

Na osnovu člana 70. stav 1. tačka 2. Ustava Republike Srpske i člana 116. Poslovnika Narodne skupštine Republike Srpske ("Službeni glasnik Republike Srpske", broj 10/96), Narodna skupština Republike Srpske, na Sedmoj sednici održanoj 15. jula 1999. godine, donela je

ZAKON

O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

("Sl. glasnik RS", br. 18 od 16 jula 1999; 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09, 106/09)

I - OSNOVNE ODREDBE

Član 1.

Ovim zakonom uređuje se sistem obaveznog i proširenog zdravstvenog osiguranja, prava iz osiguranja, način ostvarivanja prava i načela privatnog zdravstvenog osiguranja.

Član 2.

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem obuhvaćeni su svi građani Republike Srpske i druga lica u skladu sa zakonom.

Član 3.

Ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske (u daljem tekstu: Fond) i poslodavci pod uslovima utvrđenim ovim zakonom i aktima Fonda.

Član 4.

Prava iz zdravstvenog osiguranja su:

- zdravstvena zaštita,
- naknada plate za vreme privremene nesposobnosti za rad, i
- druga prava utvrđena zakonom i aktima Fonda.

Prava iz zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, ne mogu se ugovorom menjati niti se mogu nasledivati.

Član 5.

Osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama i drugim organizacijama sa kojima Fond zdravstvenog osiguranja zaključi ugovor.

Član 6.

Sredstva za zdravstvenu zaštitu osiguranih lica obezbeđuju se u Fondu zdravstvenog osiguranja uplatom doprinosa osiguranika, drugih obveznika doprinosa i iz drugih izvora utvrđenih zakonom.

Član 7.

Zdravstvena zaštita u smislu ovog zakona podrazumeva mere kojima se:

- unapređuje zdravlje,
- sprečavaju i suzbijaju bolesti i povrede,
- rano otkrivaju oboljenja i blagovremeno leče,
- sprečava onesposobljenost i vrši osposobljavanje za životne i radne funkcije posle bolesti i povreda.

Član 8.

Sva osigurana lica imaju jednaka prava na zdravstvenu zaštitu.

Zakonom i aktima Fonda se utvrđuje koje grupe osiguranika i mere zdravstvene zaštite imaju prioritet, u ostvarivanju zdravstvene zaštite i druge pogodnosti zbog posebnog socijalno-medicinskog statusa i na osnovu drugih kriterijuma utvrđenih zakonom.

Član 9.

Obavezno zdravstveno osiguranje sprovodi Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske.

Fond je pravno lice.

Nadzor nad zakonitošću rada Fonda vrši ministarstvo nadležno za poslove zdravlja.

II - OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. Osigurana lica

a) Osiguranici

Član 10.

Obavezno osigurana lica prema ovom zakonu (u daljem tekstu: osiguranici) su:

1. lice u radnom odnosu (u daljem tekstu: osiguranik - radnik);
2. lice koje samostalno, u skladu sa zakonom obavlja privrednu ili profesionalnu delatnost kao osnovno zanimanje (u daljem tekstu: osiguranik samostalnih delatnosti);
3. lice koje obavlja sveštenu dužnost ili versku službu (u daljem tekstu: osiguranik verski službenik);
4. lice koje obavlja poljoprivrednu delatnost (u daljem tekstu: osiguranik zemljoradnik);
5. lice kome je priznato pravo na zdravstveno osiguranje prema Zakonu o pravima boraca, ratnih vojnih invalida i porodica poginulih boraca;
6. zaposleni za čijim radom je prestala potreba dok ostvaruju naknadu prema propisima o radnim odnosima;
7. nezaposleno lice dok je redovno prijavljeno Republičkom zavodu za zapošljavanje ukoliko ne prima materijalno obezbeđenje;
8. vanredni student dok je redovno prijavljen Republičkom zavodu za zapošljavanje;
9. korisnik penzije i prava na novčanu naknadu u vezi sa prekvalifikacijom ili dokvalifikacijom i zapošljavanjem, koje je ovo pravo ostvarilo prema propisima o penzijskom osiguranju;
10. državljanin Republike Srpske koji u celosti ili delimično ostvaruje penziju i invalidninu od inostranog isplatioca dok ima prebivalište na teritoriji Republike, ako međunarodnim sporazumom nije drugačije određeno;
11. lice koje je korisnik stalne novčane pomoći i lice smešteno u ustanovu socijalne zaštite, ako nisu osigurana po drugom osnovu;
12. izbeglo, raseljeno lice i povratnik, ako nije osigurano po drugom osnovu;
13. strani državljanin koji se školuje na teritoriji Republike Srpske, ako međunarodnim sporazumom nije drugačije određeno;
14. i druga lica za koja je uplaćen doprinos za zdravstveno osiguranje.

Član 11.

Osiguranik-radnik, u smislu ovog zakona je:

1. lice zaposleno u preduzeću i kod drugih domaćih pravnih i fizičkih lica;
2. aktivni oficir, odnosno aktivni podoficir i vojno lice po ugovoru;
3. lice zaposleno kod osiguranika samostalne delatnosti;
4. lice izabrano ili imenovano na odgovarajuću funkciju, ako za taj rad prima platu;
5. lice zaposleno u organizaciji ili kod poslodavca upućeno na rad u inostranstvo, pod uslovom da nije obavezno osigurano po propisima države u koju je upućeno na rad i ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno;
6. državljanin Republike Srpske koji je na teritoriji Republike zaposlen kod stranih ili međunarodnih organizacija, stranih konzularnih ili diplomatskih predstavništava i drugih stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno;
7. strani državljani i lice bez državljanstva koje je na teritoriji Republike Srpske zaposleno kod stranih pravnih ili fizičkih lica, kao i kod međunarodnih organizacija ili ustanova, stalnih diplomatskih ili konzularnih predstavništava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom.

Član 12.

Osiguranik samostalnih delatnosti, u smislu ovog zakona je:

1. zanatlija, ugostitelj, prevoznik i drugo lice koje obavlja privrednu uslužnu ili drugu delatnost, ako je delatnost koju obavlja registrovana u skladu sa propisima.
2. osnivač, odnosno vlasnik preduzeća, radnje ili njihovog dela koji u njima obavlja određene poslove, pod uslovom da nije obavezno osiguran po drugom osnovu.

Član 13.

Osiguranikom zemljoradnikom, u smislu ovog zakona, smatra se lice koje se bavi poljoprivrednom delatnošću kao jedinim glavnim zanimanjem, ako po osnovu obavljanja, te delatnosti ostvaruje sredstva za život i pod uslovom da nije osiguran po drugom osnovu.

b) Članovi porodice osiguranika

Član 14.

Prava iz zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se i članovima porodice lica iz člana 10. tačka 1. do 3. i tačka 5. do 14. kao i članovima domaćinstva iz člana 10. tačka 4. ovog zakona, ako ne ostvaruju prava iz zdravstvenog osiguranja po nekom drugom osnovu.

Članovi porodice, u smislu ovog zakona su:

1. članovi uže porodice: bračni drug i deca rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad, ako ispunjavaju uslove iz ovog zakona;

2. članovi šire porodice koje osiguranik izdržava.

Opštim aktom Fonda utvrđuje se ko se smatra članom šire porodice i uslovi pod kojima se smatra da ga osiguranik izdržava.

Domaćinstvom, u smislu ovog zakona, smatra se zajednica života, privređivanja i trošenja sredstava ostvarenih radom njenih članova bez obzira na srodstvo.

Član 15.

Bračni drug osiguranika ima prava iz zdravstvenog osiguranja dok je u braku sa osiguranikom.

Razvedeni bračni drug kome je sudskom odlukom utvrđeno pravo na izdržavanje ima prava iz zdravstvenog osiguranja, ako je u momentu razvoda bio stariji od 45 godina (žena), odnosno 55 godina (muškarac) ili bez obzira na godine života ako mu je u vreme razvoda utvrđena nesposobnost za rad u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Član 16.

Dete osiguranika ima prava iz zdravstvenog osiguranja do navršenih 15 godina, odnosno do navršene 26 godine života, ako je na redovnom školovanju, odnosno do navršenih 27 godina života ako je za vreme redovnog školovanja bio na odsluženju vojnog roka.

Dete iz stava 1. ovog člana koje je zbog bolesti prekinulo redovno školovanje ima prava iz zdravstvenog osiguranja i posle starosne granice utvrđene u stavu 1. ovog člana, ali najduže onoliko vremena koliko je trajao prekid školovanja zbog bolesti.

Ako dete iz stava 1. ovog člana postane nesposobno za samostalan život i rad u smislu propisa o invalidskom osiguranju pre nego što isteknu rokovi za redovno školovanje, ima prava iz zdravstvenog osiguranja dok takva nesposobnost traje.

Dete iz stava 1. ovog člana koje postane nesposobno za samostalni život i rad u smislu propisa o invalidskom osiguranju i posle uzrasta utvrđenom u stavu 1. ovog člana, ima prava iz zdravstvenog osiguranja dok takva nesposobnost traje, ako ga osiguranik izdržava zbog toga što nema sopstvenih prihoda za izdržavanje.

Deci osiguranika koja su starija od 15 godina, a ne nalaze se na redovnom školovanju, obezbeđuju se prava iz zdravstvenog osiguranja pod uslovima koji su opštim aktom Fonda utvrđeni za članove šire porodice.

v) Lica kojima se obezbeđuju prava iz zdravstvenog osiguranja u slučaju povrede na radu i profesionalne bolesti

Član 17.

Prava iz zdravstvenog osiguranja utvrđena ovim zakonom samo za slučaj povrede na radu i profesionalnog oboljenja, obezbeđuju se:

1. učenicima i studentima koji se u skladu sa zakonom nalaze na obaveznom proizvodnom radu, profesionalnoj praksi ili praktičnoj nastavi;

2. licima koja rade volonterski u skladu sa propisima o radnim odnosima;

3. licima za vreme omladinskog radnog angažovanja posredstvom zadruga učenika, studenata i nezaposlene omladine;

4. licima za vreme učešća u javnim radovima koje organizuje političko-teritorijalna zajednica;

5. licima koja se nalaze na stručnom osposobljavanju, dokvalifikaciji ili prekvalifikaciji po uputu nadležnog Republičkog zavoda za zapošljavanje;

6. licima koja u skladu sa propisima o radnim odnosima obavljaju privremene ili povremene poslove.

g) Lica kojima se obezbeđuje zdravstvena zaštita na osnovu zaključenih međunarodnih ugovora u skladu sa odredbama ovog zakona

Član 18.

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

2. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

a) zdravstvena zaštita,

b) naknada plate za vreme privremene nesposobnosti za rad.

a) Zdravstvena zaštita

Član 19.

Zdravstvena zaštita obuhvata:

1. Medicinske mere i postupke za unapređivanje zdravlja, sprečavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti i drugih poremećaja zdravlja;

2. Lekarske preglede i druge vrste medicinske pomoći u cilju utvrđivanja, praćenja i proveravanja zdravstvenog stanja;

3. Lečenje obolelih i povređenih i druge vrste medicinske pomoći;

4. Prevenciju i lečenje bolesti usta i zuba;
5. Medicinsku rehabilitaciju u bolničkim i vanbolničkim ustanovama;
6. Lekove, pomoćni materijal koji služi za primenu lekova i sanitetski materijal potreban za lečenje;
7. Proteze, ortopedska i druga pomagala, pomoćne i sanitarne sprave, stomato-protetsku pomoć i stomatološke materijale.

Član 20.

Obim, sadržaj i način ostvarivanja zdravstvene zaštite iz prethodnog člana utvrđuje Fond uz mišljenje ministarstva nadležnog za poslove zdravlja.

Član 21.

Zdravstvenom zaštitom u smislu člana 19. ovog zakona ne smatraju se:

1. medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, telesnog oštećenja i invalidnosti u postupcima kod drugih organizacija i organa, osim ispitivanja po uputu lekara, odnosno lekarske komisije;
2. zdravstveni pregledi radi zapošljavanja, upisa u srednje i više škole, fakultete i kurseve, dobijanje uverenja 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 organizacija kao i mere preventivne zdravstvene zaštite za privatna putovanja u inostranstvo i zdravstveni pregled za ta putovanja.

Član 22.

Osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu kod doktora porodične medicine, konsultativnih i dijagnostičkih službi u domu zdravlja, apoteci, u bolnici, klinici i specijalizovanim bolnicama.

Određene usluge se ostvaruju u Zavodu za zaštitu zdravlja Republike Srpske i drugim organizacijama.

Član 23.

Doktor porodične medicine provodi mere iz člana 19. tačka 1, 2. i 3. ovog zakona.

Delokrug rada i uslove za rad doktora porodične medicine propisuje ministarstvo nadležno za poslove zdravlja u skladu sa zakonom.

Član 24.

Osigurana lica mogu na teret Fonda koristiti zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama na osnovu uputa doktora porodične medicine, osim u slučajevima hitne medicinske pomoći.

Osigurana lica koriste zubo-zdravstvenu zaštitu, kao i usluge higijensko-epidemiološke službe bez uputa doktora porodične medicine.

Doktor porodične medicine je dužan da uz uput iz stava 1. ovog člana, obezbedi potrebnu medicinsku dokumentaciju u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Član 25.

Rehabilitaciju u specijalizovanim ustanovama kao produženo bolničko lečenje, osigurana lica mogu koristiti na osnovu uputa nadležne lekarske komisije.

Član 26.

Korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu reguliše Fond svojim aktima u skladu sa zakonom.

Član 27.

Osigurana lica koriste zdravstvenu zaštitu u najbližoj zdravstvenoj ustanovi na teritoriji na kojoj imaju prebivalište.

Licu koje je osigurano kao vlasnik preduzeća, odnosno radnje ili po osnovu samostalnog obavljanja privredne ili druge delatnosti obezbeđuju se prava iz zdravstvenog osiguranja prema sedištu preduzeća, odnosno radnje, odnosno prema mestu obavljanja delatnosti.

Član 28.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja može ostvarivati lice kojem je utvrđen status osiguranog lica.

Svoјstvo osiguranog lica stiče se podnošenjem prijave za zdravstveno osiguranje u Jedinствeni sistem registracije, kontrole i naplate doprinosa (u daljem tekstu: Jedinствeni sistem), koji vodi Poreska uprava Republike Srpske, a dokazuje se propisanom ispravom (u daljem tekstu: zdravstvena knjižica).

Overu zdravstvene knjižice vrši nadležna služba Fonda na osnovu dokaza iz Jedinствenog sistema da je obveznik doprinosa uplatio sve dospеле obaveze po osnovu doprinosa za zdravstveno osiguranje do 20. u mesecu za protekli mesec.

Pod podmirivanjem dospelih obaveza od strane privatnih poslodavaca podrazumeva se da je poslodavac izmirio sve obaveze za sebe i za zaposlene radnike do 20. u mesecu za protekli mesec.

Lica koja ne mogu dokazati svoјstvo osiguranika, odnosno osiguranog lica na način utvrđen u ovom članu,

prilikom korišćenja prava iz zdravstvenog osiguranja dužna su sama snositi nastale troškove, osim u slučaju hitne medicinske pomoći.

Član 29.

Zdravstvena zaštita osiguranim licima obezbeđuje se u skladu sa standardima medicinskih usluga koje propisuje ministarstvo nadležno za poslove zdravlja.

b) Naknada plata za vreme privremene nesposobnosti za rad

Član 30.

Privremenu nesposobnost za rad utvrđuje ovlašćeni lekar pojedinac do 30 dana, a preko 30 dana nadležne lekarske komisije.

Opštim aktom Fonda utvrdiće se način imenovanja i nadležnosti stručno-medicinskih organa iz prethodnog stava.

Član 31.

Pravo na naknadu neto plate za vreme privremene nesposobnosti za rad imaju osiguranici zaposleni u državnim i privatnim preduzećima i ustanovama.

Naknadu plate za prvih 30 dana privremene nesposobnosti za rad obezbeđuje poslodavac iz svojih sredstava, a po isteku 30 dana, a najduže do 12 meseci naknadu neto plate obezbeđuje Fond.

Član 32.

Osnov za obračun naknade plate za vreme privremene nesposobnosti za rad je neto plata koju bi radnik ostvario da je bio na radu, s tim što ne može biti veći od neto plate koja služi kao osnov za obračun i uplatu doprinosa za zdravstveno osiguranje.

Član 33.

Naknada plate za vreme privremene nesposobnosti za rad određuje se najmanje 70% od osnova za naknadu iz prethodnog člana, s tim da ne može biti veća od 90% od plate koju bi osiguranik ostvario da je bio na radu.

Član 34.

Fond svojim aktima bliže uređuje način utvrđivanja neto naknade koja se isplaćuje na teret Fonda i druga pitanja u vezi sa naknadom neto plate.

Opštim aktima državnih preduzeća, privatnih preduzeća i ustanova bliže se utvrđuju pitanja u vezi isplate naknada plate na teret poslodavca.

Član 35.

Naknada plate pripada osiguranicima u skladu sa odredbama ovog zakona ako su:

1. usled bolesti ili povrede privremeno nesposobni za rad,
2. sprečeni da rade zbog medicinskog ispitivanja,
3. izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u njihovoj okolini,
4. određeni da neguju obolelog člana uže porodice pod uslovima utvrđenim ovim zakonom odnosno aktom Fonda,
5. sprečeni da rade zbog dobrovoljnog davanja tkiva i organa.

Član 36.

Naknada plate osiguraniku iz člana 31. ovog zakona zbog nege obolelog člana uže porodice mlađeg od 15 godina pripada najduže do 15 dana u toku kalendarske godine, a ako je oboleli član uže porodice stariji od 15 godina najduže do 7 dana u toku kalendarske godine.

Član 37.

Naknada plate, u skladu sa ovim zakonom, pripada od prvog dana privremene nesposobnosti za rad i za svo vreme trajanja, ali samo za vreme za koje bi osiguranik primao platu da nije nastupila privremena nesposobnost za rad.

Ako je privremena nesposobnost za rad nastala zbog povrede na radu ili profesionalnog oboljenja naknada plate pripada osiguraniku od prvog dana sprečenosti za rad i za svo vreme njenog trajanja na teret poslodavca.

Pravo na naknadu plate prestaje kada rešenje o utvrđenoj invalidnosti prema propisima o invalidskom osiguranju postane pravosnažno.

Član 38.

U slučaju dužeg trajanja privremene nesposobnosti za rad prouzrokovane bolešću ili povredom, a najkasnije do isteka jedne godine neprekidne nesposobnosti za rad, doktor porodične medicine je dužan da radnika sa potrebnom medicinskom dokumentacijom uputi nadležnom organu za ocenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti prema propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Organizacija penzijskog i invalidskog osiguranja dužna je da izvrši ocenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti

u roku od 60 dana od dana podnošenja zahteva za ocenu radne sposobnosti, a za to vreme naknadu neto plate obezbeđuje Fond.

Istekom roka iz prethodnog stava naknadu plate obezbeđuje nadležna organizacija za penzijsko i invalidsko osiguranje.

Član 39.

Osiguraniku ne pripada naknada plate:

1. ako je namerno prouzrokovao nesposobnost za rad,
2. ako je nesposobnost za rad prouzrokovao pijanstvom,
3. ako se za vreme privremene nesposobnosti za rad bavi privrednom ili drugom aktivnošću kojom ostvaruje prihod,
4. ako je namerno sprečavao ozdravljenje,
5. ako se bez opravdanog razloga ne podvrgne lečenju, osim ako za lečenje nije potreban pristanak predviđen posebnim propisima,
6. ako se bez opravdanog razloga ne javi lekaru za ocenu sposobnosti ili se ne odazove na lekarski, odnosno komisijski pregled u zakazano vreme.

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

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

Naknada plate ne pripada licima na izdržavanju kazne zatvora i licima prema kojima se sprovodi mera bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi kao i obaveznog lečenja alkoholičara i narkomana u zdravstvenoj ustanovi.

Član 40.

(Brisan)

Član 41.

U postupku ostvarivanja prava utvrđenih ovim zakonom primenjuju se odredbe Zakona o opštem upravnom postupku, ako ovim zakonom nije drugačije određeno.

O pravima utvrđenim ovim zakonom u prvom stepenu rešava nadležna služba Fonda gde je osiguranik, odnosno osigurano lice prijavljeno na osiguranje, a u drugom stepenu Fond.

Član 42.

Protiv konačnog akta Fonda može se pokrenuti upravni spor u roku od 30 dana od dana prijema akta.

Član 43.

Fond vodi evidenciju u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom i podacima iz Jedinstvenog sistema.

Fond propisuje evidencije u vezi sa ostvarenjem prava iz zdravstvenog osiguranja, podatke koji se u njima vode, obaveze u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, obrazac zdravstvene knjižice i postupak za njeno izdavanje i korišćenje.

Lično učešće u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih lica

Član 44.

Osigurana lica učestvuju u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite.

Upravni odbor Fonda utvrđuje visinu učešća osiguranih lica u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite, kao i kategorija osiguranih lica koja ne podležu ličnom učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite, uz prethodnu saglasnost ministarstva nadležnog za poslove zdravlja.

Pri utvrđivanju visine učešća u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite Upravni odbor Fonda uzima u obzir sledeće kriterijume: težina bolesti, visina troškova ispitivanja i lečenja i imovinsko stanje osiguranih lica.

Član 45.

Ličnom učešću u troškovima zdravstvene zaštite ne podležu.

1. žene u toku trudnoće i do godinu dana starosti rođenog deteta,
2. deca do navršanih 15 godina života,
3. oboleli od određenih zaraznih bolesti,
4. stara lica u skladu sa Zakonom.

Član 46.

Ličnog učešća u troškovima zdravstvene zaštite oslobođena su osigurana lica kod sprovođenja sledećih mera:

- unapređivanje zdravlja kod pojedinaca i grupa stanovništva;
- sprečavanju i suzbijanju bolesti i povreda prema posebnom programu;
- otkrivanja i suzbijanja faktora rizika određenih bolesti prema posebnom programu.

Programne za provođenje mera iz ovog člana donosi ministarstvo nadležno za poslove zdravlja.

III - ORGANIZACIJA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 47.

Organi Fonda su upravni odbor, nadzorni odbor i direktor.

Član 48.

Upravni odbor sastoji se od devet članova i imenuje ga Vlada Republike Srpske javnim konkursom, a na osnovu utvrđenih kriterija.

Upravni odbor čine: četiri predstavnika osiguranika, tri predstavnika zdravstvenih radnika iz zdravstvenih ustanova i dva predstavnika poslodavaca.

Predsjednik i članovi upravnog odbora imenuju se na period od četiri godine.

Djelokrug i način rada, kao i druga pitanja od značaja za rad upravnog odbora uređuju se Statutom Fonda.

Vlada Republike Srpske daje saglasnost na Statut Fonda.

Član 49.

Upravni odbor Fonda u skladu sa zakonom i Statutom Fonda vrši sljedeće poslove:

1. donosi Statut Fonda, uz saglasnost Vlade Republike Srpske,
2. donosi druge opšte akte Fonda,
3. donosi planove i programe rada uz saglasnost Vlade Republike Srpske,
4. predlaže stope doprinosa za zdravstveno osiguranje,
5. stara se o efikasnom radu i poslovanju Fonda,
6. donosi finansijski plan Fonda, uz saglasnost Vlade Republike Srpske,
7. usvaja izvještaj o poslovanju i godišnji obračun i dostavlja Vladi Republike Srpske,
8. utvrđuje kriterije za finansiranje zdravstvenog osiguranja,
9. donosi odluke, rješenja i druga akta na osnovu ovlašćenja i zakona,
10. uređuje poslove i način korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu,
11. razmatra i usvaja minimalni paket osnovne zdravstvene zaštite na osnovu raspoloživih sredstava uz prethodnu saglasnost Vlade Republike Srpske,
12. u dogovoru sa zdravstvenom komorom odlučuje o cijenama zdravstvenih usluga i načinu ugovaranja između Fonda i zdravstvenih ustanova,
13. donosi poslovnik o svom radu,
14. vrši i druge poslove utvrđene zakonom i Statutom Fonda.

Član 50.

Nadzorni odbor Fonda sastoji se od predsjednika i dva člana koje imenuje Vlada Republike Srpske.

Članovi nadzornog odbora imenuju se na period od četiri godine.

Nadzorni odbor vrši nadzor nad radom i poslovanjem Fonda i najmanje jednom godišnje izvještava upravni odbor Fonda i Vladu Republike Srpske.

Djelokrug i način rada nadzornog odbora, kao i druga pitanja od značaja za rad nadzornog odbora, uređuju se Statutom Fonda.

Član 51.

Direktor Fonda predstavlja Fond, rukovodi Fondom i obavlja druge poslove utvrđene zakonom i statutom Fonda.

Direktora Fonda imenuje Vlada Republike Srpske na period od četiri godine.

Direktor se bira putem konkursa.

IV - FINANSIRANJE OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 52.

Prihod Fonda čine sredstva:

1. doprinosa za obavezno i prošireno zdravstveno osiguranje,
2. iz budžeta,
3. donacija,
4. po konvencijama,
5. iz drugih sredstava u skladu sa zakonom.

Član 53.

Sredstva za uplatu doprinosa za lica iz člana 10. tačka 7. Zakona o zdravstvenom osiguranju, Zavodu za zapošljavanje Republike Srpske obezbjeđuje Vlada Republike Srpske iz budžeta u skladu sa Zakonom o doprinosima.

Član 54.

Osnovice i stope za obračun obaveznog doprinosa za zdravstveno osiguranje utvrđuju se Zakonom o doprinosima.

U slučaju da ukupno odobrena sredstva nisu dovoljna za pokrivanje zakonom utvrđenih prava, Vlada Republike Srpske donosi odluku o načinu pokrivanja nedostajućih sredstava.

Član 55.

(Brisan)

Član 56.

Pri raspoređivanju sredstava Fonda u tekućoj godini upravni odbor Fonda dužan je da prvenstveno obezbedi sredstva za zdravstvene prioritete, primarnu zdravstvenu zaštitu i osnovni paket zdravstvene zaštite.

Član 57.

Fond obrazuje rezervu.

Rezerva Fonda obrazuje se:

1. izdvajanjem određenog procenta iz sredstava ostvarenih doprinosom u visini koju odredi upravni odbor Fonda;
2. izdvajanjem viška dela prihoda nad rashodima ostvarenog u prethodnoj godini.

Izdvajanje za rezerve vrši se dok rezerve ne dostignu visinu od 5% od rashoda Fonda u prethodnoj godini.

Sredstva rezervi Fonda mogu se koristiti u toku godine za izvršavanje tekućih obaveza Fonda.

Član 58.

Odnosi između Fonda i zdravstvenih ustanova (državnih i privatnih), u vezi sa pružanjem zdravstvene zaštite osiguranim licima, regulišu se ugovorom, gde prioritet imaju akreditovane zdravstvene ustanove.

Član 59.

Ugovorom iz prethodnog člana ovog zakona uređuju se naročito: vrsta, obim i kvalitet zdravstvenih usluga koje se pružaju osiguranim licima Fonda, plaćanje ugovorenih usluga, odnosno programa zdravstvene zaštite, način obračunavanja usluga, način rešavanja spornih pitanja i druga međusobna prava i obaveze ugovarača.

Zdravstvene usluge pružene osiguranim licima u hitnim slučajevima plaćaju se zdravstvenoj ustanovi i u slučaju kada nije zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga.

Član 60.

Fond ugovara usluge primarne zdravstvene zaštite sa doktorom porodične medicine.

Fond ugovara sa domom zdravlja konsultativne usluge specijalista i laboratorijske usluge koje se vrše po uputu doktora porodične medicine.

Fond ugovara zdravstvene usluge specijalističkih službi i usluga bolničkog lečenja sa bolnicama na svom području, koje se vrše po uputu doktora porodične medicine.

Fond ugovara usluge visoko specijalizovane zdravstvene zaštite, odnosno usluge za koje su potrebna složena dijagnostička ispitivanja i lečenje sa kliničkim centrom, specijalnim bolnicama, zavodima i institutima.

Fond ugovara sa apotekama i apotekarskim ustanovama izdavanje lekova na recept utvrđenih pozitivnom listom lekova.

Član 61.

Cene zdravstvenih usluga utvrđuje Fond i Zdravstvena komora Republike Srpske.

Fond i Zdravstvena komora utvrđuju jedinstveni cenovnik zdravstvenih usluga i lekova koji usvaja upravni odbor Fonda, a primenjuje se prilikom pružanja zdravstvenih usluga bez uputa nadležnog doktora porodične medicine i kada se radi o uslugama pruženim osiguranicima proširenog i privatnog osiguranja.

U slučaju da se Fond i Zdravstvena komora ne slože oko pitanja cena zdravstvenih usluga i drugih pitanja iz zajedničke nadležnosti spor rešava arbitražna komisija koju obrazuje ministarstvo nadležno za poslove zdravlja, a čine je po jedan predstavnik iz Fonda, Zdravstvene komore i po jedan predstavnik ministarstva nadležnog za poslove zdravlja i državnog organa nadležnog za poslove finansija.

Komisija odlučuje većinom glasova.

V - NAKNADA ŠTETE U SPROVOENJU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 62.

Osiguranik kome je na teret Fonda izvršena isplata na koju nije imao pravo, dužan je da vrati primljeni iznos:

1. ako je na osnovu netačnih podataka za koje je znao ili morao znati da su netačni ili na drugi protivpravan način ostvario pravo iz zdravstvenog osiguranja, odnosno primanje na koje nije imao pravo ili ga je ostvario u većem obimu nego što mu pripada;

2. ako je ostvario primanje, a nije prijavio nastale promene koje utiču na gubitak ili obim nekog prava, a znao je ili je morao znati za te promene;

3. ako je primio novčane isplate u iznosu većem od onoga koji mu je određen rešenjem.

Rokovi zastarelosti potraživanja iz prethodnog stava ovog člana počinju teći od dana kada je u upravnom postupku rešenjem kojim je utvrđeno da isplaćeno primanje ne pripada osiguraniku ili mu pripada u manjem obimu, odnosno od dana kada je izvršena poslednja nepravilna isplata.

Član 63.

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

Za štetu koju je Fond u slučajevima iz stava 1. ovog člana prouzrokovao radnik na radu ili u vezi sa radom, odgovara preduzeće, odnosno poslodavac kod koga radnik radi u trenutku prouzrokovanja štete.

Fond ima pravo, u slučaju iz stava 2. ovog člana da zahteva naknadu štete i neposredno od radnika ako je štetu prouzrokovao namerno.

Član 64.

Fond ima pravo da zahteva naknadu štete od preduzeća, odnosno poslodavca, ako su bolest, povreda ili smrt bolesnika nastali usled toga što nisu sprovedene mere zaštite na radu ili druge mere za zaštitu građana.

Fond ima pravo da zahteva naknadu štete od preduzeća, odnosno poslodavca i kada je šteta nastala usled toga što je radnik stupio na rad bez propisanog prethodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se zdravstvenim pregledom utvrdi da radnik prema svom zdravstvenom stanju nije bio sposoban za rad na određenom poslu.

Član 65.

Fond ima pravo da zahteva naknadu štete od preduzeća, odnosno poslodavca:

1. ako je šteta nastala usled toga što nisu 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 radnika na posao ili što nije podnesena prijava o promenama koje utiču na gubitak ili obim prava ili ako je prijava podnesena posle propisanog roka.

Fond ima pravo da zahteva naknadu štete od osiguranika koji je dužan sam da podnosi prijave ili da daje određene podatke u vezi sa zdravstvenim osiguranjem, ako je šteta nastala usled toga što prijava nije podneta ili nisu dati podaci ili su dati neistiniti podaci.

Član 66.

Fond ima pravo da zahteva naknadu štete od lekara koji nezakonito utvrdi sprečenost za rad osiguranika, ako je zbog toga Fond isplatio naknadu.

Ako je šteta iz stava 1. ovog člana nastala zbog nezakonitog rada lekarskih komisija za štetu odgovaraju članovi lekarske komisije.

Fond ima pravo na naknadu štete, od lekara odnosno organizacije koja obavlja zdravstvenu delatnost, ako šteta nastane zbog nepravilnog lečenja osiguranika odnosno osiguranog lica.

Član 67.

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

Član 68.

Fond ima pravo da zahteva naknadu troškova lečenja za svoje osiguranike neposredno od zajednice osiguranja imovine i lica koja je nastala upotrebom motornog vozila osiguranog kod te zajednice.

Član 69.

Prema odredbama člana 62. do 67. ovog zakona naknadu štete može zahtevati i preduzeće i drugi poslodavac koji pretrpi štetu u sprovođenju zdravstvenog osiguranja svojih radnika, kao i drugi nosioci zdravstvenog osiguranja.

Na naknadu štete Fondu, preduzeću, poslodavcima i drugim nosiocima zdravstvenog osiguranja, koju pretrpe u sprovođenju zdravstvenog osiguranja, primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Član 70.

Kada Fond utvrdi da mu je u sprovođenju zdravstvenog osiguranja prouzrokovana šteta, pozvaće lice koje je štetu prouzrokovalo da u određenom roku štetu nadoknadi.

Ako u postavljenom roku šteta ne bude nadoknađena zahtev za naknadu štete Fond može ostvariti tužbom kod

nadležnog suda.

VI - PROŠIRENO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 71.

Fond može osiguravati građane Republike Srpske i druga lica za prava koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, za oslobađanje učešća u ličnim troškovima za zdravstvenu zaštitu, za ostvarivanje zdravstvene zaštite iznad pripisanih prava i druge zdravstvene usluge.

Član 72.

Prošireno zdravstveno osiguranje mogu obezbediti i preduzeća i druga pravna lica za svoje zaposlene.

Član 73.

Upravni odbor Fonda svojim aktom utvrđuje uslove i način korišćenja prava iz proširenog zdravstvenog osiguranja.

Član 74.

Sredstva iz proširenog zdravstvenog osiguranja vode se na posebnom računu.

Član 75.

Direktor Fonda vrši upravne i druge poslove iz proširenog osiguranja u skladu sa statutom i odlukom upravnog odbora Fonda o uslovima i načinu korišćenja prava iz proširenog zdravstvenog osiguranja.

VII - PRIVATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 76.

Građani Republike Srpske i druga lica mogu se osigurati kod privatne agencije za zdravstveno osiguranje za prava iz zdravstvenog osiguranja i prava koja nisu obuhvaćena obaveznim i proširenim zdravstvenim osiguranjem.

Član 77.

Uslove za osnivanje privatne organizacije zdravstvenog osiguranja, obaveze prema osiguranicima i načela organizacije propisuje ministarstvo nadležno za poslove zdravlja.

Član 78.

Privatne agencije zdravstvenog osiguranja ugovaraju pružanje zdravstvenih usluga direktno sa zdravstvenim ustanovama na osnovu jedinstvenih cena zdravstvenih usluga koje utvrđuje Fond i zdravstvene komore.

Član 79.

Nadzor nad zakonitošću rada privatne agencije za zdravstveno osiguranje vrši ministarstvo nadležno za poslove zdravlja.

Član 80.

(Brisan)

Član 81.

(Brisan)

IX - KAZNE ODREDBE

Član 82.

Novčanom kaznom od 3.000 KM do 15.000 KM kazniće se preduzeće, odnosno zdravstvena ustanova, a odgovorno lice novčanom kaznom od 200 KM do 1.500 KM:

1. ako protivno odredbama ovog zakona uskrati ili ograniči prava koja osiguraniku pripadaju po ovom zakonu;
2. ako proširi pravo osiguranika ili omoguću neko pravo licu kome to pravo po ovom zakonu ne pripada uopšte ili ne pripada u tom obimu;
3. ako ne vodi ili neuredno vodi propisane evidencije o osiguranicima;
4. ako uskrati davanje pojedinih podataka Fondu ili da netačne podatke i obaveštenja o osiguranom licu ili spreči pregled poslovnih knjiga ili evidencija koje se odnose na zdravstveno osiguranje;
5. ako ne podnese prijavu na zdravstveno osiguranje osiguranika, odjavu, ili promenu prijave, ili ove prijave podnese po isteku propisanog roka, ili podnese neurednu prijavu, ili prijavu sa netačnim podacima o osiguraniku;
6. ako uskrati potrebnu medicinsku pomoć licu koje ima pravo na zdravstvenu zaštitu po ovom zakonu;
7. ako namerno spreči osigurano lice u ostvarivanju prava po ovom zakonu ili mu pomogne u protivzakonitom korišćenju prava iz zdravstvenog osiguranja;

8. ako namerno omogući korišćenje prava iz zdravstvenog osiguranja po ovom zakonu licu koje nema na to pravo. Novčanom kaznom od 1.000 KM do 9.000 Km kazniče se privatni poslodavac za prekršaje iz ovog člana.

Član 83.

Novčanom kaznom od 100 KM do 1.500 KM kazniče se osigurano lice:

1. ako svesno prouzrokuje nesposobnost za rad;
2. ako namerno spreči ozdravljenje ili osposobljavanje za rad;
3. ako za vreme bolovanja ostvaruje zaradu ili se bavi privatnom delatnošću.

X - PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 84.

Stupanjem na snagu ovog zakona Fond preuzima imovinu i zaposlene radnike Javnog fonda za zdravstveno osiguranje Republike Srpske.

Član 85.

Fond je obavezan da usaglasí svoje opšte akte u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 86.

Do donošenja akata iz prethodnog člana primenjivaće se odgovarajući opšti akti koji su na snazi na teritoriji Republike Srpske u momentu stupanja na snagu ovog zakona.

Član 87.

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaje da važi Zakon o zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik Republike Srpske", br. 12/93 i 14/94).

Član 88. 

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