

ZAKON O OBAVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I OSNOVNE ODREDBE

Član 1

Ovim Zakonom uređuje se obavezno zdravstveno osiguranje u Crnoj Gori, prava i obaveze osiguranika i drugih lica u skladu sa zakonom (u daljem tekstu: osigurana lica), uslovi i način ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja, finansiranje prava iz zdravstvenog osiguranja, prava i obaveze nosioca obaveznog zdravstvenog osiguranja, prava i obaveze ugovornih subjekata za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i druga pitanja od značaja za sprovođenje obaveznog 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 obezbjeđuje Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore (u daljem tekstu: Fond), u skladu sa ovim zakonom.

Član 3

Prava iz 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 ostale su neisplaćene zbog smrti osiguranika.

Član 4

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

Član 5

Pojedini izrazi, u smislu ovog zakona, imaju sljedeće značenje:

- 1) osigurano lice je lice koje ostvaruje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovima utvrđenim ovim zakonom.
- 2) lice sa invaliditetom je lice koje ima tjelesno oštećenje od najmanje 70% utvrđeno jedinstvenom listom oštećenja ili listama oštećenja koje se koriste u postupcima ostvarivanja socijalno zaštitnih prava i prava iz penzijsko invalidskog osiguranja.
- 3) izabrani tim ili izabrani doktor podrazumijeva izabrani tim doktora medicine ili izabranog doktora medicine ili izabranog stomatologa;
- 4) davaoci zdravstvenih usluga su registrovane zdravstvene ustanove i izabrani tim ili izabrani doktor;
- 5) doplata je novčana razlika između cijene zdravstvene usluge i iznosa kojeg obezbjeđuje obavezno zdravstveno osiguranje;
- 6) društvo za osiguranje je pravno lice koje obavlja djelatnosti dopunskog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom.
- 7) stranac je strani državljanin i lice bez državljanstva.

Član 6

Osiguranici, u smislu ovog zakonu, su:

- 1) lica zaposlena u privrednom društvu, drugom pravnom licu, državnom organu, organu jedinice lokalne samouprave, odnosno lokalne uprave ili kod fizičkog lica (u daljem tekstu: poslodavac);
- 2) izabrana ili imenovana lica, ako za obavljanje funkcije ostvaruju zaradu;
- 3) članovi odbora direktora u privrednom društvu i drugom pravnom licu i članovi upravnih odbora u javnim preduzećima i ustanovama koji za svoj rad primaju naknadu.
- 4) državljani Crne Gore koji su u Crnoj Gori zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija i ustanova, stranih konzularnih ili diplomatskih predstavništava ili kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;
- 5) Lica upućena na rad u inostranstvo, a koja su zaposlena u privrednom društvu ili drugom pravnom licu čije je sjedište u Crnoj Gori, koje obavlja djelatnost u inostranstvu, ako nijesu obavezno osigurana po propisima države u koju su upućeni, i ako međunarodnim ugovorom nije drukčije uređeno.
- 6) stranci koji u Crnoj Gori rade kod domaćih pravnih, odnosno fizičkih lica, na osnovu posebnih ugovora i sporazuma o međunarodno – tehničkoj saradnji;
- 7) stranci koji su u Crnoj Gori zaposleni kod međunarodnih organizacija i ustanova i drugih stranih pravnih i fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, odnosno ako nijesu osigurana po propisima druge države;
- 8) stranci koji su u Crnoj Gori zaposleni kod stranih diplomatskih i konzularnih predstavništava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom;
- 9) preduzetnici i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje;
- 10) lica koja obavljaju poslove po osnovu ugovora, o djelu, odnosno poslove po osnovu autorskog ugovora, kao i poslove po osnovu drugih ugovora po osnovu kojih za izvršeni posao ostvaruju naknadu, ako nijesu osigurana po drugom osnovu;
- 11) nezaposlena lica na evidenciji Zavoda za zapošljavanje;
- 12) lica koja se u skladu sa propisima o zapošljavanju ne smatraju nezaposlenim, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 13) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;
- 14) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, članovi njihovih porodica i korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 15) korisnici socijalno zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 16) državljani Crne Gore koji imaju prebivalište u Crnoj Gori, stranci sa stalnim boravkom, koji primaju penziju ili invalidninu isključivo od inostranog nosioca osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;
- 17) osnivači, odnosno vlasnici privrednih društava i preduzetnici koji po tom osnovu nijesu u radnom odnosu, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 18) lica koja se bave poljoprivrednom djelatnošću kao jednim ili glavnim zanimanjem u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju;
- 19) državljani Crne Gore mlađi od 18 i stariji od 65 godina, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 20) sveštenici i vjerski službenici (u daljem tekstu: vjerski službenici), kao i monasi i monahinje (u daljem tekstu: lica koja obavljaju vjerske funkcije), ako nijesu obavezno osigurani po drugom osnovu;

Osnivaču, odnosno vlasniku privrednih društava i preduzetniku iz stava 1 tačka 17 ovog člana prestaje svojstvo osiguranika po tom osnovu za vrijeme privremene odjave, ako za to vrijeme ne plaća doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 7

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

Član 8

Građani koji ostvaruju zdravstvenu zaštitu, na teret budžeta, u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, istu ostvaruju pod uslovima propisanim za osigurana lica.

Građani koji nemaju svojstvo osiguranog lica ni po jednom osnovu, a imaju prebivalište odnosno status lica sa stalnim boravkom u Crnoj Gori, mogu steći svojstvo osiguranika pod uslovom da su uplatili doprinos u skladu sa posebnim zakonom

Član 9

Članovima porodice, u smislu ovog zakona, smatraju se:

- članovi uže porodice: braćni ili vanbraćni drug, djeca(rođena u braku ili van braka, pastorčad i usvojena kao i druga djeca bez roditeljskog staranja, ako ih osiguranik izdržava, na zahtjev osiguranika;
- članovi šire porodice: roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i usvojilac), baba unučad, braća i sestre, ako su trajno i potpuno nesposobni za samostalan život i rad u smislu posebnih propisa i ako ih osiguranik izdržava.

Članovi porodice osiguranika iz stava 1 ovog člana stiču status osiguranika pod uslovom da nijesu osigurani po drugom osnovu i da imaju prebivalište, odnosno odobren stalni boravak u Crnoj Gori, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno.

Član 10

Prava iz zdravstvenog osiguranja zadržava razvedeni braćni drug, kao član porodice, ako:

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

Lice iz stava 1 ovog člana ostvaruje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovom da nije osiguran po drugom osnovu i ako se prijavi Fondu u roku od 30 dana nakon razvoda braka, odnosno donošenja pravosnažne presude o izdržavanju ili sudske odluke o povjeravanju djece na čuvanje i vaspitanje.

Član 11

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

Ako dijete iz st. 1 i 2 ovog člana postane nesposobno za samostalan život i 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 12

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 korišćenja zdravstvene zaštite.

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

Član 13

Za ostvarivanje prava iz člana 12 ovog zakona osiguranik mora da ima svojstvo osiguranika 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 prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Članovi porodice osiguranika ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovom da osiguranik po osnovu koga ostvaruju ta prava ispunjava uslove iz stava 1 ovog člana.

Članovi porodice osiguranika do navršene 18. godine života ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i ako nijesu ispunjeni uslovi iz stava 2 ovog člana.

Osiguranik i članovi porodice osiguranika ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i ako nijesu ispunjeni uslovi iz stava 1 ovog člana u slučaju hitne medicinske pomoći i povrede na radu.

1) Pravo na zdravstvenu zaštitu

Član 14

Zdravstvena zaštita obuhvata:

1. promociju zdravlja
2. prevenciju zdravlja
3. dijagnostiku, preglede i liječenje zbog zdravstvenih problema i povreda,
4. rehabilitaciju i specijalizovanu rehabilitaciju
5. kontinuiranu zdravstvenu njegu,
6. stomatološku zdravstvenu zaštitu
7. hitnu i urgentnu medicinsku pomoć
8. dijalizu,
9. transfuziju.
10. lijekove sa
11. medicinska sredstva
12. medicinsko-tehnička pomagala

Član 15

Zdravstvena zaštita iz člana 14 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 rizičnih po zdravlje, kao i donošenja na svijet zdravog i željenog djeteta;
- 2) prevenciju zdravlja kroz učešće u preventivnim programima, preventivne preglede, imunizacije, imunoprofilaksu i hemioprofilaksu, skrininge (oportune i populacione) i posjete u kući (patronažne posjete);

- 3) dijagnostiku na svim nivoima zdravstvene zaštite, preglede u zdravstvenoj ustanovi i/ili kući i liječenje po nivoima zdravstvene zaštite u Crnoj Gori i liječenje u inostranstvu) zbog zdravstvenih problema i povreda;
- 4) rehabilitaciju na svim nivoima zdravstvene zaštite uključujući i rehabilitaciju u kući i medicinski dio specijalizovane rehabilitacije;
- 5) kontinuiranu zdravstvenu njegu na primarnom nivou zdravstvene zaštite i tokom bolničke zdravstvene zaštite, uključujući patronažu i kućne posjete;
- 6) 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 liječenja djece do 18 godina života, učenika i studenata, a najkasnije do navršene 26 godine, starijih od 65 godina, trudnica i godinu dana nakon porođaja, osoba koje imaju: oštećenja mišića i neuromuskularne bolesti, plegični sindrom, oštećenje sluha, vida i govora sa više od 70% tjelesnog oštećenja, intelektualne poteškoće sa IQ 69 i manje, autistične poremećaje, 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 intelektualne poteškoće sa IQ 69 i manje, autistične poremećaje, epilepsiju i oštećenja koja ograničavaju otvaranje usta;
- 7) Stomatološku zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite;
- 8) Hitnu medicinsku pomoć i urgentnu medicinsku pomoć u okviru dijagnostičkih procedura, pregledai intervencija;
- 9) Dijalizu - dnevnu bolničku obradu pacijenata sa hroničnom bubrežnom insuficijencijom uz sanitetski prevoz oboljelog od kuće do zdravstvene ustanove i nazad;
- 10) Transfuziju - liječenje oboljelih krvlju i derivatima krvi;
- 11) lijekove na recept u apotekama i u toku bolničkog liječenja;
- 12) medicinska sredstva i materijale koji se ne propisujna recept;
- 13) medicinsko-tehnička pomagala (proteze, ortopedska i druga pomagala, stomato-protetičku pomoć i stomatološke materijale i nadoknade);
- 14) sanitetski transport na svim nivoima zdravstvene zaštite;
- 15) presađivanje ćelija, tkiva i organa;
- 16) tri pokušaja IVF (in vitro fertilizacije);
- 17) troškove smještaja i ishrane pratioca djeteta do desete godine života u bolnici ili u ustanovi za specijalizovanu rehabilitaciju, kao i djece do 18 godina u ustanovama za specijalizovanu rehabilitaciju koja imaju oštećenja mišića i neuromuskularne bolesti, plegični sindrom, oštećenje sluha, vida i govora sa više od 70% tjelesnog oštećenja, intelektualne poteškoće sa IQ 69 i manje, autistične poremećaje, psihoze i epilepsiju;
- 18) dijagnostiku, preglede, liječenje i rehabilitaciju zbog povrede na radu i profesionalne bolesti.

Član 16

Osigurano lice koje zdravstvenu zaštitu iz člana 15 ovog zakona ostvaruje na primarnom nivou, učestvuje u troškovima liječenja i iznosu od 5 % cijene zdravstvene usluge za sanitetski transport i fizikalnu terapiju u kući.

Član 17

Zdravstvena zaštita iz člana 15 ovog zakona obezbjeđuje se osiguranim licima u visini 80 % od cijene zdravstvene usluge u ustanovama sekundarnog i tercijarnog nivoa i to za:

1. dijagnostiku, preglede liječenje;
2. bolničko liječenje;
3. liječenje u dnevnoj bolnici;
4. dijagnostiku, pregled i liječenje u inostranstvu ;

5. zdravstvenu njegu tokom bolničke zdravstvene zaštite (osim njege u jedinicama intenzivnog liječenja)
6. ambulantna rehabilitacija i medicinski dio specijalizovane rehabilitacije
7. stomatološku zdravstvenu zaštitu;
8. postupke u vezi sa uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskog tijela, tkiva i ćelija osim za djecu do 18 godina.
9. promjena pola iz medicinskih razloga;
10. medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam i medicinsko-tehnička pomagala;
11. troškove smještaja i ishrane pratioca djeteta od pete do desete godine života u bolnici ili u ustanovi za specijalizovanu rehabilitaciju i troškove smještaja i ishrane pratioca za lica starija od 18 koja imaju oštećenja mišića i neuromuskularne bolesti, plegični sindrom, oštećenje vida sa tjelesnim oštećenjem više od 70%, intelektualnim poteškoćama sa IQ 69 i manje, autističnim poremećajima, u ustanovama za specijalizovanu rehabilitaciju
12. prevoz sanitetskim kolima i sredstvom vazdušnog saobraćaja za osigurano lice i pratioca koji nije hitan;

Medicinske indikacije za promjenu pola popisuje ministarstvo nadležno za poslove zdravstva (u daljem tekstu ministarstvo).

Razliku do punog iznosa cijene zdravstvene usluge iz stava 1 ovog člana (u daljem tekstu: doplata) plaća osigurano lice prilikom korišćenja zdravstvene usluge, a najviše do jedne polovine prosječne zarade u Crnoj Gori za prethodnu godinu.

Za osigurana lica u dopunskom zdravstvenom osiguranju doplatu obezbjeđuje Fond ili društvo za osiguranje, a najviše do jedne polovine prosječne zarade u Crnoj Gori za prethodnu godinu.

U slučaju da je iznos doplate veći od iznosa jedne polovine prosječne zarade u Crnoj Gori za prethodnu godinu, razlika se pokriva iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Davalac zdravstvene usluge dužan je da osiguranom licu za izvršenu zdravstvenu uslugu izda račun, koji obavezno sadrži podatke o iznosu koji se obezbjeđuje iz obaveznog osiguranja i iznosu doplate koju plaća osigurano lice.

Član 18

Pravo na lijekove

Osigurano lice ima pravo na lijekove sa Liste lijekova.

Izuzetno od stava 1 ovog člana, osigurano lice može da ostvari pravo na lijek koji nije obuhvaćen Listom lijekova, pod uslovom da je na obrazložen zahtjev konzilijuma zdravstvene ustanove u kojoj se osigurano lice liječi, saglasnost dao Fond za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Fond).

Lista lijekova obuhvata esencijalnu i doplatnu listu lijekova.

Esencijalna lista lijekova sadrži farmakoekonomski prihvatljive lijekove za liječenje svih bolesti i osiguraniku se obezbjeđuju u potpunosti na teret sredstva Fonda.

Doplatna lista obuhvata lijekove u čijoj cijeni učestvuju sredstva Fonda u određenom procentu.

Razliku između referentne cijene lijeka na doplatnoj listi i procentualnog učešća Fonda u referentnoj cijeni snosi osiguranik, prilikom korišćenja zdravstvene usluge.

Osiguranik ima pravo na izbor drugog lijeka istog INN sa esencijalne ili doplatne liste uz učešće u razlici između referentne i tržišne cijene toga lijeka.

Na iznos razlike cijene iz st. 6 i 7 ovog člana, osiguranik se ne može osigurati u dopunskom osiguranju.

Izabrani doktor, odnosno doktor specijalista na sekundarnom i/ili tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, prilikom propisivanja lijekova, mora da upozna osigurano lice sa pravom

na lijek iz st. 6 i 7 ovog člana, i obavezan je da u zdravstveni karton upiše podatak da je lijek propisao uz saglasnost pacijenta ili na njegov zahtjev.

Listu lijekova, kriterijume za stavljanje, odnosno skidanje lijeka sa Liste lijekova, način i postupak stavljanja odnosno skidanja lijeka sa Liste lijekova, kao i listu medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, propisuje Fond, na osnovu mišljenja Komisije za zdravstvene tehnologije, u skladu sa zakonom i uz saglasnost Ministarstva.

Način utvrđivanja referentnih cijena lijekova, medicinsko tehničkih pomagala i medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, propisuje Ministarstvo.

Član 19

Zdravstvena zaštita iz člana 15 ovog zakona obezbjeđuje se osiguranim licima u punom iznosu cijene iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, i to:

- djeci iz člana 11 ovog zakona;
- ženi u vezi sa trudnoćom, porođajem i godinu dana nakon porođaja,
- osiguranim licima starijim od **65** godina života;
- davaocima organa, tkiva i ćelija;
- dobrovoljnim davaocima krvi koji su krv dali više od deset puta.
- korisnicima socijalno zaštitnih prava i članovima njihovih porodica;
- primaocima najniže penzije i članovima njihovih porodica;
- borcima, vojnim invalidima, civilnim invalidima rata, članovima njihovih porodica, korisnicima prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, kao i žrtvama kasetne municije;
- nezaposlenim licima ako nijesu osiguarana po drugom osnovu;

Zdravstvena zaštita obezbjeđuje se osiguranim licima u punom iznosu cijene iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, oboljelim od malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, cistične fibroze, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), sistemskih autoimunih bolesti, HIV i zaraznih bolesti, kao i mentalno oboljelim licima, licima sa uređenim nedostatkom gornjih ili donjih ekstremiteta, licima sa smetnjama u razvoju, u skladu sa kriterijumima regulisanim posebnim propisima, slijepim i gluvonijemim licima;

Član 20

Obim prava i standarde zdravstvene zaštite iz člana 14 ovog zakona utvrđuje Vlada Crne Gore (u daljem tekstu: Vlada), na predlog Ministarstva, polazeći od godišnjeg programa zdravstvene zaštite i godišnjeg finansijskog plana Fonda, kao i raspoloživih zdravstvenih kapaciteta, posebno vodeći računa o zdravstvenoj zaštiti sljedećih kategorija:

- 1) djece iz člana 11 ovog zakona;
- 2) žena u toku trudnoće, porođaja i materinstva;
- 3) lica starijih od 65 godina života;
- 4) vojnih invalida i civilnih invalida rata, u skladu sa posebnim propisima;
- 5) licima sa invaliditetom sa najmanje 70% tjelesnog oštećenja;
- 6) licima oboljelim od malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, cistične fibroze, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), sistemskih autoimunih bolesti, HIV i zaraznih bolesti, kao i mentalno oboljelim licima, licima sa uređenim nedostatkom gornjih ili donjih ekstremiteta, licima sa smetnjama u razvoju, u skladu sa kriterijumima regulisanim posebnim propisima, slijepim i gluvonijemim licima;

Član 21

Zdravstvenom zaštitom, u smislu člana 14 ovog zakona, ne smatraju se:

- 1) medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, tjelesnog oštećenja i invalidnosti u postupcima kod drugih organa i organizacija;
- 2) zdravstveni pregledi radi zapošljavanja, upisa u odgovarajuće ustanove obrazovanja, pohađanja kurseva, dobijanja uvjerenja za vozačke dozvole, za sudske i druge sporove i u drugim slučajevima kada se pregled ne obavlja u cilju zdravstvene zaštite;
- 3) pregled zaposlenih upućenih na rad u inostranstvo od strane poslodavca, u skladu sa posebnim zakonom, kao i mjere preventivne zdravstvene zaštite za putovanja u inostranstvo i zdravstveni pregled za ta putovanja.

Član 22

Iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne obezbjeđuje se zdravstvena zaštita za sljedeće zdravstvene usluge:

- 1) liječenje akutnog pijanstva i trovanja alkoholom;
- 2) prekid trudnoće iz nemedicinskih razloga;
- 3) sterilizaciju, osim ako je medicinski indikovana;
- 4) pravo na pratioca kod bolničkog liječenja i medicinske rehabilitacije, osim za lica iz člana 17 stav 1 tčka 11 ovog zakona;
- 5) neobaveznu imunizaciju i imunizacije koje su vezane za putovanje u inostranstvo ili za obavljanje određenog posla;
- 6) stomatološke usluge, osim za slučajeve iz čl.15 i 17 ovog zakona;
- 7) dijagnostiku i liječenje seksualne disfunkcije ili seksualne neadekvatnosti;
- 8) dijagnostiku i liječenje koji su u fazi istraživanja, odnosno eksperimenta, liječenje uz primjenu lijekova i medicinskih sredstava koji su u fazi kliničkih ispitivanja, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju, lijekove i medicinsko-tehnička pomagala koji nijesu pruženi u skladu sa prihvaćenim standardima medicinske, stomatološke i farmaceutske prakse;
- 9) lijekove koji nijesu na listi lijekova;
- 10) refrakcione operacije za skidanje dioptrije ako se poboljšanje vida može postići naočarima;
- 11) zahvate estetske rekonstruktivne hirurgije, osim estetske rekonstrukcije kongenitalnih anomalija kod djece, rekonstrukcije dojke nakon mastektomije i estetske rekonstrukcije nakon teških ozljeđivanja u cilju sprječavanja invaliditeta;
- 12) hirurško ili invazivno liječenje gojaznosti;
- 13) liječenje medicinskih komplikacija koje nastaju kao posljedica korišćenja zdravstvene zaštite van utvrđenih standarda;
- 14) specifičnu zdravstvenu zaštitu zaposlenih koja se ostvaruje na osnovu ugovora između poslodavca i zdravstvene ustanove;
- 15) posebni lični komfor i udobnost smještaja i lične njege za vrijeme bolničkog liječenja;
- 16) metode i postupke alternativne i tradicionalne medicine;
- 17) preglede za procjenu zdravstvene sposobnosti profesionalnih sportista;
- 18) terapije hipnozom, elektrohipnozom, elektroslip terapije, elektronarkoze i narko-sinteze;
- 19) druge vrste zdravstvenih usluga koje nijesu utvrđene kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom.

Član 23

Fond utvrđuje:

- 1) indikacije za korišćenje medicinske rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu rehabilitaciju;
- 2) indikacije za medicinsko-tehnička pomagala (proteze, ortopedska i druga pomagala, stomato-protetičku pomoć, stomatološke materijale i nadoknade) i materijale od kojih se izrađuju ova sredstva, rokove korišćenja, kao i uslove za izradu novih sredstava prije isteka tih rokova.

Na akte iz stava 1 tač. 1 i 2 ovog člana saglasnost daje Ministarstvo.

U postupku donošenja akata iz stava 1 tač. 1 i 2 ovog člana Fond pribavlja stručno mišljenje nadležne zdravstvene ustanove.

2) Zdravstvena zaštita osiguranih lica u inostranstvu

Član 24

Osiguranik iz člana 8 ovog zakona koga je poslodavac uputio na rad, stručno usavršavanje ili školovanje u zemlju 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 ugovorom o socijalnom osiguranju.

Član uže porodice osiguranika iz stava 1 ovog člana koji boravi sa osiguranikom u inostranstvu koristi zdravstvenu zaštitu pod istim uslovima, kao i osiguranik iz stava 1 ovog člana.

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 zdravstvenu zaštitu samo u slučaju hitne medicinske pomoći.

Osiguranik koji je upućen ili koji boravi po privatnom poslu u državi sa kojom nema zaključen sporazum o socijalnom osiguranju ima pravo na hitnu medicinsku pomoć.

Član 25

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz člana 24 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 stacionarnu 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 samo pravo na naknadu troškova koji su nastali korišćenjem hitne medicinske pomoći, ukoliko se ustanovi da prije odlaska u inostranstvo nije bolovalo od akutnog ili hroničnog oboljenja za koje je potrebno liječenje ili ljekarski nadzor.

Bliže uslove i način ostvarivanja zdravstvene zaštite osiguranih lica iz čl. 24 i 25 ovog zakona utvrđuje Fond.

3. Prekogranična zdravstvena zaštita

Član 26

Osigurano lice ima pravo na teret sredstava obaveznoga zdravstvenog osiguranja koristiti zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama EU i trećim državama.

Pod zdravstvenom zaštitom iz stava 1 ovog člana podrazumijeva se pravo na upućivanje na liječenje, pravo na korišćenje zdravstvene zaštite za vrijeme privremenog boravka u državama iz stava 1 ovog članka te pravo na drugu zdravstvenu zaštitu u skladu s odredbama propisa Europske unije, Direktive 2011/24/EU, ovoga Zakona međunarodnih ugovora te opštih akata Fonda.

Pravo na upućivanje na liječenje osigurano lice može da ostvari samo ako se liječenje ne može uspješno ostvariti u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori, a može se uspješno ostaviti u državama iz stava 1 ovog člana.

Član 27

Prekogranična zdravstvena zaštita se ostvaruje u skladu sa načelima univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti u skladu sa ovim zakonom, zakonom države članice liječenja, kao i standardima i smjernicama o kvalitetu i bezbjednosti koje je utvrdila država članica liječenja, u skladu sa EU standardima.

Osiguranci, u skladu s ovim zakonom, ostvaruju pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu koja podrazumijeva zdravstvenu zaštitu koja se osiguranom licu osigurava u okviru prava iz obaveznoga zdravstvenog osiguranja u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori, sa kojim Fond ima zaključen ugovor a koju je osigurana osoba ostvarila kod ugovornih ili privatnih davalaca zdravstvene zaštite na području drugih država članica.

Zdravstvena zaštita iz stava 1 ovog člana podrazumijeva planiranu zdravstvenu zaštitu za koju osiguranik mora pribaviti prethodno odobrenje Fonda, planiranu specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno pribaviti prethodno odobrenje Fonda i hitnu medicinsku pomoć, kao i 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 28

Pod planiranom zdravstvenom zaštitom u drugoj državi članici, za koju osiguranik mora pribaviti prethodno odobrenje Fonda, iz člana 27 stav 2 podrazumijeva se zdravstvena zaštita koju je osiguranik ostvario pod uslovom da je:

- bio smješten u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi preko noći u trajanju od najmanje jedne noći ili je prilikom pružanja zdravstvene zaštite upotrijebljena visokospecijalizovana i skupa medicinska infrastruktura ili oprema.

Prethodno odobrenje iz stava 1 ovog člana potrebno je i u slučaju korišćenja prekogranične zdravstvene zaštite:

- koja se sastoji od postupaka liječenja koji predstavljaju poseban rizik za osiguranika ili

- koju pruža davalac zdravstvene zaštite koji bi, u zavisnosti od pojedinog slučaja, imao povod za ozbiljnu zabrinutost u vezi s kvalitetom ili sigurnošću te zdravstvene zaštite, uz izuzetak zdravstvene zaštite koja podliježe zakonodavstvu Europske unije kojim se obezbjeđuje minimalan rizik bezbjednosti i kvalitete.

Način ostavriavanja zdravstvene zaštite, kao i vrstu zdravstvenih usluga iz st.1 i 2 ovog člana, propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

U postupku po zahtjevu osiguranika za izdavanje prethodnog odobrenja, službeno lice Fonda je dužno da provjeri da li osiguranik ispunjava uslove za davanje prethodnog odobrenja u skladu sa propisima Evropske unije i ako su zadovoljeni uslovi iz propisa Evropske unije prethodno odobrenje se daje prema tim propisima, osim ako osiguranik ne zahtijeva drukčije.

O zahtjevu za izdavanje prethodnog odobrenja Fond odlučuje rješenjem.

Član 29

Fond može da uskratiti prethodno odobrenje za prekograničnu zdravstvenu zaštitu ako:

- se zdravstvena zaštita može pružiti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojim Fond ima zaključen ugovor, u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir zdravstveno stanje i vjerovatni tok bolesti;
- će osiguranik prema kliničkoj procjeni nedvosmisleno biti izložen riziku u pogledu bezbjednosti koji se ne može smatrati prihvatljivim u odnosu na moguću dobrobit tražene prekogranične zdravstvene zaštite za osiguranika;
- će građani Crne Gore nedvosmisleno biti izloženi velikom sigurnosnom riziku zbog prekogranične zdravstvene zaštite.

Član 30

Planiranu specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu koja nije obuhvaćena čl. 28 i 29 ovog zakona osiguranik može ostvariti u drugim državama članicama bez prethodnog odobrenja Fonda.

Na način iz stava 1 ovog člana osiguranik može da ostvari i zdravstvenu zaštitu koja je bila neophodna i nije se mogla odgoditi do planiranog povratka.

Član 31

Osiguranik koji je ostavario zdravstvenu zaštitu u skladu sa čl. 27, 28 i 30 ovog zakona, ima pravo na naknadu troškova.

Naknada troškova iz stava 1 ovog člana ne može da biti viša od cijene koja je cjenovnikom Fonda utvrđena za tu vrstu zdravstvene zaštite kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojim Fond ima zaključen ugovor.

Osiguranik koji je ostavrio zdravstvenu zaštitu iz člana 30 stav 1 ovog člana nema pravo na naknadu troškova prevoza kao ni pravo na druge troškove vezane za korištenje te zdravstvene zaštite.

O pravu na naknadu troškova Fond odlučuje rješenjem.

Član 32

Fond je nacionalna kontakt tačka za pružanje informacija o pravima osiguranika na zdravstvenu zaštitu u drugoj državi članici. u skladu s propisima Evropske unije i Direktivom 2011/24/EU.

Vrste informacija, način njihovog pružanja osiguranicima, kao i način razmjene informacija sa drugim državama propisuje Ministarstvo.

3) Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad

Član 33

Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad imaju osiguranici-zaposleni iz člana 8 tač. 1, 3, 4, 6, 7 i 13 ovog zakona.

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

- 1) usljed bolesti ili povrede privremeno spriječeni za rad;
- 2) spriječeni da rade zbog medicinskog ispitivanja;
- 3) izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u njihovoj okolini;
- 4) određeni da njeguju oboljelog člana uže porodice, u skladu sa opštim aktom Fonda;
- 5) spriječeni da rade zbog dobrovoljnog davanja krvi, tkiva i organa;
- 6) određeni za pratioča oboljelog lica upućenog na liječenje ili ljekarski pregled u drugo mjesto, odnosno dok borave kao pratilac u stacionaru, u skladu sa opštim aktom Fonda.

Privremenu spriječenost za rad iz stava 2 ovog člana, do 30 dana utvrđuje izabrani tim ili izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija, nakon 30 dana, zavisno od vrste i prirode bolesti, u skladu sa aktom Fonda.

Član 34

Naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad do 60 dana obračunava i isplaćuje poslodavac.

Naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad poslije isteka 60 dana obračunava i isplaćuje poslodavac, a Fond je refundira poslodavcu, u roku od 90 dana od dana podnošenja zahtjeva.

Naknada koju Fond refundira poslodavcu iznosi 70 % od osnova za naknadu.

Naknada iz stava 2 ovog člana ne refundira se korisnicima sredstava iz sektora javne potrošnje (potrošačke jedinice budžeta Crne Gore, i državni fondovi).

Član 35

Osnov za obračun naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad je prosjek osnovne zarade, u skladu sa propisima o radu, koju je zaposleni ostvario u posljednjih 3 mjeseca koji prethode mjesecu u kome je nastupila privremena spriječenost za rad.

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

Naknada zarade iz st. 1 i 2 ovog člana ne može biti veća od prosječne zarade zaposlenih u Crnoj Gori u prethodnoj godini, po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike, osim za privremene spriječenosti za rad propisane članom 34 stav 4 ovog zakona.

Član 36

Za preduzetnike i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje, osnov za obračun naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad, čini osnovica na koju se obračunavaju doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 37

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, utvrđuje se kolektivnim ugovorom, u skladu sa ovim zakonom.

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad prouzrokovane povredom na radu i profesionalnom bolešću, izolovanjem zbog kliconošta, zbog davanja krvi, tkiva i organa, za vrijeme održavanja trudnoće, kao i za lica sa malignim oboljenjima, lica sa invaliditetom i lica sa mentalnim oboljenjima, obezbjeđuje se u visini od 100% od osnova za naknadu.

Naknada zarade po osnovu privremene spriječenosti za vrijeme održavanja trudnoće obezbjeđuje Fond iz sredstava namijenjenih za obavezno zdravstveno osiguranja od 60. dana privremene spriječenosti za rad.

Član 38

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

Član 39

U slučaju dužeg trajanja privremene spriječenosti za rad prouzrokovane bolešću ili povredom, a najkasnije po isteku 10 mjeseci neprekidne spriječenosti za rad, odnosno po isteku 12 mjeseci u toku kojih je bilo ukupno 10 mjeseci spriječenosti za rad sa prekidima, Fond je dužan da zaposlenog sa potrebnom medicinskom dokumentacijom uputi nadležnom organu za ocjenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti prema propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju.

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.

Pravo na naknadu zarade prestaje kada rješenje o utvrđenoj invalidnosti prema propisima o invalidskom osiguranju postane pravosnažno.

Upućivanje zaposlenog na ocjenu radne sposobnosti, isplata naknade zarade, vrste oboljenja kod kojih se izuzetno može dati ocjena i mišljenje da liječenje nije završeno i druga pitanja od značaja za ostvarivanje ovog prava uređuju se ugovorom između Fonda i Fonda penzijskog i invalidskog osiguranja.

Član 40

Osiguraniku ne pripada naknada zarade, ako:

- 1) je namjerno prouzrokovao spriječenost za rad;
- 2) je spriječenost za rad prouzrokovana akutnim pijanstvom ili psihoaktivnih supstanci;
- 3) se za vrijeme privremene spriječenosti za rad obavlja privrednu ili drugu djelatnost bez obzira da li ostvaruje prihod od te djelatnosti;
- 4) je namjerno sprječavao ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad;
- 5) se bez opravdanog razloga ne podvrgne liječenju, osim ako za liječenje nije potreban pristanak predviđen posebnim propisima;
- 6) 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.

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.

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

Naknada zarade ne pripada licima na izdržavanju kazne zatvora i licima prema kojima se sprovodi mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, kao i licima kojima je izrečena mjera obaveznog liječenja i čuvanja alkoholičara i narkomana.

Član 41

Bliži način ostvarivanja prava osiguranika na privremenu spriječenost za rad, kriterijume za utvrđivanje trajanja privremene spriječenosti za rad i ostvarivanja prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad iz čl. 33 do 39 ovog zakona utvrđuje Fond.

4) Pravo na naknadu putnih troškova u vezi korišćenja zdravstvene zaštite

Član 42

Naknada troškova prevoza u vezi korišćenja zdravstvene zaštite obezbjeđuje se osiguranim licima, kao i pratiocu u slučaju potrebe.

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

Naknada troškova iz stava 1 ovog člana ostvaruje se u skladu sa aktom Fonda.

3. Ostvarivanje prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

1) Utvrđivanje svojstva osiguranog lica

Član 43

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu ostvarivati lica kojima je utvrđeno svojstvo osiguranih lica.

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje se na osnovu podataka koji se vode u skladu sa Zakonom o objedinjenoj registraciji.

Fond može da zahtijeva provjeru podataka iz stava 2 ovog zakona.

Svojstvo osiguranog lica može se ostvariti samo po jednom osnovu.

Svojstvo osiguranog lica dokazuje se propisanom javnom ispravom (u daljem tekstu: zdravstvena knjižica) koju izdaje Fond.

Način izdavanja, obrazac zamjene i cijenu koštanja zdravstvene knjižice utvrđuje Fond

Opjeru zdravstvene knjižice vrši Fond, na osnovu dokaza da je obveznik plaćanja doprinosa uplatio sve dospjele obaveze po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa posebnim propisima.

Lica koja ne mogu dokazati svojstvo osiguranih lica na način utvrđen u stavu 5 ovog člana prilikom korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja sama snose nastale troškove, osim u slučaju urgentnih stanja.

Član 44

2) Ostvarivanje prava

Osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu kod izabranog tima ili izabranog doktora, registrovanim zdravstvenim ustanovama i kod drugih subjekata sa kojima Fond zaključi ugovor, u skladu sa zakonom.

Član 45

Osiguranik se upućuje radi liječenja van Crne Gore ako oboljenje od kojeg boluje nije moglo da se uspješno liječi u Crnoj Gori.

Postupak ostvarivanja prava iz člana 44 i ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 46

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 47

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

Član 48

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

Način rada, sastav i ovlašćenja prvostepene ljekarske komisije utvrđuje Fond, a drugostepene ljekarske komisije Ministarstvo.

Član 49

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

Protiv konačnog rješenja iz stava 1 ovog člana može se pokrenuti upravni spor.

Član 50

Fond vodi evidenciju u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Način vođenja evidencije i podaci koji se vode u evidenciji iz stava 1 ovog člana, obrazac zdravstvene knjižice, način njenog korišćenja i drugi obrasci utvrđuju se aktom Fonda.

5. Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 51

Prihodi obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

- 1) doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje;
- 2) donacije;
- 3) sredstava po konvencijama;
- 4) iz naknada štete;
- 5) od kamata, dividendi, renti;
- 6) iz Fonda za rijetke bolesti,
- 7) iz drugih izvora, u skladu sa zakonom.

Fond iz stava 1 tačka 8 ovog člana osniva Vlada.

Sredstva se prikupljaju iz donacija i od dijela sredstava od igara na sreću, akciza na duvan, alkohol i gazirana pića.

Ministarstvo finansija dodjeljuje sredstva Fondu, na obrazloženi zahtjev, a na osnovu mišljenja konzilijuma doktora određene specijalnosti, prilikom nastale potrebe za korišćenjem zdravstvene zaštite pacijenata u skladu sa ovim zakonom i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Član 52

Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu se koristiti samo za namjene određene zakonom, i to:

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

Član 53

Fond ima pravo uvida u dokumentaciju obveznika uplate doprinosa koja se odnose na pravilan obračun i blagovremenu uplatu doprinosa, kao i da zahtijeva od organa uprave nadležnog za poslove javnih prihoda podatke o naplaćenim doprinosima.

6. Naknada štete u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 54

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

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

Rokovi zastarjelosti potraživanja iz stava 1 ovog člana počinju teći od dana kada je u upravnom postupku postalo konačno rješenje kojim je utvrđeno da isplaćeno primanje ne pripada ili pripada u manjem obimu, odnosno od dana kada je izvršena poslednja nepravilna isplata.

Član 55

Fond ima pravo da zahtijeva 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.

Fond ima pravo, u slučajevima iz stava 2 ovog člana, da zahtijeva naknadu štete i neposredno od zaposlenog, ako je štetu prouzrokovao namjerno.

U slučajevima iz st. 1, 2 i 3 ovog člana Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete i neposredno od društva za osiguranje kod koga su ova lica osigurana od odgovornosti za štetu prouzrokovanu trećim licima, po propisima o osiguranju.

Član 56

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

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 utvrdi zdravstvenim pregledom da zaposleni prema svom zdravstvenom stanju nije bio sposoban za rad na određenom poslu.

Član 57

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca:

- 1) ako je šteta nastala usljed toga što nijesu dati podaci ili što su dati neistiniti podaci o činjenicama od kojih zavisi sticanje ili određivanje prava;
- 2) ako je isplata izvršena na osnovu neistinitih podataka u prijavi o stupanju zaposlenog na posao 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 da zahtijeva 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 neistiniti podaci.

Član 58

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od 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 komisije, za štetu odgovaraju članovi te komisije.

Fond ima pravo na naknadu štete od doktora, odnosno zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu djelatnost, ako mu nastane šteta zbog nepravilnog liječenja osiguranika.

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

Član 59

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

Pri utvrđivanju visine štete ne uzimaju se u obzir iznosi plaćenog doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 60

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete i neposredno od osiguravajućeg društva koja je nastala upotrebom motornog vozila.

Član 61

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

Ako u datom roku šteta ne bude nadoknađena, zahtjev za naknadu štete Fond ostvaruje tužbom kod nadležnog suda.

Član 62

Poslodavci, zdravstvene ustanove, društva za osiguranje, nadležni državni 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 ovim zakonom.

DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 63

Dopunsko zdravstveno osiguranje obezbjeđuje i sprovodi Fond

Poslove dopunskog zdravstvenog osiguranja može obavljati i društvo za osiguranje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje djelatnost osiguranja i ovim zakonom.

Član 64

Osigurano lice u dopunskom zdravstvenom osiguranju može biti samo lice koje ima status osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

Osigurano lice u dopunskom zdravstvenom osiguranju je fizičko lice koje sa Fondom ili društvom za osiguranje zaključi ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Poslodavci za svoje zaposlene mogu obezbijediti dopunsko zdravstveno osiguranje i o tome zaključuju ugovor sa Fondom ili društvom za osiguranje.

Ugovorom iz st. 2 i 3 ovog člana osigurano lice obezbjeđuje dopunsko osiguranje i za člana porodice.

Član 65

Dopunsko zdravstveno osiguranje sprovodi se tako:

- da se sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao i finansijsko poslovanje vode odvojeno od sredstava obaveznog i drugih vrsta zdravstvenih i drugih osiguranja;
- da se izrađuje poseban bilans za dopunsko zdravstveno osiguranje;
- da se sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja mogu koristiti samo za obezbjeđenje tog oblika osiguranja;
- da su davaoci zdravstvenih usluga koji imaju zaključene ugovore za pružanje zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dužni da zaključe ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sa Fondom ili društvom za osiguranje koje sprovodi to osiguranje i obezbjeđuje podatke za sprovođenje tog osiguranja;
- da su obveznici uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje dužni da vrše uplate premija dopunskog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica koja su zaključila taj ugovor sa Fondom ili društvom za osiguranje;
- da se vode posebne evidencije o osiguranim licima, pruženim uslugama i cijenama pruženih usluga i knjigovodstvo isplaćenih naknada troškova zdravstvenih usluga.

Za obezbjeđivanje i razmjenu podataka davaoci zdravstvenih usluga mogu sa Fondom ili društvom za osiguranje ugovoriti naknadu do 0,5% od bruto obračunatih usluga za dopunsko zdravstveno osiguranje.

Za administriranje i uplatu premija obveznici uplate doprinosa mogu sa Fondom ili društvom za osiguranje ugovoriti naknadu do 0,5% od bruto obračunatih premija osiguranja.

Član 66

Društvo za osiguranje je dužno da prije početka sprovođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja obavijesti Ministarstvo.

Fond ili društvo za osiguranje koje sprovodi dopunsko zdravstveno osiguranje obavezni su da:

- zakluče ugovore o dopunskom zdravstvenom osiguranju pod istim uslovima sa svakim licem koje to želi, a koje je obavezno zdravstveno osigurano u skladu sa ovim zakonom;
- omoguće da u ostvarivanju prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja sva osigurana lica budu ravnopravna;
- zakluče ugovor o dopunskom osiguranju za najmanje dvije godine;
- svakom osiguranom licu za vrijeme trajanja dopunskog osiguranja obezbijede pokriće troškova zdravstvene zaštite saglasno članu 16b ovog zakona.

Premija dopunskog zdravstvenog osiguranja u Fondu ili društvu za osiguranje mora biti jednaka za sva osigurana lica osim u slučaju kolektivnog osiguranja, kad se mogu odobriti popusti do 5% premije osiguranja.

Visinu premije dopunskog zdravstvenog osiguranja utvrđuje Fond, odnosno društvo za osiguranje uz saglasnost Ministarstva.

Bliže uslove za zaključivanje ugovora o dopunskom osiguranju, način korišćenja zdravstvenih usluga iz dopunskog zdravstvenog osiguranja, način plaćanja, iznos doplate, utvrđuje Ministarstvo.

Obrazac polise, obrazac računa za izvršenu zdravstvenu uslugu i obrazac identifikacione kartice utvrđuje Fond.

Član 67

Fond, odnosno društvo za osiguranje ne mogu raskinuti ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, osim u slučaju neplaćanja premije osiguranja, u skladu sa ugovorom.

Osigurano lice može raskinuti ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju nakon isteka 12 mjeseci od dana zaključenja ugovora.

U slučaju raskida ugovora otkazni rok za obje ugovorne strane je 60 dana.

Član 68

Dopunsko zdravstveno osiguranje osigurana lica ostvaruju ukoliko imaju status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa ovim zakonom, u trajanju od najmanje dva mjeseca.

U slučaju prestanka dopunskog zdravstvenog osiguranja dužeg od 30 dana, staž osiguranja iz stava 1 ovog člana teče ponovo.

IV FOND

1. Organizacija i način rada Fonda

Član 69

Fond je organizacija koja vrši javna ovlašćenja u rješavanju o pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđenim ovim zakonom.

Fond ima svojstvo pravnog lica, sa pravima, obavezama i odgovornostima utvrđenim ovim zakonom i statutom Fonda.

Fond obavlja sljedeće poslove:

- 1) učestvuje u sprovođenju zdravstvene politike u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem;
- 2) sprovodi postupak javnih nabavki za potrebe javnih zdravstvenih ustanova, u skladu sa zakonom;
- 3) vodi evidenciju o osiguranim licima i obveznicima uplate doprinosa;

- 4) obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem prava osiguranih lica, brine o zakonitom ostvarivanju tih prava i pruža potrebnu stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa;
- 5) utvrđuje prioritete u finansiranju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 6) zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga i vrši kontrolu izvršenja ugovornih obaveza;
- 7) utvrđuje cijene zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem i način plaćanja;
- 8) obezbjeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;
- 9) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, godišnji plan javnih nabavki za javne zdravstvene ustanove, usvaja nacrt godišnjeg finansijskog plana i završni račun sa izvještajem o poslovanju u skladu sa zakonom.
- 10) vrši kontrolu izvršenja ugovora, cijena zdravstvenih usluga i kontrolu trošenja sredstava od strane davalaca zdravstvenih usluga;
- 11) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje zdravstvenog osiguranja u Crnoj Gori;
- 12) sprovodi zdravstveno osiguranje, u skladu sa ovim zakonom;
- 13) vrši i druge poslove u vezi sa sprovođenjem i ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, statutom i drugim aktima Fonda.

Godišnji plan javnih nabavki za javne zdravstvene ustanove donosi se u skladu sa Planom godišnjih potreba za lijekovima, medicinskim sredstvima i opremom, u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Ministarstvo i organ državne uprave nadležan za poslove finansija daju saglasnost na Plan javnih nabavki za javne zdravstvene ustanove.

Član 70

Organi Fonda su Upravni odbor i direktor.

Upravni odbor upravlja radom Fonda.

Upravni odbor Fonda ima sedam članova koje imenuje i razrješava Vlada, i to:

- 1) jednog člana na predlog reprezentativne sindikalne organizacije;
- 2) jednog člana na predlog reprezentativnog udruženja poslodavaca;
- 3) jednog člana na predlog Saveza udruženja penzionera;
- 4) jednog člana na predlog Ljekarske i Farmaceutске komore;
- 5) tri člana na predlog Ministarstva.

Ako ima više reprezentativnih udruženja poslodavaca, člana Upravnog odbora iz stava 2 tačka 2 ovog člana predlaže reprezentativno udruženje koje ima veći procenat zaposlenih u privredi Crne Gore.

Ministar nadležan za poslove zdravlja i ministar nadležan za poslove finansija članovi su Upravnog odbora po položaju.

Predsjednika i zamjenika predsjednika Upravnog odbora bira i razrješava Upravni odbor iz reda članova Upravnog odbora.

Član 71

Upravni odbor Fonda:

- 1) donosi statut i druge opšte akte, u skladu sa zakonom;
- 2) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, godišnji plan javnih nabavki za javne zdravstvene ustanove, usvaja nacrt godišnjeg finansijskog plana i završni račun sa izvještajem o poslovanju u skladu sa zakonom.
- 3) utvrđuje cijene zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem i način plaćanja;
- 4) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje i razvoj zdravstvenog osiguranja u Republici;

- 4a) utvrđuje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja.
5) vrši i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Član 72

Direktor organizuje rad i poslovanje Fonda, predstavlja i zastupa Fond, izvršava odluke Upravnog odbora i odgovoran je za zakonitost rada Fonda, rukovodi stručnom službom, predlaže opšte akte i vrši druge poslove, u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Direktora Fonda imenuje i razrješava, na osnovu konkursa, Upravni odbor Fonda, uz prethodnu saglasnost Vlade.

Direktor Fonda se imenuje na period od četiri godine.

Član 73

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

Stručna služba Fonda organizuje se u centrali i područnim jedinicama na način koji obezbeđuje efikasno obavljanje djelatnosti Fonda i ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Unutrašnja organizacija i sistematizacija stručne službe Fonda uređuje se aktom Fonda.

Na akt iz stava 3 ovog člana saglasnost daje Ministarstvo i organ državne uprave nadležan za poslove finansija.

Član 74

Statutom Fonda utvrđuju se naročito: organizacija Fonda, prava, obaveze i odgovornosti, odlučivanje i način rada Upravnog odbora, uslovi za imenovanje, djelokrug rada, prava, obaveze i odgovornosti direktora Fonda, javnost rada Fonda i njegovih organa, način obavljanja administrativnostručnih 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 osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja objavljuju se u "Službenom listu Republike Crne Gore".

Član 75

Rad Fonda je javan.

Fond je obavezan da, najmanje jedanput godišnje, a najkasnije do 31. marta tekuće godine, podnese Vladi izvještaj o radu za prethodnu godinu.

Član 76

Nadzor nad zakonitošću i cjelishodnošću rada Fonda vrši Ministarstvo, u skladu sa posebnim zakonom.

2. Odnos Fonda i davalaca zdravstvenih usluga

Član 77

Za pružanje zdravstvene zaštite iz člana 15 ovog zakona Fond zaključuje ugovore u skladu sa ovim zakonom.

Uslove za zaključivanje ugovora, rokove za izbor davaoca zdravstvenih usluga i zaključivanje ugovora, način plaćanja zdravstvenih i drugih usluga, postupak konačnog

obračuna, kao i druga pitanja od značaja za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, propisuje Ministarstvo zdravlja, na predlog Fonda.

Akt iz stava 2 ovog člana, utvrđuje se u odnosu na:

- ukupan broj građana i osiguranih lica;
- demografske karakteristike gravitaconog područja i zdravstvenog stanja građana i osiguranih lica sa tog područja;
- strukturu nivoa davanja zdravstvenih usluga sa određenog područja,
- cijena zdravstvenih usluga i programa zdravstvene zaštite, kao drugih pokazatelja.

Član 78

Za sprovođenje utvrđenog obima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Fond neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama utvrđenim Mrežom zdravstvenih ustanova, u skladu sa posebnim zakonom.

Za zdravstvene usluge koje se ne mogu obezbijediti u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori sa kojima Fond ima zaključene ugovore, Fond neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama van Crne Gore.

Član 79

Za zdravstvene usluge koje se ne mogu obezbijediti u okviru Mreže zdravstvenih ustanova, Fond može u skladu sa aktom iz člana 77 stav 2 ovog Zakona, da zaključi ugovore i sa zdravstvenim ustanovama van Mreže, na osnovu javnog poziva.

Za upućivanje javnog poziva iz stava 1 ovog člana prethodnu saglasnost daje Ministarstvo.

Član 80

Davaoci zdravstvenih usluga koji su zainteresovani za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvenih usluga sa Fondom, pored uslova utvrđenih aktom iz člana 77 stav 2 ovog zakona, dužni su da dostave i dokaze koje Fond utvrdi u javnom pozivu.

Upravni odbor Fonda donosi odluku o upućivanju javnog poziva i imenuje Komisiju za procjenu ispunjenosti uslova za zaključivanje ugovora.

Na osnovu izvještaja Komisije za procjenu ispunjenosti uslova za zaključivanje ugovora, direktor dostavlja predlog Upravnom odboru, na osnovu kojeg Upravni odbor donosi odluku o izboru davalaca zdravstvenih usluga.

Na osnovu odluke iz stava 3 ovog člana direktor zaključuje ugovor sa davaocima zdravstvenih usluga.

Davalac usluga sa kojim Fond nije zaključio ugovor ima pravo žalbe Ministarstvu, kao drugostepenom organu.

Član 81

Radi obezbjeđivanja zdravstvene zaštite iz člana 15 stav 1 tač. **6 i 8 ovog** zakona, Fond zaključuje ugovor sa davaocima specijalizovane medicinske rehabilitacije i isporučiocima medicinsko-tehničkih pomagala.

Član 82

Ugovori se zaključuju do 31. marta tekuće godine.

Ako se ugovor ne zaključi u roku iz stava 1 ovog člana, primjenjuju se odredbe iz prethodno zaključenog ugovora.

Sa zdravstvenim ustanovama iz člana 78 stav 1 ugovori se zaključuju na period od pet godina, a sa ostalim zdravstvenim ustanovama na period od dvije godine.

Ugovori iz stava 1 ovog člana usklađuju se aneksima ugovora za svaku budžetsku godinu, prema planiranim sredstvima u budžetu Fonda.

Član 83

Ugovorima iz člana 82 uređuju se odnosi između Fonda i davalaca zdravstvenih usluga u pružanju zdravstvene zaštite obuhvaćene zdravstvenim osiguranjem i to: vrsta, obim, odnosno kvantitet zdravstvenih usluga, mjere za obezbjeđivanje kvaliteta zdravstvene zaštite koja se pruža osiguranim licima, kadar za pružanje zdravstvenih usluga, naknada odnosno cijene po kojima 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 84

Fond vrši kontrolu trošenja sredstava koja je zdravstvena ustanova ostvarila na osnovu ugovora sa Fondom.

Kontrolu iz stava 1 ovog člana vrše službena lica po ovlašćenju direktora Fonda.

Bliži način, postupak, sadržaj i mjere kontrole iz stava 1 ovog člana uređuju se opštim aktom Fonda, na koji saglasnost daje Ministarstvo.

Član 85

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 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 Ljekarske ili Farmaceutске komore i jednog predstavnika Ministarstva.

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.

V NADZOR

Član 86

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

Poslove inspekcijuskog nadzora iz stava 1 ovog člana vrši organ uprave nadležan za poslove inspekcijuskog nadzora, preko zdravstvene inspekcije.

VI KAZNE NE ODREDBE

Član 87

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

- 1) osiguraniku ne isplati naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad (član 34);
- 2) osiguraniku ne isplati naknadu putnih troškova (član 42)
- 3) Fondu ne dostavi podatke iz člana 62 ovog zakona;

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu u državnom organu novčanom kaznom od 100 eura do 2.000 eura.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se preduzetnik novčanom kaznom od 200 eura do 6.000 eura.

Član 88

Novčanom kaznom od 500 eura do 1.500 eura kazniće se za prekršaj osiguranik, ako jenamjerno prouzrokovao spriječenost za rad ilinamjerno spriječi ozdravljenje ili bez opravdanog razloga spriječi osposobljavanje za rad ili za vrijeme bolovanja ostvaruje zaradu ili se bavi privatnom djelatnošću (član 40).

Član 89

Novčanom kaznom od 200 eura do 2 500 eura kazniće se za prekršaj izabrani doktor, odnosno doktor specijalista na sekundarnom i/ili tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, ako u zdravstveni karton ne upiše podatak da je lijek propisao uz sglasnost pacijenta ili na njegov zahtjev (član 18 stav 8).

Član 90

Novčanom kaznom od 500 eura do 1.500 eura kazniće se za prekršaj izabrani tim ili izabrani doktor ili članovi ljekarske komisije koji nezakonito utvrde privremenu spriječenost za rad iz člana

Član 91

Novčanom kaznom od 500 eura do 1.500 eura kazniće se za prekršaj izabrani tim ili izabrani doktor ili članovi ljekarske komisije koji nezakonito utvrde privremenu spriječenost za rad osiguranika iz člana 25 ovog zakona.

VII PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 92

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

Do donošenja propisa na osnovu ovog zakona primjenjivaće se važeći propisi, ako nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 93

Odredbe ovog zakona koje se odnose na prekograničnu zdravstvenu zaštitu primjenjivaće se danom stupanja u Evropsku uniju.

Član 94

Ovaj zakon stupa na snagu narednog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Republike Crne Gore".

O B R A Z L O Ž E N J E

1. USTAVNI OSNOV ZA DONOŠENJE ZAKONA

Ustavni osnov za donošenje Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju sadržan je u odredbi člana 16 stav 1 tačka 5 Ustava Crne Gore i članu kojim je predviđeno da svako ima pravo na zaštitu zdravlja, da majka i dijete uživaju posebnu zaštitu i da obaveznim osiguranjem zaposleni obezbjeđuju sebi i članovima porodice sve oblike socijalnog osiguranja.

2. RAZLOZI ZA DONOŠENJE ZAKONA

Crna Gora se svrstava među države sa socijalnim zdravstvenim osiguranjem (Bizmarkov model) u čijoj osnovi je princip solidarnosti koji pretpostavlja da svaki član zajednice, prema svojim ekonomskim mogućnostima, daje doprinos za pokrivanje troškova liječenja za sve članove zajednice kada imaju potrebu za liječenjem. Zakonom iz 2004. uspostavljen je normativni okvir sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, koji je po ugledu na evropske zemlje, prilagodio sistem ekonomskim promjenama, budući da su ograničena sredstva za finansiranje zdravstvene zaštite i visoki troškovi zdravstvene zaštite u prethodnom periodu doveli su do neadekvatne raspodjele finansijskog rizika i objektivno smanjili pristup korišćenju zdravstvene zaštite. Široko utvrđena prava, starenje stanovništva i uvođenje novih tehnologija u medicini, uz limitirane resurse, u osnovi su smanjila mogućnost korišćenja zdravstvene zaštite. Zbog posebnog značaja zdravlja, kao bitnog osnova kvalitetnog i punog života svakog građanina, sve države se suočavaju sa stalnim izazovima planiranja, razvijanja i unapređivanja zdravstvenog sistema, kako bi se obezbijedilo da se zdravstvena zaštita učini što efikasnijom, dostupnijom i kvalitetnijom za korišćenje. Javni sistemi moraju da posluju u okvirima raspoloživih sredstava, pa se u uslovima brzog razvoja novih tehnologija i novih lijekova postavljaju ozbiljna pitanja o tome kako realizovati pravičnost i jednakost u ostvarivanju prava kod liječenja svih bolesnika u javnim sistemima zdravstvene zaštite.

Zbog toga se i u evropskim državama često pristupa izmjenama odgovarajućih mehanizama za veću ekonomsku i finansijsku efikasnost zdravstvenih sistema i permanentnim dograđivanjem i modernizacijom sistema brine za usklađenost prava sa raspoloživim izvorima, i zaštitu socijalnih vrijednosti kao što su solidarnost, socijalna pravičnost i univerzalan pristup pravima iz zdravstvene zaštite.

Ni Crna Gora nije pošteđena navedenih izazova i u dosadašnjoj primjeni Zakona o zdravstvenom osiguranju koji je imao izmjenu u 2012. godini, uočeno je da je potrebno pristupiti određenim intervencijama kako bi se doprinijelo finansijskoj održivosti sistema zdravstvenog osiguranja i time poboljšao sistem zdravstvene zaštite građana.

Potreba promjena u farmaceutske politici i približavanja zdravstvenih usluga u ovom segmentu zdravstvene djelatnosti je jedan od razloga za donošenje Predloga a takođe, i obaveza transponovanja evropskih propisa u nacionalni pravni milje, te s tim u vezi prenošenja Direktive 2011/ 24 o pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti

3. USAGLAŠENOST SA EVROPSKIM ZAKONODAVSTVOM I MEĐUNARODNIM KONVENCIJAMA

Predlog zakona je djelimično usklađen sa Direktivom 2011/ 24 ESo pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

4. OBJAŠNJENJE OSNOVNIH PRAVNIH INSTITUTA

Odredbama čl. 1. do 11 definisan je predmet zakona, načela na kojima se zasniva sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, data su pojašnjenja pojedinih pojmova i utvrđena osigurana lica koja ostavaruju prava iz zdravstvenog osiguranja.

Čl. 12 do 25 definisana su osnovna prava iz obaveznog osiguranja i to: pravo na zdravstvenu zaštitu, pravo na troškove prevoza po osnovu ostavriavanja zdravstvene zaštite i pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene nesposobnosti za rad.

Biže se utvrđuje sadržaj prava na zdravstvenu zaštitu, a u skladu sa konceptom reformskih promjena i značajem prevencije i promocije zdravlja, propisuje se da se zdravstvena zaštita na primarnom nivou ostvaruje u potpunosti na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, sa izuzetkom učešća u iznosu od 5 % cijene zdravstvene usluge za sanitetski transport i fizikalnu terapiju u kući. Predlog zakona zadržava koncept dopunskog osiguranja koji je uveden izmjenama iz 2012.godine, modifikujući ga u smislu bolje zaštite osiguranika obaveznog zdravstvenog osiguranja. Tako je precizirano koja se zdravstvena zaštita u ustanovama na sekundarnom i tercijarnom nivou ostavljuje na teret obaveznog zdravstvenog sistema, u iznosu od 80% od cijene zdravstvene usluge. Razliku do punog iznosa cijene zdravstvene usluge plaća osigurano lice prilikom korišćenja zdravstvene usluge, a najviše do jedne polovine prosječne zarade u Crnoj Gori za prethodnu godinu. Za osigurana lica u dopunskom zdravstvenom osiguranju doplatu obezbjeđuje Fond ili društvo za osiguranje, a najviše do jedne polovine prosječne zarade u Crnoj Gori za prethodnu godinu. U slučaju da je iznos doplate veći od iznosa jedne polovine prosječne zarade u Crnoj Gori za prethodnu godinu, razlika se pokriva iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Bliže se uređuje način plaćanja razlike u cijeni koštanja zdravstvene usluge i cijene koju plaća osiguranik, odnosno sredstava osiguranja. Istim članom se precizira da osiguranik može da se osigura u dopunskom osiguranju, za navedeni iznos razlike.

Članom 18 propisana je značajna novina u načinu ostavriavanja prava osiguranih lica na lijekove sa Liste lijekova, koja, pored esencijalne liste sadrži i doplatnu listu. Esencijalna lista sadrži lijekove koji se osiguranicima obezbjeđuje u potpunosti na teret sredstava obaveznog osiguranja. Ljekove sa doplatne liste propisuje doktor, uz saglasnost pacijenta, i u tom slučaju pacijent plaća razliku između cijene koju plaća zdravstveno osiguranje i cijene koštanja lijeka. Osiguranik ima pravo i na izbor drugog lijeka istog INN sa esencijalne ili doplatne liste uz učešće u razlici između referentne i tržišne cijene toga lijeka.

Na iznos razlike u cijeni sa doplatne liste, osiguranik se ne može osigurati u dopunskom osiguranju. Na ovaj način osigurano lice učestvuje u izboru lijeka, a stvaraju se uslovi proširenja Liste lijekova sa većim brojem lijekova, uglavnom novim lijekovima, te time proširenja terapijskih mogućnosti.

Članom 19 propisuju se lica, oboljenja i stanja za koja se zdravstvena zaštita obezbjeđuje u punom iznosu cijene iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Odredbom člana 20 propisano je da Vlada utvrđuje obim prava iz zdravstvenog osiguranja koji se svim osiguranicima obezbjeđuje pod jednakim uslovima, u skladu sa finansijskim mogućnostima i programom zdravstvene zaštite. U utvrđivanju obima posebno se vodi računa o zaštiti vulnerabilnih lica. Ovakvim normiranjem obezbjeđuje se efikasnost i finansijska stabilnost obaveznog zdravstvenog osiguranja. Čl.21 i 22 precizirano je šta se ne smatra zdravstvenom zaštitom i koje zdravstvene usluge se ne plaćaju iz sredstava obaveznog osiguranja.

Odredbama čl. 24. do 32. Predloga zakona, utvrđuje se pravo na ostvarivanje zdravstvene zaštite zaposlenih u inostranstvu, kao i članova njihovih porodica. Posebno je uređena prekogranična zdravstvena zaštita, na koji način je prenijeta Direktiva o pravu pacijenata na prkograničnu zdravstvenu zaštitu i bliže se uređuje način ostavriavanja tog prava. Pod ovom zdravstvenom zaštitom podrazumijeva se pravo na upućivanje na liječenje, pravo na korišćenje zdravstvene zaštite za vrijeme privremenog boravka u državama, kao i pravo na

na drugu zdravstvenu zaštitu u skladu s odredbama propisa Europske unije, Direktive 2011/24/EU, ovoga zakona međunarodnih ugovora te opštih akata Fonda.

Odredbama čl.33 do 41 uređuje se pravo osiguranika na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad. Ovim odredbama zadržano je dosadašnje rješenje da se naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad određuje u visini od najmanje 70% od osnovice, propisuju slučajevi kada se naknada zarade određuje u visini 100% od osnovice, uređuje osnov za naknadu zarade, a novina je da u slučaju privremene spriječenosti za rad po osnovu održavanja trudnoće Fond isplaćuje naknadu zarade od 60.dana. Propisano je da bliži način ostvarivanja prava osiguranika na privremenu spriječenost za rad, kriterijume za utvrđivanje trajanja privremene spriječenosti za rad i ostvarivanja prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad utvrđuje Fond.

Članom 42 propisuje se pravo na troškove prevoza po osnovu ostavriavanja zdravstvene zaštite u drugom mjestu.U načinu ostavriavanju ovog prava nema promjena u odnosu na dosadašnja rješenja.

Odredbama čl.43 do 53 propisan je način ostavriavanja prava iz zdravstvenog osiguranja.Osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu kod izabranog tima ili izabranog doktora, registrovanim zdravstvenim ustanovama i kod drugih subjekata sa kojima Fond zaključi ugovor, u skladu sa zakonom, a osiguranik se upućuje radi liječenja van Crne Gore ako oboljenje od kojeg boluje nije moglo da se uspješno liječi u Crnoj Gori.Postupak ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu propisuje Ministarstvo. O priznavanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje Fond, po pravilu, bez donošenja rješenja. U postupku ostvarivanja prava utvrđenih ovim zakonom primjenjuju se odredbe zakona kojim je uređen opšti upravni postupak, ako ovim zakonom nije drukčije određeno. O pravima utvrđenim ovim zakonom u prvom stepenu odlučuje Fond, a u drugom stepenu Ministarstvo.Protiv konačnog rješenja iz stava 1 ovog člana može se pokrenuti upravni spor.

Odredbama čl.51 do 53 utvrđuje se finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja.Novina je osnivanje posebnog fonda za liječenje rijetkih bolesti i skupih intervencija. Fond bi se finansirao iz donacija i jednim dijelom iz Budžeta.

Odredbama čl.54 do 62 propisuje se način naknade štete u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja.Fond ima pravo na naknadu štete od

Osiguranik kome je na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja izvršena isplata na koju nije imao pravo, verzija člana - 39/2004 od lica koje je prouzrokovalo bolest, povredu ili smrt osiguranika, a za takvu štetu koju je Fondu prouzrokovao zaposleni na radu ili u vezi sa radom odgovara poslodavac kod koga je zaposleni radio u trenutku prouzrokovanja štete,odnosno zaposleni ako je štetu prouzrokovao namjerno.Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca, ako su bolest, povreda ili smrt osiguranika nastali usljed toga što nijesu sprovedene mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana. Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete i od doktora koji nezakonito utvrdi privremenu spriječenost za rad osiguranika, ako je zbog toga Fond isplatio naknadu zarade, od nadležne komisije, zbog nezakonitog rada, kao i od doktora, odnosno zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu djelatnost, ako nastane šteta zbog nepravilnog liječenja osiguranika.Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete i neposredno od osiguravajućeg društva koja je nastala upotrebom motornog vozila.

Odredbama čl. 63 do 69 Predloga se uređuje dopunsko osiguranje kojim građanin može sebi i članovima svoje porodice obezbijediti, premijom osiguranja, u okviru utvrđenih standarda, obezbijediti zdravstvene usluge koje su precizirane Predlogom, uz učešće sredstava zdravstvenog osiguranja do punog iznosa cijene usluge. Sprovođenje dopunskog osiguranja sprovodi Fondu i društav za osiguranje. Način i uslove korišćenja prava iz dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, visinu i način uplate premija utvrđuje Fond, uz saglasnost ministarstva, a drugo pravno lice u skladu sa posebnim zakonom.

Odredbama čl. 69 do 76 uređuje se organizacija Fonda za zdravstveno osiguranje, kao pravnog lica koje vrši javna ovlašćenja u rješavanju o pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđenim Predlogom.

Kontrola i javnost rada Fonda obezbjeđuje se kroz obavezno informisanje Vlade, o radu Fonda, nadzor nad zakonitošću i cjelishodnošću rada Fonda vrši Ministarstvo, utvrđuju se sredstva rezervi u Fondu za pokriće gubitaka Fonda. Ukoliko su sredstva rezervi nedovoljna za pokriće gubitaka Fonda, a time se dovede u pitanje ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, propisana je obaveza države da garantuje ostvarivanje ovih prava. Fond je aktivni subjekt u obezbjeđenju utvrđenog obima osiguranika na zdravstvenu zaštitu, putem zaključivanja ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga. Za sprovođenje utvrđenog obima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Fond neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama utvrđenim Mrežom zdravstvenih ustanova, u skladu sa posebnim zakonom., a za zdravstvene usluge koje se ne mogu obezbijediti u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori sa kojima Fond ima zaključene ugovore, Fond neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama van Crne Gore. Za zdravstvene usluge koje se ne mogu obezbijediti u okviru Mreže zdravstvenih ustanova, Fond može da zaključi ugovore i sa zdravstvenim ustanovama van Mreže, na osnovu javnog poziva. Za upućivanje javnog poziva iz stava 1 ovog člana prethodnu saglasnost daje Ministarstvo. Fond vrši kontrolu trošenja sredstava koja je zdravstvena ustanova ostvarila na osnovu ugovora sa Fondom. Kontrolu iz stava 1 ovog člana vrše službena lica po ovlaštenju direktora Fonda. Bliži način, postupak, sadržaj i mjere kontrole aktom Fonda, na koji saglasnost daje Ministarstvo.

5. NADZOR (Član 86)

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

Poslove inspekcijskog nadzora iz stava 1 ovog člana vrši organ uprave nadležan za poslove inspekcijskog nadzora, preko zdravstvene inspekcije.

6. KAZNE NE ODREDBE(87 do 91)

Propisuju se kaznene odredbe za poslodavce, zdravstvene ustanove, društva za osiguranje, nadležne državne organe i druga pravna lica, ukoliko ne dostavljaju Fondu podatke koje prikupljaju u obavljanju redovne djelatnosti, a koji su od značaja su za naknadu štete.

Kaznenim odredbama je pooštrena kaznena politika i utvrđena prekršajna odgovornost pravnih lica odnosno poslodavaca, osiguranika, doktora, u slučaju da postupaju suprotno odredbama ovog zakona.

7. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE (92-94)

Ovim odredbama regulišu se odgovarajuća pitanja prelaznog režima.

8. PROCJENA FINANSIJSKIH SREDSTAVA ZA SPROVOĐENJE ZAKONA

Za sprovođenje ovog zakona nijesu potrebna dodatna sredstva.