ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU ("Sl. novine FBiH", br. 30/1997, 7/2002, 70/2008, 48/2011, 100/2014 - odluka US, 36/2018 i 61/2022)

* Odredbe člana 87. stav 5. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Sl. novine FBiH", br. 30/1997, 7/2002 i 70/2008) prestale su da važe na osnovu Presude US broj U-13/11 od 14. oktobra 2014. godine, objavljene u "Sl. novinama FBiH", br. 100/2014 od 10. decembra 2014. godine.

ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

("Sl. novine FBiH", br. 30/1997, 7/2002, 70/2008, 48/2011, 100/2014 - odluka US, 36/2018 i 61/2022)

I - OSNOVNE ODREDBE

Član 1

Zdravstveno osiguranje, kao dio socijalnog osiguranja građana, čini jedinstveni sistem u okviru koga građani ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti, obavezno u okviru kantona osiguravaju ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i druge oblike osiguranja na način koji je utvrđen ovim zakonom, drugim zakonima i propisima donesenim na osnovu zakona.

U okviru Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Federacija), odnosno kantona, sredstva za zdravstveno osiguranje mogu se ulagati i na dobrovoljnoj osnovi.

Član 2

Pod uvjetima utvrđenim ovim zakonom i drugim zakonima i propisima donesenim na osnovu zakona, građani Federacije imaju pravo na zdravstveno osiguranje, koje obuhvaća:

1. obavezno zdravstveno osiguranje;

2. prošireno zdravstveno osiguranje, i

3. dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Član 3

Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje po ovom zakonu imaju lica u radnom odnosu i druga lica koja vrše određene djelatnosti ili imaju određeno svojstvo, a obuhvaćena su ovim zakonom.

Obavezno zdravstveno osiguranje, odnosi se na sva lica iz stava 1. ovog člana (u daljem tekstu: osiguranici).

Član 4

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

Član 5

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem obezbjeđuju se osiguranicima i članovima porodice osiguranika (u daljem tekstu: osigurana lica) pravo na korišćenje zdravstvene zaštite i pravo na novčane naknade i pomoći po ovom zakonu.

Obim prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja određen je odredbama ovog zakona i propisima donesenim na osnovu ovog zakona.

Član 6

Obavezno zdravstveno osiguranje zasniva se na načelima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika u okviru kantona i Federacije, u slučajevima i pod uvjetima utvrđenim u ovom zakonu.

Obavezno zdravstveno osiguranje može se zasnivati na načelima uzajamnosti i solidarnosti i u okviru dva ili više kantona, pod uvjetima utvrđenim ovim zakonom.

Član 7

Prava koja osiguranim licima pripadaju po ovom zakonu ne mogu se ugovorom mijenjati, ni prenostiti na druga lica, niti se mogu naslijeđivati.

Izuzetno od odredbe iz stava 1. ovog člana novčana primanja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koja su dospjela za isplatu, a ostala su neisplaćena uslijed smrti osiguranog lica, mogu se naslijeđivati.

Član 8

Radi osiguranja prava iz zdravstvene zaštite, odnosno obima prava koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, zakonodavno tijelo kantona može uvesti prošireno zdravstveno osiguranje.

Član 9

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako je njihovo korišćenje u skladu sa načinom utvrđenim zakonom i propisima donesenim na osnovu zakona.

Član 10

Pri korišćenju određenih vidova zdravstvene zaštite, osigurana lica učestvuju u snošenju troškova, kad je to zakonom predviđeno.

Član 11

Sva osigurana lica imaju ravnopravan položaj u pogledu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 12

Vidove zdravstvene zaštite i prava koja se ne osiguravaju obaveznim i proširenim zdravstvenim osiguranjem građani mogu osigurati dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

Član 13

Sredstva za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se doprinosima od kojih se obrazuju fondovi zdravstvenog osiguranja kod zavoda zdravstvenog osiguranja

kantona, saglasno odredbama ovog zakona i propisa donesenih na osnovu zakona.

U cilju ostvarivanja jednakih uvjeta za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja u svim kantonima, za određene prioritetne vertikalne programe zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju (u daljem tekstu: prioritetni federalni programi zdravstvene zaštite) i za pružanje prioritetnih najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti, osiguravaju se sredstva federalne solidarnosti kod Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Federalni zavod osiguranja i reosiguranja) od kojih se obrazuje fond solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: federalni fond solidarnosti).

Sredstva federalne solidarnosti iz stava 2. ovog člana osiguravaju se iz doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

Sredstva za ostvarivanje prava iz proširenog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se dodatnim doprinosima u skladu sa propisima kantona.

Sredstva iz st. 1. i 2. ovog člana mogu se osiguravati i iz drugih izvora utvrđenih zakonom i drugim propisima donesenim na osnovu zakona (porezi, donacije, premije, takse, sredstva budžeta kantona i Federacije).

Sredstva za dobrovoljno zdravstveno osiguranje obezbjeđuju građani lično ili putem preduzeća, ustanova i na drugi način na koji sami odluče da udružuju sredstva za ovo osiguranje.

Član 14

Za određene rizike u provođenju zdravstvenog osiguranja, u okviru Federacije se ustanovljava obavezno zdravstveno osiguranje i reosiguranje.

Član 15

U cilju ostvarivanja prava i osiguravanja sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osniva se zavod zdravstvenog osiguranja kantona (u daljem tekstu: kantonalni zavod osiguranja).

Član 16

Radi obavljanja poslova i ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koja su od interesa za sve kantone, kao i provođenja određenih prava po osnovu konvencija, drugih međunarodnih ugovora ili zakona i obavljanja poslova obaveznog zdravstvenog reosiguranja osniva se Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine.

Član 17

U cilju ostvarivanja prava i osiguravanja sredstava za dobrovoljno zdravstveno osiguranje građana, može se osnovati jedan ili više zavoda dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili drugih oblika organiziranja u skladu sa zakonom.

Član 18

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja i kantanalni zavod osiguranja obavezni su, u okviru jedinstvenog informacionog sistema, organizirati praćenje ostvarivanja i korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, praćenje uplata i potrošnje, po obveznicima doprinosa, kao i drugih sredstava i lično za svakog osiguranika.

Odredba stava 1. ovog člana shodno se primjenuje i na zavode dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine dužan je preuzeti podatke iz Baze podataka Jedinstvenog sistema i distribuirati ih nadležnim kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom o Jedinstvenom sistemu registracije, kontrole i naplate doprinosa ("Službene novine Federacije BiH", broj 42/09) (u daljnjem tekstu: Zakon o jedinstvenoj registraciji).

II - OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. Osigurana lica

a) Osiguranici

Član 19

Prema ovom zakonu osiguranici su:

1. lica koja su u radnom odnosu u preduzećima, ustanovama, zadrugama i drugim oblicima organiziranja, kod radnika koji samostalno obavljaju djelatnost ličnim radom, sredstvima u svojini građana, kod radnika koji ličnim radom, samostalno u vidu zanimanja, obavljaju profesionalnu djelatnost (u daljem tekstu: pravna i fizička lica), na teritoriji Federacije,

2. lica u radnom odnosu kod pravnog ili fizičkog lica sa sjedištem na teritoriji Federacije, upućena na rad ili stručno usavršavanje u inozemstvu, te lica na radu u domaćinstvima osiguranika koji se nalaze na radu u inozemstvu, ako su državljani Federacije Bosne i Hercegovine,

3. lica koja su izabrana ili imenovana na stalne dužnosti u određenim organima državne ili sudske uprave u Federaciji ili kantonu, ako za taj rad primaju plaću,

4. državljani Federacije Bosne i Hercegovine, zaposleni u stranim ili međunarodnim organizacijama i ustanovama, stranim konzularnim i diplomatskim predstavništvima sa sjedištem na teritoriji Federacije,

5. lica s prebivalištem na teritoriji Federacije zaposlena u inozemstvu kod inozemnog poslodavca koja nemaju zdravstveno osiguranje inozemne ustanove, odnosno tijela u čijoj je nadležnosti provođenje zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: inozemni nosilac zdravstvenog osiguranja).

6. lica koja se nakon završenog obrazovanja nalaze na obaveznom praktičnom radu, ako rade s punim radnim vremenom,

7. lica koja na teritoriji Federacije obavljaju privrednu ili neprivrednu djelatnost ličnim radom,

8. lica koja su vlasnici privatnih preduzeća sa sjedištem na teritoriji Federacije, ako nisu zdravstveno osigurani po drugom osnovu,

9. zemljoradnici koji se na teritoriji Federacije bave zemljoradnjom kao jedinim ili glavnim zanimanjem, zemljoradnici koji su svoje poljoprivredno zemljište dali u zakup i lica koja su uzela poljoprivredno zemljište u zakup, ako nisu zdravstveno osigurana po drugom osnovu,

10. korisnici penzija i korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju Federacije,

11. korisnici penzija i invalidnina s prebivalištem na teritoriji Federacije koji to pravo ostvaruju isključivo od inozemnog nosioca penzijskog i invalidskog osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno,

12. nezaposlena lica koja su prijavljena zavodu za zapošljavanje ako su:

- se prijavila u roku od 30 dana nakon prestanka radnog odnosa, obavljanja djelatnosti ili nakon prestanka primanja naknade plaća na koju imaju pravo prema ovom zakonu ili prema propisima donesenim na osnovu ovog zakona,

- se prijavila u roku od 30 dana nakon služenja vojnog roka ili nakon prestanka nesposobnosti za rad zbog koje su otpuštena s te vojne službe,

- se prijavila u roku od 30 dana nakon otpuštanja iz ustanove za izvršenje kaznenih i prekršajnih sanmkcija, iz zdravstvene ili druge spacijalizirane ustanove, ako je bila primijenjena mjera sigurnosti obaveznog psihijatrijskog liječenja u zdravstvenoj ustanovi ili obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana,

- na stručnom osposobljavanju ili prekvalifikaciji koje organizira zavod za zapošljavanje,

- se prijavila u roku od 30 dana, po povratku iz inozemstva i ako su prije odlaska u inozemstvo bila zdravstveno osigurana,

- se prijavila u roku od 90 dana nakon završetka školske godine u kojoj su završila redovna školovanja, odnosno od dana položenog ispita ako su prije toga izgubila pravo na zdravstvenu zaštitu,

- se prijavila u roku od 90 dana nakon služenja vojnog roka odnosno od dana prestanka nesposobnosti zbog bolesti radi koje su otpuštena s te vojne službe, ako su na služenju vojnog roka stupila u roku od 60 dana od dana završenog školovanja u odgovarajućoj ustanovi,

13. djeca koja su navršila 15 godina života, odnosno stariji maloljetnici do 18 godina života, a nisu završili osnovno školovanje ili se po završetku osnovnog školovanja nisu zaposlili, ako su se prijavili zavodu za zapošljavanje,

13a. djeca od rođenja, kao i djeca za vrijeme redovnog školovanja u osnovnim i srednjim školama odnosno studiranja na višim i visokim školama te fakultetima, koja su državljani Bosne i Hercegovine sa prebivalištem na teritoriji Federacije, a nisu zdravstveno osigurana kao članovi porodice osiguranika, ali najduže do navršene 26. godine života,

13b. lica nakon navršenih 65 godina života koja imaju prebivalište na teritoriji Federacije, a koja nisu zdravstveno osigurana po drugom osnovu u Bosni i Hercegovini ili drugoj državi (u daljnjem tekstu Zakona: lica nakon navršenih 65 godina života),

14. lica starija od 18 godina koja su prema propisima o školovanju izgubila status učenika, odnosno redovnog studenta ili su prekinula redovno školovanje, zadržavaju pravo na zdravstvenu zaštitu u trajanju od jedne godine od dana prekida školovanja ako su se prijavila Zavodu za zapošljavanje u roku od 30 dana od dana prekida školovanja i ako pravo na zdravstvenu zaštitu ne mogu ostvariti po drugom osnovu,

15. lica s prebivalištem na teritoriji Federacije kojima je priznato svojstvo ratnog, mirnodopskog i civilnog invalida rata, odnosno status korisnika porodočne invalidnine saglasno pozitivnim propisima, ako nisu zdravstveno osigurana po drugom osnovu,

16. pripadnici Vojske Federacije uključujući i lica na redovnom odsluženju vojnog roka i pripadnici Federalnog ministarstva unutarnjih poslova (u daljem tekstu: Federalna vojska i pripadnici FMUP-a),

17. pripadnici kantonalne policije,

18. lica koja su prekinula rad zbog toga što ih je pravno lice uputilo na stručno obrazovanje ili postdiplomski studij,

19. lica koja je pravno lice prije stupanja u radni odnos uputilo kao svoje stipendiste na praktičan rad ili u drugo pravno lice radi stručnog osposobljavanja ili usavršavanja,

20. lica upućena u inozemstvo u sklopu međunarodne prosvjetne, tehničke i kulturne saradnje,

21. vrhunski sportisti ako nisu osigurani po drugom osnovu.

22. roditelju njegovatelju kojem je priznat status roditelja njegovatelja u skladu sa Zakonom o roditeljima njegovateljima u Federaciji Bosne i Hercegovine i propisima donesenim na osnovu ovog zakona, ukoliko je neuposlen i prijavljen je na evidenciju nadležne službe za zapošljavanje ili ukoliko nije na evidenciji nadležne službe za zapošljavanje, a nije osigurana osoba u Jedinstvenom sistemu registracije, kontrole i naplate doprinosa. Status osiguranika po ovom osnovu, roditelju njegovatelju traje dok traje i status roditelja njegovatelja u smislu Zakona o roditeljima njegovateljima u Federaciji Bosne i Hercegovine i propisima donesenim na osnovu ovog zakona, ali ne duže od navršene 65. godine života roditelja njegovatelja.

b) Članovi porodice osiguranika

Član 20

Prema ovom zakonu članovima porodice osiguranika smatraju se:

1. supružnik (bračni i vanbračni saglasno propisima o braku i porodici),

2. djeca (rođena u braku, van braka, usvojena ili pastorčad) i druga djeca bez roditelja ako ih osiguranik izdržava,

3. roditelj (otac, majka, očuh, maćeha, usvojitelji osiguranika) ako ih osiguranik izdržava,

4. unuci, braća, sestre, djed i baka ako su nesposobni za samostalan život i rad i ako nemaju sredstava za izdržavanje, pa ih osiguranik izdržava.

Članovi porodice osiguranika iz stava 1. ovog člana stiču prava na obavezno zdravstveno osiguranje po osnovu ovog zakona, pod uvjetom da isto pravo ne ostvaruju po osnovu radnog odnosa ili

obavljanja privredne ili neprivredne djelatnosti ličnim radom odnosno poljoprivrednom djelatnošću.

Vlada Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Vlada Federacije) će sprovodbenim propisima utvrditi uvjete pod kojima se smatra da je lice nesposobno za samostalan život i rad i nema vlastitih sredstava za izdražvanje.

Član 21

Supružnik je zdravstveno osiguran kao:

1. supružnik umrlog osiguranika, koji nakon smrti supružnika nije stakao pravo na porodičnu penziju jer nije navršio određene godine života, ako je u vrijeme smrti supružnika bio stariji od 40 godina (žena) odnosno 55 godina (muškarac). Supružnik mlađi od 40, odnosno 55 godina, ukoliko propisima o penzijsko-invalidskom osiguranju nije drugačije regulirano, produžava korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dok je prijavljen zavodu za zapošljavanje, ako se istom prijavi u roku od 90 dana nakon smrti supružnika,

2. razvedeni supružnik koji je sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, ako je u vrijeme razvoda bio stariji od 45 godina (žena) odnosno 60 godina (muškarac). Supružnik koji je u vrijeme razvoda bio mlađi od 45 godina, odnosno 60 godina prodružava korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako je potpuno i trajno nesposoban za rad saglasno propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju,

3. razvedeni supružnik mlađi od 45 godina (žena) odnosno 60 godina (muškarac), kojem su sudskom odlukom povjerena djeca na čuvanje i odgajanje, dok je prijavljen zavodu za zapošljavanje, ako se istom prijavi u roku od 90 dana nakon razvoda braka i dok djeca imaju pravo na izdržavanje.

Član 22

Djeca osiguranika su zdravstveno osigurana do navršene 15 godine, a ako su na srednjem odnosno visokom školovanju, do kraja redovnog školovanja, a najduže do navršene 26 godine života.

Djeca osiguranika koja su zbog bolesti ili povrede prekinula redovno školovanje, imaju pravo na zdravstveno osiguranja i za vrijeme trajanja bolesti odnosno povrede.

Djeca osiguranika iz stava 2. ovog člana kao i djeci osiguranika koja su zbog služenja vojnog roka prekinula redovno školovanje, produžava se korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za vrijeme nastavka redovnog školovanja za onoliko vremena koliko je trajao prekid redovnog školovanja.

Djeca osiguranika koja postanu potpuno i trajno nesposobna za rad saglasno posebnim propisima prije navršene 15 godine života, odnosno za vrijeme trajanja redovnog školovanja, imaju pravo na zdravstveno osiguranje tokom trajanja te nesposobnosti.

Pravo na zdravstveno osiguranje tokom trajanja nesposobnosti pripada i djeci osiguranika koja postanu potpuno i trajno nesposobna za rad, saglasno posebnim propisima, poslije isteka razdoblja iz stava 4. ovog člana ako ih osiguranik izdržava.

Djeca koju je osiguranik uzeo na izdržavanje imaju pravo na zdravstveno osiguranje, ako su bez roditelja. Djeca koja imaju jednog ili oba roditelja ako ih je osiguranik uzeo na izdržavanje, imaju pravo na zdravstveno osiguranje ako su roditelji te djece zbog svog zdravstvenog stanja ili drugih razloga ne mogu brinuti o djeci i njihovom izdržavanju.

Član 23

Državljani Federacije Bosne i Hercegovine zaposleni u inozemstvu kod inozemnog posodavca čiji članovi porodice (supružnik i djeca) nisu zdravstveno osigurani kod inostranog nosioca zdravstvenog osiguranja, a prije odlaska u inozemstvo su bili zdravstveno osigurani, obavezni su zdravstveno osigurati svoje članove porodice.

c) Druga lica osigurana u određenim okolnostima

Član 24

Pravo na zdravstvenu zaštitu u obimu koji pripada osiguranicima imaju:

1. lica koja učestvuju u organiziranim javnim radovima na teritoriji Federacije,

2. lica koja ispunjavaju obavezu učestvovanja u civilnoj zaštiti ili obavezu učestvovanja u službi osmatranja i obavještavanja,

3. lica koja kao članovi operativnih sastava dobrovoljnih vatrogasnih organizacija vrše dužnosti po propisima o zaštiti od požara.

Član 25

Učenici srednjih škola i redovni studenti viših i visokih škola te fakulteta koji su državljani Federacije Bosne i Hercegovine i imaju prebivalište na teritoriji Federacije, a nisu zdravstveno osigurani kao članovi porodice osiguranika, imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u istom obimu kao i članovi porodice osiguranika.

Članovi porodice učenika i redovnih studenata iz stava 1. ovog člana (supružnik i djeca) imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove porodice, ako im zdravstvena zaštita ne pripada po drugom osnovu.

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz st. 1. i 2. ovog člana pripada licima dok imaju svojstvo učenika, odnosno redovnog studenta.

Član 26

Lica s prebivalištem na teritoriji Federacije koja su nesposobna za samostalan život i rad i nemaju sredstva za izdržavanje saglasno propisima o socijalnoj pomoći, obavezno su osigurana na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove porodice osiguranika, ako im se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugom osnovu.

Član 27

Lica sa prebivalištem na teritoriji Federacije koja imaju sredstva za izdržavanje, obavezna su se osigurati na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove porodice osiguranika, ako im se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugom osnovu.

Lica iz stava 1. ovog člana ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu pod uvjetima da je uplaćen doprinos za obavezno zdravstveno

osiguranje, od dana prestanka svojstva osiguranika, odnosno najmanje 6 mjeseci unazad.

Član 28

Pravo na zdravstvenu zaštitu zbog povreda na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti imaju:

1. učenici i studenti koji učestvuju na praktičnoj nastavi, praktičnom radu i na stručnim putovanjima,

2. lica koja su nakon završenog školovanja na praktičnom radu bez obzira da li primaju naknadu,

3. djeca i omladina sa smetnjama u tjelesnom i duševnom razvoju na praktičnoj nastavi ili na obaveznom praktičnom radu kod pravnog lica za osposobljavanje,

4. lica koja pomažu policijskim službama u obavljanju poslova iz njihove nadležnosti,

5. lica koja učestvuju u organiziranim akcijama spašavanja ili zaštiti i spašavanju u slučaju prirodnih i drugih nepogoda,

6. lica koja na poziv državnih i drugih ovlašćenih organa obavljaju dužnosti,

7. sportisti, treneri ili organizatori u sklopu organizirane sportske djelatnosti, odnosno lica koja učestvuju u sportskim akcijama,

8. lica koja kao članovi gorske službe spašavaju ili ronioci obavljaju zadatke spašavanja života ili otklanjanja, odnosno sprečavanja opasnosti koje neposredno ugrožavaju život ili imovinu građana,

9. lica koja kao članovi terenskih sastava učestvuju u spašavanju i zdravstvenoj zaštiti u prirodnim i drugim nesrećama (poplave, potresi, nesreće u rudnicima i sl.).

Pod povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti, u smislu ovog zakona, smatra se povreda odnosno oboljenje saglasno propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Pravna i fizička lica obavezna su da za svaki slučaj povrede na radu i oboljenja od profesionalne bolesti radnika dostave kantonalnom

zavodu osiguranja prijavu, u roku od tri dana od dana povrede odnosno utvrđivanja oboljenja od profesionalne bolesti.

Član 29

Korisnicima novčane naknade za tjelesno oštećenje prema propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju, ako nemaju pravo na zdravstvenu zaštitu po drugom osnovu, pripada zdravstvena zaštita samo kad je u vezi s povredom ili bolešću koja je prouzrokovala tjelesno oštećenje po kojem im pripada pravo na novčanu naknadu za to oštećenje.

Član 30

Stranim državljanima i licima bez državljanstva osigurava se zdravstvena zaštita pod istim uvjetima kao i državljanima Federacije Bosne i Hercegovine, ako međunarodnim sporazumom nije drugačije određeno.

2. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 31

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem , u slučajevima i pod uvjetima određenim ovim zakonom, osigurava se:

1. Osiguranicima:

a) zdravstvena zaštita,

b) naknada plaća,

c) naknada putnih troškova u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite;

2. Članovima porodice osiguranika:

a) zdravstvena zaštita,

b) naknada putnih troškova u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite.

3. Zdravstvena zaštita

Član 32

Zdravstvena zaštita koja se ovim zakonom osigurava, obuhvaća:

- hitnu medicinsku pomoć,

- liječenje zaraznih bolesti,

- liječenje akutnih, hroničnih bolesti u slučajevima i stanjima kada ugrožavaju život,

- zdravstvenu zaštitu djece do navršene 15 godine života,

- zdravstvenu zaštitu redovnih učenika i studenata,

- otkrivanje i liječenje endemske nefropatije,

- liječenje malignih oboljenja i inzulo ovisnog dijabetisa,

- zdravstvenu zaštitu u trudnoći i materinstvu,

- zdravstvenu zaštitu duševnih bolesti koji zbog prirode i stanja bolesti mogu da ugroze svoj život i život drugih lica, ili oštete materijalna dobra,

- zdravstvenu zaštitu oboljelih od progresivnih neuromišićnih oboljenja, paraplegije, kvadriplegije, cerebralne paralize i multipleks skleroze,

- provođenje obavezne imunizacije provi dječijih zaraznih oboljenja,

- liječenje povreda na radu i profesionalnih oboljenja,

- zdravstvenu zaštitu građana iznad 65 godina života, pod uvjetom da po članu domaćinstva nemaju prihode veće od prosječne plaće na području Federacije, ostvarene u prethodnom mjesecu,

- liječenje narkomanije,

- službu prikupljanja krvi.

Član 33

Osigurana lica, pored prava iz člana 32. ovog zakona imaju pravo, u skladu a utvrđenom medicinskom indukcijom, na korištenje ortopedskih i drugih pomagala, stomatološko-protetsku pomoć i stomatološko-protetske nadomjestke, kao i pravo na korišćenje lijekova čije je stavljanje u promet odobrila Vlada Federacije, a nalaze se na listi lijekova koji se osiguranicima mogu propisati na teret sredstava kantonalnog zavoda osiguranja.

Obim prava iz stava 1. ovog člana utvrdit će se kantonalnim propisima.

Član 34

Zdravstvena zaštita koja se ovim zakonom osigurava, provodi se kao:

- primarna,

- specijalističko-konsultativna i

- bolnička.

Član 35

Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem podrazumijeva osiguranje zdravstvenog standarda pod jednakim uvjetima za osigurana lica u zadovoljavanju potreba u primarnoj, specijalističko-konsultativnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti s odgovarajućom medicinskom rehabilitacijom.

Obim prava obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 32. ovog zakona, kao i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: osnovni paket zdravstvenih prava), će utvrditi Parlament Federacije, na prijedlog Vlade Federacije, najkasnije u roku od 90 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona, uključujući pritom i:

- posebne prioritetne federalne programe zdravstvene zaštite koja će se sprovoditi na teritoriji Federacije;

- prioritetne najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati osiguranim licima na teritoriji Federacije.

Do donošenja osnovnog paketa zdravstvenih prava, Vlada Federacije će privremeno utvrditi prioritetne federalne programe zdravstvene zaštite i prioritetne najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti, koji će se pružati osiguranim licima na teritoriji Federacije.

Standarde i normative zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i Pravilnik o načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja donosi ministar zdravstva.

Član 36

Kod povreda na radu, ili oboljenja od profesionalne bolesti, osiguranicima se obavezno osigurava:

1. zdravstvena zaštita i sprovođenje mjera otkrivanja i sprečavanja povreda na radu i oboljenja od profesionalne bolesti,

2. odgovarajuća medicinska pomoć i pravo na ortopedska pomagala radi liječenja i medicinske rehabilitacije od posljedica povreda na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti radi uspostavljanja radne sposobnosti,

3. naknada putnih troškova u vezi s korišćenjem zdravstvene zaštite i rehabilitacije prouzrokovane povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti,

4. naknada plaće za svo vrijeme trajanja bolovanja prouzrokovanog povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti.

Član 37

Zdravstvena zaštita iz člana 34. ovog zakona pruža se osiguranim licima u zdravstvenim ustanovama i kod privatnih zdravstvenih radnika s kojima je kantonalni zavod osiguranja zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, Federalni zavod osiguranja i reosiguranja zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama koje obezbjeđuju usluge zdravstvene zaštite iz člana 7. stav 2. alineja 1. i 2., ovog zakona, a koje se finansiraju iz sredstava federalne solidarnosti.

Član 38

Ugovorima iz člana 37. utvrđuju se: vrsta, obim i kvalitet zdravstvenih usluga koje zdravstvena ustanova pruža osiguranim licima, naknade koje kantonalni zavod osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja u slučajevima iz člana 8. ovog zakona plaća za pružanje ugovornih usluga, način obračunavanja i plaćanja usluga i druga uzajamna prava i obaveze ugovorača.

Osnove, kriterije i mjerila za zaključivanje ugovora iz člana 37. stav 1. ovog zakona utvrđuje vlada kantona na prijedlog kantonalnog ministra zdravstva (u daljem tekstu: kantonalni ministar), a osnove, kriterije i mjerila za zaključivanje ugovora iz člana 8. ovog zakona

utvrđuje Vlada Federacije na prijedlog federalnog ministra zdravstva (u daljem tekstu: federalni ministar).

Osnovama, kriterijima i mjerilima iz stava 2. ovog člana osigurava se zakonito i pravilno uspostavljanje ugovornih odnosa između kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja i zdravstvenih ustanova, utvrđuju elementi koje moraju sadržavati ti ugovori, uređuje način iskazivanja vrste, obima i kvaliteta zdravstvenih uzluga, način utvrđivanja naknada, način kontrole, vrste, obima i kvaliteta izvršenih zdravstvenih usluga, troškova i drugo.

Član 39

Ugovori zaključeni između kantonalnog zavoda osiguranja i zdravstvenih ustanova na njegovom području važe, u pogledu ugovornih naknada za zdravstvene usluge, a sve kantonalne zavode osiguranja čija osigurana lica koriste usluge tih zdravstvenih ustanova.

Član 40

Zdravstvenim ustanovama sa kojima kantonalni zavod osiguranja nije zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, mogu se na teret fonda kantonalnog zavoda osiguranja isplatiti samo troškovi medicinske pomoći pružene osiguranim licima u hitnim slučajevima i drugi troškovi u vezi sa pružanjem te pomoći.

Član 41

Osigurano lice ima pravo na liječenje u inozemstvu pod uvjetima i na način utvrđen posebnim propisima ako je u pitanju oboljenje koje se ne može liječiti u Federaciji Bosne i Hercegovine, a u zemlji u koju se osigurano lice uplaćuje postoji mogućnost za uspješno liječenje tog oboljenja.

Osigurano lice ima pravo da koristi zdravstvenu zaštitu u inozemstvu za vrijeme rada odnosno boravka u inozemstvu pod uvjetima i na način utvrđen posebnim propisima.

Propise iz ovog člana donosi ministar zdravstva.

4. Novčane naknade i pomoći

a) Naknada plaće

Član 42

Osiguranici iz člana 19. tač. 1. do 7. i tač. 16. i 17. ovog zakona imaju pravo na nakandu plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad (u daljem tekstu: naknada plaće), ako su:

1. privremeno spriječeni za rad zbog bolesti ili povrede odnosno radi liječenja ili medicinskih ispitivanja smješteni u zdravstvenu ustanovu,

2. privremeno spriječni za rad zbog određenog liječenja ili medicinskog ispitivanja koje se ne može obaviti izvan radnog vremena osiguranika,

3. izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u njihovoj okolini,

4. određeni za pratioca bolesnika upućenog na liječenje ili ljekarski pregled u najbliže mjesto,

5. određeni da njeguju oboljelog supružnika ili djeteta pod uvjetima propisanim ovim zakonom.

Naknada plaće pripada osiguraniku samo za dane za koje bi mu pripadala plata ili naknada plaće u smislu propisa o radnim odnosima.

Osiguranicima kod kojih spriječenost za rad nastupi dok se nalaze na neplaćenom odsustvu, pripada naknada plaće samo po isteku neplaćenog odsustva, ako u to vrijeme još postoji privremena spriječenost za rad.

Član 43

Naknada plaće u slučajevima iz člana 42. ovog zakona pripada osiguraniku od prvog dana privremene spriječenosti za rad i dok ta spriječenost traje.

Privremena spriječenost za rad traje dok izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi odnosno privatnoj praksi ili ljekarska komisija, ne utvrdi da je uspostavljena radna sposobnost ili dok se pravosnažnim rješenjem nadležnog organa po propisima iz penzijskog i invalidskog osiguranja ne utvrdi da postoji invalidnost.

Član 44

Osiguraniku kojem je za vrijeme privremene spriječenosti za rad prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti ličnim radom, pripada naknada plaće najviše 30 dana nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti ličnim radom.

Izuzetno, u slučaju privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu ili oboljenja od profesionalne bolesti, osiguraniku pripada naknada plaće i nakon prestanka radnog odnosa, sve do ponovnog uspostavljanja radne sposobnosti, odnosno konačne ocjene radne sposobnosti ili invalidnosti, a ne duže od 12 mjeseci.

Član 45

Osiguranik nema pravo na naknadu plaće ako:

- svjesno prouzrokuje privremenu nesposobnost za rad,

- namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje,

- prima plaću ili obavlja drugu djelatnost,

- se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za ljekarski pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite,

- izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja utvrde da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez dozvole izabranog doktora medicine otputuje iz mjesta prebivališta,

- se u roku od tri dana nakon početka bolesti ne javi izabranom dokroru medicine primarne zdravstvene zaštite da je obolio.

Osiguraniku ne pripada naknada plaće od momenta kada su nastupile okolnosti iz stava 1. ovog člana, pa sve dok one traju.

Član 46

Naknada plaće utvrđuje se od osnovice za naknadu koju čini plaća isplaćena osiguraniku za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem nastupi slučaj na osnovu kojeg se stiče pravo na naknadu.

Ako u mjesecu koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio slučaj na osnovu koga se stiče pravo na naknadu osiguranik nije ostvario

plaću, kao osnovica za naknadu uzima se prosječna plaća na nivou kantona za odgovarajući mjesec.

Kada osiguranik prima naknadu plaće neprekidno duže od tri mjeseca, osnovica za utvrđivanje naknade iz st. 1. i 2. ovog člana valotizira se saglasno prosječnom porastu plaća zaposlenih kod pravnog, odnosno fizičkog lica, ako je taj porast veći od 5%.

Naknada plaće prema stavu 3. ovog člana, pripada osiguraniku od prvog dana idućeg mjeseca po isteku tri mjeseca neprekidnog korišćenja naknade plaće, ako je ispunjen uslov za povećanje naknade.

Upravni odbro kantonalnog zavoda osiguranja će općim aktom bliže propisati način utvrđivanja valorizacije osnovice za naknadu plaće iz stava 3. ovog člana.

Član 47

Naknada plaće određuje se u visini od najmanje 80% osnovice za naknadu s tim da ne može biti niža od iznosa minimalne plaće važeće za mjesec za koji se utvrđuje naknada.

Naknada plaće iznosi 100% od osnovice za naknadu:

1. za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu ili odoljenja od profesionalne bolesti,

2. za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i komplikacija prouzrokovanih trudnoćom i porođajem,

3. za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osobe.

Visinu naknade plaće i najviši iznos naknade plaće koja se isplaćuje na teret kantonalnog zavoda osiguranja utvrđuje upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja.

b) Naknade putnih troškova u vezi s korišćenjem zdravstvene zaštite

Član 48

U ostvarivanju zdravstvene zaštite osigurana lica imaju pravo na naknadu putnih troškova u vezi s korišćenjem zdravstvene zaštite.

Pod troškovima iz stava 1. ovog člana ne podrazumijeva se prevoz kolima hitne pomoći.

Član 49

Osigurana lica imaju pravo na naknadu putnih troškova iz člana 48. ovog zakona;

- ako su upućena doktoru medicine ili u zdravstvenu ustanovu u najbliže mjesto ako u mjestu u kojem rade ili u kojem imaju prebivalište, odnosno boravište nema doktora medicine odgovarajuće specijalnosti, odnosno zdravstvene ustanove,

- ako ih izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite uputi ili pozove u mjesto izvan mjesta rada ili prebivališta, odnosno boravišta.

Član 50

Naknada putnih troškova iz člana 48. stav 1. ovog zakona, pripada osiguranim licima za najkraću udaljenost do doktora medicine, odsnosno zdravstvene ustanove i to u visini troškova prijevoza javnim prijevoznim sredstvom.

Ukoliko nema javnog prijevoza ili zdravstveno stanje osiguranog lica zahtijeva drugu vrstu prijevoza, odobrava se odgovarajući prijevoz, odnosno naknada za korišćenje istog.

Provedbene propise o visini, kriterijima i načinu korišćenja naknade troškova prijevoza iz st. 1. i 2. ovog člana donijet će nadležni organ kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 51

Pravo na naknadu putnih troškova ima pratilac osigurane osobe, ako je po ocjeni doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, osiguranoj osobi u slučaju iz člana 49. ovog zakona prijeko potreban pratilac za vrijeme putovanja.

c) Ostale naknade i pomoć

Član 52

Osiguranici imaju pravo na naknadu za pogrebne troškove.

Provedbene propise o visini, uvjetima i načinu korišćenja naknada za pogrebne troškove donijet će nadležni organ kantonalnog zavoda osiguranja.

5. Ostvarivanje i zaštita prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 53

Pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja može ostvarivati samo lice kome je utvrđeno svojstvo osiguranog lica.

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje kantonalni zavod osiguranja, a dokazuje se posebnom ispravom.

Provedbene propise o sadržaju i obliku isprave iz stava 2. ovog člana kao i načinu njenog izdavanja, donijet će ministar zdravstva.

Član 54

Obveznici uplate doprinosa dužni su podnijeti nadležnom uredu Porezne uprave Federacije Bosne i Hercegovine obrasce propisane Zakonom o jedinstvenoj registraciji radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i izdavanja posebne isprave iz člana 53. stav 2. ovog zakona.

Lica za koja obveznici uplate doprinosa ne podnose prijavu iz stava 1. ovog člana može zahtijevati od kantonalnog zavoda osiguranja da im utvrdi svojstvo osiguranog lica.

Ako nadležni ured Porezne uprave Federacije Bosne i Hercegovine ne prihvati podnesenu prijavu, a kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja utvrdi svojstvo osiguranog lica po nekom drugom osnovu, o tome kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja donosi pisano rješenje koje dostavlja podnosiocu prijave i zainteresiranom licu.

Protiv rješenja iz stava 3. ovog člana može se izjaviti žalba nadležnom organu kantonalnog zavoda osiguranja.

Protiv rješenja donesenog po žalbi može se pokrenuti upravni spor.

Prestankom okolnosti na osnovu kojih je stečeno svojstvo osiguranog lica, gubi se to svojstvo.

Član 55

Privremenu spriječenost za rad utvrđuje izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi.

O utvrđenoj ocjeni iz stava 1. ovog člana, izabrani doktor medicine obavještava osiguranika, pravno, odnosno fizičko lice kod kojeg je osiguranik zaposlen i nadležni kantonalni zavod osiguranja.

Osiguranik, pravno, odnosno fizičko lice kod kojeg je osiguranik zaposlen i kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja mogu u roku od 48 sati od saopćenja ocjene uložiti prigovor na ocjenu izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite iz stava 1. ovog člana.

O prigovoru rješava ljekarska komisija kantonalnog zavoda osiguranja, s tim da se rješenje ljekarske komisije smatra konačnim.

Za vrijeme privremene spriječenosti za rad osiguranika odnosno za vrijeme korišćenje prava na naknadu plaće vrši se nadzor.

Nadzor iz stava 5. ovog člana vrši kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja i pravno odnosno fizičko lice za vrijeme za koje ono isplaćuje nakandu plaće na teret svojih sredstava.

Pravilnik o postupku i kriterijuma za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad donosi Vlada Federacije na prijedlog ministra zdravstva.

Član 56

Naknadu plaće iz člana 42. tač. 1. i 2. ovog zakona obračunava i isplaćuje osiguraniku na teret svojih sredstava:

1. pravno ili fizičko lice za prvih 42 dana bolovanja kao i za vrijeme dok se osiguranik nalazi na radu u inozemstvu na koje ga je uputilo pravno ili fizičko lice,

2. preduzeće za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje invalida, odnosno pravno ili fizičko lice za rad osiguranika invalida za prvih sedam dana bolovanja.

Visinu naknade plaće iz stava 1. ovog člana utvrđuje općim aktom nadležni organ pravnog lica, odnosno fizičko lice.

Pravna i fizička lica iz stava 1. ovog člana obračunavaju i isplaćuju osiguraniku naknadu plaće i istekom 42 odnosno sedam dana

bolovanja na teret sredstava kantonalnog zavoda osiguranja.

Kantonalni zavod osiguranja obavezan je vratiti isplaćenu naknadu plaće iz stava 3. ovog člana u roku od 45 dana od dana prijema zahtjeva za povrat.

Član 57

Naknada plaće u vezi s korišćenjem zdravstvene zaštite iz člana 42. tač. 3. do 5. ovog zakona isplaćuje se osiguraniku na teret sredstava kantonalnog zavoda osiguranja od prvog dana korišćenja prava.

Naknadu plaće iz stava 1. ovog člana obračunava i isplaćuje pravno odnosno fizičko lice, tim da je kantonalni zavod osiguranja obavezan vratiti isplaćenu naknadu u roku od 45 dana od dana prijema zahtijeva za povrat.

Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na naknadu plaće iz stava 1. ovog člana donijet će upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 58

Naknadu plaće zbod povrede na radu ili oboljenja od profesionalne bolesti obračunava i isplaćuje iz svojih sredstava pravno, odnosno fizičko lice kod kojeg je zaposlen osiguranik, sve dok osiguranik nije radno sposoban, odnosno do pravosnažnosti odluke nadležnog organa o utvrđivanju invalidnosti osiguranika, osim u slučaju stečajnog postupka kada naknadu isplaćuje kantonalni zavod osiguranja.

Član 59

O pravu na naknadu plaće pravno odnosno fizičko lice i kantonalni zavod osiguranja rješava po pribavljenoj ocjeni izabranog doktora medicine odnosno ljekarske komisije bez donošenja formalnog rješenja, ali su dužni izdati pismeno rješenje ako to osiguranik traži.

U slučaju kada osiguraniku pravno odnosno fizičko lice nije utvrdilo naknadu plaće na način, u visini i rokovima utvrđenim ovim zakonom u provedbenim propisima donesenim na osnovu ovog zakona, osiguranik ima pravo uložiti prigovor nadležnom organu kantonalnog zavoda osiguranja. Do donošenja konačne odluke, isplatu naknade dužan je osigurati kantonalni zavod osiguranja,

saglasno članu 46. stav 2. ovog zakona, s tim da je pravno odnosno fizičko lice dužno vratiti isplaćenu naknadu u roku od 30 dana od dana naknade za privremenu spriječenost za rad.

Član 60

Ako bolovanje traje neprekidno ili u prekidima ukupno 12 mjeseci za istu bolest u toku dvije kalendarske godine, izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite obavezan je upititi osiguranika nadležnom organu penzijskog i invalidskog osiguranja koji donosi ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti, najkasnije u roku od 60 dana od dana prijema prijedloga izabranog doktora medicine.

Osiguranik ima pravo na naknadu plaće na teret sredstava kantonalnog zavoda osiguranja odnosno na teret sredstava pravnog ili fizičkog lica u slučaju iz člana 58. ovog zakona, do navršenih 14 mjeseci neprekidnog trajanja privremene spriječenosti za rad.

Ako nadležni organ penzijskog i invalidskog osiguranja ne donese ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti u roku iz stava 1. ovog člana, kantonalni zavod osiguranja će i dalje isplaćivati naknadu plaće osiguraniku, ali je nadležni organ penzijskog i invalidskog osiguranja obavezan vratiti isplaćenu naknadu kantonalnom zavodu osiguranja, najkasnije u roku od 30 dana od dana prijema zahtjeva za povrat.

U radu nadležnog organa penzijskog i invalidskog osiguranja za ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti učestvuju kao Član i predstavnik kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 61

Kad se utvrdi da postoje činjenice iz člana 45. stav 1. ovog zakona, kantonalni zavod osiguranja odnosno pravno ili fizičko lice koje vrši isplatu naknade plaće na teret svojih sredstava, obustavlja isplatu te naknade.

Akt o obustavi isplate naknade plate u smislu stava 1. ovog člana donosi kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja odnosno pravnog ili fizičkog lica koje vrši isplatu naknade plaće na teret sredstava, na osnovu mišljenja izabranog doktora medicine koji je utvrdio privremenu spriječenost za rad.

Akt iz stava 2. ovog člana izdaje se pismeno, u dva primjerka, od kojih se jedan uručuje osiguraniku, a jedan kantonalnom zavodu osiguranja odnosno pravnom ili fizičkom licu koje vrši isplatu naknade plaće na teret svojih sredstava, uz izvještaj.

Osiguranik kome je aktom iz stava 2. ovog člana obustavljena isplata naknade plaće ima pravo u roku od tri dana od dana uručenja akta zahtijevati da kantonalni zavod osiguranja odnosno pravno ili fizičko lice koje je isplaćivalo naknadu plaće na teret svojih sredstava, raspravi stvar rješenjem.

O ponovnom uspostavljanju isplate naknade plate obustavljene u smislu odredaba ovog člana rješava kantonalni zavod osiguranja odnosno pravno ili fizičko lice koje je isplaćivalo naknadu plaće na teret svojih sredstava, na zahtjev osiguranika, ako se za to steknu uvjeti.

Član 62

Radi zaštite prava iz ovog zakona, osiguranim licima se u kantonalnom zavodu osiguranja osigurava dvostepenost rješavanja u postupku koji je pokrenulo osigurano lice.

Drugostepeno rješenje kantonalnog zavoda osiguranja je konačno i protiv njega se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim sudom.

Član 63

U postupku rješavanja o pravima iz zdravstvenog osiguranja, primjenjuje se Zakon o općem upravnom postupku, ako ovim zakonom nije drugačije uređeno.

Član 64

Pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, iz obaveznog zdravstvenog osiguranja prema odredbama ovog zakona, osigurano lice ima pravo na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite.

Osiguranik ima pravo na slobodan izbor zavoda osiguranja kod kojeg se može osigurati na prošireno zdravstveno osiguranje, u skladu a zakonom, a uz prethodno pribavljenu saglasnost obveznika uplate

doprinosa i zavoda osiguranja koji provodi prošireno zdravstveno osiguranje.

Osigurano lice bira doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite na period od najmanje godinu dana.

Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite donijet će kantonalni ministar.

6. Naknada štete

Član 65

Osigurano lice obavezno je kantonalnom zavodu osiguranja nadoknaditi štetu:

1. ako je ostvarilo primanje iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja na osnovu neistinitih ili netačnih podataka za koje je znalo ili je moralo znati da su neistiniti, odnosno netačni ili je primanje ostvarilo na drugi protupravan način, odnosno u većem obimu nego što mu pripada;

2. ako je ostvarilo primanje iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja uslijed toga što nije prijavilo promjenu koja utiče na gubitak ili obim prava, a znalo je ili je moralo znati za tu promjenu.

Član 66

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od lica koje je prouzrokovalo bolest, povredu ili smrt osiguranog lica.

Za štetu koju je kantonalnom zavodu osiguranju u slučajevima iz stava 1. ovog člana počinio radnik na radu ili u vezi s radom odgovara pravno lice ili fizičko lice, osim ako se dokaže da je radnik postupio onako kako je trebalo.

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan u slučajevima iz stava 2. ovog člana zahtijevati naknadu štete i neposredno od radnika ako je šteta prouzrokovana namjerno. Kada kantonalni zavod osiguranja zahtijeva naknadu štete od pravnog odnosno fizičkog lica i od radnika, oni odgovaraju za štetu solidarno.

Član 67

Osigurano lice kome je iz sredstava kantonalnog zavoda osguranja isplaćen novčani iznos na koji nije imao pravo, obavezan je vratiti primljeni iznos saglasno odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 68

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od pravnog odnosno fizičkog lica:

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

2. ako je isplata izvršena na osnovu neistinitih ili netačnih podataka navedenih u prijavi o stupanju radnika na rad,

3. ako je isplata izvršena zbog toga što nije podnesena prijava o promjenama koje utiču na gubitak ili na obim prava radnika, odnosno prijava o istupanju radnika s rada ili ako je prijava podnesena poslije propisanog roka.

Osigurana lica koja su obavezna sama podnositi prijave ili davati određene podatke u vezi sa svojim pravima i obavezama, obavezna su u slučajevima iz stava 1. ovog člana sama kantonalnom zavodu osiguranja nadoknaditi štetu koja je nastala ako prijava nije podnesena ili su dati neistiniti podaci.

Za štetu u slučajevima iz stava 1. ovog člana, odgovaraju pravna i fizička lica osim ako dokažu da se u datim okolnostima postupalo kako je trebalo, a osigurana lica u slučajevima iz stava 2. ovog člana odgovaraju za štetu ako su znala ili morala znati da su dati podaci neistiniti ili netačni, odnosno ako su znala ili morala znati za promjenu koja utiče na gubitak ili obim prava, a te promjene nisu prijavila.

Član 69

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od pravnog ili fizičkog lica ako su bolest, povreda ili smrt radnika nastali zbog toga što nisu provedene mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana.

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od pravnog ili fizičkog lica i kada je šteta nastala jer je radnik stupio na rad bez propisanog prethodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se zdravstvenim pregledom utvrdi da to lice prema zdravstvenom stanju nije bilo sposobno za rad na određenim poslovima.

Član 70

Kantonalni zavod osiguranja obavezan je zahtijevati naknadu prouzrokovane štete u slučajevima iz člana 66. ovog zakona i neposredno od pravnog lica za osiguranje imovine i lica kod koga su ova lica osigurana odgovornosti za štetu prouzrokovanu trećim licima, prema propisima o obaveznom osiguranju ovog rizika.

Član 71

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane u slučajevima iz člana 66. ovog zakona kada je šteta nastala upotrebom motornog vozila neposredno od pravnog lica za osiguranja imovine i lica kod koga je štetnik sklopio ugovor o obaveznom osiguranju od odgovornosti za štete pričinjene trećim licima.

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila kojim se koristilo, odnosno kojim je upravljalo lice koje za to nije imalo ovlašćenje.

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila za koje nije sklopljen ugovor o osiguranju, odnosno upotrebom nepoznatog vozila od pravnog lica za osiguranje imovine i lica koje obavlja osiguranje autoodgovornosti u mjestu nestanka štete.

U slučaju iz stava 3. ovog člana pravno lice za osiguranje imovine i lica, obavezno je isplatiti naknadu kao da je bio sklopljen ugovor o osiguranju.

Član 72

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila s inozemnom registracijom za koje

postoji valjana međunarodna isprava ili dokaz o postojanju osiguranja od bilo kog pravnog lica za osiguranje imovine i lica sa sjedištem na teritoriji Federacije.

Štetu nastalu upotrebom vozila inostrane registracije koja nije obuhvaćena osiguranjem autoodgovornosti, nadoknađuje pravno lice za osiguranje imovine i lica sa sjedištem u mjestu nastanka štete.

Član 73

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu štete u slučajevima predviđenim ovim zakonom, bez obzira na to što je nastala isplatom davanja koja kao pravo pripadaju osiguranom licu iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 74

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

Član 75

Potraživanje naknade štete, u smislu odredbi ovog zakona, zastarjevaju istekom rokova određenih Zakonom o obligacionim odnosima.

Rokovi zastare potraživanja naknade štete u smislu odredbi ovog zakona, počinju teći:

1. u slučajevima iz člana 65. i člana 68. stav 1. ovog zakona, od dana kada je postalo konačno rješenje kojim je utvrđeno da isplaćeno primanje nije pripadalo ili je pripadalo u manjem obimu.

2. u slučajevima iz čl. 66. i 69. ovog zakona od dana kada je postalo izvršnim rješenjem kojim je priznato pravo na primanje iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja.

3. u ostalim slučajevima kada se zahtijeva naknada za pojedina isplaćena davanja iz člana 71. ovog zakona, od dana izvršene isplate svakog pojedinog davanja.

Član 76

Kada se utvrdi da je nestala šteta, kantonalni zavod osiguranja će uz navođenje dokaza pozvati osigurano lice, pravno ili fizičko lice, pravno lice za osiguranje imovine i lica ili drugo lice koje je dužno naknaditi štetu da u određenom roku naknadi štetu.

Ako šteta ne bude nadoknađena u određenom roku kantonalni zavod osiguranja potraživanja ostvaruje tužbom kod nadležnog suda.

Kantonalni zavod osiguranja ima pravo na zateznu kamatu po stopi propisanoj Zakonom o obligacionim odnosima, od dana nastale štete.

Kantonalni zavod osiguranja nema pravo, bez izričitog pristanka osiguranika ili osiguranog lica, ostvariti naknadu štete obustavom isplate ili ustezanjem od novčane naknade na koju osigurano lice ima pravo u vezi s korišćenjem prava iz zdravstvenog osiguranja.

III - PROŠIRENO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 77

Ukoliko zakonodavno tijelo kantona, saglasno članu 8. ovog zakona uvede prošireno zdravstveno osiguranje, odlukom će odrediti vidove zdravstvene zaštite, odnosno prava i pogodnosti koja se osiguravaju proširenim zdravstvenim osiguranjem, visinu doprinosa za prošireno zdravstveno osiguranje, uvjete i način pristupanja proširenom obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i način poslovanja proširenog zdravstvenog osiguranja.

Za provođenje proširenog zdravstvenog osiguranja obrazuju se posebni fondovi čije se poslovanje vodi odvojeno od poslovanja ostalih fondova.

IV - DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 78

Građani-osiguranici mogu za sebe i za svoje članove porodice dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem osigurati dodatna prava iz zdravstvene zaštite koja nisu obuhvaćala obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Uvjete i način korišćenja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utvrđuju zavodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 79

Zavodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja finansiraju se iz premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje plaćaju građani, preduzeća ili druga pravna lica.

V - OSIGURAVANJE SREDSTAVA

1. Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 80

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

1. doprinosa iz plaća radnika koji su u radnom odnosu kod pravnog ili fizičkog lica;

2. doprinosa na prihod lica koja obavljaju privrednu ili neprivrednu djelatnost ličnim radom;

3. doprinosa iz penzija i invalidnina i drugih naknada iz penzijskog i invalidskog osiguranja,

4. doprinosa za nezaposlene građane,

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

6. doprinosa iz prihoda od samostalne estradne djelatnosti, izdavanja ploča, audio i video kaseta, i na ulaznice za organizaciju sportskih, estradnih i drugih kulturnih javnih priredaba,

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

8. dodatnog doprinosa za korišćenje zdravstvene zaštite u inozemstvu,

9. doprinosa iz dohotka od poljoprivredne djelatnosti, odnosno drugih prihoda ostvarenih obavljanjem poljoprivredne djelatnosti, kao i zakupnine za poljoprivredno zemljište,

10. doprinosa lica koja sama plaćaju doprinos,

11. naknada za zdravstvenu zaštitu članova porodice radnika zaposlenih u inozemstvu inostranih penzionera i članova njihovih porodica,

12. sredstava budžeta Federacije, kantona odnosno općine;

13. sredstava ličenog učešća osiguranih lica u pokriću troškova zdravstvene zaštite, i

14. prihoda od donacije, pomoći, taksi, kamata, dividendi i drugih prihoda.

Sredstva iz stava 1. ovog člana vode se i evidentiraju odvojeno.

Član 81

Za povredu na radu i oboljenja od profesionalne bolesti osiguranika pravno ili fizičko lice osigurava u cijelosti sredstva za ostvarivanje prava iz člana 36. ovog zakona.

Prava ili fizička lica obavezna su da se reosiguraju radi rizika iz stava 1. ovog člana.

Član 82

Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se u kantonalnom zavodu osiguranja i u Federalnom zavodu osiguranja i reosiguranja u skladu sa namjenama.

Upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja, uz suglasnost kantonalnog ministra, sačinjava godišnji plan prihoda i rashoda za finansiranje potreba iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, polazeći od raspoloživih sredstava, utvrđenog standarda zdravstvene zaštite i programa mjera za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Kantonalni zavod osiguranja je dužan poduzeti potrebne mjere, ukoliko raspoloživa sredstva nisu dovoljna za pokriće rashoda obaveznog zdravstvenog osiguranja u cilju osiguravanja dodatnih sredstava.

U cilju osiguranja sredstava federalne solidarnosti u okviru jedinstvene stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, Vlada Federacije, na prijedlog federalnog ministra, za svaku kalendarsku godinu, posebnom odlukom utvrđuje procenat izdvajanja sredstava od ukupnih prihoda ostvarenih po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, u federalni fond solidarnosti, o čemu je dužna izvijestiti Parlament Federacije u roku od 15 dana od dana donošenja odluke.

Isti iznos sredstava obezbijedit će se iz Budžeta Federacije.

Sredstva federalnog fonda solidarnosti se koriste namjenski za osiguranje jednakih uvjeta za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja u svim kantonima, za prioritetne federalne programe zdravstvene zaštite i prioritetne najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati osiguranim licima na teritoriji Federacije i ne mogu se koristiti za druge namjene.

Ukoliko se sredstva federalnog fonda solidarnosti u cijelosti ne iskoriste do kraja tekuće poslovne godine, neutrošeni iznos sredstava vraća se kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja srazmjerno njihovom učešću u formiranju tih sredstava.

Kriteriji i način korištenja sredstava federalne solidarnosti, utvrđuju se posebnom odlukom Vlade Federacije.

2. Osnovica i način obračunavanja doprinosa

Član 83

Kod utvrđivanja osnovice, način obračunavanja i uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje iz plaća radnika i s njima izjednačenih osiguranika, primjenuju se propisi o porezima građana.

Član 84

Osnovicu, način obračunavanja i uplate doprinosa iz člana 80. stav 1. tač. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. i 14. ovog zakona utvrđuje svojim propisima zakonodavno tijelo kantona na prijedlog kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 85

Stope za utvrđivanje visine doprinosa iz člana 80. ovog zakona utvrđuje svojom odlukom zakonodavno tijelo kantona na prijedlog kantonalnog zavoda osiguranja.

Osnov za donošenje odluke iz stava 1. ovog člana predstavlja plan potrebnih sredstava za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja koji utvrđuje upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja polazeći od utvrđivanja standarda zdravstvene zaštite i predviđenog programa mjera za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

3. Obveznici uplate doprinosa

Član 86

Obveznici obračunavanja i uplate dorpinosa za obavezno zdravstveno osiguranje su:

1. preduzeća, druga pravna i fizička lica koja obavljaju privrednu i neprivrednu djelatnost - za radnike u radnom odnosu i s njima izjednačene osiguranike, za lica birana ili imenovana na funkcije u određenim organima državne ili sudske vlasti i uprave u Federaciji, kantonu i općini, za lica koja obavljaju rad po ugovoru prema propisima o radnim odnosima, za lica upućena na školovanje, stručno usavršavanje, postdiplomatski i doktorski studij ili na praktičan rad, za lica na profesionalnim funkcijama u vjerskim i drugim registriranim udruženjima, za volontere, za dodatni doprinos za korišćenje zdravstvene zaštite u inozemstvu,

2. Zavod za penzijsko i invalidsko osiguranje - za korisnike penzija i korisnike drugih prava po osovu penzijskog i invalidskog osiguranja,

3. Zavod za zapošljavanje - za lica koja su privremeno nezaposlena i kod kojih su ta lica prijavljena,

4. Zavod za socijalnu zaštitu - za lica koja primaju stalnu novčanu pomoć i za lica smještena u ustanovama socijalne zaštite,

5. preduzeća i druga pravna lica odnosno nosioci investicija u okviru kojih se izvode radovi - za lica na javnim i drugim radovima,

6. lica zaposlena u inozemstvu - za članove svojih porodica čije je prebivalište na teritoriji kantona ako nisu osigurani po drugom osnovu,

7. nadležni organ uprave u Federaciji odnosno kantonu - za pripadnike Federalne vojske, pripadnike F MUP-a i za pripadnike kantonalne policije,

7a. organ uprave kantona nadležan za poslove socijalne i dječije zaštite:

- za djecu od rođenja do polaska u osnovnu školu koja nisu osigurana po drugom osnovu, a u skladu sa članom 19. tačka 13a. Zakona,

- za lica nakon navršenih 65 godina života, koja nisu zdravstveno osigurana po drugom osnovu, a u skladu sa članom 19. tačka 13b. Zakona,

8. organ uprave kantona nadležan za obrazovanje - za učenike odnosno studente koji nisu osigurani po drugom osnovu u skladu sa članom 19. tačka 13a. Zakona, kao i za učenike odnosno studente koji vrše praktičan rad u vezi sa nastavom,

9. nadležni organ uprave kantona odnosno općine - za socijalno ugrožena lica koja nisu osigurana po drugom osnovu, i lica iz člana 19. tač. 15. i 16. i člana 24. tač. 1, 2. i 3. ovog zakona,

10. za strane državljane i lica bez državljanstva koja se školuju ili stručno usavršavaju - davalac stipendije ako ugovorom o stipendiji nije predviđeno da sami plaćaju doprinos,

11. osiguranik - zemljoradnik koji je starješina poljoprivrednog domaćinstva, obveznik je uplate doprinosa za sebe i članove svog porodičnog domaćinstva,

12. autorske agencije, udruženja građana, druga profesionalna udruženja i sportski savez odnosno organizatori sportskih i drugih javnih priredaba - za učesnike u tim priredbama odnosno za članove svojih udruženja koji se bave profesionalnom i drugom djelatnošću odnosno preko kojih ostvaruju prihod, kao i za vrhunske sportiste koji su kao takvi rangirani od Olimpijskog komiteta ili udruženja sportista na nivou Federacije.

13. centar za socijalni rad odnosno općinska služba za socijalnu zaštitu - za roditelja njegovatelja iz člana 19. tačka 22. ovog Zakona, iz sredstava federalnog budžeta doznačenih za finansiranje doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje roditelju njegovatelju u skladu sa odredbama Zakona o roditeljima njegovateljima u Federaciji Bosne i Hercegovine i propisima donesenim na osnovu tog zakona.

Ostala lica sama uplaćuju doprinos na osnovu obračuna kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 87*

Kontrolu obračuna i uplate doprinosa vrši Porezna uprava Federacije Bosne i Hercegovine u skladu sa Zakonom o doprinosima i članom 23. Zakona o jedinstvenoj registraciji.

Obvezniku uplate doprinosa, kod koga se utvrdi da nije uplatio doprinos obustavlja se dalje korišćenje zdravstvene zaštite po ovom zakonu, izuzev hitne medicinske pomoći.

Utvrđena dugovanja po osnovu obaveze obračuna i uplate doprinosa realizuju se tako što se obvezniku obračuna i uplate doprinosa, rješenjem nalaže obaveza da uplati doprinos i rok u kome se ta obaveza treba izvršiti.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja prati redovnu uplatu sredstava za federalni fond solidarnosti svih obveznika uplate ovih sredstava, na način i u skladu sa ovim zakonom.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja će svojim općim aktom utvrditi način vršenja kontrole iz stava 8. ovog člana.

Vlada Federacije će donijeti propis o saradnji institucija zdravstvenog osiguranja i Porezne uprave Federacije u cilju postizanja redovne i potpune uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje kao i uplate sredstava u federalni fond solidarnosti.

Član 88

Organizacija ovlašćena za obavljanje platnog prometa obavezna je na zahtjev kantonalnog zavoda osiguranja, a na osnovu izvršenog platnog naloga, odnosno na osnovu izvršne sudske odluke, izvršiti naplatu iznosa neuplaćenog doprinosa s kamatama, prijenosom sa računa obveznika na račun kantonalnog zavoda osiguranja, po postupku za prisilnu naplatu doprinosa i poreza građana.

Naplata doprinosa zastarjeva za pet godina ne računajući do kraja godinu u koju je dospjela obaveza plaćanja.

4. Sredstva budžeta

Član 89

Sredstva iz budžeta kantona ili općine iz člana 80. stav 1. tačka 13. ovog zakona odobrava zakonodavno tijelo kantona ili općine na

osnovu zahtjeva koji utvrđuje upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja polazeći od plana potrebnih sredstava za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Sredstvima iz stava 1. ovog člana osiguravaju se:

- pokriće povećanih troškova zdravstvene zaštite izazvanih većim odstupanjima u odnosu na planirana sredstva zdravstvenog osiguranja zbog određenih vanrednih ili drugih otežanih uvjeta sprovođenja zdravstvene zaštite,

- za pokriće troškova zdravstvene zaštite lica starijih od 65 godina izvan nivoa obaveznog zdravstvenog osguranja zbog određenih vanrednih ili drugih otežanih uvjeta sprovođenja zdravstvene zaštite,

- za pokriće troškova naknada plaća iz člana 57. stav 1. ovog zakona,

- za pokriće troškova zdravstvene zaštite lica čije je prebivalište nepoznato,

- sredstva za razvoj naučnoistraživačke djelatnosti, statističkih istraživanja u oblasti zdravstva koja su od interesa za kanton i zdravstveno informacionog sistema u kantonu.

5. Lično učešće osiguranika

Član 90

Parlament Federacije može, u osnovnom paketu zdravstvenih prava, utvrditi maksimalni iznos neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite, uzimajući u obzir socijalne prilike osiguranih lica i njihov doprinos obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i iznos raspoloživih sredstava za finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Djeca od rođenja do navršene 15. godine života, odnosno stariji maloljetnici do 18 godina života i lica nakon navršenih 65 godina života, koji nisu zdravstveno osigurani po drugom osnovu, oslobođeni su od plaćanja sredstava ličnog učešća osiguranih lica prilikom korištenja zdravstvene zaštite.

Za djecu od rođenja do navršenih 15 godina života, odnosno starije maloljetnike do 18 godina života i lica nakon navršenih 65 godina života, koji nisu zdravstveno osigurani po drugom osnovu, plaćanje

neposrednog učešća u troškovima zdravstvene zaštite vršit će organ uprave kantona nadležan za poslove socijalne i dječije zaštite.

VI - OBAVEZNO ZDRAVSTVENO REOSIGURANJE

Član 91

Obavezno zdravstveno reosiguranje organizira se i provodi u okviru Federacije.

Član 92

Parlament Federacije odlukom utvrđuje rizike koji se obavezno reosiguravaju i uvjete pod kojima se priznaje da je nastupio slučaj koji predstavlja osnov za naknadu, iznose premije za reosiguranje, naknade koje se osiguravaju u slučaju nastupanja reosiguranih rizika i postupak za ostvarivanje ovih naknada.

Kao rizici koji se obavezno reosiguravaju određuju se rizici koji nastaju uslijed elementarnih nesreća (poplava, zemljotresa, požara), i epidemije širih razmjera.

Parlament Federacije može utvrditi druge rizike koji se obavezno reosiguravaju.

Član 93

Od sredstava ostvarenih premijama za reosiguranje obrazuje se kod Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja fond zdravtsvenog reosiguranja za Federaciju.

Nakon godišnjeg obračuna Federalni zavod osiguranja i reosiguranja vrši povrat premija reosiguranja, kantonalnim zavodima osiguranja, zavisno od procentulanog učešća u reosiguranju.

Član 94

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja obavlja poslove u vezi sa pripremom i provođenjem akata iz čl. 92. i 93. ovog zakona.

VII - KANTONALNI ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I FEDERALNI ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I REOSIGURANJA

Član 95

Kantonalni zavodi osiguranja i Federalni zavod osiguranja i reosiguranja su pravna lica s pravima i obavezama te odgovornošću, utvrđenim ovim zakonom i statutima kantonalnih zavoda osiguranja i Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Kantonalni zavodi osiguranja se mogu međusobno udruživati radi ostvarivanja potreba iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uz prethodno pribavljenu saglasnost Vlade Federacije i vlada kantona.

Član 96

Statutom kantonalnog zavoda osiguranja odnosno statutom Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja utvrđuje se naročito: organizacija kantonalnog zavoda osiguranja, odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja, prava, obaveze i odgovornosti organa upravljanja, javnost rada, način obavljanja stručno-administrativnih, pravnih i njima sličnih poslova za kantonalni zavod osiguranja, odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja, kao i druga pitanja propisana zakonom od značaja za rad kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Statut kantonalnog zavoda osiguranja, odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja donosi upravni odbor kantonanog zavoda osiguranja, odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja uz saglasnost zakonodavnog tijela kantona, odnosno Parlamenta Federacije.

Član 97

Radi obavljanja stručnih, administrativnih i drugih poslova kantonalni zavod osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja osnivaju stručne službe.

Stručne službe iz stava 1. ovog člana organiziraju se tako da se osigura nesmetano, racionalno i uspješno obavljanje djelatnosti kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Unutrašnja organizacija stručne službe zavoda iz prethodnog stava utvrđuje se pravilnikom kojeg donosi rukovodilac, uz saglasnost

vlade kantona, odnosno Vlade Federacije.

Član 98

Kantonalni zavod osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja imaju žiro-račun.

Član 99

Kantonalni zavod osiguranja:

- provodi politiku razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite koja se osigurava obaveznim zdravstvenim osiguranjem,

- planira i prikuplja novčana sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja, te plaća usluga zdravstvenim ustanovama i prihvatnim zdravstvenim radnicima,

- obavlja poslove u vezi s ostvarivanjem prava osiguranih lica, brine se o zakonitom i blagovremenom ostvarivanju tih prava te im pruža stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštite njihovih interesa,

- obavlja poslove ugovoranja sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima,

- određuje kriterije i način korišćenja te visinu novčanog isnosa za naknadu putnih troškova u vezi s korišćenjem zdravstvene zaštite i naknadu za pogrebne troškove,

- određuje visinu naknade plaće i najviši iznos naknade plaće na teret kantonalnog zavoda osiguranja, način valorizacije osnovice za naknadu plaća za vrijeme bolovanja,

- učestvuje u izradi i provodi međunarodne ugovore o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje,

- vrši obračun dugovanja i potraživanja troškova zdravstvenog osiguranja i druge poslove u skladu sa ovim ugovorima,

- obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite u inozemstvu, i privatnih zdravstvenih radnika saglasno zaključenom ugovoru za tekuću godinu,

- obavlja poslove izrade podzakonskih i općih akata u vezi sa ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za čije su

donošenje nadležni organi kantona odnosno organi kantonalnog zavoda osiguranja,

uređuje ostala pitanja vezana za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 100

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja:

- prati politiku sprovođenja i unapređivanja obaveznog zdravstvenog osiguranja i koordinira rad kantonalnih zavoda osiguranja u tom domenu;

- obavlja poslove izrade projekcije sredstava neophodnih za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja;

- planira i prikuplja sredstva federalnog fonda solidarnosti;

- obavlja poslove u vezi sa izradom osnova za utvrđivanje cijena i cjenovnika zdravstvenih usluga iz osnova obaveznog zdravstvenog osiguranja,

- obavlja poslove u vezi sa zaključivanjem ugovora, praćenjem sprovođenja, plaćanjem i kontrolom izvršenih zdravstvenih usluga u skladu sa članom 8. ovog zakona,

- obavlja poslove u vezi sa izradom obračuna ukupnih sredstava ostvarenih i utrošenih u zdravstvu, sa izvještajem,

- obavlja poslove u vezi sa izradom obračuna ukupnih sredstava ostvarenih i utrošenih za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja sa izvještajem,

- obavlja poslove u vezi sa izradom obračuna sredstava federalnog fonda solidarnosti, po namjenama, sa izvještajem,

- obavlja poslove u vezi sa nabavkama iz svoje nadležnosti u skladu sa zakonom i podzakonskim aktima,

- obavlja poslove vođenja evidencija, u oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja, a po potrebi uvozi dodatna statistička istaživanja od interesa za obavezno zdravstveno osiguranje,

- osigurava vođenje jedinstvenog informacionog sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja,

- vrši poslove izrade izvještaja o provođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Federacije,

- obavlja poslove izrade međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje i provodi ih,

- koordinira rad kantonalnih zavoda osiguranja u provođenju ovih ugovora i neposredno učestvuje u međunarodnim dogovorima vezanim za ovu oblast,

- obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite u inozemstvu za koje je ovlašćen propisima iz člana 41. stav 2. ovog zakona,

- vrši poslove u vezi s izradom standarda i normativa obaveznog zdravstvenog osiguranja,

- obavlja poslove izrade podzakonskih akata u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,

- obavlja poslove iz člana 94. ovog zakona,

- obavlja i druge poslove utvrđene zakonom i propisima donesenim na osnovu zakona, kao i poslove koje mu povjere kantonalni zavodi osiguranja.

Sredstva potrebna za rad Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja osiguravaju se iz sredstava kantonalnih zavoda osiguranja i sredstava reosiguranja srazmjerno vrsti i obimu poslova te kadrovskoj strukturi i broju uposlenih radnika potrebnih za kvalitetno i blagovremeno obavljanje planiranih poslova.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja ostvaruje sredstva iz prethodnog stava na osnovu sporazuma sa kantonalnim zavodima osiguranja i na osnovu odluke Vlade Federacije o obavljanju poslova u vezi sa obaveznim zdravstvenim reosiguranjem.

Član 100a

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja obavlja poslove izrade obračuna ukupnih sredstava ostvarenih i utrošenih u zdravstvu Federacije (u daljem tekstu: obračun sredstava u zdravstvu).

Obračun sredstava u zdravstvu obuhvata obradu prikupljenih podataka o:

- stanovništvu (demografska struktura);

- zaposlenim, nezaposlenim, korisnicima penzije, korisnicima prava po osnovu socijalne zaštite i sl.;

- iznosima plaća, penzija i drugih ličnih primanja;

- osiguranicima, licima koja od ovih izvode pravo na zdravstvenu zaštitu, neosiguranim licima;

- prihodima (po izvorima) i rashodima (po namjenama) kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja, Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja, te institucija dobrovljnog (privatnog) zdravstvenog osiguranja;

- prihodima (po izvorima) i rashodima (po namjenama) zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika u privatnoj praksi;

- zaposlenosti po stepenu obrazovanja i zanimanja u institucijama zdravstvenog osiguranja i zdravstvenim ustanovama i u privatnoj praksi;

- kapacitetima i iskorišćenosti kapaciteta u zdravstvenim ustanovama i u privatnoj praksi.

Podaci iz stava 2. ovog člana sistematizuju se i obrađuju na nivou općina i kantona te se objedinjavaju za Federaciju kao cjelinu.

Izvori podataka za obračun sredstava u zdravstvu su zvanični izvještaji o poslovanju odnosno završni računi institucija zdravstvenog osiguranja, zdravstvenih ustanova, izvještaji iz privatne prakse, te na zakonom propisani način objavljeni podaci Zavoda za statistiku Federacije Bosne i Hercegovine, Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, odnosno zavoda za javno zdravstvo kantona i dr.

Pravilnikom o obračunu sredstava u zdravstvu koga donosi federalni ministar pobliže se uređuju obaveze učesnika u postupku i rokovi za obradu i analizu podataka, vrsta i sadržaj izvještaja o rezultatima obračuna sredstava u zdravstvu, način njegovog objavljivanja i dr.

Član 101

Kantonalnim zavodom osiguranja upravlja upravni odbor.

Upravni odbor se sastoji od devet članova koje imenuje Vlada kantona na prijedlog kantonalnog ministra, i to:

- tri člana iz reda osiguranika zdravstvenog osiguranja,

- dva člana iz reda poslodavaca,

- četiri člana iz reda zdravstvenih radnika.

Predsjednika upravnog odbora imenuje vlada kantona prilikom imenovanja ostalih članova upravnog odnora.

Djelokrug, ovlašćenja i odgovornost upravnog odbora utvrđuju se statutom kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 102

Federalnim zavodom osiguranja i reosiguranja upravlja upravni odbor.

Upravni odbor Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja ima 11 članova koje imenuje Vlada Federacije na prijedlog federalnog ministra, i to:

- po jedan Član iz svakog kantona, kojeg predlažu kantonalna ministarstva zdravstva;

- jedan Član iz Federalnog ministarstva zdravstva.

Predsjednika upravnog odbora imenuje Vlada Federacije prilikom imenovanja ostalih članova upravnog odbora.

Upravni odbor donosi odluke većinom ukupnog broja članova Upravnog odbora.

Član 103

Upravni odbor kantonalnog zavoda osigurana:

- utvrđuje program djelatnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja i mjera za unapređivanje obaveznog zdravstvenog osiguranja, utvrđuje politiku korišćenja sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, daje smjernice za funkcioniranje stručne službe kantonalnog zavoda

osiguranja radi pravilnog ostvarivanja prava osiguranih lica i racionalnog poslovanja,

- donosi statut kantonalnog zavoda osiguranja uz saglasnost zakonodavnog tijala kantona i druge opće akte za čije je donošenje ovlašćen zakonom,

- predlaže saglasno zakonu stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje,

- donosi finansijski plan i usvaja završni račun,

- odlučuje o osiguravanju dopunskih sredstava i o načinu pokrivanja eventualnih gubitaka nastalih u poslovanju,

- pretresa godišnji izvještaj o radu kantonalnog zavoda osiguranja i njegove stručne službe,

- razmatra izvještaj o kontroli vrste, obima i kvaliteta izvršenih zdravstvenih usluga,

- provodi prošireno zdravstveno osiguranje ako je utvrđeno odlukom zakonodavnog tijela kantona,

- sarađuje sa drugim kantonalnim zavodima osiguranja, Federalnim zavodom osiguranja i reosiguranja i drugim organima i irganizacijama u stvarima od zajedničkog interesa - određuje predstavnike u drugim organizacijama i dr,

- vrši i druge poslove za koje je ovlašćen zakonom, podzakonskim aktima, općim i drugim aktima.

Upravni odbor može obrazovati odbore i komisije za izvršavanje određenih zadataka.

Član 104

Upravni odbor Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja:

- utvrđuje program djelatosti Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja i daje smjernice za funkcioniranje Stručne službe Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja,

- donosi statut Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja, uz saglasnost Parlamenta Federacije i druge opće akte,

- donosi finansijski plan i usvaja završni račun,

- razmatra probleme u vezi sa osiguranjem sredstava za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja na teritoriji Federacije i predlaže odgovarajuće mjere,

- donosi projekciju sredstava neophodnih za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja;

- utvrđuje prijedlog Pravilnika o osnovama, kriterijima i mjerilima za zaključivanje ugovora iz člana 8. ovog zakona;

- donosi opći akt o osnovama za utvrđivanje cijena sa cjenovnikom zdravstvenih usluga iz osnova obaveznog zdravstvenog osiguranja;

- usvaja obračune iz člana 15. stav 1. alineja 6., 7. i 8. ovog zakona i dostavlja ih Parlamentu Federacije na razmatranje;

- donosi finansijski plan federalnog fonda solidarnosti;

- priprema Prednacrt odluke o utvrđivanju prioritetnih vertikalnih programa zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioritetnih najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati osiguranim licima na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine, kao i Prednacrt odluke o kriterijima i načinu korištenja sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine;

- raspoređuje sredstva federalne solidarnosti po utvrđenim namjenama;

- prati izvršenje prihoda i rashoda federalnog fonda solidarnosti i o tome dostavlja izvještaje kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja i Federalnom ministarstvu zdravstva svaka tri mjeseca;

- donosi odluku o raspisivanju tendera za nabavku potrošnog materijala i lijekova i imenuje komisiju za provođenje tendera i izbor najpovoljnijeg ponuđača;

- utvrđuje ugovore koje Federalni zavod osiguranja i reosiguranja zaključuje sa zdravstvenim ustanovama za pružanje zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava solidarnosti i prati njihovo izvršenje;

- donosi druge akte neophodne za poslovanje federalnog fonda solidarnosti,

- razmatra izvještaj o provođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja na teritoriji Federacije i izvještaj o radu Stručne službe,

- razmatra izvještaj o provođenju međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje,

- razmatra izvješaj o ostvarivanju zdravstvene zaštite u inozemstvu,

- priprema prijedloge akata iz oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja koje u skladu sa zakonom donose ministar zdravstva odnosno Vlada Federacije,

- učestvuje u pripremi za zaključivanje međunaronih ugoovra o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje,

- vrši i druge poslove za koje je ovlašćen zakonom, podzakonom, općim i drugim aktima.

Upravni odbor može obrazovati odbore i komisije za izvršavanje određenih zadataka.

Član 105

Kantonalnim zavodom osiguranja odnosno Federalnim zavodom osiguranja i reosiguranja rukovodi direktor.

Direktora kantonalnog zavoda osiguranja imenuje i razrješava vlada kantona na prijedlog kantonalnog ministra.

Direktor Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja ima zamjenika.

Direktor i zamjenik direktora Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja ne mogu biti imenovani iz istog konstitutivnog naroda u Federaciji.

Direktora i zamjenika direktora Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja imenuje i razrješava Vlada Federacije na prijedlog ministra zdravstva.

Član 106

Kantonalni zavodi osiguranja imaju rezervu koja se ostvaruje izdavanjem najmanje 5% ukupnih rashoda ostvarenih u protekloj godini.

Nadzor nad korišćenjem rezerve obavlja upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 107

Sredstva rezerve služe za osiguravanje tekuće likvidnosti, za pokriće gubitaka i mogu biti korišćena za komercijalne pozajmice.

Član 108

Ukoliko vlada kantona utvrdi da su gubici kantonalnog zavoda osiguranja nastali iz objektivnih okolnosti, gubici se pokrivaju iz budžeta kantona kao pomoć za likvidnost u iznosu koji nedostaje.

Član 109

U svrhu osiguranja podataka potrebnih za provođenje obaveznog zdravstevnog osiguranja, te nadzor nad ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u kantonalnom zavodu osiguranja odnosno Federalnom zavodu osiguranja i reosiguranja se vode evidencije.

Provedbene propise o načinu i mjestu vođenja, obliku, sadržaju i rokovima evidencije te obaveznicima vođenja evidencije, donijet će upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Član 110

Nadzoe nad zakonitošću rada kantonalnog zavoda osiguranja odosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja obavlja nadležni organ uprave kantona odnosno Federacije.

VIII - KAZNENE ODREDBE

Član 111

Novčanom kaznom u iznosu od 500 do 2000 KM kaznit će se za prekršaj pravno odnosno fizičko lice:

1. ako ne obračunava odnosno ne uplati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje iz plaća radnika. (Član 86. stav 1. tačka 1.)

2. ako ne obračuna odnosno ne uplati dodatni doprinos za zdravstvenu zaštitu u inozemstvu, (Član 86. stav 1. tačka 1.)

3. ako u zakonskom propisanom roku od dana povrede na radu odnosno utvrđivanja profesionalnog oboljenja radnika ne dostavi prijavu kantonalnom zavodu osiguranja, (Član 28. stav 3.)

4. ako onemogući pregled i nadzor, te finansijsku kontrolu poslovanja. (Član 87. stav 1.)

Član 112

Novčanom kaznom u iznosu od 500 do 2000 KM kaznit će se za prekršaj pravno lice:

1. ako ne obračuna odnosno ne uplati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje korisnika penzija i korisnika drugih prava po osnovu penzijskog i invalidskog osiguranja (Član 86. stav 1. tačka 2.)

2. ako ne obračuna odnosno ne uplati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje nezaposlenih lica koja su uredno prijavljena, (Član 86. stav 1. tačka 3.)

3. ako ne obračuna odnosno ne uplati doprinos za lica smještena u ustanove socijalne zaštite i lica koja primaju stalnu novčanu pomoć. (Član 86. stav 1. tačka 4.)

Za prekršaj iz stava 1. ovog člana kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 250 do 500 KM i odgovorno lice u pravnom licu.

Član 113

Novčanom kaznom u iznosu od 500 do 2000 KM kaznit će se za prekršaj lice:

1. ako ne uplati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje koje je obavezno da samo uplati, (Član 86. stav 2.)

2. ako onemogući pregled i nadzor te finansijsku kontrolu poslovanja. (Član 87. stav 1.)

Član 114

Novčanom kaznom u iznosu od 250 do 400 KM kaznit će se za prekršaj zemljoradnik, odnosno zemljoradničko domaćinstvo:

1. ako ne izvrši uplatu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, (Član 86. stav 1. tačka 11.)

2. ako ne dostavi nadležnom pravnom licu podatke u vezi sa prijavom i odjavom osiguranog lica, radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. (Član 54.)

Član 115

Novčanom kaznom u iznosu od 300 do 1500 KM kaznit će se za prekršaj pravno odnosno fizičko lice:

1. ako ne dostavi nadležnom kantonalnom zavodu osiguranju sve podatke u vezi sa prijavom i odjavom osiguranog lica, radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. (Član 54.)

Za prekršaj iz stava 1. ovog člana kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 250 do 500 KM i odgovorno lice u pravnom licu.

Član 116

Novčanom kaznom u iznosu od 250 do 500 KM kaznit će se za prekršaj izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi ako utvrdi da osigurano lice ima pravo na korišćenje bolovanja, a za to nema osnovu. (Član 55. stav 1.)

Član 117

Novčanom kaznom u iznosu od 250 do 400 KM kaznit će se za prekršaj osigurano lice:

1. ako je svjesno prekoračilo privremenu nesposobnost za rad, namjerno spriječava ozdravljenje odnosno osposobljavanje, obavlja drugu djelatnost, bez opravdanog razloga ne odgovori na poziv za ljekarski pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, ne pridržava se uputa za liječenje, odnosno bez dozvole doktora medicine otputuje iz mjesta prebivališta ili u roku od tri dana nakon početka bolesti, ne izvijesti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite da je obolio, (Član 45.)

2. ako je ostvario pravo na naknadu putnih troškova u vezi sa liječenjem a za to nije imao pravnog osnova, (Član 49.)

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

odredaba ovog zakona. (Član 53.)

Član 118

Do puštanja u opticaj KM novčane kazne predviđene u čl. 111. do 117. ovog zakona, mogu se plaćati u DEM ili u protuvrijednosti valute koje se koriste u platnom prometu Federacije po srednjem kursu koji objavljuje nadležna finansijska institucija na dan plaćanja.

IX - PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 119

Ministarstvo zdravstva u suradnji sa kantonalnim ministarstvima zdravstva, preduzet će sve mjere, osigurati uvjete i izvršiti druge potrebne radnje za početak rada kantonalnih zavoda osiguranja i Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Član 120

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja i kantonalni zavodi osiguranja preuzimaju rukovodne i ostale radnike koji su na dan stupanja na snagu ovog zakona bili uposleni na poslovima zdravstvenog osiguranja na teritoriji Federacije.

Preuzimanje i raspoređivanje radnika u smislu stava 1. ovog člana, izvršit će se na osnovu internog natječaja prema potrebama procesa rada, te prema školskoj spremi i radnim sposobnostima radnika.

Član 121

Kantonalni zavodi osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja preuzimaju pripadajuća prava i obaveze, poslovni prostor, opremu i inventar i druge stvari, arhivu, akte, predmete i drugu dokumenatciju i sredstva za rad koji su preuzeti u Ministarstvu zdravstva od Republičkog fonda za zdravstvenu zaštitu.

Pored sredstava iz stava 1. ovog člana kantonalni zavodi osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja preuzimaju prava, obaveze i sredstva ostvarena tokom rada na poslovima zdravstvenog osiguranja do dana početka rada kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Član 122

Propise potrebne za provođenje ovog zakona iz čl. 35, 38, 41, 53, 54, 55, 64. i 92. nadležni organi su dužni donijeti u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 123

Kantonalni zavod osiguranja i Federalbni zavod osiguranja i reosiguranja dužni su donijeti statute, planove rada i finansijske planove u roku od 60 dana, a druge opće akte u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 124

Do donošenja akata iz čl. 122. i 123. ovog zakona primjenjivat će se odgovarajući opći akti koji su na snazi na području Federacije na dan stupanja na snagu ovog zakona.

Član 125

Osigurana lica koja su započela ostvarivati prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava koja proizilaze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja prije stupanja na snagu ovog zakona, od dana njegovog stupanja na snagu ostvaruju ta prava prema odredbama ovog zakona.

Lica iz stava 1. ovog člana koje prema odredbama ovog zakona ne ispunjavaju propisane uvjete za korišćenje prava priznatog prema dosadašnjim propisima, nastavljaju započeto korišćenje tog prava prema odredbama ovog zakona kao da ispunjavaju uvjete propisane ovim zakonom, odnosno na osnovu ovog zakona sve dok traje oboljenje i potreba liječenja.

Pravo na naknadu plaće po osnovu porodiljskog odsustva, do donošenja propisa u oblasti dječije zaštite, koji će regulirati porodiljsko odsustvo, ostvaruje se u oblasti zdravstvenog osiguranja.

Sredstva za naknadu plaće po osnovu porodiljskog odsustva, osigurat će se u budžetu kantona i isplaćivat će se u ivisini i način koji odredi zakonodavno tijelo kantona.

Član 126

Do donošenja propisa o stopama obaveznog zdravstvenog osiguranja i utvrđivanja stope obaveznog zdravstvenog osiguranja, primjenjivat

će se odgovarajuće stope koje su važile na dan stupanja na snagu ovog zakona.

Do uspostavljanja sistema zdravstvenog osiguranja i reosiguranja u smislu odredaba ovog zakona odnosno do uspostavljanja ekonomske osnove Federacije koja će omogućiti potpunu primjenu istog, sredstva za sprovođenje zdravstvenog osiguranja mogu se osigurati iz budžeta kantona za mjere iz nadležnosti kantonalnih zavoda osiguranja, odnosno budžeta Federacije za mjere iz nadležnosti Federacije.

Član 127

Sva pravna i fizička lica u ostvarivanju prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dužna su svoje poslovanje uskladiti sa odredbama ovog zakona u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 128

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaje primjena propisa koji su uređivali oblast zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja na teritoriji Federacije.

Član 129

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

Samostalni članovi Zakona o izmjenama i dopunama
Zakona o zdravstvenom osiguranju

("Sl. novine FBiH", br. 7/2002)

Član 20

U roku od 30 dana, od dana stupanja na snagu ovog zakona, Vlada Federacije će:

- donijeti odluke iz člana 7. stav 3. i člana 11. st. 3. i 7. ovog zakona;

- imenovati Upravni odbor, kao i direktora i zamjenika direktora Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

U roku iz stava 1. ovog člana, vlada kantona i Vlada Federacije će donijeti pravilnik iz člana 9. stav 2. ovog zakona, a federalni ministar pravilnik iz člana 16. stav 5. ovog zakona.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja i kantonalni zavodi osiguranja uskladit će statute i druge opće akte u roku od 60 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 21

Svi dosadašnji kantonalni i međukantonalni zavodi zdravstvenog osiguranja dužni su izvršiti svoju preregistraciju u skladu sa ovim zakonom.

Član 22

Primjena odredbi ovog zakona, koje se odnose na prikupljanje i korištenje sredstava federalnog fonda solidarnosti, počet će u roku od 30 dana od dana donošenja odluka Vlade Federacije iz člana 20. stav 1. alineja 1. i 2. ovog zakona.

Član 23

Primjena odredaba ovog zakona, koje se odnose na uspostavu federalnog fonda solidarnosti, počet će nakon organizovanja i početka rada zavoda zdravstvenog osiguranja u svim kantonima na teritoriji Federacije, na način i u skladu sa odredbama ovog zakona.

Član 24

Ovaj zakon stupa na snagu narednog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

Samostalni član Zakona o izmjenama i dopunama
Zakona o zdravstvenom osiguranju

("Sl. novine FBiH", br. 70/2008)

Član 4

Kantonalni organi uprave, zavodi zdravstvenog osiguranja kantona i vlade kantona dužni su uskladiti svoje akte sa odredbama ovog Zakona u roku od 90 dana od dana stupanja na snagu ovog Zakona.

Član 5

Ovaj Zakon stupa na snagu narednog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH", a primjenjuje se od 01.01.2009. godine.

Samostalni član Zakona o izmjenama i dopunama
Zakona o zdravstvenom osiguranju

("Sl. novine FBiH", br. 48/2011)

Član 4

Ovaj zakon stupa na snagu narednog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

Samostalni član Zakona o izmjeni
Zakona o zdravstvenom osiguranju

("Sl. novine FBiH", br. 36/2018)

Član 2

Ovaj Zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

Samostalni član Zakona o izmjeni i dopunama
Zakona o zdravstvenom osiguranju

("Sl. novine FBiH", br. 61/2022)

Član 4

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objave u "Službenim novinama Federacije BiH", a primjenjivat će se u skladu sa propisima o budžetima u Federaciji i propisima o izvršavanju budžeta Federacije.