostavljanja rješenja.

(7) Direktor Fonda imenuje Komisiju iz reda stručnih konsultanata koja u postupku po žalbi osiguranog lica vrši stručno-medicinsku

ocjenu osnovanosti zahtjeva, te direktoru Fonda predlaže donošenje rješenja po žalbi.

(8) Članovi Komisije iz st. 4. i 7. ovog člana se imenuju iz reda stručnih lica koja su dio jedinstvene stručne službe Fonda i koja sa Fondom imaju zasnovan radni odnos i za svoj rad nemaju pravo na naknadu.

(9) Direktor Fonda uputstvom propisuje vrstu medicinske i finansijske dokumentacije koja se prilaže uz zahtjev za refundaciju troškova postupka biomedicinski potpomognute oplodnje.

(10) Uputstvo iz stava 9. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Obim finansiranja refundacije troškova biomedicinski potpomognute oplodnje i obezbjeđivanje sredstava za finansiranje refundacije

Član 56

(1) Refundacija troškova postupka biomedicinski potpomognute oplodnje iz člana 55. ovog zakona vrši se do visine cijene koja je određena Programom iz člana 37. ovog zakona.

(2) Sredstva za finansiranje obaveza nastalih po osnovu prava na refundaciju troškova postupka biomedicinski potpomognute oplodnje iz člana 55. ovog zakona obezbjeđuju se u skladu sa odlukom Vlade iz člana 37. ovog zakona.

Korišćenje zdravstvene zaštite i upućivanje na liječenje u inostranstvu

Član 57

(1) Korišćenje zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inostranstvu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja podrazumijeva zdravstvenu zaštitu koja se pruža osiguranom licu za vrijeme boravka u državama sa kojima je BiH zaključila ili preuzela međunarodne ugovore.

(2) Za vrijeme boravka u inostranstvu, u skladu sa stavom 1. ovog člana, osigurano lice može koristiti zdravstvenu zaštitu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u javnim zdravstvenim ustanovama.

(3) Osiguranom licu može se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja odobriti liječenje ili sprovođenje dijagnostičkih postupaka u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike, za liječenje oboljenja, stanja ili povrede koji se ne mogu uspješno liječiti u Republici, odnosno za dijagnostičke postupke koji se ne mogu sprovoditi u Republici, a u zdravstvenoj ustanovi u koju se osigurano lice upućuje postoji mogućnost za uspješno liječenje tog oboljenja, stanja ili povrede, odnosno za sprovođenje dijagnostičkog postupka.

(4) Ministar, na prijedlog Upravnog odbora Fonda, donosi Pravilnik o postupku odobravanja liječenja izvan Republike i načinu ostvarivanja zdravstvene zaštite u inostranstvu.

(5) Pravilnikom iz stava 4. ovog člana propisuju se vrste oboljenja, stanja ili povreda za koje se može odobriti liječenje ili sprovođenje dijagnostičkog postupka u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike, kao i način, sadržaj i obim ostvarivanja zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inostranstvu osiguranom licu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa zaključenim ugovorom.

Pravo na zdravstvenu zaštitu za vrijeme boravka u inostranstvu

Član 58

(1) Pravo na zdravstvenu zaštitu za vrijeme boravka u inostranstvu ima osiguranik koji je:

1) u radnom odnosu kod domaćeg ili stranog poslodavca sa sjedištem u Republici, upućeno na rad ili stručno usavršavanje u inostranstvu,

2) na radu u diplomatsko-konzularnim predstavništvima BiH u inostranstvu, ako su državljani BiH sa prebivalištem na teritoriji Republike,

3) na službenom putu,

4) na redovnom školovanju u inostranstvu,

5) na privremenom boravku u inostranstvu.

(2) Član uže porodice osiguranika iz stava 1. t. 1) i 2) ovog člana koji boravi sa osiguranikom u inostranstvu koristi zdravstvenu zaštitu pod istim uslovima pod kojima zdravstvenu zaštitu koristi i osiguranik.

Način korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu

Član 59

(1) Osiguranik iz člana 58. stav 1. t. 1) do 4) ovog zakona ima pravo na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu koja se ne može odgoditi do njegovog povratka u Republiku, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno.

(2) Osigurano lice iz člana 58. stav 1. tačka 5) ovog zakona ima pravo na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu samo za slučaj hitnog zbrinjavanja kako bi se otklonila neposredna opasnost po život i zdravlje.

Povratak osiguranog lica u Republiku

Član 60

(1) Osigurano lice koje koristi zdravstvenu zaštitu u inostranstvu dužno je da bez odlaganja obavijesti nadležnu organizacionu jedinicu Fonda zbog daljeg praćenja zdravstvenog stanja i ocjenjivanja potrebe povratka (prevoza) u Republiku.

(2) Izuzetno od stava 1. ovog člana, nadležna ustanova za zdravstveno osiguranje u inostranstvu prema mjestu prijema osiguranog lica u bolnicu, obavještava Fond o datumu prijema osiguranog lica u bolnicu, predviđenom trajanju liječenja, odnosno o danu otpuštanja iz bolnice.

(3) Osigurano lice koje ne postupi u skladu sa stavom 1. ovog člana nema pravo na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvariti zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, osim u slučaju kada dokaže da se iz opravdanih razloga koji se tiču njegovog zdravstvenog stanja nije moglo postupiti u skladu sa stavom 1. ovog člana.

Hitno zbrinjavanje u inostranstvu

Član 61

(1) Ukoliko je osigurano lice za vrijeme boravka u inostranstvu koristilo usluge hitnog zbrinjavanja, a kome je i pored izdatog propisanog obrasca naplaćeno korišćenje zdravstvene zaštite, može

podnijeti zahtjev za refundaciju troškova liječenja u skladu sa ovim zakonom, ukoliko ih je platilo vlastitim sredstvima.

(2) Ukoliko se nadležna ustanova za zdravstveno osiguranje u inostranstvu prema mjestu prijema osiguranog lica na bolničko liječenje Fondu obrati sa zahtjevom za naknadno izdavanje propisanog obrasca, Fond može naknadno izdati obrazac, ukoliko međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno.

(3) Ukoliko osigurano lice kod kojeg je osigurani slučaj već nastupio, promijeni svoje mjesto boravka na područje druge inostrane države, Fond može dati saglasnost za izdavanje propisanog obrasca, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno.

Postupak odobravanja liječenja ili sprovođenja dijagnostičkog postupka izvan Republike

Član 62

(1) Osiguranom licu se može na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja odobriti liječenje, odnosno sprovođenje dijagnostičkog postupka u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike sa kojom Fond u skladu sa Zakonom o ratifikaciji sporazuma o uspostavljanju specijalnih i paralelnih odnosa Republike Srbije i Republike Srpske ("Službeni glasnik Republike Srpske", broj 60/07) ima zaključen ugovor o pružanju i finansiranju zdravstvenih usluga.

(2) Izuzetno od stava 1. ovog člana, ukoliko zdravstvena ustanova izvan Republike ne može obaviti odobreno liječenje ili dijagnostički postupak i ukoliko su iscrpljene mogućnosti daljeg liječenja, nastavak liječenja osiguranom licu može se odobriti u zdravstvenoj ustanovi druge države sa kojom Fond nema zaključen ugovor.

(3) Osigurano lice iz st. 1. i 2. ovog člana plaća participaciju, odnosno oslobođeno je plaćanja participacije u skladu sa ovim zakonom.

(4) Fond osiguranom licu odobrava liječenje u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike na teritoriji Bosne i Hercegovine, ukoliko se radi o hitnom medicinskom tretmanu u skladu sa propisom kojim je uređena oblast zdravstvene zaštite, a prema odredbama Sporazuma o

načinu i postupku korišćenja zdravstvene zaštite osiguranih lica na teritoriji BiH, van teritorije entiteta, odnosno Brčko Distrikta BiH kojem osigurana lica pripadaju.

(5) Ostvarivanje prava na liječenje za osigurana lica do navršenih 18 godina života uređeno je propisima o liječenju i dijagnostici oboljenja, stanja i povreda djece u inostranstvu.

Prijedlog za odobravanje liječenja izvan Republike

Član 63

(1) Konzilijum zdravstvene ustanove tercijarnog nivoa u Republici u okviru obavljanja svoje zdravstvene djelatnosti daje Fondu prijedlog za odobravanje liječenja ili sprovođenja dijagnostičkog postupka u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike.

(2) Prijedlog iz stava 1. ovog člana predstavlja i zahtjev osiguranog lica za odobravanje liječenja u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike.

Postupak odlučivanja o prijedlogu za odobravanje liječenja izvan Republike

Član 64

(1) Prijedlog iz člana 63. ovog zakona razmatra Komisija stručno-medicinskih konsultanata, koju rješenjem imenuje direktor Fonda.

(2) Komisija iz stava 1. ovog člana vrši ocjenu osnovanosti prijedloga, te, ukoliko je prijedlog osnovan, određuje zdravstvenu ustanovu u kojoj se osiguranom licu odobrava liječenje ili dijagnostički postupak, vrijeme trajanja liječenja, potrebu sanitetskog prevoza i pratnje.

(3) Na osnovu prijedloga Komisije iz stava 2. ovog člana, rješenje donosi rukovodilac filijale.

(4) Osigurano lice ima pravo žalbe na rješenje iz stava 3. ovog člana u roku od 15 dana od dana dostavljanja rješenja, o kojoj odlučuje direktor Fonda.

(5) Direktor Fonda imenuje Komisiju iz reda stručnih konsultanata, koja u postupku po žalbi osiguranog lica vrši stručno-medicinsku

ocjenu osnovanosti zahtjeva, te direktoru Fonda predlaže donošenje rješenja po žalbi.

(6) Članovi Komisije iz st. 1. i 5. ovog člana koji su zaposleni u Fondu nemaju pravo naknade za svoj rad, a članovi komisije koji nisu zaposleni u Fondu imaju pravo na naknadu za svoj rad, koja ne može biti veća od 800 KM mjesečno.

Početak liječenja

Član 65

(1) Osigurano lice je dužno odobreno liječenje ili dijagnostički postupak započeti u roku od šest mjeseci od dana izdavanja konačnog rješenja Fonda.

(2) Ukoliko osigurano lice ne započne odobreno liječenje u roku iz stava 1. ovog člana, može podnijeti novi zahtjev Fondu.

Produženje liječenja

Član 66

(1) Ukoliko po mišljenju zdravstvene ustanove započeto liječenje izvan Republike iz člana 62. stav 1. ovog zakona treba da traje duže od vremena utvrđenog rješenjem Fonda, zdravstvena ustanova izvan Republike daje prijedlog za produženje liječenja prije isteka odobrenog perioda liječenja.

(2) Prijedlog iz stava 1. ovog člana podnosi se direktno Komisiji iz člana 64. stav 1. ovog zakona, a odlučivanje se vrši po postupku propisanom za odobravanje liječenja izvan Republike.

(3) Rješenje po prijedlogu iz stava 1. ovog člana se bez odlaganja dostavlja zdravstvenoj ustanovi izvan Republike u kojoj se osigurano lice liječi.

(4) Fond nije obavezan platiti troškove produženog liječenja ukoliko zdravstvena ustanova izvan Republike ne podnese prijedlog na način i u roku iz stava 1. ovog člana.

Odobravanje kontrolnog pregleda

Član 67

(1) Prilikom odobravanja prvog kontrolnog pregleda nakon bolničkog liječenja u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike nije potreban prijedlog zdravstvene ustanove u Republici, već osigurano lice zahtjev podnosi Komisiji iz člana 64. stav 1. ovog zakona putem filijale Fonda.

(2) Upućivanje na ostale kontrolne preglede poslije bolničkog liječenja u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike vrši se po postupku propisanom u ovom zakonu i propisima donesenim na osnovu ovog zakona.

Upućivanje na liječenje izvan Republike u hitnim slučajevima

Član 68

(1) Zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa u hitnim slučajevima van radnog vremena Fonda može uputiti osigurano lice u zdravstvenu ustanovu izvan Republike iz člana 62. ovog zakona.

(2) U slučaju iz stava 1. ovog člana, zdravstvena ustanova bez odlaganja, a najkasnije u roku od tri dana podnosi Fondu prijedlog za odobravanje liječenja izvan Republike u skladu sa ovim zakonom.

(3) Uz prijedlog iz stava 2. ovog člana zdravstvena ustanova Fondu dostavlja medicinsku dokumentaciju kojom se dokazuje potreba hitnog medicinskog tretmana i očekivana dužina trajanja liječenja osiguranog lica.

(4) Ukoliko Fond u postupku po prijedlogu iz stava 2. ovog člana utvrdi da upućivanje na liječenje od strane zdravstvene ustanove nije bilo opravdano, troškove liječenja snosi zdravstvena ustanova koja je uputila osigurano lice na liječenje izvan Republike.

(5) Po prijedlogu iz stava 2. ovog člana se odlučuje u postupku koji je propisan članom 64. ovog zakona.

(6) Rješenje po prijedlogu iz stava 2. ovog člana se bez odlaganja dostavlja zdravstvenoj ustanovi izvan Republike u kojoj se osigurano lice liječi.

Liječenje u zdravstvenoj ustanovi sa kojom Fond nema zaključen ugovor

Član 69

(1) Uz zahtjev za odobravanje liječenja ili sprovođenje dijagnostičkog postupka u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike sa kojom Fond nema zaključen ugovor, a na prijedlog zdravstvene ustanove izvan Republike iz člana 62. ovog zakona, osigurano lice prilaže:

1) rješenje Fonda o odobravanju liječenja ili dijagnostičkog postupka u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike,

2) medicinsku dokumentaciju kojom se dokazuje tok bolesti i dotadašnje liječenje,

3) stručno mišljenje konzilijuma zdravstvene ustanove izvan Republike,

4) predračun troškova liječenja, po potrebi sa prevodom ovlašćenog prevodioca na jedan od jezika u službenoj upotrebi u Republici,

5) ovjerenu izjavu u kojoj se osigurano lice obavezuje da će Fondu u roku od 15 dana od dana završetka liječenja dostaviti medicinsku dokumentaciju nakon obavljenog liječenja sa prevodom na jedan od jezika u službenoj upotrebi u Republici.

(2) Utvrđivanje osnovanosti zahtjeva iz stava 1. ovog člana vrši Komisija stručno-medicinskih konsultanata, koju rješenjem imenuje direktor Fonda.

(3) Na osnovu prijedloga Komisije iz stava 2. ovog člana, rješenje donosi rukovodilac filijale.

(4) Osigurano lice ima pravo žalbe na rješenje iz stava 3. ovog člana u roku od 15 dana od dana dostavljanja rješenja, o kojoj odlučuje direktor Fonda.

(5) Direktor Fonda imenuje Komisiju iz reda stručnih konsultanata koja u postupku po žalbi osiguranog lica vrši stručno-medicinsku ocjenu osnovanosti zahtjeva, te direktoru Fonda predlaže donošenje rješenje po žalbi.

(6) Članovi Komisije iz st. 2. i 5. ovog člana koji su zaposleni u Fondu nemaju pravo naknade za svoj rad, a članovi komisije koji nisu zaposleni u Fondu imaju pravo na naknadu za svoj rad, koja ne može biti veća od 800 KM mjesečno.

Troškovi prevoza posmrtnih ostataka

Član 70

(1) Ukoliko osigurano lice kojem je odobreno liječenje u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike umre za vrijeme prevoza ili liječenja u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike, troškovi prevoza posmrtnih ostataka do mjesta koje je bilo prebivalište osiguranog lica refundiraju se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Član porodice preminulog osiguranog lica podnosi zahtjev za refundaciju troškova prevoza posmrtnih ostataka, uz koji prilaže i:

1) kopiju rješenja Fonda o odobravanju liječenja ili dijagnostičkog postupka u zdravstvenoj ustanovi izvan Republike,

2) sprovodnicu za prenos posmrtnih ostataka državljanina BiH,

3) izvod iz matične knjige umrlih za osigurano lice,

4) originalan fiskalni račun pogrebnog društva i nota račun koji glasi na ime i

5) drugu potrebnu dokumentaciju.

(3) Po zahtjevu lica iz stava 2. ovog člana rješenje donosi rukovodilac filijale Fonda.

(4) Protiv rješenja iz stava 3. ovog člana osigurano lice ima pravo žalbe direktoru Fonda u roku od 15 dana od dana dostavljanja rješenja.

Zdravstvena zaštita koja se ne finansira iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 71

Osiguranim licima u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja ne obezbjeđuje se zdravstvena zaštita koja obuhvata sljedeće:

1) medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, tjelesnog oštećenja i invalidnosti u postupcima kod nadležnog organa, osim medicinskih ispitivanja u postupku vještačenja zdravstvenog stanja osiguranog lica,

2) medicinska ispitivanja radi ostvarivanja određenih prava kod drugih organa i organizacija, kao što su osiguravajuća društava i

sudovi u krivičnom postupku,

3) medicinska ispitivanja radi izdavanja potvrda za vozače motornih vozila,

4) medicinska ispitivanja kod utvrđivanja zdravstvene sposobnosti po prijedlogu poslodavca i radi provođenja mjera u vezi sa bezbjednošću i zdravljem na radu,

5) izdavanje uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti radi upisa u srednje škole, visokoškolske ustanove i na kurseve, dobijanje uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za zasnivanje radnog odnosa, odnosno dobijanje drugih dozvola za rad, dobijanje uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti za bavljenje rekreacijom i sportom osiguranog lica starijeg od 15 godina,

6) specifičnu zdravstvenu zaštitu zaposlenih koju obezbjeđuje poslodavac iz svojih sredstava, kao društvenu brigu za zdravlje radnika na nivou poslodavca u skladu sa propisom kojim se uređuje zaštita i zdravlje na radu i obavezna i preporučena imunizacija i hemioprofilaksa radnika u slučaju upućivanja na rad u inostranstvo,

7) korišćenje zdravstvene zaštite u suprotnosti sa načinom i uslovima za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu koji je propisan ovim zakonom i propisima kojima je uređena oblast zdravstvene zaštite,

8) zdravstvenu uslugu detoksikacije kod akutnog korišćenja alkohola i psihoaktivnih supstanci,

9) kozmetičke hirurške procedure kojima je cilj poboljšanje spoljašnjeg izgleda bez uspostavljanja i vraćanja tjelesne funkcije, kao i vršenje hirurških estetskih korekcija organa i dijelova tijela, osim za korekcije urođenih anomalija koje prouzrokuju funkcionalne smetnje, estetske rekonstrukcije dojke nakon izvršene mastektomije jedne ili obje dojke i estetske korekcije dojke nakon izvršene mastektomije druge dojke i estetske korekcije nakon teških povreda, odnosno bolesti koje su neophodne za uspostavljanje bitnih funkcija organa i dijelova tijela,

10) prekid trudnoće iz nemedicinskih razloga,

11) imunizacije koje su vezane za privatni boravak ili za obavljanje određenog posla u inostranstvu i to: obaveznu imunizaciju putnika u međunarodnom saobraćaju protiv zaraznih bolesti po zahtjevu zemlje u koju se putuje i preporučenu imunizaciju putnika u međunarodnom saobraćaju u skladu sa propisima kojima je uređena zaštita stanovništva od zaraznih bolesti,

12) stomatološke usluge koje nisu utvrđene kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,

13) dijagnostiku i liječenje seksualne disfunkcije ili seksualne neadekvatnosti, uključujući impotenciju, zdravstvene usluge, lijekove i medicinska sredstva koja se odnose za promjenu pola i reverzija prethodne dobrovoljne hirurške sterilizacije,

14) hirurški ili invazivni tretman (uključujući gastični balon) koji se odnosi na redukciju tjelesne težine,

15) dijetetski savjeti i program gubitka tjelesne težine kod lica starijih od 15 godina, izuzev predlaganja dijetetske ishrane i medikamentozne terapije kod pacijenata sa BMI većim od 35 kg/m², kod novootkrivenih pacijenata sa šećernom bolešću i pacijenata sa terminalnom bubrežnom insuficijencijom,

16) metode i postupke komplementarne medicine,

17) lijekove koji nisu utvrđeni listama iz člana 38. ovog zakona, kao i lijekove koji se izdaju bez recepta, profilaktičke lijekove i lijekove koji služe za promjenu atletskih mogućnosti, lijekove koji se daju u svrhu kozmetike, za prestanak pušenja ili gubitak tjelesne težine, kao i suplemente hrane za specifične dijete osim za liječenje nasljednih metaboličkih bolesti i bolesti praćenih malapsorpcijom,

18) dijagnostiku i liječenje koji su u fazi kliničkog istraživanja i liječenje uz primjenu lijekova i medicinskih sredstava koji su u fazi kliničkih ispitivanja,

19) dijagnostiku, liječenje, rehabilitaciju, lijekove i medicinska sredstva koji nisu pruženi u skladu sa prihvaćenim standardima medicinske, stomatološke i farmaceutske prakse,

20) zdravstvena zaštita profesionalnih sportista i amaterskih sportista starijih od 15 godina koja ima za cilj utvrđivanje ili poboljšanje sportske sposobnosti,

21) radijalnu keratotomiju ili bilo koju drugu hiruršku proceduru za poboljšanje vida,

22) njega i oporavak u ustanovi ili u kućnim uslovima koja se prevashodno pruža sa ciljem uobičajene lične njege i oporavka, odnosno radi staranja i pomoći pri dnevnim životnim aktivnostima, kao što su pomoć pri hodu, smještanje i ustajanje iz kreveta, kupanje, oblačenje, spremanje hrane, nadzor nad uzimanjem lijekova, i koja nema za cilj dijagnostiku, terapiju ili rehabilitaciju zbog bolesti ili povrede,

23) preporučenu imunizaciju i hemioprofilaksu,

24) zdravstvene usluge koje su utvrđene programima iz ovog zakona i druge vrste zdravstvenih usluga koje nisu utvrđene u okviru prava na zdravstvenu zaštitu u skladu sa ovim zakonom.

2. Pravo na naknade za vrijeme privremene spriječenosti za rad

2.1. Utvrđivanje privremene spriječenosti za rad

Razlozi privremene spriječenosti za rad

Član 72

(1) Pod privremenom spriječenosti za rad za vrijeme koje osiguraniku pripada naknada plate smatra se odsustvo sa posla iz sljedećih razloga:

1) bolest,

2) povreda van rada,

3) medicinsko ispitivanje,

4) njega oboljelog člana uže porodice,

5) profesionalna bolest,

6) povreda na radu,

7) sprovođenje propisane mjere obavezne izolacije kao kliconoše ili pojava zarazne bolesti u njegovoj okolini,

8) dobrovoljno davanje organa ili tkiva,

9) bolest ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće.

(2) Privremenom spriječenošću za rad lica koje obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje u smislu ovog zakona, smatra se odsustvo sa rada u slučaju:

1) bolesti,

2) povrede van rada,

3) medicinskog ispitivanja,

4) njege oboljelog člana uže porodice,

5) profesionalne bolesti,

6) povrede na radu,

7) sprovođenja propisane mjere obavezne izolacije kao kliconoše ili pojava zarazne bolesti u njegovoj okolini,

8) dobrovoljnog davanje organa ili tkiva,

9) bolesti ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće.

(3) Članom uže porodice iz st. 1. i 2. ovog člana smatra se dijete rođeno u braku ili van braka, stavljeno pod starateljstvo, odnosno usvojeno u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast porodičnih odnosa, dijete bračnog ili vanbračnog supružnika, bračni ili vanbračni supružnik i roditelj.

(4) Privremenom spriječenošću za rad za koju se ne vrši utvrđivanje u skladu sa st. 1. i 2. ovog člana smatra se odsustvo sa rada za vrijeme bolničkog liječenja i za vrijeme korišćenja prava na smještaj uz dijete koje se nalazi na bolničkom liječenju.

Spriječenost za rad zbog potrebe njege oboljelog člana uže porodice

Član 73

(1) U slučaju utvrđene potrebe njege oboljelog člana uže porodice odsustvo sa rada se osiguraniku može odobriti u propisanom trajanju u toku jedne kalendarske godine, i to:

1) za svako dijete mlađe od 15 godina - najduže do 15 dana,

2) za svako dijete starije od 15 godina, bračnog ili vanbračnog supružnika ili roditelja - najduže do sedam dana,

3) za dijete do navršenih 18 godina kod kojeg je zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Republici utvrdila potrebu njege zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja usljed oštećenja moždanih struktura, maligne bolesti ili drugog teškog pogoršanja zdravstvenog stanja - najduže do četiri mjeseca.

(2) Odsustvo sa rada iz stava 1. ovog člana se odobrava na sljedeći način:

1) ukoliko su oba roditelja zaposlena, odsustvo sa rada se može odobriti jednom roditelju,

2) ukoliko je jedan roditelj zaposlen, ako je nezaposleni roditelj zbog zdravstvenih razloga nesposoban da njeguje oboljelo dijete, odsustvo sa rada se može odobriti zaposlenom roditelju,

3) ukoliko su roditelji razvedeni ili je jednom roditelju oduzeta poslovna sposobnost ili roditeljsko pravo - zaposlenom roditelju kojem je dijete povjereno na staranje,

4) ukoliko dijete ima jednog roditelja - zaposlenom roditelju.

(3) Odobreno odsustvo sa rada iz stava 1. ovog člana se može koristiti neprekidno ili po potrebi sa prekidima u toku kalendarske godine.

Nadležnost za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad

Član 74

(1) Privremenu spriječenost za rad u trajanju do 30 dana neprekidno utvrđuje doktor medicine specijalista porodične medicine kod kojeg je lice registrovano u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast zdravstvene zaštite.

(2) Privremenu spriječenost za rad koja traje neprekidno duže od 30 dana, počev od 31. dana privremene spriječenosti za rad, utvrđuje Fond preko prvostepenih komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad (u daljem tekstu: prvostepene komisije) i Drugostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad (u daljem tekstu: Drugostepena komisija).

(3) Lice iz st. 1. i 2. ovog člana je dužno da se svakih 15 dana od dana utvrđivanja privremene spriječenosti za rad javlja doktoru medicine kod koga je registrovano.

(4) Obaveza iz stava 3. ovog člana ne odnosi se na lica koja se nalaze na bolničkom liječenju.

(5) Nadležnost prvostepene komisije je da:

1) donosi nalaz, ocjenu i mišljenje po prigovoru osiguranika Fonda na ocjenu ovlašćenog doktora medicine specijaliste porodične medicine koji je utvrđivao privremenu spriječenost za rad,

2) utvrđuje privremenu spriječenost za rad u trajanju preko 30 dana.

(6) Nadležnost Drugostepene komisije je da:

1) vrši kontrolu rada ovlašćenog doktora medicine specijaliste porodične medicine kada doktor medicine specijalista porodične medicine ocjenjuje privremenu spriječenost za rad do 30 dana i vrši kontrolu rada prvostepenih komisija,

2) daje nalaz, ocjenu i mišljenje po žalbi osiguranika Fonda na rješenje nadležne organizacione jedinice Fonda,

3) prati stopu privremene spriječenosti za rad.

Teritorijalna organizacija prvostepenih komisija

Član 75

(1) Prvostepene komisije organizuje Fond ili, na osnovu ugovora sa Fondom, zdravstvena ustanova koja je u skladu sa propisima kojima je uređena oblast zdravstvene zaštite ovlašćena za obavljanje poslova ocjene privremene spriječenosti za rad.

(2) Prvostepene komisije se organizuju na teritorijalnom principu, prema organizacionim jedinicama Fonda.

(3) Fond rad Drugostepene komisije organizuje u sjedištu.

(4) Prvostepene komisije i drugostepena komisija iz st. 1. i 2. ovog člana imaju tri člana, a svaki član ima zamjenika.

(5) Prvostepenu komisiju čine članovi sa visokom stručnom spremom, od kojih je najmanje jedan član i njegov zamjenik doktor medicine specijalista.

(6) Drugostepenu komisiju čine članovi doktori medicine od kojih je najmanje jedan član i njegov zamjenik doktor medicine specijalista.

(7) Direktor Fonda rješenjem imenuje i razrješava članove prvostepene komisije koje organizuje Fond, kao i drugostepenu komisiju.

(8) Prvostepene komisije koje na osnovu ugovora sa Fondom organizuje zdravstvena ustanova iz stava 1. ovog člana rješenjem imenuje i razrješava direktor te zdravstvene ustanove.

(9) Članovi komisija iz stava 7. ovog člana koji su zaposleni u Fondu nemaju pravo na naknadu, a ukoliko nisu zaposleni u Fondu, imaju pravo na naknadu, koja ne može biti veća od 100 KM po zasjedanju.

Postupak utvrđivanja privremene spriječenosti za rad

Član 76

(1) Postojanje osnova i dužina privremene spriječenosti za rad utvrđuje se na osnovu pregleda osiguranika izvršenog od strane doktora medicine odgovarajuće grane specijalnosti u zdravstvenoj ustanovi iz člana 46. stav 1. ovog zakona i medicinskog nalaza doktora medicine odgovarajuće grane specijalnosti kojim se izjasnio da osiguranik nije sposoban za rad, a za osigurano lice koje je nepokretno ili teško pokretno, trudnice, kao i za osiguranike koji su oboljeli od zaraznih bolesti ili im je izrečena mjera obavezne izolacije zbog zarazne bolesti ili sumnje na istu, a koji se ne nalaze na liječenju u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi utvrđivanje privremene spriječenosti za rad može se izvršiti na osnovu medicinske dokumentacije, bez prisustva osiguranika.

(2) Doktor medicine specijalista porodične medicine kod kojeg je osigurano lice registrovano izdaje izvještaj o trajanju privremene spriječenosti za rad najkasnije do petog dana u mjesecu za prethodni mjesec.

(3) Ako prvostepena komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad produži privremenu spriječenost za rad, ta ocjena se smatra kao data sagla¬snost doktoru medicine specijalisti porodične medicine kod kojeg je lice registrovano da može osiguranika Fonda i dalje

voditi kao privremeno spriječenog za rad, i to najduže za vrijeme koje je tom prilikom odredila prvostepena komisija.

(4) Doktor medicine specijalista porodične medicine kod kojeg je lice registrovano može prekinuti trajanje privremene spriječenosti za rad osiguranika Fonda i prije isteka roka koji je utvrdila nadležna komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad, ako utvrdi da se zdravstveno stanje osiguranika Fonda poboljšalo tako da se može vratiti na rad.

(5) Upravni odbor Fonda, uz saglasnost ministra, pravilnikom propisuje postupak utvrđivanja privremene spriječenosti za rad.

(6) Pravilnikom iz stava 5. ovog člana propisuje se teritorijalna organizacija prvostepenih komisija, postupak utvrđivanja privremene spriječenosti za rad, način vođenja evidencije o stopi privremene spriječenosti za rad koju vodi Fond, način vođenja evidencije o radu prvostepenih komisija, kao i drugostepene komisije koje vodi Fond, vrijeme preporučene dužine spriječenosti za rad, kriterijumi dijagnostičkih postupaka i vrsta medicinske dokumentacije potrebne za odlučivanje prema dijagnozama utvrđenim u skladu sa međunarodnom klasifikacijom bolesti.

(7) Pravilnik iz stava 5. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske.

Pravo na prigovor na ocjenu doktora medicine specijaliste porodične medicine

Član 77

(1) Osiguranik ima pravo da uloži prigovor na ocjenu doktora medicine specijaliste porodične medicine o postojanju razloga za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad nadležnoj prvostepenoj komisiji u roku od 24 časa od davanja ocjene, putem zdravstvene ustanove u kojoj je zaposlen doktor medicine specijalista porodične medicine.

(2) Prigovor iz stava 1. ovog člana odgađa izvršenje ocjene do donošenja nalaza, mišljenja i ocjene prvostepene komisije, koja

nalaz, mišljenje i ocjenu po prigovoru donosi u roku od 24 časa od podnošenja prigovora.

Pravo na žalbu na ocjenu prvostepene komisije

Član 78

(1) Osiguranik Fonda ima pravo da, ukoliko nije zadovoljan ocjenom prvostepene komisije koja je utvrđivala privremenu spriječenost za rad preko 30 dana, u roku od tri dana zatraži izdavanje rješenja u nadležnoj filijali Fonda.

(2) Osiguranik Fonda ima pravo da na rješenje iz stava 1. ovog člana uloži žalbu direktoru Fonda u roku od 15 dana od dana prijema rješenja, putem filijale Fonda čiji rukovodilac je donio rješenje.

(3) Žalba iz stava 2. ovog člana ne odlaže izvršenje rješenja.

(4) Direktor Fonda rješenje po žalbi osiguranika Fonda donosi na osnovu nalaza, ocjene i mišljenja Drugostepene komisije.

Vanredna ocjena privremene spriječenosti za rad

Član 79

(1) Ukoliko poslodavac smatra da osiguranik koji je privremeno spriječen za rad neopravdano koristi pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad, može se obratiti Fondu sa zahtjevom da se izvrši vanredna ocjena privremene spriječenosti za rad osiguranika.

(2) U zahtjevu iz stava 1. ovog člana poslodavac je obavezan da navede, obrazloži i dokumentuje razloge na osnovu kojih se zahtjev podnosi.

(3) Izuzetno od stava 2. ovog člana, ukoliko poslodavac ima saznanja da je osiguranik za vrijeme privremene spriječenosti za rad napustio mjesto prebivališta, osim u slučaju odlaska u zdravstvenu ustanovu radi liječenja i u drugim opravdanim slučajevima uz zahtjev iz stava 1. ovog člana, dovoljno je dostaviti dokaz o napuštanju prebivališta osiguranika.

(4) Zahtjev iz st. 1. i 3. ovog člana Fond dostavlja prvostepenoj komisiji za ocjenu privremene spriječenosti za rad, koja je obavezna da pregleda osiguranika i izvrši uvid u zdravstveni karton i postojeću

medicinsku dokumentaciju, nakon čega konstatuje jedno od sljedećeg:

1) potvrđuje se ranije data ocjena privremene spriječenosti za rad, ili

2) osiguranik je sposoban za rad sa narednim danom.

(5) Osiguranik koji je pozvan na vanrednu ocjenu privremene spriječenosti za rad prilikom pristupanja komisiji na uvid daje lični dokument sa slikom kojim se dokazuje da se radi o tom osiguraniku.

(6) Osiguraniku Fonda koji se ne odazove na prvostepenoj komisiji za vanrednu ocjenu privremene spriječenosti za rad, prvostepena komisija će dati ocjenu sposoban za rad sa narednim danom.

(7) Doktor medicine specijalista porodične medicine kod kojeg je lice registrovano je dužan da postupi po ocjeni komisije iz stava 4. ovog člana, i o tome bez odlaganja obavijesti osiguranika i poslodavca.

Ocjena radne sposobnosti osiguranika

Član 80

Prvostepena komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad dužna je da predloži doktoru medicine specijalisti porodične medicine kod kojeg je lice registrovano da osiguranika prije isteka šest mjeseci neprekidne privremene spriječenosti za rad, osim u slučaju da je uzrok privremene spriječenosti za rad medicinsko stanje povezano sa trudnoćom, uputi da sa potrebnom medicinskom dokumentacijom podnese zahtjev nadležnoj ustanovi za penzijsko i invalidsko osiguranje radi ocjene radne sposobnosti u skladu sa propisom kojim je uređena oblast medicinskog vještačenja u penzijskom i invalidskom osiguranju.

Ugovor između Fonda i Fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje

Član 81

Odnosi između Fonda i Fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje Republike Srpske o pitanjima u vezi sa upućivanjem osiguranika na ocjenu radne sposobnosti i utvrđivanja invalidnosti uređuju se ugovorom.

2.2. Obezbjeđivanje naknada za vrijeme privremene spriječenosti za rad

Naknade za vrijeme utvrđene privremene spriječenosti za rad

Član 82

Za vrijeme privremene spriječenosti za rad u skladu sa čl. 72. i 73. ovog zakona obezbjeđuje se naknada plate osiguraniku u radnom odnosu i naknada osiguraniku koji obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost, u skladu sa ovim zakonom.

Osnov za obračun isplate naknade

Član 83

(1) Osnov za obračun naknade iz člana 82. ovog zakona je prosječna bruto plata osiguranika koju bi ostvario da je bio na radu u zadnjih šest mjeseci koji prethode mjesecu za koji se vrši obračun.

(2) Izuzetno od stava 1. ovog člana, ukoliko osiguranik u prethodnom periodu nije proveo minimalno šest mjeseci u radnom odnosu kod poslodavca koji vrši obračun, osnov za obračun naknade iz člana 82. ovog zakona je prosječna bruto plata osiguranika koju bi ostvario da je bio na radu u periodu koji je osiguranik proveo u radnom odnosu.

(3) Osnov za obračun naknade plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad za radnika koji radi polovinu punog radnog vremena u skladu sa propisima kojima je uređena oblast rada je bruto plata koju bi radnik ostvario da je bio na radu.

(4) Obračun i isplatu naknade iz člana 82. ovog zakona vrši poslodavac, u sljedećim procentima od osnova:

1) bolest ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće koja je utvrđena nalazom i mišljenjem doktora medicine specijaliste ginekologije i akušerstva kod kojeg je žena registrovana u skladu sa propisom kojim je uređena oblast zdravstvene zaštite ili nalazom i mišljenjem doktora medicine specijaliste ginekologije i akušerstva iz zdravstvene ustanove sekundarnog ili tercijarnog nivoa u Republici - 100%,

2) maligna bolest i njega djeteta oboljelog od maligne bolesti - 100%,

3) dobrovoljno davanje organa, tkiva ili ćelija - 100%,

4) sprovođenje propisane mjere obavezne izolacije kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u njegovoj okolini u skladu sa propisima kojima

je uređena oblast zaštite stanovništva od zaraznih bolesti - 90%,

5) bolest, povreda, medicinsko ispitivanje i njega oboljelog člana uže porodice izuzev u slučaju iz tačke 2. ovog stava - 70%.

(5) Kolektivnim ugovorom, opštim aktom i ugovorom o radu može se propisati veći osnov za obračun i veći procenat naknade plate u slučaju privremene spriječenosti za rad u odnosu na osnov i procente propisane ovim zakonom.

(6) Ako je privremena spriječenost za rad nastala zbog povrede na radu, profesionalnog oboljenja ili oboljenja u vezi sa radom, naknadu plate obezbjeđuje poslodavac od prvog dana privremene spriječenosti za rad do prestanka uzroka privremene spriječenosti za rad u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast rada.

Slučajevi kada osiguraniku ne pripada pravo na naknadu

Član 84

(1) Osiguraniku za vrijeme privremene spriječenosti za rad ne pripada pravo na naknadu plate:

1) ako je namjerno prouzrokovao privremenu spriječenost za rad,

2) ako je namjerno sprečavao ozdravljenje, odnosno nije se pridržavao preporuka ovlašćenog doktora medicine,

3) ako je privremena spriječenost za rad prouzrokovana upotrebom alkohola ili psihoaktivnih supstanci, izuzev u slučaju da je osiguranik lice sa mentalnim poremećajem ili klinički dijagnostikovanim psihijatrijskim oboljenjem za vrijeme trajanja liječenja,

4) ako se bez opravdanog razloga ne podvrgne liječenju,

5) ako se bez opravdanog razloga ne javi na zakazani kontrolni pregled kod doktora medicine specijaliste porodične medicine kod kojeg je registrovan ili se ne javi na komisijski pregled na koji je upućen od doktora medicine specijaliste porodične medicine kod kojeg je registrovan, ili

6) ako se za vrijeme privremene spriječenosti za rad bavi privrednom ili drugom aktivnošću kojom ostvaruje prihod.

(2) Naknada plate ne pripada osiguraniku dok je na izdržavanju kazne zatvora i osiguraniku prema kojem se sprovode mjere obaveznog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi.

(3) Ako doktor medicine specijalista porodične medicine kod kojeg je osiguranik registrovan smatra da postoje činjenice ili okolnosti iz stava 1. t. od 1) do 5) ovog člana obavezan je da o tome bez odlaganja obavijesti poslodavca i Fond.

(4) Ako poslodavac smatra da postoje činjenice ili okolnosti iz stava 1. tačka 6) ovog člana, obavezan je da o tome bez odlaganja obavijesti Fond.

(5) Prijavu o postojanju činjenica ili okolnosti iz stava 1. ovog člana dužni su podnijeti i članovi prvostepene i drugostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad.

(6) Prijavu o postojanju činjenica ili okolnosti iz stava 1. ovog člana mogu podnijeti i sva ostala lica koja imaju saznanja o činjenicama ili okolnostima.

(7) Postojanje činjenica ili okolnosti zbog kojih osiguraniku ne pripada pravo na naknadu plate, na osnovu prijave utvrđuje ovlašćeni kontrolor Fonda uvidom u medicinsku i drugu dokumentaciju osiguranika, kao i posjetom osiguraniku na prijavljenom mjestu boravišta, odnosno prebivališta ukoliko ovlašćeni kontrolor Fonda procijeni da je to potrebno radi pravilnog i potpunog utvrđivanja činjeničnog stanja.

(8) O izvršenoj kontroli ovlašćeni kontrolor Fonda sačinjava zapisnik, koji sadrži: mjesto i vrijeme vršenja kontrole, predmet vršenja kontrole, ime kontrolora, utvrđeno činjenično stanje, poseban opis utvrđenih nepravilnosti, spisak isprava koje su korišćene pri vršenju kontrole a koje se prema potrebi mogu priložiti zapisniku, izjave lica koja učestvuju u postupku kontrole koje su značajne za pravilno utvrđivanje činjeničnog stanja i prijedlog mjera.

(9) Ako kontrolor Fonda u zapisniku utvrdi postojanje činjenica ili okolnosti zbog kojih osiguraniku Fonda ne pripada pravo na naknadu plate, zapisnik se dostavlja rukovodiocu filijale, koji donosi rješenje na osnovu dostavljenog zapisnika.

(10) Na rješenje iz stava 9. ovog člana osiguranik ima pravo žalbe direktoru Fonda u roku od 15 dana od dana dostavljanja rješenja.

(11) Osiguraniku Fonda ne pripada naknada plate od dana kada su utvrđene činjenice ili okolnosti iz stava 1. ovog člana u periodu dok traju te okolnosti ili njihove posljedice.

(12) Ako se činjenice ili okolnosti iz stava 1. ovog člana utvrde poslije počinjanja sa korišćenjem prava na naknadu plate, isplata naknade plate obustavlja se, a isplatilac ima pravo na naknadu štete od osiguranika.

Povrat isplaćene naknade

Član 85

(1) Poslodavac ima pravo Fondu da podnese zahtjev za povrat naknade neto plate isplaćene radniku u skladu sa osnovom iz člana 83. st. 1, 2. i 3. i procentima definisanim u članu 83. stav 4. ovog zakona ako privremena spriječenost za rad radnika traje neprekidno duže od 30 dana, počev od 31. dana neprekidne spriječenosti za rad, pod uslovom da radnik ima staž osiguranja po osnovu radnog odnosa u trajanju od najmanje tri mjeseca neprekidno ili u trajanju od šest mjeseci sa prekidima u posljednjih 18 mjeseci i da su uplaćene sve dospjele obaveze po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

(2) Zahtjev za povrat iz stava 1. ovog člana može se podnijeti u roku od 90 dana od isteka posljednjeg dana kalendarskog mjeseca u kojem je radnik bio spriječen za rad.

(3) Fond poslodavcu u toku jedne kalendarske godine refundira isplaćene naknade neto plate za najviše 11 mjeseci neprekidne privremene spriječenosti za rad radnika.

(4) U skladu sa stavom 1. ovog člana, Fond utvrđuje pravo poslodavca na povrat isplaćene naknade neto plate pod uslovom da je poslodavac redovno izmirio sve tekuće obaveze po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje najkasnije do kraja tekućeg mjeseca za prethodni mjesec, te dospjeli dug po osnovu doprinosa za

obavezno zdravstveno osiguranje iz prethodnog perioda u skladu sa rješenjem nadležnog organa o odgođenom plaćanju.

Sadržaj prava na naknadu licu koje obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost

Član 86

(1) Licu koje obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje naknada ako njegova spriječenost za rad traje neprekidno duže od 30 dana, počev od 31. dana neprekidne spriječenosti za rad, pod uslovom da privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost obavlja kao osnovno zanimanje i da je nastavljanjem obavljanja djelatnosti obezbijeđen kontinuitet uplaćivanja svih dospjelih obaveza po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

(2) Naknada iz stava 1. ovog člana se ne obezbjeđuje ako:

1) je osiguranik namjerno prouzrokovao privremenu spriječenost za rad,

2) je namjerno sprečavao ozdravljenje, odnosno nije se pridržavao preporuka ovlašćenog doktora medicine,

3) je privremena spriječenost za rad prouzrokovana upotrebom alkohola ili psihoaktivnih supstanci, izuzev u slučaju da je osiguranik lice sa mentalnim poremećajem ili klinički dijagnostikovanim psihijatrijskim oboljenjem za vrijeme trajanja liječenja,

4) se bez opravdanog razloga ne podvrgne liječenju, ili

5) se bez opravdanog razloga ne javi na zakazani kontrolni pregled kod doktora medicine specijaliste porodične medicine kod kojeg je registrovano ili se ne javi na komisijski pregled na koji je upućen od doktora medicine specijaliste porodične medicine kod kojeg je registrovano.

(3) Naknada iz stava 1. ovog člana se obezbjeđuje u procentu određenom u skladu sa članom 83. stav 1. ovog zakona od propisane osnovice na koju se u skladu sa propisom kojim se uređuje oblast doprinosa obračunava i plaća doprinos za obavezno zdravstveno

osiguranje, a u toku jedne kalendarske godine se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja može obezbijediti isplaćivanje propisane naknade za najviše 11 mjeseci neprekidne spriječenosti za rad.

(4) Zahtjev za obezbjeđenje naknade iz stava 1. ovog člana može se podnijeti u roku od 90 dana od isteka posljednjeg dana kalendarskog mjeseca u kojem je lice bilo spriječeno za rad.

(5) Lice iz stava 1. ovog člana gubi pravo na naknadu ako za vrijeme spriječenosti za rad svojim ličnim radom obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost.

(6) Rad radnika koje zapošljava ili na drugi način radno angažuje lice iz stava 1. ovog člana ne utiče na njegovo ostvarivanje prava na naknadu za vrijeme spriječenosti za rad.

Odlučivanje o zahtjevu za povrat isplaćene naknade plate i zahtjevu za obezbjeđivanje naknade

Član 87

(1) Utvrđivanje osnovanosti zahtjeva iz čl. 85. i 86. ovog zakona vrši Fond.

(2) Rukovodilac filijale Fonda donosi rješenje po zahtjevima iz stava 1. ovog člana.

(3) Poslodavac, odnosno lice koje obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost ima pravo žalbe na rješenje iz stava 2. ovog člana u roku od 15 dana od dana dostavljanja rješenja.

(4) Direktor Fonda odlučuje rješenjem po žalbi iz stava 3. ovog člana.

(5) Rješenje iz stava 4. ovog člana je konačno u upravnom postupku ali se protiv njega tužbom može pokrenuti upravni spor.

(6) Direktor Fonda donosi Uputstvo o sadržaju medicinske i finansijske dokumentacije za povrat isplaćene naknade plate i novčane naknade.

(7) Uputstvom iz stava 6. ovog člana propisuje se vrsta medicinske i finansijske dokumentacije koja se prilaže uz zahtjev za povrat isplaćene naknade plate licu u radnom odnosu, odnosno uz zahtjev za

obezbjeđivanje naknade licu koje obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost i postupak odlučivanja.

(8) Uputstvo iz stava 6. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Finansiranje povrata isplaćene naknade kada je uzrok privremene spriječenosti za rad bolest ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće

Član 88

(1) U slučaju da je uzrok privremene spriječenosti za rad bolest ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće, iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja se obezbjeđuje iznos od 70% od osnova za naknadu, a iznos od 30% od osnova za naknadu se sufinansira iz budžeta Republike.

(2) Sredstva iz stava 1. ovog člana se u budžetu Republike obezbjeđuju preko nadležnog ministarstva, a planiraju se na osnovu godišnje projekcije izdataka Fonda za svaku narednu godinu i analize izvršenja budžeta iz prethodne godine.

GLAVA IV
NAKNADA TROŠKOVA ISPLAĆENIH IZ SREDSTAVA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANjA

Vještačenje u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 89

(1) Fond može tražiti vještačenje u vezi sa ostvarivanjem svih prava osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Vještačenje u slučaju iz stava 1. ovog člana vrše doktori medicine odgovarajuće grane specijalnosti iz nadležne zdravstvene ustanove.

(3) Vještačenje se može zahtijevati u roku od godinu dana od dana ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja o kojem je u upravnom postupku odlučivao Fond.

(4) Na osnovu sprovedenog postupka vještačenja u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Fond može osporiti ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog

osiguranja i zahtijevati naknadu štete od osiguranika ili drugog odgovornog lica, u skladu sa propisom kojim je uređena oblast obligacionih odnosa i ovim zakonom.

Naknada za štete uzrokovane upotrebom motornog vozila

Član 90

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu troškova liječenja i drugih nužnih troškova za svoja osigurana lica neposredno od društva za osiguranje za štetu koja je nastala upotrebom motornog vozila osiguranog kod tog društva za osiguranje.

Naknada troškova zdravstvene zaštite nastalih štetnom radnjom drugog lica

Član 91

(1) Fond ima pravo da zahtijeva naknadu troškova zdravstvene zaštite od lica koje je namjerno ili krajnjom nepažnjom prouzrokovalo bolest, povredu ili smrt osiguranog lica.

(2) U slučaju da je štetna radnja iz stava 1. ovog člana preduzeta na radu ili u vezi sa radom, poslodavac i zaposleni odgovaraju solidarno.

Naknada troškova zdravstvene zaštite od poslodavca

Član 92

(1) Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca ako su bolest, povreda ili smrt osiguranika nastali usljed toga što nisu sprovedene mjere zaštite i zdravlja na radu, u skladu sa propisima kojima je uređena oblast zaštite i zdravlja na radu, ili ako nisu sprovedene druge mjere za zaštitu građana.

(2) Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca i kada je šteta nastala usljed toga što je zaposleni stupio na rad bez propisanog prethodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se, zdravstvenim pregledom, utvrdi da zaposleni prema svom zdravstvenom stanju nije bio sposoban za rad na određenom poslu.

(3) Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca i:

1) ako je šteta nastala usljed toga što nisu dati podaci ili što su dati neistiniti podaci o činjenicama od kojih zavisi sticanje ili ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, ili

2) ako je isplata izvršena na osnovu neistinitih podataka u prijavi na osiguranje ili zato što nije podnesena prijava o promjeni u osiguranju ili odjava sa osiguranja ili ako su navedeni dokumenti podneseni poslije propisanog roka.

Naknada štete od osiguranika ili osiguranog lica

Član 93

(1) Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od osiguranika kada daje određene podatke u vezi sa zdravstvenim osiguranjem, ako je šteta nastala usljed toga što nisu dati podaci, odnosno dati su neistiniti podaci.

(2) Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od osiguranog lica kome je iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja izvršena isplata naknade na koju nije imao pravo ako je:

1) isplata izvršena na osnovu netačnih podataka za koje je osigurano lice znalo ili je moralo znati da su netačni ili je na drugi protivpravan način osigurano lice ostvarilo pravo na naknadu na koju nije imalo pravo ili je ostvarilo naknadu u većem obimu od pripadajuće,

2) ostvarilo naknadu usljed toga što nije prijavilo nastale promjene koje utiču na gubitak ili obim nekog prava, a znalo je ili je moralo znati za te promjene,

3) primilo naknadu u iznosu većem od onoga koji mu je određen rješenjem.

Naknada štete od zdravstvenog radnika, zdravstvenog saradnika i davaoca zdravstvene usluge

Član 94

(1) Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od doktora medicine kod kojeg je osigurano lice registrovano, a koji utvrdi privremenu spriječenost za rad osiguranika ili propiše lijekove, medicinska sredstva, odnosno utvrdi prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za koja nema osnova u zdravstvenom stanju osiguranog lica.

(2) Fond ima pravo na naknadu štete od zdravstvenog radnika i/ili zdravstvenog saradnika, odnosno od davaoca zdravstvenih usluga ako je nastala šteta prouzrokovana pri obavljanju djelatnosti ili u vezi sa obavljanjem djelatnosti zdravstvenog radnika i/ili zdravstvenog saradnika, odnosno davaoca zdravstvenih usluga zbog pružanja zdravstvenih usluga osiguranom licu suprotno propisima kojima se uređuje oblast zdravstvene zaštite.

Postupak za potraživanje naknade štete

Član 95

(1) Naknada troškova zdravstvene zaštite, kao i povrat novčanih primanja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja isplaćenih bez pravnog osnova vrši se u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast obligacionih odnosa, ako ovim zakonom nije drugačije propisano.

(2) Fond u skladu sa čl. od 90. do 94. ovog zakona zahtijeva da mu se u roku od 30 dana od pismenog obraćanja izvrši naknada troškova isplaćenih iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(3) Visinu troškova iz stava 2. ovog člana Fond utvrđuje prema troškovima liječenja i drugim troškovima u vezi sa liječenjem, naknadama isplaćenim osiguranom licu u skladu sa ovim zakonom i drugim davanjima na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(4) Ako se u roku iz stava 2. ovog člana Fondu ne izvrši isplata naknade troškova, Fond naknadu troškova potražuje sudskim putem.

(5) Poslodavci, davaoci zdravstvenih usluga, društva za osiguranje u skladu sa propisima kojim se uređuje oblast obaveznog osiguranja u saobraćaju, nadležni organi, kao i druga pravna lica koja na osnovu zakona u obavljanju redovne djelatnosti prikupljaju podatke, odnosno vode evidencije od značaja za naknadu troškova u skladu sa ovim zakonom, dužni su da na zahtjev Fonda te podatke dostave Fondu.

GLAVA V

ORGANIZACIJA I NADLEŽNOST FONDA

Status Fonda

Član 96

(1) Osnivač Fonda je u ime Republike Vlada, a na organizaciju i rad Fonda se primjenjuje propisi koji uređuju sistem javnih službi.

(2) Statutom Fonda propisuju se uslovi za imenovanje članova Upravnog odbora i direktora, stručna služba Fonda, teritorijalna organizacija Fonda i poslovi koji se obavljaju u teritorijalnim jedinicama Fonda, te uslovi i način raspoređivanja zaposlenih na rukovodeća radna mjesta u Fondu.

(3) Radi obavljanja upravnih, finansijskih, administrativnih i drugih stručnih poslova Fond organizuje jedinstvenu stručnu službu, na način da obezbijedi nesmetano, racionalno i uspješno obavljanje djelatnosti Fonda, a organizacija stručne službe Fonda uređuje se statutom Fonda i aktom o organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta u Fondu.

(4) Na prava, obaveze i odgovornost zaposlenih u Fondu koji nisu uređeni zakonom primjenjuju se propisi kojima se uređuje oblast rada.

Nadležnost Fonda

Član 97

(1) Fond vrši javna ovlašćenja u obezbjeđivanju i sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i u rješavanju o pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Fond razvija, realizuje, organizuje i održava IZIS s ciljem efikasnog obezbjeđivanja propisanih prava kroz blagovremenu razmjenu podataka o statusu osiguranja i podataka sadržanih u zdravstvenom kartonu osiguranog lica.

(3) U skladu sa st. 1. i 2. ovog člana, Fond obavlja sljedeće poslove:

1) planira sredstva za obezbjeđivanje obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom,

2) upravlja sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja,

3) obezbjeđuje zakonito i efikasno ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,

4) razvija, realizuje, organizuje i održava IZIS,

5) pruža stručnu pomoć osiguranim licima prilikom ostvarivanja prava,

6) obezbjeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju,

7) vodi odgovarajuće evidencije u skladu sa ovim zakonom,

8) obavlja i druge poslove u vezi sa sprovođenjem i ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Razvoj, implementacija, organizacija i održavanje IZIS-a

Član 98

(1) Fond organizuje i razvija IZIS radi planiranja i efikasnog upravljanja sistemom zdravstvene zaštite, pristupa i efikasnosti pružanja zdravstvenih usluga i poboljšanja kvaliteta, kao i prikupljanja i obrade podataka u vezi sa zdravstvenim stanjem stanovništva i funkcionisanjem zdravstvene službe, odnosno prikupljanja i obrade zdravstvenih informacija, te evidencije iz oblasti zdravstvenog osiguranja.

(2) IZIS se temelji na informaciono-komunikacionim tehnologijama, odnosno na raspoloživosti komunikacija i informacija u sistemu zdravstvene zaštite, s ciljem povezivanja u jedinstveni informacioni sistem različitih učesnika, lokacija, aktivnosti i procesa zdravstvene zaštite.

(3) IZIS čine informacioni sistemi zdravstvenih ustanova, Fonda i drugih pravnih lica koja u svom poslovanju sarađuju sa sistemom zdravstvene zaštite i sa Fondom uspostavljaju saradnju o ovom pitanju.

(4) IZIS obezbjeđuje dostupnost zdravstvenih podataka svim učesnicima u zdravstvenom sistemu u skladu sa njihovim pravima, ulogama i odgovornostima.

(5) Baza podataka IZIS-a je centralizovana i jedinstvena baza, sa svim potrebnim mehanizmima zaštite koji povećavaju pouzdanost i dostupnost u radu sistema, a centralni server sa centralnom bazom omogućava:

1) kreiranje i formiranje svih neophodnih registara,

2) vezu jedan pacijent jedan zdravstveni karton,

3) vezu sa rezervnom lokacijom - Disaster Recovery System,

4) kreiranje softverskih rješenja za zdravstvene ustanove primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, uz mogućnost višestruke autorizacije i autentifikacije bazirane na prethodno navedenim registrima,

5) integraciju postojećih informacionih sistema baziranu na razmjeni podataka veb-servisima,

6) dostupnost svih relevantnih podataka ovlašćenom zdravstvenom radniku organizacione jedinice u kojoj se pruža zdravstvena zaštita,

7) dostupnost svih depersonalizovanih relevantnih podataka s ciljem planiranja i statističke obrade ovlašćenih zdravstvenih i drugih ustanova.

(6) Zdravstvena ustanova i drugo pravno lice koje koristi vlastiti informacioni sistem je obavezno da ga prilagodi na način koji će omogućiti automatsku elektronsku razmjenu podataka u okviru IZIS-a.

(7) S ciljem funkcionisanja IZIS-a razvijaju se i koriste odgovarajući sistemi, podsistemi i servisi za poslovne funkcije svih učesnika u procesu pružanja zdravstvene zaštite, odnosno za sve ustanove u kojima se obezbjeđuju podaci za zdravstveno osiguranje ili se pruža zdravstvena zaštita obezbijeđena kroz ugovore o pružanju zdravstvene zaštite sa Fondom.

(8) IZIS omogućava korišćenje elektronskih recepata, elektronskih uputnica, sistem elektronskog zakazivanja, elektronskih listi čekanja, elektronskog podsjetnika, elektronsku komunikaciju sa laboratorijskim i radiološkim informacionim sistemima u Republici, kao i korišćenje elektronskih zdravstvenih kartica i vođenje elektronskog zdravstvenog kartona.

(9) Osiguranom licu se izdaje elektronska zdravstvena kartica, koja sadrži lične podatke za dokazivanje identiteta i omogućava pristup elektronskom zdravstvenom kartonu osiguranog lica.

(10) Zdravstvenom radniku se izdaje elektronska kartica zdravstvenog radnika, koja mu omogućava pristup određenim aplikacijama IZIS-a.

(11) Upravni odbor Fonda, uz pribavljeno mišljenje ministarstva nadležnog za poslove informacionog društva, i saglasnost ministra, pravilnikom propisuje jedinstvene metodološke principe i standarde za funkcionisanje IZIS-a, upravljanje rizikom i bezbjednošću, integraciju postojećih informacionih sistema baziranu na razmjeni podataka veb-servisima, sadržaj, izgled i korišćenje podsistema iz stava 7. ovog člana, te izgled i sadržaj elektronske kartice zdravstvenog radnika iz stava 10. ovog člana.

(12) Pravilnik iz stava 11. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Imovina, poslovna sposobnost i odgovornost Fonda

Član 99

(1) Fond ima imovinu koju čine stvari, prava, akcije, novac i ostala sredstva.

(2) Izgrađeni objekti i druga nepokretna imovina koja je na dan 31. decembra 1991. godine zatečena na sadašnjoj teritoriji Republike, a kojom je upravljao bivši Društveni fond je svojina Fonda.

(3) Fond u pravnom prometu ima neograničenu pravnu i poslovnu sposobnost.

(4) Za korišćenje finansijskih sredstava u skladu sa finansijskim planom i ovim zakonom u skladu sa propisima koji uređuju oblast finansijskog poslovanja odgovoran je direktor i Upravni odbor Fonda.

Organi upravljanja u Fondu

Član 100

(1) Organi upravljanja i rukovođenja u Fondu su Upravni odbor i direktor Fonda.

(2) Upravni odbor Fonda ima pet članova koje imenuje i razrješava Vlada na prijedlog Ministarstva.

(3) Direktora Fonda imenuje Vlada, nakon sprovedenog postupka javne konkurencije.

(4) Članovi Upravnog odbora i direktor Fonda imenuju se na period od četiri godine, nakon sprovedenog postupka javne konkurencije, u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast ministarskih, vladinih i drugih imenovanja.

Nadležnost Upravnog odbora Fonda

Član 101

Upravni odbor Fonda obavlja sljedeće poslove:

1) imenuje predsjednika i zamjenika predsjednika Upravnog odbora Fonda,

2) donosi statut, uz saglasnost Vlade,

3) donosi podzakonske akte i prijedloge podzakonskih akata u skladu sa ovlašćenjima utvrđenim ovim zakonom,

4) donosi plan rada i finansijski plan, uz saglasnost Vlade,

5) razmatra i usvaja izvještaj o izvršenju finansijskog plana i godišnji obračun, uz saglasnost Ministarstva,

6) razmatra i usvaja izvještaj o izvršenju plana rada,

7) odlučuje o poslovanju i korišćenju sredstava kojima upravlja Fond,

8) obavlja i druge poslove u skladu sa statutom Fonda.

Nadležnost direktora Fonda

Član 102

Direktor Fonda obavlja sljedeće poslove:

1) predstavlja i zastupa Fond i odgovoran je za zakonitost rada Fonda,

2) donosi podzakonske akte u skladu sa ovlašćenjima utvrđenim ovim zakonom,

3) izvršava odluke i zaključke Upravnog odbora,

4) donosi Pravilnik o organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta u Fondu, uz saglasnost Ministarstva,

5) organizuje rad i poslovanje Fonda i rukovodi radom stručne službe Fonda,

6) odlučuje o prijemu na rad i raspoređivanju zaposlenih na radna mjesta, o pravima iz radnog odnosa u skladu sa propisima kojim se uređuje oblast rada, kolektivnim ugovorima i statutom,

7) odlučuje o potrebi povremenog angažovanja stručnih organizacija i pojedinaca, a obavlja i druge poslove u skladu sa statutom.

GLAVA VI

FINANSIRANjE

Izvori sredstava za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 103

(1) Sredstva za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuju se iz:

1) doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje prema osnovicama i stopama iz propisa koji uređuje oblast doprinosa,

2) budžeta Republike,

3) sredstava ostvarenih prema međunarodnim ugovorima,

4) sredstava ostvarenih naplatom troškova liječenja i drugih nužnih troškova od društava za osiguranja,

5) prodajom imovine ili izdavanjem imovine Fonda u zakup,

6) drugih izvora utvrđenih ovim ili posebnim zakonom.

(2) U smislu stava 1. tačka 1) ovog člana, uplatilac doprinosa je obavezan da uplati doprinos za sve obveznike doprinosa, u skladu sa propisima kojim se uređuje oblast doprinosa.

(3) U smislu stava 1. tačka 2) ovog člana, iz budžeta Republike obezbjeđuju se sredstva za doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje za lica za koja je u skladu sa posebnim propisima obezbijeđen status osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i sredstva za finansiranje:

1) troškova po osnovu prava na zdravstvenu zaštitu iz člana 20. stav 3. ovog zakona,

2) mjera promocije zdravlja, prevencije i ranog otkrivanja bolesti definisanih posebnim programom iz člana 30. ovog zakona,

3) troškova participacije za lica za koja se prema posebnim propisima odredi plaćanje participacije,

4) troškove naknada iz člana 88. ovog zakona.

(4) Iz budžeta Republike Srpske mogu se obezbijediti sredstva za finansiranje:

1) posebnog programa kojim se utvrđuju indikacije i način ostvarivanja prava na dijagnostičku proceduru neinvazivnog prenatalnog testiranja iz krvi trudnice (NIPT) iz člana 31. ovog zakona,

2) posebnog programa za obezbjeđivanje biomedicinski potpomognute oplodnje iz člana 37. ovog zakona,

3) posebnog programa lijekova iz člana 38. ovog zakona,

4) posebnog programa medicinskih sredstava iz člana 44. ovog zakona,

5) drugog posebnog programa Vlade iz oblasti zdravstvene zaštite.

Raspoređivanje sredstava

Član 104

(1) Sredstva iz člana 103. ovog zakona se koriste za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, za troškove za rad organa i stručne službe Fonda, nabavku opreme za rad stručne službe Fonda, nabavku i održavanje poslovnih objekata Fonda, informisanje i saradnju sa medijima i ostale troškove u skladu sa zakonom.

(1) Pri raspoređivanju sredstava u finansijskom planu - budžetu Fonda prioritet je obezbjeđivanje sredstava za zdravstvenu zaštitu.

(2) U slučaju da ukupno ostvarena sredstva za finansiranje prema finansijskom planu Fonda nisu dovoljna za realizaciju zakonom utvrđenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Vlada donosi odluku o načinu pokrića nedostajućih sredstava.

Finansiranje zdravstvene zaštite za vrijeme trajanja vanredne situacije ili vanrednog stanja

Član 105

(1) Fond obezbjeđuje finansiranje zdravstvene zaštite za građane Republike koji nemaju utvrđeno svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju za vrijeme trajanja vanredne situacije ili vanrednog stanja za teritoriju Republike.

(2) Sredstva za pokriće obaveza nastalih po osnovu prava na zdravstvenu zaštitu iz stava 1. ovog člana obezbjeđuju se iz budžeta Republike putem nadležnih ministarstava.

Posebni prihodi Fonda

Član 106

Fond u okviru poslovanja može ostvariti prihode po osnovu usluge izdavanja/zamjene zdravstvene kartice iz člana 26. ovog zakona, po osnovu usluga stručne službe u postupku razmatranja prijedloga za stavljanje lijeka na liste Fonda i ostalih usluga stručne službe, a ostvareni prihod se koristi za troškove unapređenja rada stručne službe Fonda.

GLAVA VII
NADZOR

Upravni i inspekcijski nadzor

Član 107

(1) Upravni nadzor nad primjenom ovog zakona vrši Ministarstvo.

(2) Inspekcijski nadzor nad primjenom ovog zakona i propisa donesenih na osnovu ovog zakona vrši Republička uprava za inspekcijske poslove, putem inspekcije, u skladu sa ovlašćenjima propisanim ovim zakonom i propisom kojim je uređena oblast inspekcija.

(3) U obavljanju inspekcijskog nadzora, pored ovlašćenja utvrđenih propisima kojima je uređena oblast inspekcija, inspektor je ovlašćen da:

1) naloži Fondu da poštuje i omogući ostvarivanje prava osiguranog lica na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa odredbama čl. od 27. do 71. ovog zakona,

2) naloži Fondu i poslodavcu da poštuju i omoguće ostvarivanje prava osiguranika na naknadu plate i naknadu za vrijeme privremene spriječenosti za rad u skladu sa odredbama čl. od 82. do 88. ovog zakona.

(4) Protiv rješenja inspektora iz stava 2. ovog člana može se uložiti žalba Ministarstvu u roku od osam dana od dana dostavljanja rješenja.

(5) Žalba protiv rješenja inspektora ne odlaže izvršenje rješenja.

(6) Inspektor iz stava 2. ovog člana je u slučajevima sumnje na vršenje radnji krivičnog djela dužan da podnese krivičnu prijavu nadležnom javnom tužilaštvu i da bez odlaganja obavijesti ovlašćenog policijskog službenika o potrebi preduzimanja mjera da bi se sačuvali tragovi krivičnog djela, predmeti na kojima je učinjeno ili pomoću kojih je učinjeno krivično djelo ili drugi dokazi.

Nadzor nad uplatom doprinosa

Član 108

(1) Nadzor nad poštovanjem ovog zakona i propisa donesenih za njegovo sprovođenje u dijelu koji se tiče obaveze uplate doprinosa vrši Poreska uprava.

(2) Nadzor nad primjenom čl. od 27. do 71. ovog zakona koji uređuju pravo osiguranog lica na zdravstvenu zaštitu vrši Fond.

(3) Nadzor nad primjenom čl. od 72. do 88. ovog zakona koji uređuju pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad vrši Fond.

GLAVA VIII
KAZNENE ODREDBE

Odgovornost poslodavca

Član 109

(1) Novčanom kaznom od 2.000 KM do 10.000 KM kazniće se za prekršaj poslodavac ako zaposlenom osiguraniku ne izvrši obračun i isplatu naknade plate u skladu sa članom 83. ovog zakona.

(2) Novčanom kaznom od 2.000 KM do 10.000 KM kazniće se za prekršaj poslodavac ako postupi suprotno članu 84. stav 4. ovog zakona.

(3) Za prekršaj iz st. 1. i 2. ovog člana novčanom kaznom od 500 KM do 2.000 KM kazniće se i odgovorno lice poslodavca.

(4) Ako je djelo iz stava 1. ovog člana imalo za posljedicu gubitak prava koji proističe iz neplaćenih doprinosa, lica iz st. 1. i 3. ovog člana snose krivičnu odgovornost u skladu sa propisima kojima je uređena oblast krivičnog zakonodavstva.

Novčane kazne za podnosioca prijave/promjene/odjave

Član 110

(1) Novčanom kaznom od 2.000 KM do 10.000 KM kazniće se za prekršaj podnosilac prijave za obavezno zdravstveno osiguranje, odnosno podnosilac promjene u svojstvu osiguranog lica, odnosno podnosilac odjave sa obaveznog zdravstvenog osiguranja ukoliko postupi suprotno članu 22. ovog zakona.

(2) Za prekršaj iz stava 1. ovog člana novčanom kaznom od 500 KM do 2.000 KM kazniće se i odgovorno lice podnosioca prijave/promjene/odjave.

Odgovornost osiguranika i/ili doktora medicine, odnosno članova komisije

Član 111

(1) Ukoliko osiguranik, ovlašćeni doktor medicine ili članovi komisije postupe suprotno čl. od 74. do 80. i 84. ovog zakona, snose krivičnu odgovornost u skladu sa propisima kojima je uređena oblast krivičnog zakonodavstva.

(2) Fond po saznanju o okolnostima iz stava 1. ovog člana podnosi krivičnu prijavu nadležnom javnom tužilaštvu na dalje postupanje u skladu sa propisima kojima je uređena oblast krivičnog zakonodavstva.

Novčane kazne za Fond

Član 112

(1) Novčanom kaznom od 2.000 KM do 10.000 KM kazniće se za prekršaj Fond ako:

1) ne omogući ostvarivanje prava osiguranog lica na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa odredbama ovog zakona,

2) ne omogući ostvarivanje prava osiguranika na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa odredbama ovog zakona,

3) osiguranom licu ne isplati sredstva na ime refundacije troškova zdravstvene zaštite koja su odobrena u skladu sa odredbama ovog zakona,

4) osiguranom licu ne omogući pravo na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu i liječenje tokom boravka u inostranstvu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa odredbama ovog zakona,

5) osiguranom licu na lični zahtjev ne izda uvjerenje o podacima unijetim u matičnu evidenciju u skladu sa odredbama ovog zakona,

6) promjenu podataka u matičnoj evidenciji obavlja drugo lice, izuzev ovlašćenog lica u skladu sa odredbama ovog zakona,

7) iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ne plati zdravstvene usluge pružene osiguranom licu pri ukazivanju hitnog zbrinjavanja u zdravstvenoj ustanovi sa kojom Fond nema zaključen ugovor,

8) ne obezbijedi dvostepenost upravnog postupka u smislu ovog zakona.

(2) Za prekršaj iz stava 1. ovog člana novčanom kaznom od 500 KM do 2.000 KM kazniće se i odgovorno lice u Fondu.

GLAVA IX
PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Započeti postupci

Član 113

(1) Ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu započeto do dana stupanja na snagu ovog zakona okončaće se u skladu sa propisima koji su bili na snazi u vrijeme pokretanja postupka.

(2) Postupci refundacije troškova zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja pokrenuti do dana stupanja na snagu ovog zakona okončaće se u skladu sa propisima koji su bili na snazi u vrijeme pokretanja postupka.

(3) Osigurano lice kojem do dana stupanja na snagu ovog zakona nije izdana elektronska zdravstvena kartica u skladu sa članom 26. ovog zakona, pravo na zdravstvenu zaštitu do izdavanja elektronske zdravstvene kartice koristi na osnovu isprave o zdravstvenom osiguranju koja je izdata i ovjerena u skladu sa propisima koji su važili do stupanja na snagu ovog zakona.

Primjena Zakona u dijelu obezbjeđivanja prava na naknade

Član 114

(1) Stupanjem na snagu ovog zakona poslodavci su obavezni da obezbijede naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad u skladu sa ovim zakonom.

(2) Stupanjem na snagu ovog zakona Fond je obavezan da obezbijedi povrat isplaćene naknade plate i novčane naknade u slučaju privremene spriječenosti za rad lica koje obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost u skladu sa ovim zakonom.

Pravo na povrat isplaćene naknade neto plate prema ranijem Zakonu

Član 114a

Poslodavac ima pravo da do 31. marta 2023. godine Fondu podnese zahtjev za povrat naknade neto plate isplaćene radniku koji je bio privremeno spriječen za rad neprekidno duže od 30 dana u periodu do 28. septembra 2022. godine u skladu sa osnovom, procentom i uslovima koji su bili propisani ranije važećim Zakonom o zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik Republike Srpske', br. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09, 106/09, 110/16, 94/19, 44/20 i 37/22) i podzakonskim aktima koji su na osnovu njega

doneseni, ukoliko od dana isplate naknade neto plate radniku od strane poslodavca nije prošlo tri godine.

Donošenje podzakonskih akata

Član 115

(1) Ministar će u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona donijeti:

1) Pravilnik o postupku ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu u Republici (član 28. stav 3),

2) Pravilnik o postupku obavljanja kontrole izvršavanja zaključenih ugovora i postupku zaštite prava osiguranih lica (član 47. stav 4),

3) Pravilnik o visini i načinu plaćanja participacije (član 49. stav 5),

4) Pravilnik o postupku odobravanja liječenja izvan Republike i načinu ostvarivanja zdravstvene zaštite u inostranstvu (član 57. stav 4).

(2) Upravni odbor Fonda će u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona donijeti:

1) Pravilnik o postupku utvrđivanja svojstva osiguranog lica, vođenju podataka u matičnoj evidenciji i izgledu, sadržaju i postupku izdavanja i upotrebe zdravstvene kartice (član 26. stav 5),

2) Pravilnik o postupku stavljanja, promjeni statusa ili brisanju lijekova sa liste lijekova i Program lijekova (član 39. stav 4),

3) Pravilnik o uslovima i postupku za utvrđivanje uslova za obezbjeđivanje medicinske rehabilitacije, indikaciona područja i listu bolesti, stanja i posljedica povreda za koje se obezbjeđuje medicinska rehabilitacija (član 43. stav 7),

4) Pravilnik o uslovima i postupku za utvrđivanje uslova za obezbjeđivanje medicinskih sredstava, standard kvaliteta, cjenovnik i listu medicinskih sredstava koja se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 44. stav 11),

5) Pravilnik o osnovima za zaključivanje ugovora i načinu finansiranja zdravstvene zaštite u Republici (član 45. stav 3),

6) Pravilnik o postupku utvrđivanja privremene spriječenosti za rad (član 76. stav 5),

7) Pravilnik o jedinstvenom metodološkom principu i standardu za funkcionisanje Integrisanog zdravstvenog informacionog sistema (član 98. stav 11).

(3) Upravni odbor Fonda će u roku od šest mjeseci od donošenja nomenklature zdravstvenih usluga u smislu propisa kojim se reguliše zdravstvena zaštita donijeti cjenovnik zdravstvenih usluga iz člana 45. ovog zakona.

(4) Direktor Fonda će u roku od tri mjeseca od stupanja na snagu ovog zakona donijeti:

1) Uputstvo o vrstama medicinske i finansijske dokumentacije koja se prilaže uz zahtjev za refundaciju troškova zdravstvene zaštite (član 53. stav 9),

2) Uputstvo o vrstama medicinske i finansijske dokumentacije koja se prilaže uz zahtjev za refundaciju troškova postupka biomedicinski potpomognute oplodnje (član 55. stav 9),

3) Uputstvo o sadržaju medicinske i finansijske dokumentacije za povrat isplaćene naknade plate i novčane naknade (član 87. stav 6).

(5) Do donošenja akata iz st. od 1. do 4. ovog člana primjenjivaće se akti koji su doneseni na osnovu ranije važećeg Zakona, ako nisu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Donošenje podzakonskog akta

Član 115a

Ministar će u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona donijeti Pravilnik o osnovima standarda i normativa zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 45. stav 4).

Usklađivanje organizacije Fonda

Član 116

(1) Vlada će donijeti odluku o usklađivanju akta o osnivanju Fonda u roku od 60 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

(2) Upravni odbor Fonda će u roku od 60 dana od stupanja na snagu akta iz stava 1. ovog člana donijeti statut Fonda iz člana 96. ovog zakona kojim će se organizacija i rad Fonda uskladiti sa odredbama ovog zakona.

(3) Direktor Fonda će u roku od 30 dana od dana dobijanja saglasnosti Vlade na statut Fonda donijeti Pravilnik o organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta iz člana 102. ovog zakona.

Prestanak važenja ranijeg Zakona

Član 117

Stupanjem na snagu ovog zakona prestaje da važi Zakon o zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik Republike Srpske", br. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 01/09, 106/09, 110/16, 94/19, 44/20 i 37/22).

Stupanje na snagu Zakona

Član 118

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku Republike Srpske".

Samostalni član Zakona o izmjenama i dopunama
Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju

("Sl. glasnik RS", br. 132/2022)

Član 19

Ovaj zakon se objavljuje u "Službenom glasniku Republike Srpske", a stupa na snagu 1. januara 2023. godine.