ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU BRČKO DISTRIKTA BOSNE I HERCEGOVINE ("Sl. glasnik Brčko distrikta BiH", br. 19/2020 - prečišćen tekst i 14/2024)

ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU BRČKO DISTRIKTA BOSNE I HERCEGOVINE

("Sl. glasnik Brčko distrikta BiH", br. 19/2020 - prečišćen tekst i 14/2024)

I OSNOVNE ODREDBE

Član 1

Zdravstveno osiguranje, kao dio socijalnog 1. osiguranja građana, jedinstveni je sistem u okviru koga građani - ulaganjem sredstava na načelima uzajamnosti i solidarnosti, u okviru Brčko Distrikta Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Distrikt) osiguravaju realizaciju prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava proizašlih iz zdravstvenog osiguranja na način utvrđen ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu zakona, pod uslovom da je plaćen propisani doprinos.

Član 2

Za potrebe ovog zakona slijedeći termini imaju značenje:

1. "obavezno zdravstveno osiguranje" predstavlja vid osiguranja koje je obavezujuće za sva zaposlena i druga lica određena ovim zakonom, kojima se nakon uplate propisanog doprinosa obezbjeđuje

zdravstvena zaštita na nivou osnovnog paketa usluga, kao i druga prava određena ovim zakonom;

2. "prošireno zdravstveno osiguranje" predstavlja vid dodatnog osiguranja koje se odnosi na usluge izvan osnovnog paketa usluga, a obezbjeđuje se putem Fonda zdravstvenog osiguranja Distrikta;

3. "dobrovoljno zdravstveno osiguranje" predstavlja poseban vid osiguranja kojim se licima za koja se ne može jasno odrediti kategorija osiguranja obezbjeđuju usluge istovjetne uslugama obaveznog zdravstvenog osiguranja;

4. "član porodice" podrazumjeva supružnika (drugog člana bračnog para) i djecu rođenu u braku, van braka, usvojenu, pastorčad ili djecu uzetu na izdržavanje;

5. "primarna zdravstvena zaštita" predstavlja skup aktivnosti porodičnog ljekara, stomatološku zaštitu, hitnu medicinsku pomoć, zdravstvenu zaštitu žena i djece, specijalističku, dijagnostičku, farmaceutsku djelatnost i zaštitu mentalnog zdravlja;

6. "specijalističko-konsultativna zaštita" predstavlja skup mjera, aktivnosti i postupaka u svrhu dijagnosticiranja, medicinskog tretmana i rehabilitacije bolesnika kojima, imajući u vidu prirodu oboljenja i druge okolnosti, bolničko liječenje nije neophodno;

7. "bolnička zdravstvena zaštita" predstavlja mjere, aktivnosti i postupke preduzete u svrhu dijagnosticiranja, tretmana i medicinske rehabilitacije bolesnika u odgovarajućim stacionarnim zdravstvenim ustanovama;

8. "pravilnik" predstavlja skup internih pravila Fonda zdravstvenog osiguranja Distrikta koja regulišu zdravstvenu zaštitu, novčane naknade i druga prava, kao i odnose između davaoca zdravstvenih usluga i Fonda zdravstvenog osiguranja i druga pitanja u vezi s tim, u skladu sa ovim zakonom.

Član 3

(1) Doprinosi za zdravstveno osiguranje lica iz člana 18. plaćaju se na osnovu mjesta prebivališta po propisima Brčko distrikta BiH.

(2) U okviru Distrikta sredstva za zdravstveno osiguranje mogu se ulagati i na dobrovoljnoj osnovi.

(3) Stanovnici Distrikta upućeni na rad u inostranstvu su obavezno osigurani i imaju pravo na usluge regulisane ovim zakonom.

Član 4

Pod uslovima određenim ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu zakona, građani Distrikta imaju pravo na zdravstveno osiguranje koje obuhvata:

1. Obavezno zdravstveno osiguranje

2. Prošireno zdravstveno osiguranje

3. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Član 5

(1) Realizaciju prava iz zdravstvenog osiguranja Distrikt osigurava putem posebne ustanove koja se formira odlukom Skupštine Distrikta, a koja će poslovati pod imenom: "Fond zdravstvenog osiguranja Brčko Distrikta Bosne i Hercegovine" (u daljem tekstu: Fond zdravstvenog osiguranja).

(2) Odlukom iz stava 1 ovog člana odrediće se organizacija, djelokrug rada, način upravljanja i druga pitanja u vezi sa funkcionisanjem Fonda zdravstvenog osiguranja i izvršenjem prava i obaveza određenih ovim zakonom.

Član 6

(1) Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje imaju sva zaposlena lica i druga lica koja obavljaju određene djelatnosti ili imaju određeno svojstvo, propisano ovim zakonom.

(2) Obavezno zdravstveno osiguranje se odnosi na sva lica iz člana 18 ovog zakona (u daljem tekstu - osiguranici).

(3) Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje imaju i članovi porodice osiguranika, kad je to određeno ovim zakonom.

Član 7

(1) Obaveznim zdravstvenim osiguranjem obezbjeđuje se osiguranicima i članovima njihovih porodica, pod uslovima

propisanim ovim zakonom, pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade i pomoći određene ovim zakonom. Obim prava iz obaveznog zdravstvenog (2) osiguranja određuje se ovim zakonom i na osnovu njega donesenim propisima.

Član 8

(1) Obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje zasnivaju se na načelima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika u okviru Distrikta.

(2) Obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje se takođe mogu zasnivati na principima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika Distrikta sa osiguranicima iz Entiteta Bosne i Hercegovine: Federacije Bosne i Hercegovine i Republike Srpske (u daljem tekstu: Entiteti), kao i uzajamnosti i solidarnosti Fonda zdravstvenog osiguranja Distrikta sa istovjetnim Fondovima- Zavodima u Entitetima, a u skladu sa ovim zakonom i na osnovu njega zaključenim ugovorima.

Član 9

(1) Sva osigurana lica su ravnopravna u ostvarivanju svojih prava iz zdravstvenog osiguranja.

(2) Prava koja osiguranici imaju po ovom zakonu, ne mogu se ugovorom mijenjati ili prenositi na druga lica, niti se mogu nasljeđivati.

(3) Izuzetno od stava 2 ovog člana, mogu se nasljeđivati novčana primanja koja su dospjela za isplatu a koja su ostala neisplaćena uslijed smrti osiguranika.

Član 10

Osiguranici učestvuju u snošenju troškova korištenja određenih vidova zdravstvene zaštite, kada je to određeno ovim zakonom i propisima donešenim na osnovu ovog zakona.

Član 11

Vidovi zdravstvene zaštite i prava koja nisu obuhvaćena obaveznim ili dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, mogu se ostvariti proširenim zdravstvenim osiguranjem.

Član 12

(1) Sredstva za realizaciju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuju se iz doprinosa od kojih se obrazuju sredstva Fonda zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu ovog zakona. Sredstva se mogu ostvarivati i iz drugih izvora određenih zakonom i drugim propisima donesenim na osnovu zakona (porezi, premije, obaveze, sredstva iz budžeta Distrikta).

(2) Sredstva za realizaciju proširenog zdravstvenog osiguranja, obezbjeđuju se iz dodatnih doprinosa osiguranika, u skladu sa ovim zakonom.

(3) Sredstva za dobrovoljno zdravstveno osiguranje obezbjeđuju građani lično ili putem preduzeća, institucija ili na neki drugi način na koji sami odluče da udružuju sredstva za ovo osiguranje, u skladu sa ovim zakonom.

Član 13

(1) Za određene rizike u provođenju zdravstvenog osiguranja u Distriktu mogu se uvesti posebni oblici zdravstvenog osiguranja:

a) osiguranje za slučaj nesreće ili profesionalnog oboljenja;

b) osiguranje u svrhu troškova naknade plate;

c) drugi oblici.

(2) Posebni oblici zdravstvenog osiguranja će biti uređeni pravilnikom kojeg donosi Fond zdravstvenog osiguranja nakon pribavljenog mišljenja Odjeljenja za zdravstvo.

Član 14

Prava iz zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na teret Fonda zdravstvenog osiguranja samo ukoliko se koriste na način utvrđen zakonom i propisima donesenim na osnovu zakona.

Član 15

(1) U cilju ostvarivanja prava iz obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i osiguranja sredstava za prošireno zdravstveno osiguranje građana, Fond zdravstvenog osiguranja vodi odvojene/posebne račune za svaki vid osiguranja, u skladu sa odredbama zakona.

(2) Sredstva sa posebnog računa iz stava 1, ovog člana moraju se namjenski trošiti.

(3) Nije dozvoljeno međusobno prelivanje sredstava između računa.

Član 16

(1) Fond zdravstvenog osiguranja obavezan je organizovati praćenje ostvarivanja i korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, praćenje uplata i potrošnje pojedinačno, po obveznicima, koristeći kompatibilne dijelove informacionih sistema u Federaciji Bosne i Hercegovine i Republici Srpskoj, ukoliko su odgovarajući.

(2) Stav 1 ovog člana shodno se primjenjuje i na dobrovoljno i prošireno zdravstveno osiguranje.

Član 17

(1) Fond zdravstvenog osiguranja pokriva troškove pruženih usluga onim zdravstvenim institucijama - davaocima usluga sa kojima je zaključio ugovor o pružanju usluga zdravstvene zaštite njegovim osiguranicima.

(2) Davaoci usluga sa kojima Fond zdravstvenog osiguranja nije zaključio ugovor, pružene usluge naplaćuju neposredno od pacijenata, a u skladu sa odobrenim cjenovnikom usluga.

II OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. OSIGURANA LICA

A) OSIGURANICI

Član 18

(1) U skladu sa ovim zakonom, osiguranici su:

1. lica koja su zaposlena kod pravnih ili fizičkih lica, lica izabrana ili imenovana za obavljanje određenih dužnosti u organima i institucijama Distrikta, ukoliko za svoj rad primaju platu,

2. lica koja ličnim radom samostalno obavljaju poslove u privatnom sektoru (samo-zaposleni) u vidu zanimanja ili profesionalne djelatnosti,

3. lica koja imaju privremeno boravište i rade u Distriktu a zaposlena su kod stranog poslodavca i nemaju osiguranje kod stranog fonda zdravstvenog osiguranja ili druge ustanove nadležne za realizaciju zdravstvenog osiguranja,

4. lica koja se nakon završenog školovanja nalaze na obaveznom praktičnom radu, ako rade puno radno vrijeme,

5. poljoprivrednici/farmeri koji obavljaju poljoprivredne poslove u Distriktu, kao svoje jedino ili glavno zanimanje, poljoprivrednici koji su iznajmili svoje poljoprivredno zemljište i lica koja su uzela zemljište u zakup, ukoliko nisu osigurana po drugom osnovu,

6. korisnici penzija koji žive u Distriktu,

7. korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju i zaposlenje u skladu sa odredbama zakona o penzijsko - invalidskom osiguranju,

8. korisnici penzija i invalidnine sa prebivalištem na prostoru Distrikta, koji to pravo isključivo ostvaruju iz stranih penzijsko-invalidskih osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno,

9. nezaposlena lica, registrovana u nadležnoj službi za zapošljavanje u Distriktu,

10. lica sa prebivalištem u Distriktu, kojima je priznat status vojnog, mirnodopskog ili civilnog invalida rata ili status korisnika porodične invalidnine, u skladu sa pozitivnim propisima, ako nisu osigurana po nekom drugom osnovu,

11. lica koja su korisnici socijalne pomoći,

12. policijski službenici, vatrogasci i demineri,

13. druga lica - određena posebnim propisima.

(2) Državljani zemalja sa kojima je sklopljen Međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju (zdravstveno osiguranje) ostvaruju zdravstvenu zaštitu u obimu koji je utvrđen ugovorom.

B) ČLANOVI PORODICE OSIGURANIKA

Član 19

(1) Članovi porodice osiguranika koji su korisnici prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su: njegov supružnik i djeca.

(2) Djeca iz stava 1 ovog člana imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja do navršene 15 godine života, a ako redovno pohađaju školu, univerzitet ili neku drugu obrazovnu ustanovu, do završetka školovanja, a najduže do navršenih 27 godina.

(3) Djeca osiguranika koja su zbog povrede ili bolesti prekinula redovno školovanje, imaju pravo na zdravstveno osiguranje u toku trajanja liječenja bolesti ili povrede.

(4) Djeca osiguranika koja postanu trajno ili privremeno nesposobna za rad - prije 15 godina starosti ili u toku perioda redovnog školovanja, imaju pravo na zdravstveno osiguranje tokom trajanja njihove nesposobnosti, a u skladu sa posebnim propisima.

2. PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 20

(1) Obaveznim zdravstvenim osiguranjem pod određenim uslovima i slučajevima određenih ovim zakonom, obezbjeđuje se:

- zdravstvena zaštita

- novčane naknade i

- druga prava određena zakonom.

(2) Članovima porodice osiguranika obezbjeđuje se:

- zdravstvena zaštita i

- druga prava određena zakonom.

A) ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Član 21

(1) Zdravstvena zaštita propisana ovim zakonom sprovodi se kao:

a) primarna zdravstvena zaštita;

b) specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita;

c) bolnička zdravstvena zaštita.

(2) Zdravstvena zaštita obuhvata:

a) hitnu medicinsku pomoć;

b) preventivnu zdravstvenu zaštitu osiguranih lica, i to:

1) prevenciju zaraznih bolesti;

2) prevenciju bolesti usta i zuba;

3) prevenciju psihijatrijskih i neuroloških oboljenja koja potencijalno dovode u opasnost živote bolesnika ili drugih lica;

4) prevenciju malignih oboljenja;

5) prevenciju AIDS-a;

6) prevenciju tuberkuloze;

7) obaveznu imunizaciju protiv dječjih zaraznih bolesti;

8) osiguranje higijensko-epidemiološkog minimuma u svim uslovima življenja;

9) medicinske - sistematske preglede u smislu određivanja, praćenja i potvrde zdravstvenog statusa, osim preventivnih zdravstvenih pregleda koje na osnovu zakona i drugih propisa obezbjeđuje poslodavac;

c) ambulantno i stacionarno liječenje;

d) medicinsku rehabilitaciju, kao nastavak bolničkog liječenja;

e) ortopedska i druga pomagala;

f) lijekove koji su utvrđeni esencijalnom listom lijekova;

g) pravo na zdravstvenu zaštitu u inostranstvu na osnovu odredbi ovog zakona, međudržavnih sporazuma o socijalnom osiguranju i na osnovu njih donesenih provedbenih akata.

Član 22

(1) Obim i vrstu usluga iz člana 21 ovog zakona koje spadaju u osnovni paket usluga, određuje Fond zdravstvenog osiguranja, a odobrava ga Skupština Distrikta nakon pribavljenog mišljenja Odjela za zdravstvo.

(2) Do donošenja osnovnog paketa zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana, zdravstvena zaštita se sprovodi kroz plan i program mjera zdravstvene zaštite koje donosi Odjeljenje za zdravstvo.

(3) Sprovedbeni akt o obimu realizacije plana i programa iz stava 2 ovog člana, uz prethodnu saglasnost Odjeljenja za zdravstvo, donosi Fond zdravstvenog osiguranja u skladu sa finansijskim planom za svaku godinu, a najkasnije do 31. 12. tekuće godine za narednu godinu.

(4) U slučaju nedonošenja sprovedbenog akta iz stava 3 ovog člana do 31. 12. tekuće godine za narednu godinu, u prvom kvartalu naredne godine primjenjuje se sprovedbeni akt iz prethodne godine.

Član 23

Zdravstvena zaštita iz člana 21 ovog zakona, ne uključuje usluge koje nemaju za cilj poboljšanje zdravstvenog stanja osiguranika.

Član 24

Član 24 brisan Zakonom o izmjenama i dopunama Zakon o zdravstvenom osiguranju u Brčko distriktu BiH (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH broj 34/08)

Član 25

(1) Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćenu obaveznim zdravstvenim osiguranjem podrazumijeva osiguranje zdravstvenih standarda za sve osiguranike, pod jednakim uslovima, zadovoljavajući potrebe primarne, specijalističko- konsultativne i bolničke zdravstvene zaštite, uključujući i odgovarajuću medicinsku rehabilitaciju kao nastavak bolničkog liječenja.

(2) Standarde i normative zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja donosi Fond zdravstvenog osiguranja, uz prethodno pribavljeno mišljenje Odjeljenja za zdravstvo.

(3) Standarde iz stava 2 ovog člana odobrava Skupština Distrikta.

(4) Pravilnik o načinu realizacije obaveznog zdravstvenog osiguranja donosi Fond zdravstvenog osiguranja, uz prethodno pribavljeno mišljenje Odjeljenja za zdravstvo.

Član 26

Za slučaj povreda na radu ili profesionalnih oboljenja, osiguraniku se obavezno osigurava:

1. zdravstvena zaštita i sprovođenje mjera otkrivanja i prevencije povreda na radu i profesionalnih oboljenja,

2. odgovarajuća medicinska pomoć i pravo na ortopedska pomagala, ako su potrebna za liječenje i medicinsku rehabilitaciju od posljedica povrede na radu ili profesionalnih oboljenja radi uspostavljanja radne sposobnosti.

Član 27

Zdravstvena zaštita iz člana 21 ovog zakona, pruža se osiguranicima u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama i privatnim praksama (u daljem tekstu: zdravstvene ustanove), sa kojima Fond zdravstvenog osiguranja ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Član 28

(1) Ugovor iz člana 27 ovog zakona određuje:

- vrstu, obim i kvalitet usluga koje zdravstvena ustanova treba da pruži osiguranicima,

- naknade koje Fond zdravstvenog osiguranja plaća za pružanje ugovorenih usluga,

- metode obračunavanja i plaćanja usluga i

- druga uzajamna prava i dužnosti ugovorenih strana.

(2) Osnove, kriterijume i standarde za uređenje pitanja iz stava 1 ovog člana, određuje Fond zdravstvenog osiguranja, uz prethodno pribavljeno mišljenje Odjeljenja za zdravstvo.

(3) Osnovama, kriterijima i standardima za zaključenje ugovora predviđenim u stavu 2 ovog člana, osigurava se zakonito i pravilno uspostavljanje ugovornih odnosa između Fonda zdravstvenog osiguranja i davaoca usluga - zdravstvene ustanove, utvrđuju elementi koji moraju biti uključeni u ove ugovore, metode određivanja vrste, obima i kvaliteta usluga, metode naknada, metode kontrole pruženih usluga, vrste i kvalitet pruženih usluga i regulišu druga pitanja u vezi s tim.

Član 29

Uslovi iz ugovora zaključenog između Fonda zdravstvenog osiguranja i davaoca zdravstvenih usluga na njegovom području važe, u pogledu ugovorenih naknada za pružene zdravstvene usluge, i za Fondove sa drugih područja Bosne i Hercegovine kada njihovi osiguranici koriste usluge zdravstvenih institucija na području Distrikta.

Član 30

Zdravstvenim ustanovama sa kojima Fond zdravstvenog osiguranja nije sklopio ugovor o pružanju zdravstvenih usluga, mogu se na teret Fonda zdravstvenog osiguranja isplatiti samo troškovi medicinske pomoći pružene osiguranicima u hitnim slučajevima i drugi troškovi u vezi sa pružanjem te pomoći.

Član 31

(1) Fond zdravstvenog osiguranja je dužan obezbjediti osiguraniku medicinsko liječenje u drugim dijelovima Bosne i Hercegovine ili u inostranstvu pod uslovima i na način utvrđen posebnim propisima, ukoliko boluje od bolesti koja se ne može liječiti u zdravstvenim ustanovama na području Distrikta, a postoji mogućnost za uspješno liječenje bolesti u mjestu ili zemlji u koju se pacijent upućuje. Isto pravilo važi i za dijagnostičke procedure.

(2) Osiguranik ima pravo da koristi zdravstvenu zaštitu u inostranstvu u vrijeme rada odnosno boravka u inostranstvu, u skladu sa posebnim pravilnikom.

(3) Propise iz stavova 1 i 2 ovog člana donosi Fond zdravstvenog osiguranja a odobrava Skupština Distrikta, nakon prethodno pribavljenog mišljenja Odjela za zdravstvo.

B) NOVČANE NAKNADE

Član 32

(1) Osiguranici iz člana 18, tačka 1, 2, 4 (u slučaju da primaju platu za taj rad), 7 i 12 ovog zakona imaju pravo na naknadu plate za vrijeme privremene nesposobnosti za rad (u daljem tekstu: naknada plate), ako su:

1. privremeno spriječeni za rad zbog povrede ili bolesti ili smješteni u bolničku ustanovu zbog medicinskog tretmana ili pregleda,

2. privremeno spriječeni za rad zbog određenog medicinskog tretmana ili pregleda koji se ne može obaviti nakon radnog vremena osiguranika,

3. izolovani kao nosioci zaraznih oboljenja ili zbog pojave zaraze u njihovoj okolini,

4. određeni da njeguju bolesnog supružnikaili dijete, pod uslovima propisanim ovim zakonom.

(2) Osiguraniku se isplaćuje naknada plate samo za dane za koje bi mu pripadala plata ili kompenzacija plate u smislu propisa o radnim odnosima i drugih propisa kojim se to reguliše.

(3) Osiguranici kojima spriječenost za rad nastupi dok su na neplaćenom odsustvu, imaju pravo na naknadu plate samo po isteku neplaćenog odsustva, ako su i dalje privremeno spriječeni za rad.

Član 33

(1) Naknada plate u slučajevima iz člana 32 ovog zakona, osiguraniku pripada i isplaćuje se na teret poslodavca do 30- og dana privremene spriječenosti za rad, a dalje na teret Fonda zdravstvenog osiguranja, ali ne duže od 12 mjeseci od početka privremene spriječenosti za rad.

(2) Privremena spriječenost za rad traje sve dok ljekar u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - u zdravstvenoj instituciji ili privatnoj praksi, ili ljekarska komisija ne odluči u skladu sa propisima da je radna sposobnost uspostavljena ili dok nadležni organ ne izda potvrdu o invalidnosti u skladu sa propisima o penzijsko - invalidskom osiguranju.

Član 34

(1) Osiguranik kome je radni odnos prestao u toku privremene spriječenosti za rad, odnosno koji je prestao sa obavljanjem djelatnosti ličnim radom, ima pravo na naknadu plate najviše 30 dana nakon prestanka radnog odnosa, odnosno prestanka bavljanja djelatnosti ličnim radom.

(2) Izuzetno, u slučajevima privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu ili profesionalnog oboljenja, osiguranik ima pravo na naknadu plate i nakon prestanka radnog odnosa, sve dok ne postane radno sposoban ili dok se nesposobnost ili invalidnost konačno ne potvrdi, ali ne duže od 12 mjeseci.

Član 35

(1) Osiguranik nema pravo na naknadu plate ako:

- namjerno prouzrokuje privremenu neposobnost za rad,

- namjerno spriječava oporavak/ozdravljenje,

- prima platu ili obavlja neki drugi posao,

- bez opravdanog razloga ne ode na zakazani ljekarski pregled izabranom ljekaru u primarnoj zdravstvenoj zaštiti,

- izabrani doktor medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili Fond zdravstvenog osiguranja utvrdi da se osiguranik ne pridržava uputa svog ljekara ili ako otputuje van mjesta boravka bez dozvole svog ljekara,

- ako se u roku od tri dana od početka bolesti, odnosno odsustva sa posla, uslijed svoje krivice, ne javi izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite.

(2) Osiguraniku ne pripada naknada plate od trenutka utvrđivanja slučajeva iz stava 1, dok takve okolnosti traju.

Član 36

(1) Naknada plate se obračunava od osnovice plate koju čini prosječno isplaćena neto plata osiguranika za broj časova redovnog rada bez dodataka u posljednja tri (3) mjeseca, koja prethode mjesecu u kojem nastupi slučaj na osnovu kojeg se stiče pravo na naknadu.

(2) Ako osiguranik nije primio platu za tri mjeseca koja prethode mjesecu nastupanja slučaja na osnovu kojeg stiče pravo na naknadu, naknada plate se obračunava na osnovu prosjeka posljednje tri plate koje je osiguranik primio.

(3) Kada osiguranik prima naknadu plate neprekidno duže od tri mjeseca, osnovica za naknadu iz stava 1 i 2 ovog člana se valorizira u

skladu sa prosječnim porastom plata zaposlenika kod pravnog ili fizičkog lica, ako je taj porast veći od 5%.

Član 37

(1) Naknada plate se utvrđuje u visini od 80% od osnovice za naknadu, s tim da ne može biti ispod minimalne plate za mjesec za koji se naknada obračunava, niti iznad maksimuma određenog u smislu stava 3 ovog člana.

(2) Naknada plate iznosi 100% od osnovice za naknadu u slijedećim slučajevima:

a) za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu/profesionalnog oboljenja,

b) za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog komplikacija prouzrokovanih trudnoćom i porođajem i

c) u slučaju privremene spriječenosti za rad zbog transplantacije organa i živog tkiva u korist neke druge osobe.

d) za vrijeme odsustva sa posla roditelja, usjvojioca ili staratelja djeteta oboljelog od maligne bolesti ili drugog teškog pogoršanja zdravstvenog stanja.

e) za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog malignog oboljenja, čije je liječenje u toku.

(3) Najviši i najniži iznos naknade plate utvrđuje se aktom Fonda zdravstvenog osiguranja.

(4) Sprovedbene propise o načinu realizacije prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz poglavlja pod nazivom: "b) novčane naknade" koje obuhvata odredbe od člana 32 do člana 39 donosi Fond zdravstvenog osiguranja.

Član 38

(1) U slučaju spriječenosti za rad navedene u članu37 stavu 2, tački a) pravna i fizička lica obezbjeđuju ucjelini iz vlastitih izvora sredstva za realizaciju pravaiz člana 37 stava 2, tačke a) ovog zakona.

(2) Pravna i fizička lica se mogu reosigurati za slučaj rizika iz stava 1 ovog člana.

Član 39

(1) U slučaju da poslodavac ili samozaposleno lice koristi mogućnost posebnog osiguranja-reosiguranja kod Fonda zdravstvenog osiguranja, namjenjenog za naknadu troškova plate sa posebno odvojenim dijelom/pomoćnim računom, poslodavac će dobiti povrat sredstava u iznosu od 80% od iznosa naknade plate koji je isplatio za period od prvog do 30-og dana odsustva.

(2) Način ostvarivanja prava i izvršavanja obaveza poslodavca iz stava 1 ovog člana utvrđuje Fond zdravstvenog osiguranja svojim aktom, uz pribavljeno mišljenje Odjeljenja za zdravstvo.

C) PUTNI TROŠKOVI

Član 40

(1) U ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, osiguranici imaju pravo na naknadu troškova prevoza koji su u vezi sa zdravstvenom zaštitom ili troškova transporta, na teret Fonda zdravstvenog osiguranja.

(2) Troškovi prevoza u ambulantnom vozilu plaćaju se direktno iz Fonda zdravstvenog osiguranja. Ako je prevoz osiguranika moguć u sjedećem položaju i bez stručne pratnje, mogu se koristiti usluge taksi službe.

(3) Plaćanje troškova prevoza uređuje se aktom Fonda zdravstvenog osiguranja.

Član 41

Osiguranici imaju pravo na naknadu iz člana 40 ovog zakona, stav 1, u slijedećim slučajevima:

- ako su upućeni doktoru medicine ili u neku zdravstvenu ustanovu, jer u mjestu u kojem rade ili žive nema doktora odgovarajuće specijalnosti ili takve zdravstvene ustanove i

- ako ih izabrani doktor medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uputi ili pozove u mjesto van njihovog mjesta rada ili življenja.

Član 42

(1) Visinu, kriterijume i način korišćenja naknade putnih troškova iz člana 40 stava 1 ovog zakona za svaku finansijsku godinu utvrđuje Fond zdravstvenog osiguranja, uz saglasnost Odjeljenja za zdravstvo.

(2) Lice koje ide u pratnji osiguranika, na osnovu odluke ljekara primarne zdravstvene zaštite o neophodnosti pratnje, u slučaju prevoza opisanog u članu 40 ovog zakona, ima pravo na naknadu troškova prevoza.

Član 43

Član 43 brisan Zakonom o izmjenama i dopunama Zakon o zdravstvenom osiguranju u Brčko distriktu BiH (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH broj 34/08)

3. OSTVARIVANJE I ZAŠTITA PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 44

(1) Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja može ostvariti samo lice koje ima utvrđen status osiguranog lica, što uključuje i da je doprinos plaćen.

(2) Status osiguranog lica utvrđuje Fond zdravstvenog osiguranja, a dokazuje se posebnom ispravom koju izdaje Fond zdravstvenog osiguranja.

(3) Provedbene propise o sadržaju i obliku isprave iz stava 2 ovog člana donosi Fond zdravstvenog osiguranja.

Član 45

(1) Sva fizička i pravna lica koja zapošljavaju zaposlenike su obavezna dostaviti Fondu zdravstvenog osiguranja sve podatke u vezi sa prijavom i odjavom osiguranika najkasnije u roku od osam(8) dana od nastanka promjene - u svrhu ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i izdavanja isprave iz člana 44 ovog zakona.

(2) Lica za koja pravna i fizička lica ne dostave prijavu iz stava 1 ovog člana, mogu zahtijevati od Fonda zdravstvenog osiguranja da im odredi status osiguranog lica, te da primora odgovorno lice da ispuni svoje obaveze.

(3) Ako Fond zdravstvenog osiguranja ne prihvati podnesenu prijavu ili utvrdi status osiguranog lica po nekom drugom osnovu, o tome donosi pismeno rješenje koje dostavlja podnosiocu prijave i zainteresovanoj strani.

(4) Protiv rješenja iz stava 3 ovog člana može se podnijeti žalba Odjelu za zdravstvo.

(5) Protiv rješenja donesenog nakon žalbe, može se pokrenuti upravni spor.

Član 46

(1) Privremenu spriječenost za rad utvrđuje izabrani liječnikdoktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi/privatnoj praksi s kojima je Fond zdravstvenog osiguranja zaključio ugovor.

(2) O svom nalazu i ocjeni iz stava 1 ovog zakona, izabrani doktor medicine informiše osiguranika, odnosno pravno ili fizičko lice kod koga je osiguranik zaposlen i Fond zdravstvenog osiguranja.

(3) Osiguranik, pravno ili fizičko lice kod koga je osiguranik zaposlen i "Fond zdravstvenog osiguranja" mogu, u roku od pet (5) dana od primanja prijave, podnijeti žalbu na nalaz i ocjenu ljekara primarne zdravstvene zaštite.

(4) Ljekarska komisija Fonda zdravstvenog osiguranja rješava žalbu. Rješenje Komisije je konačno.

(5) Za vrijeme privremene spriječenosti za rad osiguranika, odnosno za vrijeme korištenja prava na naknadu plate, vrši se nadzor koji se propisuje aktom Fonda zdravstvenog osiguranja.

(6) Ukoliko privremena spriječenost za rad traje duže od trideset (30) dana, ovlašćeni ljekar je dužan da uputi osiguranika na ljekarsku komisiju koju imenuje Fond zdravstvenog osiguranja uz prethodnu saglasnost Odjeljenja za zdravstvo.

(7) Nadzor iz stava 5 ovog člana vrši Fond zdravstvenog osiguranja i pravno ili fizičko lice kod koga je osiguranik zaposlen za period za koji oni plaćaju naknadu plate na teret svojih sredstava, u slučaju kad

postoji sumnja u zloupotrebu prava na naknadu plate, u smislu člana 35 stava 1 ovog zakona.

(8) Pravilnik o postupku i kriterijima za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad donosi Fond zdravstvenog osiguranja uz prethodno pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

Član 47

(1) Visinu naknade plate iz člana 32, 33 i 38 stav 1, određuje opštim aktom nadležni organ pravnog /fizičkog lica u skladu sa ovim zakonom i na njemu zasnovanim propisima.

(2) U slučaju da pravno/fizičko lice plača posebno osiguranje - reosiguranje naknade plate iz člana 39 ovog zakona, Fond zdravstvenog osiguranja je dužan izvršiti isplatu naknade poslodavcu u roku od 45 dana od prijema zahtjeva.

Član 48

(1) Naknada plate u vezi sa korištenjem zdravstvene zaštite iz člana 37, stav 2, tačka c) i tačka e) ovog zakona obračunava se i isplaćuje osiguraniku na teret sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja, od prvog dana korištenja prava.

(2) Naknadu plate iz stava 1 ovog člana obračunava i isplaćuje pravno/fizičko lice, s tim da je Fond zdravstvenog osiguranja obavezan refundirati isplaćenu naknadu u periodu od 45 dana od prijema zahtjeva za povrat sredstava.

(3) Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na naknadu plate iz stava 1 ovog člana donosi Fond zdravstvenog osiguranja uz prethodno pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

Član 49

Naknadu plate zbog povrede na radu ili profesionalnog oboljenja obračunava i isplaćuje u skladu sa članom 37 stav 2 ovog zakona pravno/fizičko lice kod koga je osiguranik zaposlen, iz svojih sredstava. Naknada se obračunava i isplačuje od momenta povređivanja, odnosno nastanka profesionalnog oboljenja pa nadalje, sve dok osiguranik ne postane radno sposoban, odnosno dok kompetentno tijelo ne utvrdi njegov invaliditet.

Član 50

(1) O pravima na naknadu plate odlučuje se na osnovu nalaza i ocjene izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite ili ljekarske komisije, bez donošenja posebnog rješenja, izuzev u slučaju kada osiguranik izričito traži izdavanje pismenog rješenja.

(2) U slučaju kada pravno / fizičko lice kod koga je osiguranik zaposlen nije utvrdilo naknadu plate na način, u visini i u roku utvrđenim ovim zakonom i provedbenim propisima donesenim na osnovu ovog zakona, osiguranik ima pravo uložiti prigovor nadležnom organu Fonda zdravstvenog osiguranja. Do donošenja konačne odluke, Fond zdravstvenog osiguranja je dužan osigurati isplatu naknade saglasno članu 36 ovog zakona, s tim da je pravno/fizičko lice dužno vratiti isplaćenu naknadu u roku od 30 dana od dana prijema naknade za privremenu spriječenost za rad.

Član 51

(1) Ako bolovanje od iste bolesti traje bez prekida ili sa prekidima ukupno 12 mjeseci u toku dvije kalendarske godine, izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite obavezan je uputiti osiguranika nadležnom organu penzijsko - invalidskog osiguranja koji vrši ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti, najkasnije u roku od 60 dana od prijema prijedloga izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite.

(2) Ako nadležni organ za penzijsko - invalidsko osiguranje ne donese odluku o radnoj sposobnosti i invalidnosti u propisanom roku, Fond zdravstvenog osiguranja će nastaviti da isplaćuje naknadu plate osiguraniku, ali je nadležni organ za penzijsko - invalidsko osiguranje obavezan da izvrši povrat sredstava naknade Fondu zdravstvenog osiguranja u roku od 30 dana od prijema zahtjeva za povrat sredstava.

(3) Predstavnik Fonda zdravstvenog osiguranja učestvuje, kao član, u radu nadležnog tijela penzijsko - invalidsko osiguranje za ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti.

Član 52

(1) Kada se utvrdi postojanje činjenica iz člana 35, stav 1 ovog člana, Fond zdravstvenog osiguranja ili pravno/fizičko lice koje isplaćuje naknadu iz svojih sredstava obustavlja plaćanje te naknade.

(2) Akt o obustavi plaćanja naknade plate iz stava 1 ovog člana izdaje kontrolor Fonda zdravstvenog osiguranja ili pravno/fizičko lice iz stava 1 ovog člana.

(3) Akt iz stava 2 ovog člana izdaje se u pismenom obliku, u dva primjerka, od kojih jedan ide osiguraniku, a drugi ide Fondu zdravstvenog osiguranja ili pravnom/fizičkom licu koje vrši isplatu naknade plate iz svojih sredstava, uz izvještaj.

(4) Osiguranik kome je obustavljena isplata naknade plate, ima pravo da zahtijeva, u roku od pet dana od prijema odluke, da Fond zdravstvenog osiguranja ili pravno/fizičko lice koje vrši isplatu naknade na teret svojih sredstava o tome odluči rješenjem.

(5) O ponovnom uspostavljanju isplate naknade plate obustavljene u skladu sa odredbama ovog zakona, na zahtjev osiguranika, odlučuje Fond zdravstvenog osiguranja ili pravno/ fizičko lice koje je vršilo isplatu naknade iz svojih sredstava, ukoliko se za to steknu uslovi.

Član 53

(1) Zbog zaštite prava iz ovog zakona, osiguraniku se u Fondu zdravstvenog osiguranja, obezbjeđuje dvostepenost rješavanja u postupku koji je pokrenuo.

(2) Drugostepeno rješenje Fonda zdravstvenog osiguranja je konačno i protiv njega se može pokrenuti upravni spor pred Osnovnim sudom Distrikta.

Član 54

U postupku rješavanja prava iz zdravstvenog osiguranja primjenjuje se Zakon o upravnom postupku, ukoliko ovim zakonom nije drugačije propisano.

Član 55

(1) U ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa odredbama ovog zakona,

osiguranik ima pravo slobodnog izbora porodičnog ljekara - doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite.

(2) Osiguranik i članovi njegove porodice biraju svog porodičnog ljekara-doktora medicine i doktora stomatologije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za period od najmanje godinu dana. Svi osiguranici trebaju biti registrovani kod svog ljekara.

(3) Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor porodičnog ljekara-doktora medicine i doktora stomatologije donosi Fond zdravstvenog osiguranja uz saglasnost Odjela za zdravstvo.

4. NAKNADA ŠTETE

Član 56

Osiguranik je obavezan nadoknaditi Fondu zdravstvenog osiguranju štetu prouzrokovanu u sljedećim slučajevima:

1. ako je ostvario primanja iz sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja na osnovu netačnih ili neistinitih podataka za koje je znao ili morao znati da su netačni ili neistiniti ili je primio sredstva na drugi ilegalan način ili je ostvario sredstva veća od onih koja mu pripadaju,

2. ako je ostvario primanja iz sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja zbog toga što nije prijavio promjenu koja utiče na gubitak ili obim prava, a znao je za to ili izbjegavao pomenutu promjenu.

Član 57

(1) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da zahtijeva naknadu štete prouzrokovanu od lica koja su izazvale bolest, povredu ili smrt osiguranika.

(2) Za štetu koju je Fondu zdravstvenog osiguranja u slučajevima iz stava 1 ovog člana počinio radnik na radu ili u vezi sa radom, odgovara pravno/fizičko lice, osim ako se dokaže da je radnik postupao pravilno.

(3) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan u slučajevima iz stava 2 ovog člana da zahtijeva naknadu štete i neposredno od radnika

ukoliko je štetu prouzrokovao namjerno. U tom slučaju radnik i pravno/fizičko lice odgovaraju solidarno za pričinjenu štetu.

Član 58

Osiguranik kome je iz sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja isplaćen novčani iznos na koji nije imao pravo, obavezan je vratiti primljeni iznos saglasno odredbama zakona i pravilima Fonda zdravstvenog osiguranja.

Član 59

(1) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da zahtijeva naknadu štete prouzrokovanu od strane pravnog/ fizičkog lica u sljedećim slučajevima:

1. ako je šteta nastala zbog toga što nisu dati podaci, ili što su dati netačni ili neistiniti podaci o činjenicama od kojih zavisi obim i sticanje prava,

2. ako je isplata izvršena na osnovu netačnih ili neistinitih podataka navedenih u prijavi pri zasnivanju radnog odnosa,

3. ako je isplata izvršena zbog toga što nije podnesena prijava o promjenama koje utiču na gubitak ili na obim prava radnika ili nije podnesena prijava- odjava o prestanku radnog odnosa ili je prijava-odjava podnesena nakon propisanog roka.

(2) Osiguranici koji su obavezni sami dostaviti podatke koji se odnose na njihova prava i obaveze, dužni su u slučajevima iz stava 1 ovog člana da nadoknade Fondu zdravstvenog osiguranja štetu koja je nastala zbog toga što prijava nije podnesena ili su dati netačni podaci u slučajevima iz stava 1 ovog člana.

(3) Za štetu u slučajevima iz stava 1 ovog člana, odgovorna su pravna/fizička lica, osim ako dokažu da su u datim okolnostima postupila kako je trebalo. U slučajevima iz stava 2 ovog člana, za štetu odgovaraju osiguranici ako su znali ili morali znati da su dati podaci netačni ili neistiniti ili ako su morali da znaju za promjenu koja utiče na gubitak ili obim prava, a te promjene nisu prijavili.

Član 60

(1) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da traži naknadu prouzrokovane štete od pravnih/fizičkih lica ako su bolest, povreda ili smrt radnika nastali zbog toga što nisu provedene mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana.

(2) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da zahtijeva naknadu prouzrokovane štete od pravnog/fizičkog lica i kada je šteta nastala zbog toga što je radnik stupio na rad bez propisanog prethodnog ljekarskog pregleda, a kasnije se utvrdi da to lice, shodno svom zdravstvenom stanju nije bilo sposobno za rad na određenim poslovima.

Član 61

Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da zahtijeva naknadu prouzrokovane štete u slučajevima iz člana 57 ovog zakona i neposredno od pravnog lica za osiguranje imovine i lica kod koga su lica koja su odgovorna za štetu osigurana od odgovornosti za štetu prouzrokovanu trećim licima, prema propisima o obaveznom osiguranju ovog rizika.

Član 62

(1) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da zahtijeva naknadu štete iz člana 57 ovog zakona, kada je šteta nastala upotrebom motornog vozila, neposredno od pravnog lica za osiguranje imovine i lica kod koga je oštećeni sklopio ugovor o obaveznom osiguranju od odgovornosti za štete učinjene trećim licima.

(2) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da zahtijeva naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila kojim se koristilo, odnosno kojim je upravljalo lice bez potrebnih ovlaštenja, od pravnog lica za osiguranje iz stava 1 ovog člana ili neposredno od lica koje je upravljalo vozilom a isti su dužni naknaditi štetu.

(3) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da zahtijeva naknadu štete prouzrokovane upotrebom motornog vozila za koje nije sklopljen ugovor o osiguranju ili upotrebom nepoznatog vozila, od pravnog lica za osiguranje imovine i lica koje obavlja osiguranje vozila u mjestu nastanka štete.

(4) U slučajevima iz stava 3 ovog člana, pravno lice za osiguranje imovine i lica obavezno je da isplati naknadu kao da je bio sklopljen ugovor o osiguranju.

Član 63

(1) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da zahtijeva naknadu štete prouzrokovane upotrebom na području Distrikta vozila sa inostranom registracijom za koje postoji valjana međunarodna isprava ili dokaz o postojanju osiguranja od bilo kojeg pravnog lica za osiguranje imovine i lica sa sjedištem na prostoru Distrikta, a takvo pravno lice je dužno naknaditi Fondu zdravstvenog osiguranja nastalu štetu, dok će naknadu štete od takvog vozila, nastalu upotrebom van područja Distrikta, Fond zdravstvenog osiguranja da zahtijeva u skladu sa propisima o osiguranju od autoodgovornosti koji se primjenjuju na području gdje se nezgoda dogodila.

(2) Štetu prouzrokovanu Fondu zdravstvenog osiguranja upotrebom na području Distrikta vozila sa stranom registracijom koje nije osigurano, nadoknađuje pravno lice za osiguranje imovine i lica sa sjedištem u Distriktu, dok će štetu nastalu upotrebom takvih vozila van područja Distrikta, Fond zdravstvenog osiguranja zahtijevati u skladu sa propisima o osiguranju od autoodgovornosti koji se primjenjuju na području gdje se nezgoda dogodila.

Član 64

Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da zahtijeva naknadu štete nastalu u slučajevima predviđenim ovim zakonom, bez obzira na to što je šteta nastala isplatom davanja koja kao pravo pripadaju osiguraniku iz sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja.

Član 65

Pri utvrđivanju prava na naknadu štete prouzrokovane Fondu zdravstvenog osiguranja, primjenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obligacionim odnosima, kao i posebni propisi o naknadi štete.

Član 66

(1) Potraživanja naknade štete, u smislu odredbi ovog zakona, su subjekt zastarijevanja istekom rokova propisanih Zakonom o obligacionim odnosima.

(2) Rokovi zastare potraživanja naknade štete u smislu ovog zakona počinju teći:

1. u slučajevima iz člana 56 i 59, stav1 ovog zakona, od dana kada je postalo konačno rješenje kojim je utvrđeno da osiguranik nema pravo na isplaćeno primanje ili da mu je pravo na isplatu pripadalo u manjem obimu;

2. u slučajevima iz člana 57 i 60 ovog zakona, od dana kada je postalo izvršno rješenje kojim je priznato pravo na primanja iz sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja;

3. u drugim slučajevima kada se zahtijeva naknada za pojedina isplaćena davanja iz člana 62 ovog zakona, od dana izvršene isplate svakog pojedinog davanja.

Član 67

(1) Kada se utvrdi da je nastala šteta, Fond zdravstvenog osiguranja će uz navođenje dokaza pozvati osiguranika, pravno/fizičko lice, pravno lice za osiguranje imovine i lica ili neko drugo lice koje je dužno da nadoknadi štetu, da u određenom roku naknadi štetu.

(2) Ako šteta ne bude naknađena u određenom roku, Fond zdravstvenog osiguranja ostvaruje svoja potraživanja tužbom kod nadležnog suda.

(3) Fond zdravstvenog siguranja ima pravo na kamatu po stopi propisanoj zakonom počev od dana nastanka štete.

(4) Fond zdravstvenog osiguranja nema pravo, bez izričitog pristanka osiguranika ostvariti naknadu štete od njega obustavljajući mu isplatu i zadržavajući naknadu na koju osiguranik ima pravo.

III PROŠIRENO I DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 68

(1) U cilju ostvarenja prava osiguranika na prošireno zdravstveno osiguranje, posebnom odlukom Skupštine Distrikta, a na prijedlog

Fonda zdravstvenog osiguranja i uz pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo, odredit će se vrsta i obim prava i pogodnosti koje se osiguravaju po osnovu proširenog zdravstvenog osiguranja, stope i visina doprinosa za prošireno zdravstveno osiguranje, uslovi i način prijave, te metode praćenja ostvarenja prava iz ovog osiguranja i druga pitanja u vezi s tim.

(2) Sredstva ostvarena po osnovu proširenog osiguranja vodiće se odvojeno od ostalih sredstava i biće namjenjena isključivo za implementaciju prava iz proširenog zdravstvenog osiguranja.

(3) Sve administrativne i druge poslove u vezi sa proširenim osiguranjem vodiće nadležne službe Fonda zdravstvenog osiguranja.

Član 69

(1) Proširenim osiguranjem osiguranici za sebe i članove svojih porodica osiguravaju dodatna prava na zdravstvenu zaštitu koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, odnosno šira prava od onih određenih kao osnovni paket usluga.

(2) Fondovi proširenog zdravstvenog osiguranja finansiraju se kroz premije proširenog zdravstvenog osiguranja iz sredstava građana, preduzeća ili drugih pravnih lica.

Član 70

(1) Lica koja nisu obuhvaćena obaveznim osiguranjem mogu u cilju ostvarenja prava iz zdravstvenog osiguranja dobrovoljno plaćati doprinos utvrđen posebnom odlukom Skupštine Distrikta donešenom na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja.

(2) Nakon uplate doprinosa za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, Fond zdravstvenog osiguranja je dužan takvim licima obezbjediti prava istovjetna pravima osiguranika po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(3) Prava iz stava 2 ovog člana obuhvaćena dobrovoljnim osiguranjem ostvaruju se na način i u postupku predviđenom za ostvarenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(4) Odredbe ovog zakona koje se odnose na obaveze osiguranika, prava i obaveze Fonda zdravstvenog osiguranja prema

osiguranicima, davaocima usluga i trećim licima koje se odnose na obavezno zdravstveno osiguranje, shodno se primjenjuju i u slučaju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

IV FINANSIRANJE

1. FINANSIRANJE OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 71

Sredstva za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se iz:

1. doprinosa na plate radnika zaposlenih kod pravnih lica i preduzetnika,

2. doprinosa fizičkih lica, vlasnika - osnivača pravnih lica i preduzetnika,

3. doprinosa na penzije, invalidnine i druge naknade iz penzijsko - invalidskog osiguranja,

4. doprinosa za nezaposlena lica prijavljena kod nadležne službe za za zapošljavanje,

5. doprinosa koji se plaća na stalnu finansijsku pomoć i za lica smještena u ustanovama socijalne zaštite,

6. doprinosa od samostalnog obavljanja estradnih djelatnosti, izdavanja CD- ova, audio i video kaseta, karata za sportske događaje i drugih javnih priredbi,

7. doprinosa na prihod od autorskih prava, patenata i tehničkih unapređenja,

8. doprinosa na dohodak od poljoprivrednih djelatnosti ili drugih prihoda ostvarenih obavljanjem poljoprivredne djelatnosti, kao i zakupa poljoprivrednog zemljišta,

9. naknada za zdravstvenu zaštitu članova porodica osiguranika zaposlenih u inostranstvu i lica koja primaju penzije iz inostranstva,

10. sredstava budžeta Distrikta,

11. sredstava ličnog učešća osiguranika u pokrivanju troškova zdravstvene zaštite,

12. donacija, pomoći, kamata, dividende, taksi i drugih oblika prihoda.

Član 72

Članak 72 brisan Zakonom o izmjenama i dopunama Zakon o zdravstvenom osiguranju u Brčko distriktu BiH (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH broj 34/08)

Član 73

(1) Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuju se u Fondu zdravstvenog osiguranja u skladu sa namjenama.

(2) Upravni odbor Fonda zdravstvenog osiguranja, donosi godišnji plan prihoda i rashoda za finansiranje potreba iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, polazeći od raspoloživih sredstava, utvrđenih standarda zdravstvene zaštite i programa mjera za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao polazne tačke.

(3) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da preuzme potrebne mjere za obezbjeđenje dodatnih sredstava radi ostvarenja prava iz obaveznog osiguranja, ukoliko raspoloživa sredstva nisu dovoljna za pokriće rashoda obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(4) U cilju ostvarivanja dodatnih sredstava za pokriće rashoda obaveznog zdravstvenog osiguranja Fond zdravstvenog osiguranja može, uz saglasnost Skupštine Distrikta, udružiti dio sredstava sa budžetom Distrikta ili pravnim licem za osiguranje ili reosiguranje.

(5) Visina i način udruživanja sredstava, kriterije i način njihovog udruživanja, kao i kriterije i postupak njihovog trošenja, određuju se posebnim ugovorom koji strane iz stava 4 ovog člana zaključuju.

(6) Mjere iz stava 3 ovog člana Fond zdravstvenog osiguranja preduzima uz prethodnu saglasnost Skupštine Distrikta.

2. OSNOVICA I NAČIN OBRAčUNAVANJA DOPRINOSA

Član 74

Osnovicu, način obračunavanja i uplate doprinose na sredstva iz člana 71 utvrđuje Skupština Distrikta na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja i uz pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

Član 75

(1) Stope za utvrđivanje visine doprinosa na sredstva iz člana 71 ovog zakona svojom odlukom utvrđuje Skupština Distrikta, na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja i uz pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

(2) Osnov za donošenje odluke iz stava 1 ovog člana je plan potrebnih sredstava za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđen od strane Upravnog odbora Fonda zdravstvenog osiguranja, polazeći od utvrđenih standarda zdravstvene zaštite i predviđenog programa mjera za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 76

(1) Na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja, Skupština Distrikta će za svaku godinu odrediti najniži i najviši iznos na koji se obračunava doprinos za zdravstveno osiguranje.

(2) Doprinosi se neće obračunavati na iznose ispod najnižeg, niti iznad najvišeg iznosa koje odredi Skupština. U slučaju kada osiguranik radi na više radnih mjesta, kod jednog ili više poslodavaca, doprinosi se obračunavaju na svaki od ostvarenih prihoda, s tim što ukupan iznos na koji se obračunava doprinos ne može biti ispod niti iznad iznosa iz stava 1 ovog člana.

3. OBVEZNICI DOPRINOSA

Član 77

Obveznici obračunavanja i plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje su:

a) preduzeća i druga pravna i fizička lica, koja obavljaju privrednu i neprivrednu djelatnost, za svoje zaposlene, nezavisno od toga da li se radi o domaćim ili stranim radnicima u javnom ili privatnom sektoru, profitnom ili neprofitnom;

b) samozaposlena lica, sama za sebe;

c) poljoprivrednici sami za sebe i za članove svoje porodice, ukoliko nisu osigurani po drugom osnovu;

d) lica zaposlena u inostranstvu, za članove svojih porodica koji žive na prostoru Distrikta, ako nisu osigurana po nekom drugom osnovu, što je regulisano međudržavnim sporazumima o socijalnom osiguranju;

e) Fond penzijsko-invalidskog osiguranja, za korisnike penzija i korisnike drugih prava po osnovu penzijskoinvalidskog osiguranja;

f) nadležni organ za pitanja boraca, za lica kojima je priznat status vojnog, mirnodopskog ili civilnog invalida rata, za korisnike porodične invalidnine ako nisu osigurani po drugom osnovu;

g) nadležni organ za policijske službenike, vatrogasce i deminere;

h) studenske i omladinske zadruge, za lica koja su angažovana na povremene poslove za slučaj povrede na radu ili profesionalnog oboljenja, ako nisu osigurana po nekom drugom osnovu;

i) nadležni organ uprave Distrikta, za lica u stanju socijalne potrebe;

j) nadležni organ uprave Distrikta za učenike / studente koji nisu osigurani po drugom osnovu i za učenike /studente koji obavljaju pripravnički staž koji je vezan za njihovo školovanje;

k) Zavod za zapošljavanje, za lica koja su registrovana u Zavodu za zapošljavanje, ako nisu osigurana po drugom osnovu, u skladu s propisima iz oblasti zapošljavanja u Distriktu;

l) autorske agencije, udruženja građana, druga profesionalna i sportska udruženja, organizatori sportskih i drugih javnih manifestacija, za učesnike tih manifestacija, za članove njihovih udruženja koja se bave profesionalnom ili drugom djelatnošću kojom ostvaruju prihode, za vrhunske sportiste koje kao takve rangira Sportski savez Distrikta ili Olimpijski komitet BiH, ako nisu osigurani po drugom osnovu;

m) lica koja imaju privremeno boravište i rade u Distriktu, a zaposlena su kod stranog poslodavca i nemaju osiguranje kod stranog

fonda zdravstvenog osiguranja ili druge ustanove nadležne za realizaciju zdravstvenog osiguranja;

n) lice koje je na teritoriji Distrikta zaposleno kod pravnog ili fizičkog lica kao što je međunarodna organizacija i ustanova ili strano diplomatsko ili konzularno predstavništvo, ako međunarodnim ugovo-rom nije drugačije određeno;

o) druga lica u skladu s propisima iz oblasti zdravstvenog osiguranja.

Član 78

(1) Ostala lica, izuzev lica iz člana 77 ovog zakona, mogu sami, na dobrovoljnoj osnovi postati obveznici i plaćati doprinos za dobrovoljno osiguranje, na osnovu obračuna Fonda zdravstvenog osiguranja.

(2) Obveznici doprinosa za prošireno osiguranje su lica koja se prijave na to osiguranje i koja plačuju propisani iznos doprinosa.

Član 79

(1) Pregled poslovnih knjiga s ciljem kontrole obračuna i uplate doprinosa za zdravstveno osiguranje vrši nadležna inspekcijska služba Direkcije za finansije Distrikta u skladu sa zakonom.

(2) Fond zdravstvenog osiguranja kontroliše redovnost plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje svih obveznika doprinosa.

(3) Fond zdravstvenog osiguranja će svojim opštim aktom, donesenim uz saglasnost Odjela za zdravstvo, odrediti način kontrole iz stava 2 ovog člana.

(4) Ako se utvrdi da obveznik doprinosa za obavezno ili dobrovoljno osiguranje nije uplatio doprinos, obustavlja mu se dalje pružanje zdravstvene zaštite, osim hitne medicinske pomoći, dok se obvezniku doprinosa iz proširenog osiguranja obustavljaju usluge iz dodatnog paketa.

(5) Pravo ponovnog korištenja zdravstvene zaštite se uspostavlja sa danom potpunog izmirenja nastalog duga Fondu zdravstvenog osiguranja.

Član 80

Naplata doprinosa zastarjeva za 5 godina, isključujući godinu za koju je dospjela obaveza plaćanja.

4. SREDSTVA BUDŽETA

Član 81

(1) Sredstva iz budžeta Distrikta iz člana 73, stav 4 ovog zakona koja se udružuju u cilju obezbjeđenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i sredstva koja se mogu udružiti za obezbjeđenje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odobrava Skupština Distrikta na osnovu zahtjeva koji utvrđuje Upravni odbor Fonda zdravstvenog osiguranja, koristeći kao polaznu tačku plan potrebnih sredstava za sprovođenje tih vidova zdravstvenog osiguranja.

(2) Sredstvima budžeta Distrikta finansiraju se:

a) povećani troškovi zdravstvene zaštite izazvani većim odstupanjima u odnosu na planirana sredstva zdravstvenog osiguranja zbog određenih vanrednih ili drugih otežanih uslova sprovođenja zdravstvene zaštite;

b) troškovi dijalize, suzbijanje epidemija i slično;

c) troškovi transplantacije organa osiguranika Distrikta;

d) troškovi zdravstvene zaštite lica starijih od šezdeset pet (65) godina iznad nivoa obaveznog zdravstvenog osiguranja;

e) troškovi zdravstvene zaštite lica s nepoznatim prebivalištem;

f) troškovi razvoja naučno-istraživačke djelatnosti, statističkih istraživanja u oblasti zdravstva koji su od interesa za Distrikt;

g) razvoj zdravstveno-informacionih sistema u Distriktu i povezivanje sa drugim informacionim sistemima u BiH;

h) doprinosi za zdravstveno osiguranje lica koja su registrovana u Zavodu za zapošljavanje Distrikta, a koja ne primaju novčanu naknadu za vrijeme nezaposlenosti;

i) doprinosi za zdravstveno osiguranje lica iz tačke 4 Sporazuma o implementaciji entitetskih obaveza iz Konačne arbitražne odluke za Brčko koje se odnose na zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje od 24. oktobra 2000. godine;

j) doprinosi za zdravstveno osiguranje ili troškovi zdravstvene zaštite stanovnika Distrikta koji su obuhvaćeni socijalnim programima i mjerama socijalne politike Vlade Distrikta.

5. LIČNO UČEŠĆE OSIGURANIKA

Član 82

(1) Lično učešće-participacija osiguranika može se utvrditi za određene vidove zdravstvene zaštite i određene usluge zdravstvene zaštite, a na osnovu propisa koje donosi Skupština Distrikta, na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja i uz pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

(2) Pri donošenju propisa o visini, kriteriju i načinu učešća osiguranika u korištenju zdravstvene zaštite, uzimaju se u obzir socijalni status i obim raspoloživih sredstava za finansiranje obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

(3) Lica čiji mjesečni prihod iznosi ili je niži od minimalne plate zaposlenika Distrikta oslobođeni su participacije, kao i trudnice i lica starija od 65 godina.

(4) Skupština Distrikta može, na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja, odrediti lično učešće osiguranika u pokriću troškova zdravstvene zaštite, nezavisno od broja, vrste ili cijene zdravstvene usluge pružene obvezniku doprinosa ("učešće po glavi osiguranika"). Visinu učešća po osiguraniku, uključujući i članove njihovih porodica, Skupština utvrđuje godišnje, na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja, imajući u vidu ukupno ostvarena sredstva po osnovu doprinosa za zdravstveno osiguranje, ukupna sredstva neophodna za obezbjeđenje utvrđenog nivoa zdravstvene zaštite svih osiguranika Distrikta, kao i druge elemente iz stava 2 ovog člana. Sredstva ovog vida ličnog učešća-participacije vode se posebno po svakom osiguraniku i uplaćuju na poseban pod-račun Fonda zdravstvenog osiguranja.

V OBAVEZE

1. FOND ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 83

(1) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da poslujući efikasno obezbjedi racionalno trošenje sredstava, da svima osigura jednak pristup zdravstvenoj zaštiti, kao i tretman u skladu sa dostignutim stepenom naučnih saznanja i kvaliteta osiguranja.

(2) Da bi ispunio obaveze iz stava 1 ovog člana, Fond zdravstvenog osiguranja sklapa ugovore o pružanju usluga zdravstvene zaštite sa zdravstvenim ustanovama koje su dio mreže Distrikta, a pod određenim uslovima i sa drugim zdravstvenim ustanovama, uključujući i one van područja Distrikta (u daljem tekstu: davaoci usluga).

(3) Kao preduslov za akreditaciju i sklapanje ugovora, davaoci usluga moraju ispuniti potrebne kriterije u pogledu kvaliteta usluga koje su pokrivene osiguranjem. Kriterije za ocjenu kvaliteta zdravstvenih usluga utvrđuje Fond zdravstvenog osiguranja u saradnji sa ljekarskom komorom.

(4) U cilju ostvarenja efikasnog poslovanja, Fond zdravstvenog osiguranja redovno informiše osiguranike o propisanim obavezama prilikom korištenja zdravstvenih usluga kod njihovih porodičnih ljekara-doktora medicine, koji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti moraju biti prva kontakt osoba u sistemu zdravstvene zaštite, čak i kada se radi o hitnom slučaju.

(5) Osiguranik mora biti adekvatno informisan da pružene medicinske usluge neće biti pokrivene, ukoliko osiguranik nema službenu uputnicu za konkretnog davaoca medicinskih usluga.

(6) Osiguranik mora biti informisan o uslugama koje spadaju pod obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje u okviru osnovnog paketa usluga, kao i o uslugama koje izlaze iz osnovnog paketa, a koje mogu biti pokrivene proširenim zdravstvenim osiguranjem.

(7) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan da izda zdravstvenu legitimaciju svakom osiguranom licu. Legitimacija se izdaje osiguraniku onog trenutka kada počinje osiguranje. Fond zdravstenog osiguranja konstantno prati pokrivenost osiguranjem a u slučaju prekida istog, oduzima zdravstvenu legitimaciju osiguraniku kako bi spriječio njenu zloupotrebu.

2. DAVAOCI USLUGA

A) PORODIČNI LJEKAR- DOKTOR MEDICINE

Član 84

(1) Porodični ljekar je obavezan redovno da izvještava Fond zdravstvenog osiguranja o svim činjenicama bitnim za ostvarenje prava osiguranika i članova njihovih porodica iz oblasti zdravstvene zaštite, u rokovima i na način propisan od strane Fonda zdravstvenog osiguranja.

(2) Porodični ljekar ima ulogu filtera-trijažera u cijelom sistemu i dužan je ispunjavati sve obaveze koje se odnose na šemu usluga porodičnog ljekara i mjere osiguranja kvaliteta.

(3) Porodični ljekar je obavezan da vodi protokol o anamnezi, dijagnozi i tretmanu, kao i razlozima zbog kojih smatra da je pacijenta potrebno poslati drugom davaocu usluga, odnosno u drugu zdravstvenu instituciju.

B) SPECIJALISTI

Član 85

(1) Specijalisti su obavezni da pruže usluge zahtjevane od porodičnog ljekara. Nakon određivanja dijagnoze, specijalista je dužan da kontaktira porodičnog ljekara i informiše ga o prijedlogu za nastavak tretmana.

(2) Ako pacijent konsultuje specijalistu bez uputnice od strane porodičnog ljekara, specijalista je dužan prije pružene usluge da informiše pacijenta da sve pružene usluge treba da pokrije o svom trošku.

C) BOLNICA

Član 86

(1) Bolnica je obavezna da pruži usluge zahtjevane od strane porodičnog ljekara. Nakon tretmana u bolnici, bolnički ljekar je dužan da kontaktira porodičnog ljekara i informiše ga o nastavku tretmana. Na isti način bolnički ljekar je dužan postupiti i u slučaju rehabilitacije nakon hospitalizacije.

(2) Ako pacijent ode na konsultacije u bolnicu bez uputnice od strane porodičnog ljekara, bolnica je dužna informisati pacijenta da sve usluge koje će biti pružene moraju biti plaćene o njegovom trošku. Naplatu troškova od pacijenta, bolnica ne traži samo u hitnim slučajevima.

3. OSIGURANICI

Član 87

(1) Prilikom dolaska u ustanovu u kojoj treba da se pruži zdravstvena usluga, osiguranici su obavezni da predaju zdravstvenu legitimaciju. Nakon unošenja potrebnih podataka o osiguraniku i tretmanu, zdravstvena legitimacija se vraća osiguraniku. Ukoliko pacijent nije pokriven osiguranjem, obavezan je odmah vratiti legitimaciju Fondu zdravstvenog osiguranja.

(2) Osiguranik je obavezan da registruje članove svoje porodice, u skladu sa pravilnikom izdatim od strane Fonda zdravstvenog osiguranja.

(3) Osiguranik kome je bez prethodne uputnice od porodičnog ljekara pružena zdravstvena usluga kod specijaliste, dužan je sam snositi troškove pruženih usluga.

(4) U slučaju kada se uspješan tretman ne može obezbjediti u ustanovama Distrikta i kada se tretman mora nastaviti van Distrikta, osiguranik prolazi proceduru upućivanja u skladu sa pravilima Fonda zdravstvenog osiguranja i odlukama ljekarske komisije, kojoj je to dato u nadležnost. Ako osiguranik nakon odobrenja ljekarske komisije izabere drugog davaoca usluga, odnosno zdravstvenu ustanovu koja nema ugovor sa Fondom zdravstvenog osiguranja, razliku troškova u odnosu na troškove koji bi nastali u ustanovi u koju je upućen, plaća osiguranik lično.

VI KAZNENE ODREDBE

Član 88

Novčanom kaznom u iznosu od 2.000 KM do 5.000 KM biće kažnjeno pravno/fizičko lice za prekršaj u slijedećim slučajevima:

1. ako ne obračuna, odnosno ne uplati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje iz plata radnika (član 71, tačka 1),

2. ako ne informiše Fond zdravstvenog osiguranja, odnosno ne dostavi prijavu o povredi na radu /profesionalnom oboljenju, u propisanom roku,

3. ako onemogući pregled i nadzor ili finansijsku kontrolu poslovanja (član 79, stav1).

Član 89

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 1.000 KM do 3.000 KM biće kažnjeno se pravno lice za prekršaj:

1. ako ne obračuna, odnosno ne plati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje korisnika penzija i korisnika drugih prava na osnovu penzijsko- invalidskog osiguranja (član 71, tačka 3),

2. ako ne obračuna, odnosno ne uplati doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje za nezaposlena, uredno prijavljena lica (član 71, tačka 4) i

3. ako ne obračuna, odnosno ne uplati doprinose za lica smještena u ustanove socijalne zaštite i za lica koja primaju stalnu novčanu pomoć (član 71, tačka 5).

(2) Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se novčanom kaznom u iznosu od 500 KM do 1.000 KM i odgovorno lice u tom pravnom licu.

Član 90

Novčanom kaznom u iznosu od 500 KM do 1.000 KM kazniće se za prekršaj lice:

1. ako ne uplati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje koji je obavezno samo uplatiti,

2. ako onemogući inspekciju i nadzor ili finansijsku kontrolu poslovanja (član 79).

Član 91

Novčanom kaznom u iznosu od 300 do 1.000 KM kaznit će se poljoprivrednik, odnosno poljoprivredno domaćinstvo u slučaju da:

1. ne izvrši uplatu za obavezno zdravstveno osiguranje koje je obavezan/obavezno sam/o da uplati (član 71),

2. ako ne dostavi nadležnom pravnom licu podatke u vezi sa prijavom i odjavom osiguranog lica, zbog ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 92

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 1.000 KM do 3.000 KM kazniće se pravno/fizičko lice u slučaju da ne dostavi Fondu zdravstvenog osiguranja sve podatke u prijavi i odjavi u vezi sa prijavom i odjavom osiguranih lica, u svrhu ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se novčanom kaznom u iznosu od 300 KM do 1.000 KM i odgovorno lice u pravnom licu.

Član 93

Novčanom kaznom u iznosu od 1.000 KM do 3.000 KM kazniće se izabrani ljekar- doktor medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti/privatnoj praksi za prekršaj u slučaju da odobri korištenje bolovanja osiguranom licu kada za to nema osnova.

Član 94

Novčanom kaznom u iznosu od 300 KM do 1.000 KM kazniće se osigurano lice za prekršaj ukoliko:

- namjerno prekorači privremenu spriječenost za rad,

- spriječava ozdravljenje, odnosno osposobljenje za rad,

- obavlja drugu djelatnost za vrijeme spriječenosti za rad,

- ne odgovori na poziv za ljekarski pregled izabranog ljekara-doktora medicine primarne zdravstvene zaštite,

- bez opravdanog razloga ne pridržava se uputa za liječenje,

- bez dozvole svog doktora napusti mjesto gdje živi ili ne obavijesti izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite o svom stanju u roku od tri dana od dana kada je obolilo,

- ako ostvari pravo na naknadu putnih troškova vezanih za medicinski tretman, kada za to nema pravnog osnova (član 41) i

- ako koristi ispravu kojom dokazuje status osiguranog lica na način suprotan odredbama ovog zakona i propisa donesenih na osnovu ovog zakona.

VII PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 95

(1) Obavezno zdravstveno osiguranje uspostavljeno u skladu sa ovim zakonom počinje funkcionisati od 1. marta 2002. godine do kada je Odjel za zdravstvo dužan osigurati sve potrebne preduslove za funkcionisanje Fonda zdravstvenog osiguranja.

(2) Prošireno zdravstveno osiguranje u skladu sa ovim zakonom počinje funkcionisati u roku od dvadeset četiri (24) mjeseca od uređenja sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa ovim zakonom, počinje funkcionisati 1. marta 2002. godine.

(4) O pravima i obavezama proizašlim iz ovog zakona Odjeljenje za zdravstvo i Fond zdravstvenog osiguranja su dužni na adekvatan način informisati sve subjekte uključene u finansiranje zdravstvenog osiguranja, uključujući i osiguranike.

Član 96

Do uspostavljanja Fonda za zdravstveno osiguranje, sve poslove iz njegove nadležnosti određene ovim zakonom obavljaće Odjel za zdravstvo.

Član 97

U roku od 6 mjeseci od početka funkcionisanja obaveznog zdravstvenog osiguranja, organi i institucije određene ovim zakonom su dužni:

- zaključiti ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga i usluga prevoza,

- donijeti Pravilnik iz člana 25 ovog zakona i druge prateće akte,

- stvoriti preduslove za uspostavu sistema osiguranjareosiguranja naknade plate iz člana 39 ovog zakona,

- odrediti najniži i najviši iznos na koji se, prema članu 76 ovog zakona, obračunava doprinos,

- izvršiti kalkulaciju potrebnih iznosa za individualno učešće po osiguraniku i odrediti visinu ličnog užešča osiguranika u snošenju troškova zdravstvenih usluga koje treba da budu dodatno pokrivene individualnim učešćem (iznos će biti fiksna godišnja suma, uplaćena direktno Fondu zdravstvenog osiguranja),

- prekinuti protok novca između davaoca zdravstvenih usluga i osiguranih lica, sem u propisanim slučajevima,

- stvoriti preduslove za akreditaciju novih davalaca usluga.

Član 98

Do implementacije sistema porodične medicine primjenjivaće se postojeća procedura koja se odnosi na sistem upućivanja, određena od strane Odjela za zdravstvo.

Član 99

Osnovni paket usluga iz obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utvrđuje se u roku od dvadeset četiri (24) mjeseca od stupanja na snagu ovog zakona.

Član 100

Doprinosi na poljoprivredni prihod, kao i oni koji se odnose na iznajmljivanje zemljišta, plaćaće se kao fiksni mjesečni iznos sve dok nadležni organ Distrikta ne obavi razrez poreza na poljoprivredno zemljište.

Član 101

(1) Stupanjem na snagu ovog zakona prestaju se primjenjivati na području Distrikta zakoni Entiteta iz oblasti zdravstvene zaštite koji su se do tada primjenjivali, kao i na njima zasnovani podzakonski akti.

(2) Do donošenja pratećih propisa određenih ovim zakonom, primjenjivaće se postojeći propisi u dijelu u kome nisu u suprotnosti sa odredbama ovog zakona.

Član 102

Zakon o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta Bosne i Hercegovine stupio je na snagu 7. februara 2002. godine, a njegove izmjene i dopune 1. jula 2002. godine, 17. jula 2007. godine, 20. februara 2008. godine 27. augusta 2008. godine i 1. januara 2020. godine.

Samostalni član Zakona o izmjenama i dopunama
Zakona o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta Bosne i Hercegovine

("Sl. glasnik Brčko distrikta BiH", br. 14/2024)

Član 5

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u Službenom glasniku Brčko distrikta Bosne i Hercegovine.