

ZAKON

O OBAVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. OSNOVNE ODREDBE

Član 1

Ovim zakonom uređuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i ostvarivanje tih prava, ugovaranje zdravstvene zaštite sa davaocima zdravstvenih usluga, finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i druga pitanja od značaja za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja.

Član 2

Obavezno zdravstveno osiguranje je dio sistema socijalnog osiguranja kojim se, na načelima obaveznosti, uzajamnosti i solidarnosti, svim osiguranim licima obezbjeđuju prava u skladu sa ovim zakonom.

Ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranim licima, pod jednakim uslovima obezbjeđuje Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore (u daljem tekstu: Fond), u skladu sa ovim zakonom.

Član 3

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasljeđivati.

Nasljeđuju se prava na novčane naknade koje su dospjele za isplatu, a nijesu isplaćene prije smrti osiguranika.

Član 4

Izrazi koji se u ovom zakonu koriste za fizička lica u muškom rodu podrazumijevaju iste izraze u ženskom rodu.

Član 5

Izrazi upotrijebljeni u ovom zakonu imaju sljedeće značenje:

1) **zaposlena lica** su lica koja su zaposlena u privrednom društvu, drugom pravnom licu, državnom organu, organu državne uprave, organu lokalne samouprave, odnosno lokalne uprave, kao i kod preduzetnika ili fizičkog lica (u daljem tekstu: poslodavac);

2) **lice sa invaliditetom** je lice koje ima dugoročno fizičko, mentalno, intelektualno ili senzorno oštećenje od najmanje 70%, utvrđeno jedinstvenom listom oštećenja ili listama oštećenja koje se koriste u postupcima ostvarivanja socijalno-zaštitnih prava, prava na obrazovanje, prava na profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje i prava iz penzijsko-invalidskog osiguranja;

3) **osigurana lica** su osiguranici, članovi porodice osiguranika i druga lica u skladu sa ovim zakonom;

4) **izabrani tim ili izabrani doktor** podrazumijeva izabrani tim doktora medicine ili izabranog doktora medicine ili izabranog stomatologa;

5) **davaoci zdravstvenih usluga** su zdravstvene ustanove, izabrani tim ili izabrani doktor, pravna lica i drugi subjekti koji pružaju zdravstvenu zaštitu, u skladu sa zakonom;

6) **stranac** je državljanin druge države ili lice bez državljanstva.

Član 6

Osiguranici, u smislu ovog zakona, su crnogorski državljani sa prebivalištem u Crnoj Gori i stranci sa odobrenim stalnim ili privremenim boravkom u Crnoj Gori, koji su:

- 1) zaposlena lica, u skladu sa zakonom;
- 2) preduzetnici i lica koja obavljaju samostalnu djelatnost kao osnovno zanimanje;
- 3) lica koja obavljaju privremene i povremene poslove, kao i druge poslove po posebnom ugovoru o radu, u skladu sa zakonom;
- 4) nezaposlena lica na evidenciji nezaposlenih lica Zavoda za zapošljavanje Crne Gore, koja ostvaruju novčanu naknadu u skladu sa zakonom kojim se uređuje zapošljavanje;
- 5) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;
- 6) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, članovi njihovih porodica i korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 7) korisnici socijalno-zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 8) poljoprivrednici i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta;
- 9) vjerski službenici;
- 10) lica koja su u pritvoru, na izdržavanju kazne zatvora, kao i lica kojima je izrečena mjera obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi i obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana, koji nijesu osigurani ni po jednom osnovu iz tač. 1 do 9 ovog stava.

Pored osiguranika iz stava 1 ovog člana, status osiguranika stiču i crnogorski državljani koji imaju prebivalište u Crnoj Gori i stranci sa odobrenim stalnim boravkom u Crnoj Gori, koji nijesu osigurani ni po jednom osnovu iz stava 1 tač. 1 do 10 ovog člana i azilanti i stranci pod supsidijarnom zaštitom koja je odobrena u skladu sa zakonom kojim se uređuje međunarodna i privremena zaštita stranaca.

Licima iz stava 1 tačka 10 ovog člana, status osiguranika utvrđuje Fond na osnovu zahtjeva nadležnog organa i ličnog identifikacionog dokumenta lica za koje se podnosi zahtjev, a licima iz stava 2 ovog člana, na osnovu zahtjeva tog lica i ličnog identifikacionog dokumenta.

Osiguranik, u smislu ovog zakona, ne može da bude lice koje ima status osiguranika u drugoj državi, ukoliko međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije utvrđeno.

Član 7

Državljanima zemalja sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ostvaruju zdravstvenu zaštitu u obimu koji je utvrđen tim ugovorom.

Član 8

Status osiguranog lica stiču članovi porodice osiguranika pod uslovom da nijesu osigurani po drugom osnovu, da imaju prebivalište, odnosno odobren stalni boravak u Crnoj Gori i da nemaju status osiguranog lica u drugoj državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju.

Članovima porodice, u smislu ovog zakona, smatraju se:

1) članovi uže porodice: bračni ili vanbračni supružnik, partner u zajednici života lica istog pola, djeca rođena u braku ili van braka, pastorčad, usvojena djeca, kao i djeca bez roditeljskog staranja ako ih osiguranik izdržava, u skladu sa zakonom;

2) članovi šire porodice: roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i usvojilac), baba, djed, unučad, braća i sestre, ako su trajno i potpuno nesposobni za rad u smislu posebnih propisa i ako ih osiguranik izdržava.

Status osiguranog lica mogu steći i članovi porodice iz stava 2 tačka 1 ovog člana koji imaju dozvolu za privremeni boravak radi spajanja porodice ili radi školovanja u skladu sa posebnim zakonom, pod uslovom da nemaju status osiguranog lica u drugoj državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju.

Član 9

Prava iz zdravstvenog osiguranja, kao član porodice, zadržava razvedeni bračni supružnik, odnosno vanbračni supružnik kome je prestala vanbračna zajednica, ako:

- 1) je sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, dok traje izdržavanje;
- 2) je u vrijeme razvoda braka, odnosno prestanka vanbračne zajednice bio potpuno i trajno nesposoban za rad, u skladu sa posebnim propisima;
- 3) su mu sudskom odlukom povjerena djeca na čuvanje i vaspitanje, dok djeca imaju pravo na izdržavanje.

Prava iz zdravstvenog osiguranja, kao član porodice, zadržava partner kome je prestala zajednica života sa licem istog pola, usljed raskida partnerstva, ako je:

- 1) sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, dok traje izdržavanje;
- 2) u vrijeme raskida partnerstva bio potpuno i trajno nesposoban za rad, u skladu sa posebnim propisima.

Član 10

Dijete osiguranika ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima iz ovog zakona, do završetka školovanja po propisima iz oblasti obrazovanja, a najkasnije do navršениh 26 godina života.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima iz stava 1 ovog člana, imaju i djeca bez roditelja i djeca za koje je organ starateljstva utvrdio da su bez roditeljskog staranja, u skladu sa zakonom.

Ako dijete iz st. 1 i 2 ovog člana postane nesposobno za rad, u smislu posebnih propisa, prije isteka roka za redovno školovanje iz stava 1 ovog člana, ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za vrijeme dok takva nesposobnost traje, ako nema sopstvenih sredstava.

II. PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 11

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

- 1) pravo na zdravstvenu zaštitu;
- 2) pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad;
- 3) pravo na naknadu putnih troškova u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite.

Osigurano lice ostvaruje prava iz stava 1 ovog člana na način utvrđen ovim zakonom i zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

Član 12

Za ostvarivanje prava iz člana 11 stav 1 tačka 2 ovog zakona, osiguranik mora da ima staž osiguranja u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa ovim zakonom, u trajanju od najmanje dva mjeseca bez prekida ili četiri mjeseca sa prekidima u posljednjih 12 mjeseci prije početka korišćenja ovog prava, dok prava iz člana 11 stav 1 tač. 1 i 3 ovog zakona stiže danom osiguranja.

Stož osiguranja u smislu stava 1 ovog člana podrazumijeva staž osiguranja po osnovu zaposlenja.

Izuzetno od stava 1 ovog člana, osiguranik ostvaruje pravo iz člana 11 stav 1 tačka 2 ovog zakona u slučaju hitne medicinske pomoći i povrede na radu.

1. Pravo na zdravstvenu zaštitu

Član 13

Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvata:

- 1) promociju zdravlja;
- 2) prevenciju bolesti;
- 3) dijagnostiku, preglede i liječenje, uključujući mjere rane identifikacije i sprečavanja progresije oštećenja;
- 4) rehabilitaciju i specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 5) kontinuiranu zdravstvenu njegu;
- 6) stomatološku zdravstvenu zaštitu;
- 7) hitnu i urgentnu medicinsku pomoć;
- 8) dijalizu;
- 9) usluge transfuzione medicine;
- 10) lijekove i medicinska sredstva;
- 11) medicinsko-tehnička pomagala.

Član 14

Zdravstvena zaštita iz člana 13 ovog zakona obuhvata:

- 1) promociju zdravlja kroz individualni i grupni savjetodavni rad, učešće u promotivnim kampanjama, po različitim populacionim grupama i u odnosu na različite rizike po zdravlje, u dijelu prevencije zaraznih bolesti i vodećih hroničnih nezaraznih bolesti, razvoja znanja i vještina u cilju usvajanja i modifikacije ponašanja koja predstavljaju rizik po zdravlje i rađanje zdravog djeteta;
- 2) prevenciju zdravlja koja uključuje preventivne programe i preglede, imunizaciju, imunoprofilaksu i hemioprofilaksu, skrininge (oportune i populacione) i posjete u kući osiguranog lica (patronažne posjete);
- 3) preglede u zdravstvenoj ustanovi i/ili u kući osiguranog lica, kao i dijagnostiku na svim nivoima zdravstvene zaštite;
- 4) liječenje na svim nivoima zdravstvene zaštite u Crnoj Gori i liječenje u inostranstvu;
- 5) bolničko liječenje;
- 6) rehabilitaciju na svim nivoima zdravstvene zaštite, uključujući i rehabilitaciju u kući osiguranog lica, kao i specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 7) kontinuiranu zdravstvenu njegu na primarnom nivou zdravstvene zaštite i tokom bolničke zdravstvene zaštite, uključujući patronažne i kućne posjete;
- 8) stomatološku zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou zdravstvene zaštite i to: promociju zdravlja kroz savjetodavni rad, prevenciju kroz preventivne programe, preventivne preglede djece do 18 godina života, dijagnostiku i liječenje djece do 18 godina života, učenika, studenata i djece bez roditeljskog staranja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, lica starijih od 65 godina života, žena u toku trudnoće i godinu dana nakon porođaja, lica sa invaliditetom koja imaju oštećenja mišića i neuromišićne bolesti, plegični sindrom, oštećenje sluha, vida i govora sa više od 70% tjelesnog oštećenja, intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autizam, psihoze, epilepsiju, preglede zbog anomalija vilica (ortodoncija), mobilne ortodontske aparate za djecu do 18 godina života, kao i fiksne aparate za djecu do 18 godina života koja imaju intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autizam, epilepsiju i oštećenja koja ograničavaju otvaranje usta;
- 9) stomatološku zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite koja obuhvata liječenje povreda zuba i kostiju lica uključujući primarnu rekonstrukciju osteosintetskim materijalom, liječenje bolesti usta i zuba prije operacije na srcu ili presađivanja organa, kao i liječenje bolesti usta i zuba u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana malignih bolesti maksilofacijalne regije;
- 10) hitnu medicinsku pomoć i urgentnu medicinsku pomoć, u okviru dijagnostičkih pregleda, procedura i intervencija;
- 11) dijalizu, uz sanitetski prevoz osiguranog lica od kuće do zdravstvene ustanove i nazad;
- 12) liječenje krvlju, komponentama krvi i derivatima krvi;
- 13) lijekove koji se izdaju na recept u apotekama, kao i lijekove koji se koriste za liječenje u zdravstvenoj ustanovi;
- 14) medicinska sredstva i materijale;
- 15) medicinsko-tehnička pomagala;
- 16) sanitetski prevoz na svim nivoima zdravstvene zaštite i specijalni vazdušni prevoz koji je iz medicinskih razloga opravdan i hitan;

17) prevoz sanitetskim kolima i sredstvima javnog linijskog prevoza u drumskom i vazdušnom saobraćaju koji nije hitan;

18) postupke u vezi sa uzimanjem i presađivanjem organa, tkiva i ćelija u svrhu liječenja;

19) tri postupka medicinski potpomognute oplodnje, i to: homologne ili heterologne intrauterine inseminacije (IUI) - unos sjemenih ćelija u matericu žene, homologne ili heterologne vantjelesne oplodnje (IVF); homologne ili heterologne intracitoplazmatske injekcije spermatozoida (ICSI) i transfera polnih ćelija i embriona u jajovod žene, kod žene do navršene 44. godine života koja nema više od dvoje djece, pod uslovom da je jedan od bračnih, odnosno vanbračnih supružnika, kao i žena koja ne živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici crnogorski državljanin;

20) troškove smještaja i ishrane pratioca djece do 15 godina života, u bolnici ili u ustanovi za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, kao i djece do 18 godina života u bolnici, koja su oboljela od malignih bolesti, djece do 18 godina života u bolnici i ustanovama za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, koja imaju oštećenja mišića i neuromišićne bolesti, plegični sindrom, oštećenje sluha, vida i govora sa više od 70% tjelesnog oštećenja, intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autizam, psihoze i epilepsiju;

21) preglede, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju zbog povrede na radu, profesionalne bolesti i bolesti u vezi sa radom;

22) promjenu pola u skladu sa medicinskim indikacijama.

Bliže uslove i način odobravanja i korišćenja prevoza iz stava 1 tač. 16 i 17 ovog člana propisuje Fond, uz saglasnost organa državne uprave nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo).

Kriterijume za utvrđivanje medicinskih indikacija iz stava 1 tačka 22 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 15

Osigurano lice učestvuje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite iz člana 14 ovog zakona (u daljem tekstu: participacija), za:

- 1) pregled, liječenje i dijagnostiku na primarnom nivou zdravstvene zaštite;
- 2) izdavanje lijekova u apoteci;
- 3) pregled, liječenje i dijagnostiku na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite;
- 4) bolničko liječenje;
- 5) medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam;
- 6) medicinsko-tehnička pomagala;
- 7) promjenu pola koja je izvršena u skladu sa ovim zakonom;
- 8) specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 9) liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom;
- 10) prevoz sanitetskim kolima koji nije hitan;
- 11) troškove smještaja i ishrane pratioca djeteta od 15 do 18 godina života, u bolnici ili u ustanovi za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 12) liječenje u inostranstvu.

Zdravstvene usluge iz stava 1 ovog člana i iznos participacije, kao i način plaćanja participacije propisuje Vlada Crne Gore (u daljem tekstu: Vlada), na predlog Ministarstva.

Član 16

Za izvršenu zdravstvenu uslugu iz člana 15 ovog zakona, davalac zdravstvene usluge dužan je da osiguranom licu izda dokaz o izvršenom plaćanju participacije koji, pored podataka propisanih zakonom kojim se uređuje porez na dodatu vrijednost, mora da sadrži i punu cijenu zdravstvene usluge, iznos participacije iskazan u procentu u odnosu na cijenu zdravstvene usluge i nominalni iznos participacije iskazan u eurima.

Bližu sadržinu i obrazac dokaza o izvršenom plaćanju participacije propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 17

Oslobođeni su od plaćanja participacije:

- 1) djeca iz člana 10 ovog zakona;
- 2) žene u toku trudnoće, porođaja i godinu dana nakon porođaja;
- 3) osigurana lica starija od 65 godina života;
- 4) davaoci organa, tkiva i ćelija u svrhu liječenja;
- 5) dobrovoljni davaoci krvi, koji su krv dali više od deset puta;
- 6) korisnici socijalno-zaštitnih prava i članovi njihovih porodica, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 7) korisnici najniže penzije u Crnoj Gori za prethodnu kalendarsku godinu, po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike i članovi njihovih porodica, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 8) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, kao i članovi njihovih porodica, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 9) osiguranici iz člana 6 stav 1 tač. 4 i 10 i stav 2 ovog zakona;
- 10) slijepa i gluvonijema lica i lica sa autizmom;
- 11) osigurana lica za liječenje osnovnog oboljenja i stanja i to: malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, cistične fibroze, intelektualnog invaliditeta sa IQ 69 i manje, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), sistemskih autoimunih bolesti, HIV i zaraznih bolesti, Hepatitisa B i Hepatitisa C, urođenih nedostataka gornjih ili donjih ekstremiteta i smetnji u razvoju.

Bliže uslove za ostvarivanje prava iz stava 1 ovog člana propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 18

Obim prava zdravstvene zaštite iz člana 14 ovog zakona utvrđuje Vlada, na predlog Ministarstva, u skladu sa opredijeljenim finansijskim sredstvima i Programom zdravstvene zaštite, posebno vodeći računa o zdravstvenoj zaštiti sljedećih kategorija lica:

- 1) djece iz člana 10 ovog zakona;
- 2) žena u toku trudnoće, porođaja i godinu dana nakon porođaja;

- 3) lica starijih od 65 godina života;
- 4) vojnih invalida i civilnih invalida rata, u skladu sa posebnim propisima;
- 5) lica sa invaliditetom od najmanje 70% tjelesnog oštećenja;
- 6) lica oboljelih od malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, cistične fibroze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), sistemskih autoimunih bolesti, HIV i zaraznih bolesti, lica sa mentalnim oboljenjima, lica sa urođenim nedostatkom gornjih ili donjih ekstremiteta, slijepih i gluvonijemih lica, kao i lica sa fizičkim i intelektualnim poteškoćama u rastu i razvoju, u skladu sa kriterijumima koji su propisani posebnim propisima.

Član 19

Zdravstvenom zaštitom, u smislu člana 14 ovog zakona, ne smatraju se pregledi zaposlenih upućenih na rad u inostranstvo od strane poslodavca, kao i mjere preventivne zdravstvene zaštite za putovanja u inostranstvo i zdravstveni pregledi za ta putovanja.

Član 20

Osigurano lice ima pravo na lijekove sa osnovne i doplatne liste lijekova (u daljem tekstu: Lista lijekova).

Osnovna lista lijekova obuhvata farmakoekonomski prihvatljive lijekove za liječenje bolesti, koji se obezbjeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Osnovna lista lijekova sadrži: šifru anatomsko-terapijsko-hemijske klasifikacije lijekova Svjetske zdravstvene organizacije - ATC, internacionalni nezaštićeni naziv lijeka - INN, farmaceutski oblik lijeka, naziv proizvođača, zaštićeno ime lijeka, jačinu lijeka, pakovanje, oznaku indikacije, oznaku režima propisivanja i primjene lijeka, cijenu 1 DDD i cijenu pakovanja lijeka.

Doplatna lista lijekova obuhvata lijekove koji su terapijska paralela (terapijska alternativa) lijekovima sa osnovne liste lijekova i osiguranom licu se obezbjeđuju u visini cijene lijeka sa osnovne liste.

Pored podataka iz stava 3 ovog člana, doplatna lista lijekova sadrži i cijenu pakovanja koju plaća Fond, kao i cijenu koju plaća osigurano lice.

Razliku do punog iznosa cijene lijeka na doplatnoj listi lijekova plaća osigurano lice.

Ljekovi sa Liste lijekova propisuju se i izdaju na obrascu recepta izdatog od strane izabranog doktora, odnosno doktora sa ovlašćenjima izabranog doktora, u skladu sa zakonom.

Član 21

Ljekovi se stavljaju, odnosno skidaju sa Liste lijekova na osnovu ocjene komisije koju obrazuje Ministarstvo.

Kriterijume, način i postupak stavljanja, odnosno skidanja lijeka sa Liste lijekova, nadležnost komisije iz stava 1 ovog člana, način utvrđivanja cijena lijekova, kao i visinu troškova postupka za stavljanje lijeka na Listu lijekova propisuje Vlada.

Akt kojim se utvrđuje Lista lijekova donosi Vlada, na predlog Ministarstva.

Listu lijekova Ministarstvo i Fond objavljuju na svojoj internet stranici.

Član 22

Izuzetno od člana 20 stav 1 ovog zakona, Ministarstvo može osiguranom licu da odobri primjenu lijeka van Liste lijekova, na predlog konzilijuma doktora odgovarajućih specijalnosti Kliničkog centra Crne Gore ili Specijalne bolnice za plućne bolesti „Dr Jovan Bulajić“, na osnovu mišljenja konzilijuma Kliničkog Centra Crne Gore za odobravanje lijekova i na osnovu medicinske dokumentacije, u skladu sa raspoloživim sredstvima, za:

- 1) liječenje rijetkih bolesti,
- 2) nastavak terapije propisane tokom liječenja osiguranog lica u inostranstvu, upućenog na liječenje u skladu sa ovim zakonom.

Radi razmatranja predloga, mišljenja i medicinske dokumentacije iz stava 1 ovog člana, kao i radi davanja nalaza i mišljenja za odobravanje primjene lijeka van Liste lijekova, Ministarstvo obrazuje posebnu komisiju.

Komisiju iz stava 2 ovog člana čine predstavnici Ministarstva i Fonda, doktori medicine različitih specijalnosti u skladu sa medicinskim indikacijama, kao i diplomirani farmaceuti, odnosno doktori farmacije.

Bliži način rada komisije iz stava 2 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 23

Osigurano lice ima pravo, na:

- 1) medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam, sa Liste medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam;
- 2) medicinsko-tehnička pomagala sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala;
- 3) medicinsku rehabilitaciju u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, za indikacije sa Liste bolesti, stanja i posljedica povreda;
- 4) liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom.

Liste iz stava 1 tač. 1, 2 i 3 ovog člana, vrste, standarde i indikacije za medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam, materijale od kojih se izrađuju medicinsko-tehnička pomagala, cijene, rokove korišćenja i uslove za obezbjeđivanje novih pomagala prije isteka rokova, indikacije za korišćenje i dužinu trajanja medicinske rehabilitacije, indikacije za liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom i dužinu trajanja liječenja, kao i bliži način i postupak ostvarivanja prava iz stava 1 ovog člana utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 24

Iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne obezbjeđuju se sredstva za:

- 1) prekid trudnoće iz nemedicinskih razloga;
- 2) sterilizaciju, osim ako je medicinski indikovana;
- 3) medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, tjelesnog oštećenja i invalidnosti u postupcima kod drugih organa i organizacija;
- 4) zdravstvene preglede radi izdavanja uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti, osim za izdavanje uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti nezaposlenog lica u svrhu zapošljavanja;
- 5) pratioca kod bolničkog liječenja i specijalizovane medicinske rehabilitacije, osim za lica iz člana 14 stav 1 tačka 20 ovog zakona;
- 6) imunizaciju koja nije obuhvaćena Programom obaveznih imunizacija;

- 7) stomatološku zdravstvenu zaštitu, osim za slučajeve iz člana 14 stav 1 tač. 8 i 9 ovog zakona;
- 8) dijagnostiku i liječenje koji su u fazi istraživanja, odnosno eksperimenta, liječenje uz primjenu lijekova i medicinskih sredstava koji su u fazi kliničkih ispitivanja;
- 9) lijekove koji nijesu obuhvaćeni Listom lijekova, osim za lijekove iz člana 22 stav 1 ovog zakona;
- 10) medicinsko-tehnička pomagala i medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako nijesu obuhvaćena listom iz člana 23 ovog zakona;
- 11) specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju i liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom koje je obavljeno mimo propisanih indikacija;
- 12) refrakcione operacije za skidanje dioptrije ako se poboljšanje vida može postići naočarima;
- 13) zahvate estetske rekonstruktivne hirurgije, osim estetske rekonstrukcije kongenitalnih anomalija kod djece, rekonstrukcije dojki nakon mastektomije i estetske rekonstrukcije nakon teških ozljeđivanja u cilju sprečavanja invaliditeta;
- 14) hirurško liječenje gojaznosti;
- 15) liječenje medicinskih komplikacija koje nastaju kao posljedica korišćenja zdravstvene zaštite van utvrđenih standarda;
- 16) specifičnu zdravstvenu zaštitu zaposlenih koja se ostvaruje na osnovu ugovora između poslodavca i zdravstvene ustanove, u skladu sa zakonom;
- 17) posebne uslove i pogodnosti pružanja zdravstvene zaštite u pogledu kadra, smještaja, njege i vremena, u skladu sa zakonom;
- 18) zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond nema zaključen ugovor, osim za zdravstvene usluge iz člana 49 stav 2 ovog zakona;
- 19) zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond ima zaključen ugovor, a koju osigurano lice ne ostvari na način i po postupku propisanim ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu ovog zakona;
- 20) zdravstvenu zaštitu koja je ostvarena u zdravstvenim ustanovama van Crne Gore suprotno načinu i postupku propisanim ovim zakonom;
- 21) specijalističko-konsultativnu i bolničko-zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje mimo utvrđenih lista čekanja, u skladu sa ovim zakonom;
- 22) metode i postupke alternativne i tradicionalne medicine;
- 23) preglede za procjenu zdravstvene sposobnosti profesionalnih sportista;
- 24) terapije hipnozom, elektrohipnozom, elektroslip terapije, elektronarkoze i narko-sinteze;
- 25) dobijanje drugog stručnog mišljenja van Crne Gore.

2. Zdravstvena zaštita osiguranih lica u inostranstvu

Član 25

Osiguranik iz člana 6 ovog zakona koji je upućen na rad, stručno usavršavanje ili školovanje u državu sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom

osiguranju, ima pravo na korišćenje zdravstvene zaštite na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom i zaključenim međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju.

Članovi uže porodice osiguranika iz stava 1 ovog člana, za vrijeme dok sa osiguranikom borave u inostranstvu, imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, ako je osiguranik upućen na rad u inostranstvo duže od šest mjeseci, a ako je osiguranik upućen na rad u inostranstvo do šest mjeseci imaju pravo na hitnu medicinsku pomoć.

Osiguranik koji je upućen na rad, stručno usavršavanje ili školovanje u zemlju sa kojom nije zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju i članovi uže porodice dok sa osiguranikom borave u inostranstvu imaju pravo na hitnu medicinsku pomoć.

Član 26

Osigurano lice koje iz privatnih razloga boravi u državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju, ima pravo na hitnu medicinsku pomoć, ukoliko se utvrdi da pružena hitna medicinska pomoć nije mogla da se odloži do povratka u Crnu Goru i ukoliko se utvrdi da u inostranstvo nije otputovalo u cilju liječenja.

Naknada troškova za pruženu zdravstvenu zaštitu iz stava 1 ovog člana, vrši se u visini cijene usluga zdravstvenih ustanova u sistemu javnog zdravstva države u kojoj je pružena hitna medicinska pomoć.

Član 27

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz čl. 25 i 26 ovog zakona imaju osiguranici i članovi njihovih užih porodica, ako je prije njihovog odlaska u inostranstvo utvrđeno da ne boluju od akutnih ili 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.

Osiguranik, odnosno član njegove uže porodice koji je boravio u inostranstvu bez prethodno utvrđenog zdravstvenog stanja u smislu stava 1 ovog člana, ima pravo na naknadu troškova koji su nastali korišćenjem hitne medicinske pomoći, ukoliko se ustanovi da prije odlaska u inostranstvo nije bolovao od akutnog ili hroničnog oboljenja za koje je potrebno liječenje ili ljekarski nadzor.

Bliže uslove, način i postupak ostvarivanja zdravstvene zaštite osiguranih lica iz čl. 25 i 26 ovog zakona utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

3. Prekogranična zdravstvena zaštita

Član 28

Osigurano lice ima pravo da, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, koristi zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama Evropske unije i trećim državama.

Član 29

Prekogranična zdravstvena zaštita se ostvaruje u skladu sa načelima univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti, u

skladu sa ovim zakonom, propisima države liječenja, kao i standardima i smjernicama o kvalitetu i bezbjednosti koje je utvrdila država liječenja, u skladu sa standardima Evropske unije.

Pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu osigurana lica ostvaruju u obimu prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.

Zdravstvena zaštita iz stava 1 ovog člana podrazumijeva:

- 1) planiranu zdravstvenu zaštitu za koju je potrebno prethodno odobrenje Fonda;
- 2) planiranu specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno prethodno odobrenje Fonda;
- 3) hitnu medicinsku pomoć, u skladu sa zakonom;
- 4) pravo na priznavanje recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi.

Postupak, uslove i način priznavanja recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi propisuje Ministarstvo.

Član 30

Planirana zdravstvena zaštita iz člana 29 stav 3 tačka 1 ovog zakona podrazumijeva zdravstvenu zaštitu koju osigurano lice ostvaruje pod uslovom da je smješteno u bolničku zdravstvenu ustanovu najmanje jednu noć ili da je prilikom pružanja zdravstvene zaštite upotrijebljena visokospecijalizovana i skupa medicinska oprema.

Prethodno odobrenje Fonda je potrebno za korišćenje prekogranične zdravstvene zaštite koja se sastoji od postupaka liječenja koji predstavljaju poseban rizik za osigurano lice ili koju pruža davalac zdravstvene usluge koja bi, u zavisnosti od pojedinog slučaja, mogla da predstavlja poseban rizik u vezi sa kvalitetom ili bezbjednošću, osim zdravstvene zaštite koja podliježe propisima Evropske unije kojim se obezbjeđuje minimalan rizik kvaliteta i bezbjednosti.

Član 31

Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:

- 1) se zdravstvena zaštita može pružiti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond ima zaključen ugovor, u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir zdravstveno stanje i očekivani tok bolesti;
- 2) se osigurano lice, prema kliničkoj procjeni, nedvosmisleno izlaže riziku koji se ne može smatrati prihvatljivim u odnosu na moguću dobrobit zdravstvene zaštite;
- 3) postoji rizik za bezbjednost osiguranog lica.

Način i uslove ostvarivanja zdravstvene zaštite, kao i vrstu zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana, propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 32

Planirana specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita iz člana 29 stav 3 tačka 2 ovog zakona ostvaruje se u drugoj državi članici Evropske unije, bez prethodnog odobrenja Fonda, kao i ukoliko je zdravstvena zaštita bila neophodna a nije se mogla odložiti do planiranog povratka osiguranog lica.

Član 33

Osigurano lice koje je ostvarilo zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 29 stav 3 tačka 1 ovog zakona ima pravo na naknadu troškova liječenja i putnih troškova.

Osigurano lice koje je ostvarilo zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 29 stav 3 tačka 2 ovog zakona ima pravo na naknadu troškova liječenja, najviše u visini cijene po kojoj se zdravstvena usluga pruža u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori čiji je osnivač država, a nema pravo na naknadu putnih troškova.

Član 34

Tokom privremenog boravka na teritoriji država članica Evropske unije osigurano lice ostvaruje neophodnu zdravstvenu zaštitu na osnovu evropske kartice zdravstvenog osiguranja koju izdaje Fond.

Sadržinu, obrazac, način izdavanja i korišćenja evropske kartice zdravstvenog osiguranja propisuje Fond.

Član 35

Informacije o ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz člana 29 ovog zakona, osiguranim licima pruža Fond.

Vrste informacija, način njihovog pružanja, kao i način razmjene informacija sa drugim državama članicama Evropske unije propisuje Ministarstvo.

4. Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad

Član 36

Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad imaju osiguranici iz člana 6 stav 1 tač. 1 i 2 ovog zakona, ako nijesu ostvarili pravo na penziju, u skladu sa propisima kojima se uređuje penzijsko i invalidsko osiguranje.

Naknada zarade pripada osiguranicima iz stava 1 ovog člana, ako su:

- 1) usljed bolesti ili povrede privremeno spriječeni za rad;
- 2) stavljeni pod zdravstveni nadzor ili se nad njima sprovodi karantin ili kućna izolacija;
- 3) izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u domaćinstvu;
- 4) određeni da njeguju oboljelog člana uže porodice;
- 5) spriječeni da rade zbog dobrovoljnog davanja krvi, organa, tkiva i ćelija;
- 6) određeni za pratioca oboljelog lica upućenog na liječenje ili ljekarski pregled u drugo mjesto, odnosno dok traje bolničko liječenje.

Privremenu spriječenost za rad do 30 dana utvrđuje izabrani tim ili izabrani doktor, a poslije 30 dana nadležna ljekarska komisija, u zavisnosti od vrste i prirode bolesti, u skladu sa propisom Fonda.

Izabrani tim ili izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija mogu da utvrde privremenu spriječenost za rad, uz lično prisustvo osiguranika, uzimanjem anamneze i radne anamneze, kao i uvidom u medicinsku i drugu dokumentaciju izdatu od zdravstvene ustanove, u skladu sa zakonom.

Izuzetno od stava 4 ovog člana, lično prisustvo osiguranika nije obavezno, ako zbog zdravstvenog stanja ili vrste bolesti nije sposoban da dođe kod izabranog tima ili izabranog doktora, odnosno nadležne ljekarske komisije.

Izabrani tim ili izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija mogu da utvrde privremenu spriječenost za rad osiguranika iz stava 2 tač. 4 i 6 ovog člana, uz njegovo lično prisustvo, uzimanjem anamneze i uvidom u medicinsku i drugu dokumentaciju oboljelog lica izdatu od zdravstvene ustanove, u skladu sa zakonom.

Izabrani tim ili izabrani doktor koji utvrdi privremenu spriječenost za rad suprotno st. 2, 3, 4 i 6 ovog člana čini težu povredu radne obaveze.

Član 37

U slučaju postojanja sumnje da izabrani tim ili izabrani doktor privremenu spriječenost za rad nije utvrdio u skladu sa članom 36 st. 2, 3, 4 i 6 ovog zakona, Fond može, na zahtjev poslodavca ili po službenoj dužnosti, pokrenuti postupak za provjeru privremene spriječenosti za rad, u roku od 30 dana od dana utvrđivanja privremene spriječenosti za rad.

U slučaju postojanja sumnje da nadležna ljekarska komisija privremenu spriječenost za rad nije utvrdila u skladu sa članom 36 st. 2, 3, 4 i 6 ovog zakona, Fond odnosno poslodavac može Ministarstvu podnijeti zahtjev za pokretanje postupka za provjeru privremene spriječenosti za rad, u roku od 30 dana od dana utvrđivanja privremene spriječenosti za rad.

Provjera privremene spriječenosti za rad ne može se tražiti ako se osiguranik nalazi na bolničkom liječenju, osim u slučaju liječenja u dnevnoj bolnici.

Provjeru privremene spriječenosti za rad koju je utvrdio izabrani tim ili izabrani doktor vrši komisija koju obrazuje Fond, a provjeru privremene spriječenosti za rad koju je utvrdila nadležna ljekarska komisija vrši komisija koju obrazuje Ministarstvo.

Komisije iz stava 4 ovog člana čine doktori specijalisti medicine rada i doktori specijalisti odgovarajućih grana medicine, u zavisnosti od vrste bolesti ili povrede.

Provjeru privremene spriječenosti za rad komisije iz stava 4 ovog člana vrše u prisustvu osiguranika, na osnovu medicinske dokumentacije, informacija pribavljenih od zdravstvene ustanove koja je izdala medicinsku dokumentaciju, ponovnog pregleda osiguranika od strane doktora odgovarajuće specijalnosti ili konzilijuma doktora i drugih činjenica i okolnosti bitnih za provjeru privremene spriječenosti za rad.

Osiguranik je dužan da se javi na poziv komisije za provjeru privremene spriječenosti za rad, u roku koji komisija odredi.

Ako se osiguranik bez opravdanog razloga ne odazove pozivu radi provjere privremene spriječenosti za rad, obustavlja mu se isplaćivanje naknade zarade i ne pripada mu naknada sve dok se ne odazove pozivu.

Kada je postupak za provjeru privremene spriječenosti za rad pokrenut na zahtjev poslodavca, troškove za rad komisija iz stava 4 ovog člana snosi taj poslodavac.

Aktom o obrazovanju komisija iz stava 4 ovog člana određuje se bliži sastav, način rada, visina naknade za rad članova i sekretara, kao i druga pitanja od značaja za rad ovih komisija.

Član 38

Naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad dužan je da obračuna i isplati poslodavac.

Poslije isteka 60 dana privremene spriječenosti za rad, naknadu zarade obračunava i isplaćuje poslodavac, a Fond poslodavcu refundira isplaćena sredstva.

Naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog održavanja trudnoće (liječenja prijetjećeg abortusa), Fond refundira poslodavcu od prvog dana odobravanja privremene spriječenosti za rad.

Član 39

Osnov za obračun naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad je prosjek osnovne zarade, odnosno naknade zarade koju je zaposleni ostvario u posljednjih 12 mjeseci koji prethode mjesecu u kome je nastupila privremena spriječenost za rad.

Osnovna zarada se sastoji od startne zarade, koeficijenta složenosti uvećanog za svaku započetu godinu radnog staža i obračunske vrijednosti koeficijenta.

Ako nije moguće utvrditi osnov za naknadu zarade u smislu stava 1 ovog člana, kao osnov za naknadu zarade uzima se iznos zarade iz stava 2 ovog člana koju bi zaposleni ostvario da je radio.

Član 40

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad određuje se najmanje u visini od 70% od osnova za naknadu.

Visina naknade iz stava 1 ovog člana, koju obezbjeđuje poslodavac iz svojih sredstava, može se kolektivnim ugovorom, u skladu sa ovim zakonom, utvrditi u većem iznosu od iznosa iz stava 1 ovog člana.

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad usljed profesionalne bolesti i povrede na radu, osim za posljedice koje su nastupile usljed profesionalne bolesti i povrede na radu, održavanja trudnoće (liječenja prijetjećeg abortusa), kao i dobrovoljnog davanja krvi, tkiva i organa, obezbjeđuje se u visini od 100% od osnova za naknadu.

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad u visini od 100% od osnova za naknadu obezbjeđuje se osiguranom licu i zbog liječenja osnovne bolesti i stanja, i to: malignih bolesti, hemofilije, cistične fibroze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, sistemskih autoimunih bolesti, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), HIV i karantinskih bolesti i psihoze, kao i usljed njege djeteta oboljelog od malignih bolesti.

Osiguranim licima sa urođenim nedostatkom gornjih ili donjih ekstremiteta, slijepim i gluvonijemim licima naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad u visini od 100% od osnova za naknadu obezbjeđuje se bez obzira po kojem osnovu je utvrđena privremena spriječenost za rad.

Član 41

Fond refundira poslodavcu isplaćenu naknadu zarade u visini od 70% od osnova za naknadu, a najviše do iznosa koji ne može biti veći od jedne prosječne zarade zaposlenih u Crnoj Gori u prethodnoj godini, po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike.

Fond refundira poslodavcu isplaćenu naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog održavanja trudnoće (liječenja prijetjećeg abortusa), do iznosa koji ne može biti veći od dvije prosječne zarade zaposlenog u Crnoj Gori u prethodnoj godini, po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike.

Naknada iz stava 1 ovog člana ne refundira se potrošačkim jedinicama budžeta Crne Gore, budžeta lokalne samouprave, kao i potrošačkim jedinicama nad kojima te potrošačke jedinice vrše nadzor u skladu sa posebnim zakonom.

Ako osiguranik radi kod više poslodavaca istovremeno, Fond naknadu iz stava 1 ovog člana refundira poslodavcima srazmjerno vremenu provedenom na radu kod svakog poslodavca.

Član 42

Za preduzetnike i lica koja obavljaju samostalnu djelatnost kao osnovno zanimanje, osnov za obračun naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad, čini osnovica na koju se obračunavaju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje za posljednja tri mjeseca koja prethode mjesecu u kojem je nastupila privremena spriječenost za rad.

Član 43

Naknada zarade, u skladu sa ovim zakonom, pripada osiguraniku od prvog dana privremene spriječenosti za rad i za sve vrijeme trajanja te spriječenosti, ali samo za vrijeme za koje bi radio i ostvario zaradu, da nije nastupila privremena spriječenost za rad.

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad dopijeva za isplatu istekom posljednjeg dana u mjesecu, za svaki mjesec u kojem osiguraniku pripada naknada zarade, odnosno istekom posljednjeg dana privremene spriječenosti za rad.

Član 44

U slučaju dužeg trajanja privremene spriječenosti za rad prouzrokovane bolešću ili povredom, a najkasnije po isteku deset mjeseci neprekidne spriječenosti za rad, odnosno po isteku 12 mjeseci u toku kojih je bilo ukupno deset mjeseci spriječenosti za rad sa prekidima, Fond je dužan da zaposlenog sa potrebnom medicinskom dokumentacijom uputi nadležnom organu za ocjenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti, u skladu sa propisima kojima se uređuje penzijsko i invalidsko osiguranje.

Organ iz stava 1 ovog člana dužan je da izvrši ocjenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti u roku do 60 dana od dana podnošenja zahtjeva za ocjenu radne sposobnosti i za to vrijeme naknadu zarade obezbjeđuje Fond, a po isteku tog roka, naknadu zarade obezbjeđuje Fond penzijskog i invalidskog osiguranja Crne Gore.

Pravo na naknadu zarade prestaje kada rješenje o utvrđenoj invalidnosti postane pravosnažno, u skladu sa propisima kojima se uređuje penzijsko i invalidsko osiguranje.

Član 45

Osiguraniku ne pripada naknada zarade, ako:

- 1) je prouzrokovao spriječenost za rad;
- 2) za vrijeme privremene spriječenosti za rad obavlja privrednu ili drugu djelatnost, bez obzira da li ostvaruje prihod od te djelatnosti;
- 3) je sprječavao ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad;
- 4) se bez opravdanog razloga ne podvrgne liječenju, osim ako za liječenje nije potreban pristanak predviđen posebnim propisima;

5) se bez opravdanog razloga ne javi izabranom doktoru ili izabranom timu, odnosno komisiji za ocjenu sposobnosti ili se ne odazove na ljekarski, odnosno komisijski pregled u zakazano vrijeme;

6) u vrijeme korišćenja prava na privremenu spriječenost za rad promijeni mjesto boravka, osim u cilju liječenja, u skladu sa zakonom.

Osiguraniku ne pripada naknada zarade od dana kada su utvrđene okolnosti iz stava 1 ovog člana pa sve dok traju te okolnosti ili njihove posljedice.

Okolnosti iz stava 1 tač. 1, 3, 4, 5 i 6 ovog člana utvrđuje izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija, u roku od deset dana od dana saznanja za te okolnosti ili od dana podnošenja zahtjeva za provjeru osnovanosti utvrđene privremene spriječenosti za rad od strane poslodavca.

Okolnosti iz stava 1 tačka 2 ovog člana utvrđuje poslodavac.

O činjenicama iz stava 3 ovog člana izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija sačinjavaju nalaz i mišljenje, koji dostavljaju poslodavcu i Fondu, a o činjenicama iz stava 4 ovog člana poslodavac sačinjava izvještaj, koji dostavlja Fondu.

Ako se činjenice iz stava 1 ovog člana utvrde poslije ostvarivanja prava na naknadu, isplata naknade osiguraniku se obustavlja.

Naknada zarade ne pripada licima koja su na izdržavanju kazne zatvora i licima kojima je izrečena mjera bezbjednosti obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi i mjera obavezno liječenje alkoholičara i narkomana.

Član 46

Bliži način ostvarivanja prava osiguranika po osnovu privremene spriječenosti za rad, kriterijume za utvrđivanje trajanja privremene spriječenosti za rad i ostvarivanje prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad iz čl. 36 do 45 ovog zakona utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

5. Pravo na naknadu troškova prevoza

Član 47

Naknada troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite obezbjeđuje se osiguranom licu, kao i pratiocu, u skladu sa ovim zakonom.

Pratilac se odobrava osiguranom licu koje je mlađe od 18 godina života, osiguranom licu koje je teže tjelesno ili psihički ometeno u razvoju ili kod kojeg je u toku života došlo do gubitka pojedinih tjelesnih ili psihičkih funkcija usljed kojih nije u mogućnosti da samostalno obavlja osnovne životne aktivnosti, osiguranom licu koje je slijepo, slabovido, gluvo, gluvonijemo, osiguranom licu sa autizmom, osiguranom licu koje je oboljelo od malignih bolesti i osiguranom licu koje ima oštećenje mišića, neuromišićne bolesti ili plegični sindrom.

Naknada troškova prevoza pripada osiguranom licu kada je od izabranog doktora ili izabranog tima, odnosno nadležne ljekarske komisije upućen u drugo mjesto van opštine prebivališta u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite ili radi ocjene privremene spriječenosti za rad.

Naknada troškova prevoza ne pripada osiguranom licu kada zdravstvenu zaštitu nije ostvarilo u najbližoj zdravstvenoj ustanovi ili kod drugog davaoca zdravstvenih usluga, u kojima je moglo da ostvari zdravstvenu zaštitu, kao ni

osiguraniku koji je zdravstvenu zaštitu ostvario u zdravstvenoj ustanovi u mjestu zaposlenja, ukoliko za vrijeme korišćenja zdravstvene zaštite nije bio privremeno spriječen za rad.

Bliži način ostvarivanja prava iz stava 1 ovog člana, uređuje se aktom Fonda, uz saglasnost Ministarstva.

III. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 48

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja može ostvariti lice koje je upisano u evidenciju nadležnog organa, u skladu sa zakonom.

Status osiguranog lica ostvaruje se samo po jednom osnovu i dokazuje se zdravstvenom knjižicom koju izdaje Fond ili ličnom kartom, na osnovu podataka koji se vode kod nadležnog organa.

Sadržaj, obrazac, način izdavanja, zamjene i ovjere, kao i važenje zdravstvene knjižice propisuje Fond.

Član 49

Osigurana lica zdravstvenu zaštitu ostvaruju u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond zaključuje ugovor, u skladu sa zakonom.

Izuzetno od stava 1 ovog člana, osigurano lice može da:

- 1) ostvari zdravstvenu uslugu kod zdravstvenih ustanova sa kojima Fond nije zaključio ugovor, ako zdravstvene ustanove i drugi davaoci zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana ne pružaju tu zdravstvenu uslugu ili je ne mogu pružiti u roku utvrđenom propisom kojim se uređuje lista čekanja za tu zdravstvenu uslugu;
- 2) kupi lijek sa osnovne liste lijekova koji se izdaje na recept u apotekama, kao i lijek koji se koristi za liječenje u zdravstvenoj ustanovi ili medicinsko-tehničko pomagalo sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala koje se propisuje na recept, ako se ne može obezbijediti kod zdravstvene ustanove i drugih davalaca zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana;
- 3) kupi medicinsko sredstvo sa Liste medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako zdravstvena ustanova iz stava 1 ovog člana to medicinsko sredstvo ne može obezbijediti.

U slučaju iz stava 2 ovog člana, osigurano lice ima pravo na naknadu troškova za ostvarenu zdravstvenu uslugu, u visini cijene koju je platilo na osnovu računa izdatog u skladu sa zakonom.

Bliži način ostvarivanja prava iz st. 1, 2 i 3 ovog člana propisuje Ministarstvo, na predlog Fonda.

Član 50

Zdravstvena ustanova obezbjeđuje blagovremenu zdravstvenu zaštitu, u zavisnosti od vrste zdravstvene usluge i hitnosti slučaja.

Za određene zdravstvene usluge iz oblasti dijagnostike i liječenja, koje nijesu hitne, mogu se sačiniti liste čekanja.

Osigurano lice se stavlja na listu čekanja iz stava 2 ovog člana samo ukoliko je zdravstvena usluga koja se pruža najbolji ili jedini način liječenja osiguranog lica, odnosno dijagnostike.

Pružanje zdravstvene zaštite vrši se po redoslijedu sa liste čekanja.

Vrste zdravstvenih usluga za koje se mogu sačiniti liste čekanja i način i postupak sačinjavanja listi čekanja, najduže vrijeme čekanja na zdravstvenu uslugu i informisanje osiguranih lica o utvrđenom redoslijedu na listi čekanja, propisuje Ministarstvo.

Član 51

Za liječenje stanja, bolesti i povreda koje se ne mogu uspješno liječiti u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori, osigurano lice se upućuje u zdravstvene ustanove van Crne Gore, ukoliko postoji mogućnost uspješnog liječenja odnosno izlječenja, u skladu sa utvrđenim obimom prava na zdravstvenu zaštitu iz člana 18 ovog zakona.

Osigurano lice iz stava 1 ovog člana i njegov pratilac imaju pravo na naknadu troškova prevoza u visini cijene koštanja odobrenog prevoznog sredstva javnog saobraćaja.

Pratilac osiguranog lica iz stava 2 ovog člana ima pravo na naknadu troškova prevoza u visini najniže cijene prevoza sredstvom javnog saobraćaja u povratku kad ne putuje sa osiguranim licem, kao i kad putuje radi prihvata osiguranog lica sa liječenja.

Ako osigurano lice umre za vrijeme ostvarivanja zdravstvene zaštite iz stava 1 ovog člana, porodica ima pravo na naknadu troškova prevoza posmrtnih ostataka.

Postupak ostvarivanja prava iz st. 1 do 4 ovog člana propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 52

O priznavanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje Fond, po pravilu, bez donošenja rješenja.

Fond donosi rješenje o pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kada je to utvrđeno ovim zakonom, opštim aktom Fonda i na zahtjev osiguranog lica.

Član 53

U postupku ostvarivanja prava utvrđenih ovim zakonom primjenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje upravni postupak, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

Član 54

U postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao organi vještačenja za medicinska pitanja, učestvuju prvostepena ljekarska komisija koju obrazuje Fond uz saglasnost Ministarstva i drugostepena ljekarska komisija koju obrazuje Ministarstvo.

Način rada, sastav i ovlašćenja komisija iz stava 1 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 55

O pravima utvrđenim ovim zakonom u prvom stepenu odlučuje Fond, a u drugom stepenu Ministarstvo.

Član 56

Pravo na refundaciju isplaćene naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad zastarijeva u skladu sa zakonom kojim se uređuje zastarjelost poreskih potraživanja.

Pravo na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite i pravo na naknadu troškova za ostvarenu zdravstvenu uslugu iz člana 49 stav 2 ovog zakona zastarijeva u roku od tri godine od dana obavljenog prevoza, odnosno od dana plaćanja troškova.

IV. FINANSIRANJE OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 57

Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje se iz:

- 1) Budžeta Crne Gore;
- 2) sredstava utvrđenih na osnovu međunarodnih konvencija;
- 3) drugih izvora, u skladu sa zakonom.

Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja koriste se za:

- 1) ostvarivanje prava osiguranih lica;
- 2) troškove sprovođenja obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 3) druge rashode, u skladu sa zakonom.

Pored sredstava iz stava 1 ovog člana, sredstva za lijekove iz člana 22 stav 1 ovog zakona, Ministarstvo može da obezbijedi i prikupljanjem novčanih sredstava od organizacije kulturnih, sportskih, muzičkih i drugih manifestacija, kao i donacija za ovu namjenu, preko posebnog bankarskog računa koji otvara organ državne uprave nadležan za poslove finansija, u skladu sa zakonom.

V. NAKNADA ŠTETE U SPROVOĐENJU OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 58

Osiguranik kome je na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja izvršena isplata na koju nije imao pravo dužan je da vrati primljeni iznos, ako je:

- 1) na osnovu netačnih podataka za koje je znao ili morao znati da su netačni ili na drugi protivpravan način ostvario neko pravo, odnosno primanje na koje nije imao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ga je ostvario u većem obimu nego što mu pripada;
- 2) ostvario neko primanje na način što nije prijavio nastale promjene koje utiču na gubitak ili obim nekog prava, a znao je ili je morao znati za te promjene;
- 3) primio novčane isplate u iznosu većem od onoga koji mu je određen rješenjem.

Rokovi zastarjelosti potraživanja iz stava 1 ovog člana počinju da teku od dana konačnosti rješenja kojim je utvrđeno da isplaćena naknada ne pripada ili pripada u manjem obimu, odnosno od dana kada je izvršena posljednja isplata po tom rješenju.

Član 59

Fond ima pravo na naknadu štete od lica koje je prouzrokovalo bolest, povredu ili smrt osiguranika.

Za štetu koju je Fondu, u slučajevima iz stava 1 ovog člana, prouzrokovao zaposleni na radu ili u vezi sa radom odgovara poslodavac kod koga je zaposleni radio u trenutku prouzrokovanja štete.

U slučaju iz stava 2 ovog člana, Fond ima pravo na naknadu štete i neposredno od zaposlenog, ako je štetu prouzrokovao namjerno.

U slučaju iz st. 1, 2 i 3 ovog člana, Fond ima pravo na naknadu štete i neposredno od društva za osiguranje kod koga su ova lica osigurana od odgovornosti za štetu prouzrokovanu trećim licima, u skladu sa propisima kojima se uređuje osiguranje.

Član 60

Fond ima pravo na naknadu štete od poslodavca ako su bolest, povreda ili smrt osiguranika nastali usljed toga što nijesu sprovedene mjere zaštite i zdravlja na radu ili druge mjere za zaštitu građana.

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

Član 61

Fond ima pravo na naknadu štete od poslodavca ako je:

- 1) šteta nastala usljed toga što nijesu dati podaci ili što su dati netačni podaci o činjenicama od kojih zavisi sticanje ili određivanje prava;
- 2) isplata izvršena na osnovu netačnih podataka u prijavi o stupanju zaposlenog na rad ili što nije podnesena prijava o promjenama koje utiču na gubitak ili obim prava ili ako je prijava podnesena poslije propisanog roka.

Fond ima pravo na naknadu štete od osiguranika koji je dužan sam da podnosi prijave ili da daje određene podatke u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ako je šteta nastala usljed toga što prijava nije dostavljena ili nijesu dati podaci ili su dati netačni podaci.

Član 62

Fond ima pravo na naknadu štete od izabranog doktora koji nezakonito utvrdi privremenu spriječenost za rad osiguranika, ako je zbog toga Fond isplatio naknadu zarade.

Ako je šteta iz stava 1 ovog člana nastala zbog nezakonitog rada nadležne ljekarske komisije, za štetu odgovaraju članovi te komisije.

Fond ima pravo na naknadu štete od izabranog doktora, odnosno zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu djelatnost, ako je šteta nastala zbog nepravilnog liječenja osiguranog lica.

Pravo na naknadu štete iz st. 1, 2 i 3 ovog člana ima i poslodavac, koji je isplatio naknadu zarade.

Član 63

Visina naknade štete utvrđuje se prema troškovima liječenja i drugim troškovima nastalim u vezi sa liječenjem, novčanim naknadama isplaćenim osiguraniku po odredbama ovog zakona i drugim davanjima na teret Fonda.

Član 64

Fond ima pravo da od društva za osiguranje naknadi štetu, odnosno troškove pružene zdravstvene usluge, koja je posljedica povrede osiguranog lica usljed upotrebe motornog vozila.

Član 65

Kad se utvrdi da je u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja prouzrokovana šteta, Fond poziva lice koje je tu štetu prouzrokovalo da je u roku od 30 dana nadoknadi.

Ako se u roku iz stava 1 ovog člana šteta ne nadoknadi, naknadu štete Fond ostvaruje tužbom kod nadležnog suda.

Član 66

Poslodavci, zdravstvene ustanove, društva za osiguranje, nadležni organi, kao i druga pravna lica koja, na osnovu zakona, u obavljanju redovne djelatnosti prikupljaju podatke i vode evidencije, dužni su da Fondu dostave podatke od značaja za naknadu štete, u skladu sa zakonom.

VI. FOND

1. Organizacija i način rada Fonda

Član 67

Fond je pravno lice koje vrši javna ovlašćenja u rješavanju o pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđenim ovim zakonom i statutom Fonda.

Fond obavlja sljedeće poslove:

- 1) sprovodi zdravstveno osiguranje, u skladu sa ovim zakonom;
- 2) učestvuje u sprovođenju zdravstvene politike u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem;
- 3) obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem prava osiguranih lica, prati zakonitost ostvarivanja tih prava i pruža potrebnu stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa;
- 4) vodi evidenciju o ostvarenim pravima osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 5) utvrđuje prioritete u finansiranju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zdravstvenom politikom;
- 6) zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga;

7) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;

8) obezbjeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;

9) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, usvaja nacrt godišnjeg finansijskog plana i završni račun sa izvještajem o poslovanju, u skladu sa zakonom;

10) donosi godišnji plan javnih nabavki za zdravstvene ustanove čiji je osnivač država u skladu sa planom godišnjih potreba za lijekovima, medicinskim sredstvima i opremom, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita;

11) vrši kontrolu izvršenja ugovora, cijena zdravstvenih usluga i kontrolu trošenja sredstava od strane davalaca zdravstvenih usluga sadržanih u ugovoru o pružanju zdravstvenih usluga;

12) razmatra stanje i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja;

13) donosi godišnji program rada koji sadrži podatke o ciljevima, indikatorima uspješnosti, aktivnostima koje su potrebne za realizaciju ciljeva i licima odgovornim za realizaciju;

14) najmanje jednom godišnje podnosi Vladi izvještaj o svom radu koji sadrži prikaz izvršavanja zakona i drugih propisa, podatke o realizaciji ciljeva iz programa rada, ocjenu stanja i mjera koje su preduzete za unapređenje stanja i finansijski izvještaj;

15) vrši i druge poslove u vezi sa sprovođenjem i ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, statutom i drugim aktima Fonda.

Ministarstvo i organ državne uprave nadležan za poslove finansija daju saglasnost na plan javnih nabavki iz stava 2 tačka 10 ovog člana.

Član 68

Organi Fonda su Upravni odbor i direktor.

Upravni odbor ima predsjednika i četiri člana koje imenuje i razrješava Vlada, na predlog Ministarstva.

Upravni odbor se imenuje na period od četiri godine.

Predsjednik i jedan član Upravnog odbora su predstavnici Ministarstva, a po jednog člana predlažu:

1) organ državne uprave nadležan za poslove finansija;

2) komore zdravstvenih radnika koje su osnovane u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita;

3) Fond iz reda zaposlenih.

Člana Upravnog odbora komore zdravstvenih radnika komore predlažu primjenom principa rotacije, u skladu sa njihovim posebnim sporazumom.

Član 69

Upravni odbor:

- 1) donosi godišnji program rada i finansijski plan;
- 2) donosi statut i opšte akte Fonda;
- 3) podnosi izvještaj o radu i finansijski izvještaj;
- 4) donosi godišnji program zdravstvene zaštite;
- 5) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;
- 6) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i Ministarstvu predlaže mjere za efikasno funkcionisanje i razvoj zdravstvenog osiguranja;
- 7) imenuje i razrješava direktora Fonda;
- 8) vrši i druge poslove, u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Član 70

Radom Fonda rukovodi direktor.

Za direktora Fonda može da bude imenovano lice koje ima VII1 nivo kvalifikacije obrazovanja i najmanje pet godina radnog iskustva na poslovima rukovođenja ili devet godina radnog iskustva na drugim poslovima.

Direktora Fonda imenuje Upravni odbor, na pet godina, na osnovu javnog konkursa, u skladu sa propisima kojima se uređuju prava, obaveze i odgovornosti državnih službenika i namještenika.

Član 71

Direktor Fonda:

- 1) predstavlja, rukovodi i organizuje rad u Fondu;
- 2) odgovara za zakonitost i kvalitet rada Fonda;
- 3) predlaže Upravnom odboru statut i opšte akte, program rada i finansijski plan, izvještaj o radu i finansijski izvještaj, kao i druge odluke;
- 4) izvršava odluke Upravnog odbora;
- 5) upravlja ljudskim i finansijskim resursima;
- 6) stara se o obezbjeđivanju javnosti rada Fonda;
- 7) utvrđuje unutrašnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta;
- 8) vrši i druge poslove, u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Član 72

Stručne, administrativne, pravne, ekonomske i druge poslove Fonda vrši stručna služba Fonda.

Stručna služba iz stava 1 ovog člana organizuje se u skladu sa statutom Fonda, na način koji obezbjeđuje efikasno obavljanje djelatnosti Fonda i ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 73

Statutom Fonda uređuje se: organizacija i način rada Fonda, način rada i odlučivanja organa upravljanja i direktora, javnost rada Fonda i njegovih organa, način obavljanja administrativno-stručnih i drugih poslova, kao i druga pitanja od značaja za rad Fonda.

Na statut Fonda saglasnost daje Vlada.

Statut i drugi opšti akti Fonda kojima se uređuju prava i obaveze osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja objavljuju se u "Službenom listu Crne Gore".

Član 74

Nadzor nad zakonitošću i cjelishodnošću rada Fonda vrši Ministarstvo, u skladu sa zakonom kojim se uređuje državna uprava.

2. Odnos Fonda i davalaca zdravstvenih usluga

Član 75

Za pružanje zdravstvene zaštite iz člana 14 ovog zakona, Fond neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima zdravstvenih usluga iz mreže zdravstvenih ustanova (u daljem tekstu: Zdravstvena mreža), u skladu sa zakonom.

Za zdravstvene usluge koje ne mogu da se obezbijede u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga koji su u Zdravstvenoj mreži, Fond može da zaključi ugovore i sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima zdravstvenih usluga van Zdravstvene mreže.

Fond, uz saglasnost Ministarstva, utvrđuje zdravstvene usluge za koje je neophodno zaključivanje ugovora iz stava 2 ovog člana, na osnovu:

- 1) ukupnog broja građana i osiguranih lica;
- 2) demografskih karakteristika gravitacionog područja i zdravstvenog stanja građana i osiguranih lica sa tog područja;
- 3) strukture davalaca zdravstvenih usluga po nivoima zdravstvene zaštite;
- 4) broja i vrste pruženih zdravstvenih usluga;
- 5) dužine čekanja na zdravstvenu uslugu;
- 6) cijena zdravstvenih usluga i programa zdravstvene zaštite;
- 7) drugih pokazatelja.

Za obezbjeđivanje zdravstvenih usluga za koje je neophodno zaključivanje ugovora iz stava 2 ovog člana, Fond upućuje javni poziv davaocima zdravstvenih usluga.

Bliže uslove, način izbora i broj zdravstvenih ustanova i drugih davalaca zdravstvenih usluga za zaključivanje ugovora iz stava 2 ovog člana, obračun i rokove plaćanja zdravstvenih usluga, kao i druga pitanja od značaja za zaključivanje ugovora propisuje Ministarstvo, na predlog Fonda.

Član 76

Odluku o upućivanju javnog poziva iz člana 75 stav 4 ovog zakona donosi Upravni odbor.

Za procjenu ispunjenosti uslova za zaključivanje ugovora iz člana 75 stav 1 ovog zakona, Upravni odbor imenuje komisiju.

Na osnovu izvještaja komisije iz stava 2 ovog člana, direktor sačinjava predlog odluke o izboru davalaca zdravstvenih usluga i dostavlja ga Upravnom odboru na usvajanje.

Na osnovu odluke Upravnog odbora direktor zaključuje ugovor sa davaocima zdravstvenih usluga najkasnije do 31. marta tekuće godine.

Član 77

Za zdravstvene usluge koje ne mogu da obezbijede davaoci zdravstvenih usluga u Crnoj Gori sa kojima Fond ima zaključene ugovore, Fond neposredno zaključuje ugovor sa zdravstvenom ustanovom van Crne Gore, uz saglasnost Ministarstva.

Član 78

Sa zdravstvenim ustanovama iz Zdravstvene mreže, čiji je osnivač država, ugovori se zaključuju na period od pet godina, a sa drugim davaocima zdravstvenih usluga iz Zdravstvene mreže i davaocima zdravstvenih usluga koji su van Zdravstvene mreže, ugovori se zaključuju na period od dvije godine.

Ugovori iz stava 1 ovog člana usklađuju se za svaku godinu, prema planiranim sredstvima u budžetu Fonda, po pravilu, do 31. marta tekuće godine.

Član 79

Ugovorima koji se zaključuju između Fonda i davalaca zdravstvenih usluga, uređuju se: vrsta, obim, mjere za obezbjeđivanje i praćenje kvaliteta zdravstvene zaštite, kadar za pružanje zdravstvenih usluga, cijene koje Fond plaća za pružene zdravstvene usluge, način obračuna i plaćanja, kontrola i odgovornost za izvršavanje obaveza iz ugovora, rok za sprovođenje preuzetih obaveza, način rješavanja spornih pitanja, raskid ugovora, kao i druga međusobna prava i obaveze ugovornih strana.

Član 80

Fond vrši kontrolu izvršenja ugovora zaključenih sa davaocima zdravstvenih usluga.

Kontrolu iz stava 1 ovog člana vrše lica koja ovlasti direktor Fonda.

Bliži način i postupak kontrole iz stava 1 ovog člana, kao i mjere koje se mogu preduzeti u postupku kontrole uređuju se aktom Fonda, uz saglasnost Ministarstva.

Član 81

Za rješavanje sporova između Fonda i davalaca zdravstvenih usluga u vezi sa sprovođenjem ugovora o pružanju zdravstvenih usluga može se osnovati arbitraža.

Svaka strana u sporu može zahtijevati osnivanje arbitraže u roku od sedam dana od dana nastanka spora.

Arbitraža se osniva sporazumom između strana u sporu.

Arbitraža ima pet članova i sastavljena je od dva predstavnika Fonda, jednog predstavnika davaoca zdravstvenih usluga, jednog predstavnika komora zdravstvenih radnika koje su osnovane u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i jednog predstavnika Ministarstva.

Predstavnika komora iz stava 4 ovog člana komore predlažu primjenom principa rotacije, u skladu sa njihovim posebnim sporazumom.

Postupak pred arbitražom je hitan, a odluka se donosi u roku od 30 dana od dana osnivanja arbitraže, većinom glasova članova arbitraže.

Dok traje postupak pred arbitražom rokovi za pokretanje sudskog postupka miruju.

Odluka arbitraže je obavezujuća za strane u sporu.

Strana u sporu nezadovoljna odlukom arbitraže može pokrenuti sudski postupak, koji ne zadržava izvršenje odluke.

VII. NADZOR

Član 82

Nadzor nad sprovođenjem ovog zakona i propisa donijetih na osnovu ovog zakona vrši Ministarstvo.

Poslove inspekcijskog nadzora vrše zdravstveni inspektori, u skladu sa zakonom.

VIII. KAZNE NE ODREDBE

Član 83

Novčanom kaznom u iznosu od 1.000 eura do 20.000 eura kazniće se za prekršaj pravno lice, ako:

1) osiguranom licu ne izda dokaz o izvršenom plaćanju participacije koji, pored podataka propisanih zakonom kojim se uređuje porez na dodatu vrijednost, sadrži i punu cijenu zdravstvene usluge, iznos participacije iskazan u procentu u odnosu na cijenu zdravstvene usluge i nominalni iznos participacije iskazan u eurima (član 16 stav 1); i

2) izabrani tim ili izabrani doktor ili nadležna ljekarska komisija utvrdi privremenu spriječenost za rad na način koji nije u skladu sa članom 36 st. 2, 3, 4 i 6 ovog zakona.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana, kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom u iznosu od 500 eura do 2.000 eura.

Za prekršaj iz stava 1 tačka 2 ovog člana, kazniće se i fizičko lice novčanom kaznom u iznosu od 500 eura do 2.000 eura.

Član 84

Novčanom kaznom u iznosu od 500 eura do 20.000 eura kazniće se za prekršaj pravno lice, ako ne obračuna i ne isplati naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad (član 38 stav 1).

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana, kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom u iznosu od 500 eura do 2.000 eura.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i preduzetnik novčanom kaznom u iznosu od 300 eura do 6.000 eura.

IX. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 85

Propisi za sprovođenje ovog zakona donijeće se u roku od godinu dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do donošenja propisa iz stava 1 ovog člana primjenjivaće se podzakonski akti donijeti na osnovu Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Službeni list

CG“, br. 6/16, 2/17, 22/17,13/18 i 67/19), ukoliko nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 86

Fond je dužan da uskladi svoja opšta akta sa ovim zakonom u roku od tri mjeseca od dana početka primjene ovog zakona.

Član 87

Imenovanje članova Upravnog odbora Fonda u skladu sa ovim zakonom izvršiće se u roku od tri mjeseca od dana početka primjene ovog zakona.

Danom imenovanja članova Upravnog odbora u skladu sa stavom 1 ovog člana prestaje sa radom dosadašnji Upravni odbor.

Član 88

Direktor Fonda imenovan u skladu sa Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Službeni list CG“, br. 6/16, 2/17, 22/17,13/18 i 67/19) nastavlja sa radom do isteka vremena na koje je imenovan.

Član 89

Postupci ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji su započeti prije početka primjene ovog zakona okončaće se prema propisima po kojima su započeti.

Član 90

Odredbe čl. 28 do 35 ovog zakona primjenjivaće se od dana pristupanja Crne Gore Evropskoj uniji.

Član 91

Danom početka primjene ovog zakona prestaje da važi Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Službeni list CG“, br. 6/16, 2/17, 22/17,13/18 i 67/19).

Član 92

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Crne Gore", a primjenjivaće se od 1. januara 2022. godine.