

Pravilnik o bližim uslovima i načinu ostvarivanja određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Pravilnik je objavljen u "Službenom listu CG", br. [12/2018](#) i [42/2018](#).

Član 1

Ovim pravilnikom bliže se uređuju uslovi i način ostvarivanja određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranih lica Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore (u daljem tekstu: Fond).

Član 2

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje osiguranik i član uže ili šire porodice osiguranika (u daljem tekstu: osigurano lice) kojem je na način propisan zakonom, ovim pravilnikom i drugim opštim aktima utvrđeno svojstvo osiguranog lica:

- prijavljivanjem na zdravstveno osiguranje putem jedinstvene prijave u Centralni registar obveznika uplate doprinosa i osiguranika, u skladu sa zakonom,
- prijavljivanjem na zdravstveno osiguranje u skladu sa međudržavnim sporazumom o socijalnom osiguranju i
- podnošenjem zahtjeva za upis u evidenciju osiguranog lica Fonda.

Član 3

Pravo na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava zdravstvenog osiguranja, osigurano lice ostvaruje u obimu, pod uslovima i na način propisan zakonom i ovim pravilnikom.

Član 4

Osiguranom licu se u skladu sa zakonom, obezbjeđuje zdravstvena zaštita u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, i to:

- djetetu iz člana 12 zakona, na osnovu uvida u elektronsku evidenciju o osiguranom licu,
- ženi u toku trudnoće, porođaja i godinu dana nakon porođaja, na osnovu izvještaja izabranog ginekologa i izvoda iz matične knjige rođenih djeteta,
- licu starijem od 65 godina života, na osnovu uvida u elektronsku evidenciju o osiguranom licu,
- davaocima i primaocima organa, tkiva i ćelija u svrhu liječenja, osim za liječenje neplodnosti postupcima asistirane reproduktivne tehnologije, na osnovu potvrde koju izdaje izabrani doktor,
- dobrovoljnim davaocima krvi koji su krv dali više od deset puta na osnovu potvrde nadležne zdravstvene ustanove koja obavlja poslove transfuzije krvi,
- korisnicima socijalno-zaštitnih prava i članovima njihovih porodica, na osnovu uvida u elektronsku evidenciju o osiguranom licu,
- korisnicima najniže penzije u Crnoj Gori za prethodnu kalendarsku godinu po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike i članovima njihovih porodica, na osnovu potvrde nadležnog organa,
- borcima, vojnim invalidima, civilnim invalidima rata, članovima njihovih porodica, korisnicima prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, kao i žrtvama kasetne municije na osnovu uvida u elektronsku evidenciju o osiguranom licu odnosno na osnovu rješenja nadležnog organa uprave ili druge odgovarajuće isprave,
- osiguranicima iz člana 6 tač. 11 i 20 i stava 2 Zakona na osnovu uvida u elektronsku evidenciju o osiguranom licu,
- slijepim, gluvonijemim i licima sa autističnim poremećajem na osnovu potvrde koju izdaje izabrani doktor.

Član 5

Osiguranom licu se obezbjeđuje zdravstvena zaštita u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za liječenje osnovnog oboljenja ili stanja: malignih bolesti, hemofiliju, šećernu bolest, cističnu fibrozu, intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, psihozu, epilepsiju, multiple skleroze, mišićnu distrofiju, cerebralnu paralizu, paraplegiju i kvadriplegiju, hroničnu bubrežnu insuficijenciju (dijaliza), sistemsku autoimunu bolest, HIV, karantinsku bolest, Hepatitis B i Hepatitis C, urođeni nedostatak gornjih ili donjih ekstremiteta, smetnje u razvoju u skladu sa kriterijumima koji su propisani posebnim propisima, na osnovu uvida u elektronsku evidenciju osiguranog lica.

Član 6

Osigurano lice iz čl. 26, 27 i 28 Zakona ostvaruje zdravstvenu zaštitu u inostranstvu na osnovu potvrde o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu (u daljem tekstu: potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite), koju izdaje Fond prema mjestu prijave osiguranog lica na obavezno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zaključenim međunarodnim ugovorima o socijalnom osiguranju.

Potvrda iz stava 1 ovog člana izdaje se na osnovu nalaza i mišljenja Prvostepene ljekarske komisije Fonda (u daljem tekstu: Ljekarska komisija).

Ljekarska komisija daje nalaz i mišljenje kojim se utvrđuje da osigurano lice ne boluje od akutnih bolesti, hroničnih bolesti u akutnoj fazi za koje je potrebno duže ili stalno liječenje, odnosno da se osigurano lice ne nalazi u stanju koje bi ubrzo po dolasku

u inostranstvo zahtijevalo duže liječenje, odnosno smještaj u bolničku zdravstvenu ustanovu.

Član 7

Nalaz i mišljenje iz člana 6 stav 3 ovog pravilnika, Ljekarska komisija daje na osnovu uvida u elektronski zdravstveni karton osiguranog lica, a po potrebi i na osnovu druge medicinske dokumentacije.

Radi davanja nalaza i mišljenja Ljekarska komisija može naložiti da osigurano lice izvrši određene vrste medicinskih pregleda u cilju utvrđivanja zdravstvenog stanja osiguranog lica.

Član 8

Potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite u inostranstvu, za osigurana lica iz člana 6 stav 1 ovog pravilnika izdaje se sa važenjem koje zavisi od trajanja boravka u inostranstvu, ali najduže na period od jedne godine, u skladu sa međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju.

Član 9

Ukoliko osigurano lice za vrijeme boravka u inostranstvu teže oboli i dođe do potrebe bolničkog liječenja, a izdata mu je potvrda iz člana 6 ovog pravilnika, može koristiti bolničko liječenje samo onoliko vremena koliko je potrebno da se osposobi za povratak u zemlju.

Opravdanost bolničkog liječenja u slučaju iz stava 1 ovog člana cijeni Ljekarska komisija.

Član 10

Opravdanost privremene spriječenosti za rad osiguranika na radu u inostranstvo, koja je nastupila prilikom privremenog boravka u zemlji, cijeni Ljekarska komisija na osnovu zahtjeva osiguranika i priložene medicinske dokumentacije.

Član 11

U zemljama sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju, osiguranim licima iz člana 6 ovog pravilnika obezbjeđuje se i ostvarivanje drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na način određen međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju.

Član 12

Naknada troškova prevoza odobrava se osiguranom licu kada po uputu izabranog doktora, odnosno Ljekarske komisije putuje u drugo mjesto van opštine prebivališta, u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite.

Pravo na naknadu troškova prevoza, osigurano lice ostvaruje od opštine prebivališta do najbližeg mjesta gdje je ostvarilo ili moglo da ostvari zdravstvenu zaštitu ili radi ocjene privremene spriječenosti za rad, po uputu izabranog doktora ili Ljekarske komisije.

Član 13

Osigurano lice ima pravo na naknadu troškova prevoza prema najkraćoj relaciji u visini cijene koštanja karte autobusa ili voza, koje je opredijelo izabrani doktor odnosno Ljekarska komisija.

Naknada troškova prevoza pripada pratiocu osiguranog lica, pod istim uslovima koji su propisani i za osigurano lice, kada je izabrani doktor odnosno Ljekarska komisija, odobrila pratioca za vrijeme putovanja.

Pratilac ostvaruje pravo i na naknadu troškova prevoza za prihvat osiguranog lica koje je bilo na bolničkom liječenju, u visini najniže cijene sredstvom javnog prevoza.

Član 14

Isplata naknada troškova prevoza osiguranom licu vrši se po obavljenom putovanju na osnovu:

- ovjerene potvrde o potrebi putovanja od strane zdravstvene ustanove u koju je osigurano lice upućeno,
- medicinskog izvještaja doktora specijaliste ili konzilijuma doktora specijalista,
- otpusne liste,
- druge medicinske dokumentacije i
- drugih dokaza koji se u postupku ocjene potrebnim.

Član 15

Naknada troškova na ime kupovine lijeka sa Osnovne liste lijekova koji osigurano lice nije moglo da obezbijedi kod davaoca zdravstvenih usluga sa kojim Fond ima zaključen ugovor (u daljem tekstu: davalac zdravstvenih usluga), vrši se u visini cijene lijeka koja je utvrđena u skladu sa zakonom, a najviše u visini maksimalne cijene lijeka koju je utvrdila Agencija za lijekove i medicinska sredstva Crne Gore.

Član 16

Zahtjev za naknadu troškova iz člana 15 ovog pravilnika, osigurano lice podnosi nadležnoj područnoj jedinici/filijali Fonda.

Uz zahtjev za naknadu troškova lijekova osigurano lice prilaže:

- medicinsku dokumentaciju kojom se dokazuje da je predloženo propisivanje lijeka (izvještaj izabranog doktora, izvještaj

doktora specijaliste, izvještaj konzilijuma doktora, otpusna lista i dr.),

- recept, odnosno nalog za injekcije kao dokaz da je propisana doza lijeka primljena (kod ambulantnog liječenja),
- račun o kupovini lijeka sa fiskalnim blokom i
- druge dokaze koji se u postupku ocjene potrebnim.

Član 17

Osiguranom licu koje je sopstvenim sredstvima obezbijedilo medicinsko sredstvo sa Liste medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, zato što davalac zdravstvenih usluga nije raspolagao medicinskim sredstvom prilikom pružanja zdravstvene zaštite, odobrava se naknada troškova u visini cijene kupljenog medicinskog sredstva.

Osiguranom licu koje nije moglo da obezbijedi medicinsko tehničko pomagalo koje se izdaje na recept sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala (u daljem tekstu: pomagalo na recept) kod davaoca zdravstvene usluge, odobrava se naknada troškova u visini cijene kupljenog pomagala na recept.

Uz zahtjev za naknadu troškova iz st. 1 i 2 ovog člana osigurano lice prilaže:

- medicinsku dokumentaciju kojom se dokazuje da je predložena ugradnja medicinskog sredstva u cilju liječenja osiguranog lica (izvještaj doktora specijaliste, izvještaj konzilijuma doktora, otpusna lista i dr.), odnosno medicinsku dokumentaciju iz koje se vidi da je predloženo propisivanje pomagala na recept (izvještaj doktora specijaliste, izvještaj konzilijuma doktora, otpusna lista i dr.),
- recept,
- račun o kupovini medicinskog sredstva odnosno pomagala na recept, sa fiskalnim blokom,
- potvrdu davaoca zdravstvenih usluga da medicinskim sredstvom nije raspolagala u vrijeme liječenja osiguranog lica odnosno potvrdu davaoca zdravstvenih usluga (apoteke) da u vrijeme propisivanja nije raspolagala pomagalom na recept i
- druge dokaze koji se u postupku ocjene potrebnim.

Član 18

Osiguranom licu koje po uputu izabranog doktora nije moglo da ostvari zdravstvenu uslugu kod davaoca zdravstvenih usluga, može se odobriti naknada troškova na ime pružene zdravstvene usluge u privatnoj zdravstvenoj ustanovi koja se ne nalazi u mreži zdravstvenih ustanova, ukoliko se utvrdi da zdravstvena usluga nije mogla da bude pružena u roku utvrđenom kriterijumima o Listama čekanja u skladu sa opštim aktom o Listama čekanja ili u zakazanom roku, odnosno ukoliko se zdravstvena usluga ne pruža kod davaoca zdravstvenih usluga, a usluga se obezbjeđuje na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Naknadu troškova zdravstvene usluge iz stava 1 ovog člana, osigurano lice ostvaruje u visini cijene pružene usluge.

Naknada troškova iz stava 1 ovog člana, odobrava se osiguranom licu na osnovu:

- zahtjeva,
- uputa izabranog doktora sa zakazanim terminom pružanja usluge,
- izvještaja doktora specijaliste ili konzilijuma doktora odgovarajuće specijalnosti kojim je predloženo pružanje zdravstvene usluge,
- računa o plaćenju usluzi sa fiskalnim blokom,
- kopije izvještaja o pruženoj zdravstvenoj usluzi u privatnoj zdravstvenoj ustanovi,
- potvrde davaoca zdravstvenih usluga kod kojeg je osigurano lice upućeno, da usluga nije mogla biti pružena u zakazanom odnosno utvrđenom roku, odnosno da uslugu ne pruža davalac zdravstvenih usluga i
- drugih dokaza koji se u postupku utvrde potrebnim.

Član 19

Danom stupanja na snagu ovog pravilnika prestaje da važi Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ("Sl. list RCG" br. 69/06).

Član 20

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Crne Gore".