СЛУЖБЕНИ ГЛАСНИК
РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

Језик
српског народа

ЈУ Службени гласник Републике Српске,
Бања Лука, Вељка Млађеновића бб
Телефон/факс: (051) 456-331, 456-341
E-mail: sgrs.redakcija@slglasnik.org
sgrs.oglasi@slglasnik.org
sgrs.finansije@slglasnik.org
sgrs.online@slglasnik.org

www.slglasnik.org

Сриједа, 21. септембар 2022. године
БАЊА ЛУКА

Број 93 Год. XXXI

Жиро рачуни: Нова банка а.д. Бања Лука
555-007-00001332-44
НЛБ банка а.д. Бања Лука
562-099-00004292-34
Atos bank a.д. Бања Лука
567-162-10000010-81
UniCredit Bank a.д. Бања Лука
551-001-00029639-61
БПШ Банка а.д. Бања Лука
571-010-00001043-39
Addiko Bank a.д. Бања Лука
552-030-00026976-18

1939

На основу члана 80. став 1. тачка 4. Устава Републике Српске, д о н о с и м

У К А З
О ПРОГЛАШЕЊУ ЗАКОНА О ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

Проглашавам Закон о обавезном здравственом осигурању, који је Народна скупштина Републике Српске усвојила на Тридесет петој посебној сједници, одржаној 14. септембра 2022. године, а Вијеће народа 21. септембра 2022. године констатовало да се усвојени Закон о обавезном здравственом осигурању не односи на витални национални интерес ниједног од конститутивних народа у Републици Српској.

Број: 01-020-4301/22
21. септембра 2022. године
Бањалука

Предсједник
Републике,
Жељка Цвијановић, с.р.

З А К О Н
О ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

ГЛАВА I
ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Предмет Закона
Члан 1.

Овим законом уређује се систем обавезног здравственог осигурања, као и друга питања од значаја за обавезно здравствено осигурање у Републици Српској.

Општи интерес
Члан 2.

(1) Обавезно здравствено осигурање је дјелатност од општег интереса за Републику Српску (у даљем тексту: Република).

(2) У поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања, осигурана лица су једнака, без обзира на расу, пол, језик, националну припадност, вјероисповијест, социјално поријекло, рођење, образовање, имовно стање, политичко и друго увјерење, друштвени положај или друго лично својство.

Права из обавезног здравственог осигурања
Члан 3.

(1) Права из обавезног здравственог осигурања за случај болести и повреде ван рада и за случај повреде на раду и професионалне болести у складу са овим законом су:

1) право на здравствену заштиту,

2) право на накнаде за вријеме привремене спријечености за рад.

(2) Права из обавезног здравственог осигурања остварују се и користе у садржају, обиму и на начин уређен овим законом.

(3) Права из обавезног здравственог осигурања су лична права и не могу се преносити на друга лица, нити се могу насљеђивати.

(4) Доспјеле накнаде на основу права из обавезног здравственог осигурања које нису исплаћене до смрти осигураног лица могу се насљеђивати у складу са прописима којима је уређена област насљеђивања.

(5) Доспјела накнада послије смрти осигураног лица који нема насљедника припада Фонду здравственог осигурања Републике Српске (у даљем тексту: Фонд).

(6) У случају смрти осигураног лица у току поступка за остваривање права на рефундацију трошкова здравствене заштите поступак могу наставити насљедници у складу са прописима којима је уређена област насљеђивања.

Начело обавезног здравственог осигурања
Члан 4.

Обавезно здравствено осигурање заснива се на начелима:

1) обавезности,

2) доступности,

3) солидарности и узајамности,

4) ефикасности и економичности,

5) заштите права осигураног лица,

6) доступности информација,

7) јавности.

Начело обавезности
Члан 5.

Начело обавезности остварује се обезбјеђивањем поштовања права и обавеза с циљем да сва лица буду обавезно здравствено осигурана према једном од основа осигурања у складу са овим законом, као и обавезом подношења пријаве плаћања доприноса Пореској управи Републике Српске у складу са прописима којима је уређена област пореског поступка и обавезом плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање у складу са прописима којим се уређује област доприноса.

Начело доступности
Члан 6.

Начело доступности обавезног здравственог осигурања подразумијева експедитиван приступ остваривању права из обавезног здравственог осигурања и финансијски доступну здравствену заштиту на терет средстава обавезног здравственог осигурања, као и једнаку могућност заштите права осигураног лица која подразумијева да сва лица која су осигурана на обавезно здравствено осигурање, права из обавезног здравственог осигурања могу користити у здравственим установама у Републици, као и у здравственим установама изван Републике са којима Фонд има закључен уговор, те здравственим установама у иностранству у складу са овим законом и прописима донесеним на основу овог закона.

Начело солидарности и узајамности
Члан 7.

Начело солидарности и узајамности остварује се кроз систем обавезног здравственог осигурања у којем средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања обезбјеђује осигураник и други обвезник доприноса за обавезно здравствено осигурање уплатом доприноса, а права из обавезног здравственог осигурања користе она осигурана лица код којих је наступила болест или други осигурани случај у складу са овим законом.

Начело ефикасности и економичности
Члан 8.

Начело ефикасности и економичности обавезног здравственог осигурања подразумијева остваривање права из обавезног здравственог осигурања у пуном обиму, садржају и стандарду уз најнижи утрошак финансијских и других средстава.

Начело заштите права осигураног лица
Члан 9.

Начело заштите права осигураног лица подразумијева да је дужност Фонда да, приликом остваривања права из обавезног здравственог осигурања, омогући осигураном лицу да оствари и заштити своја права, водећи рачуна да остваривање његовог права не буде на штету права другог лица.

Начело доступности информација
Члан 10.

Начело доступности информација подразумијева да се осигураном лицу обезбиједи доступност информација о правима из обавезног здравственог осигурања.

Начело јавности
Члан 11.

Начело јавности остварује се на начин да се обезбиједи јавност и транспарентност рада Фонда.

Сходна примјена прописа
Члан 12.

На питања која нису уређена овим законом примјењују се прописи којима се уређује општи управни поступак, управни спорови, систем јавних служби, доприноси, порески поступак, здравствена заштита, здравствена документација и евиденције у области здравства, облигациони односи, вјештачење, заштита личних података и регистар лица правоснажно осуђених за кривична дјела сексуалне злоупотребе и искоришћавања дјеце.

Граматички изрази употријебљени у овом закону
Члан 13.

Граматички изрази употријебљени у овом закону за означавање мушког и женског рода подразумијевају оба пола.

ГЛАВА II
УТВРЂИВАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

Осигураник и осигурано лице
Члан 14.

(1) Осигураник је физичко лице за које је прописом којим се уређује област доприноса прописана обавеза уплаћивања доприноса за обавезно здравствено осигурање и којем се обезбјеђују права из обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом.

(2) Осигурано лице је осигураник, те члан породице или члан породичног домаћинства осигураника, као и друго лице којем се, у складу са овим законом, обезбјеђује право на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања.

1. Основи осигурања

Осигураник
Члан 15.

Осигураник, у смислу овог закона, је:

1) лице у радном односу,

2) члан привредног друштва или друге организације, одговорно лице у привредном друштву или другој организацији без заснивања радног односа, прокуриста, а које по том основу прима накнаду,

3) лице које обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност као

основно занимање,

4) члан органа управљања или надзора привредног друштва или другог облика организовања, а који по том основу прима накнаду,

5) држављанин Републике који у цијелости или дјелимично остварује пензију или инвалиднину од иностраног исплатиоца, ако међународним уговором о социјалном осигурању који је Босна и Херцеговина закључила или преузела (у даљем тексту: међународни уговор) није другачије одређено,

6) лице које прима пензију у складу са прописима о пензијском и инвалидском осигурању Републике или у складу са прописима Федерације Босне и Херцеговине, ако има пребивалиште на територији Републике,

7) корисник права на накнаду у вези са преквалификацијом и доквалификацијом, који је ово право остварио у складу са прописима којима је уређена област о пензијском и инвалидском осигурању,

8) лице које самостално обавља угоститељску дјелатност пружањем услуга смјештаја, исхране и пића у апартману, кући за одмор и соби за изнајмљивање које је уписано у регистар за обављање те дјелатности код надлежне организације,

9) вјерски службеник,

10) професионални спортиста,

11) лице које обавља пољопривредну дјелатност, уписано је у Регистар пољопривредних газдинстава, као носилац комерцијалног породичног пољопривредног газдинства и које је осигураник-пољопривредник у складу са прописом којим се уређује пензијско и инвалидско осигурање,

12) лице које обавља пољопривредну дјелатност, уписано је у Регистар пољопривредних газдинстава, као носилац комерцијалног породичног пољопривредног газдинства и које није осигураник-пољопривредник у складу са прописом којим се уређује пензијско и инвалидско осигурање,

13) лице које обавља пољопривредну дјелатност као носилац некомерцијалног породичног пољопривредног газдинства, уписано је у Регистар пољопривредних газдинстава, као носилац некомерцијалног породичног пољопривредног газдинства,

14) лице које је незапослено и остварује накнаду према прописима којима се уређује запошљавање и права за вријеме незапослености,

15) лице које остварује право на обавезно здравствено осигурање у складу са прописом којим се уређују права бораца, војних инвалида и породица бораца Одбрамбено-отаџбинског рата, права цивилних жртава рата, права жртава ратне тортуре, права избјеглих и расељених лица и повратника и права из области социјалне заштите,

16) страни држављанин који се школује на територији Републике, уколико међународним споразумом није другачије одређено,

17) лице које се добровољно укључује у обавезно здравствено осигурање.

Примјена прописаних основа осигурања
Члан 16.

(1) Својство осигураника из члана 15. овог закона може се стећи само по једном од прописаних основа осигурања.

(2) Ако лице истовремено испуњава услове за осигурање по више основа из члана 15. овог закона, основ осигурања одређује се тако да постојање основа осигурања по претходној тачки искључује основ осигурања из наредне тачке.

(3) Изузетно од става 2. овог члана, уколико лице истовремено испуњава услов за осигурање из члана 15. т. 5) и 6) овог закона примјењује се основ осигурања из тачке 6) члана 15. овог закона ако је већински стаж осигурања остварен у складу са прописима о пензијском и инвалидском осигурању Републике.

Лице које се добровољно укључује у обавезно здравствено осигурање
Члан 17.

Лице које се добровољно укључује у обавезно здравствено осигурање из члана 15. тачка 17) овог закона је лице које није обавезно осигурано у складу са овим законом и које може да се укључи у обавезно здравствено осигурање у својству осигураника и да плаћа допринос у складу са прописима којима је уређена област доприноса из својих средстава, а ради обезбјеђивања права на здравствену заштиту из средстава обавезног здравственог осигурања за себе и чланове своје уже породице.

Лице које је обавезно осигурано за случај повреде на раду и професионалне болести
Члан 18.

Лице које је обавезно осигурано за случај повреде на раду и професионалне болести ради обезбјеђивања права на здравствену заштиту, без обзира на утврђено својство осигураног лица по неком од основа уређених овим законом, јесте:

1) ученик и студент за вријеме практичне наставе, односно током обављања стручне праксе код послодавца,

2) лице које обавља стручно оспособљавање и усавршавање код послодавца, без заснивања радног односа, у складу са прописима којима је уређена област рада,

3) незапослено лице за вријеме преквалификације или доквалификације, на коју га је упутила организација за запошљавање,

4) лице које обавља привремене или повремене послове у складу са прописима којима је уређена област рада,

5) лице које обавља привремене или повремене послове преко омладинске задруге, до навршене 26. године, ако се налази на редовном школовању,

6) лице за вријеме учешћа у јавним радовима које организује Република или јединица локалне самоуправе.

Лице осигурано као члан породице или члан породичног домаћинства
Члан 19.

(1) Осигураник из члана 15. т. 1) до 10), т. 14) и 15) овог закона може у обавезно здравствено осигурање у својству осигураног лица укључити члана уже и члана шире породице у случају да члан породице нема неки од основа осигурања из члана 15. овог закона.

(2) Осигураник из члана 15. тачка 17) овог закона може у обавезно здравствено осигурање у својству осигураног лица укључити члана уже породице у случају да члан уже породице нема неки од основа осигурања из члана 15. овог закона.

(3) Осигураник из члана 15. т. 11), 12) и 13) овог закона може у обавезно здравствено осигурање у својству осигураног лица укључити члана породичног домаћинства у случају да члан породичног домаћинства нема неки од основа осигурања из члана 15. овог закона.

(4) Чланом уже породице из ст. 1. и 2. овог члана се сматра брачни и ванбрачни супружник и дијете рођено у браку или ван брака, усвојено, стављено под старатељство и дијете брачног или ванбрачног супружника.

(5) Ванбрачним супружником из става 4. овог члана сматра се лице које има заједницу живота и заједничко дијете са осигураником и лице које има заједницу живота са осигураником која траје минимално три године, а доказује се изјавом оба лица овјереном од надлежног органа.

(6) Чланом шире породице из става 1. овог члана се сматра родитељ, очух, маћеха, усвојитељ, дјед и баба, унуче, брат и сестра, које осигураник издржава у смислу прописа којим се уређују породични односи ако је тај члан:

1) навршио 65 година и нема средстава за издржавање, или

2) млађи од 65 година и нема средстава за издржавање будући да је неспособан за привређивање у смислу потпуног губитка радне способности у складу са прописима којима је уређена област пензијског и инвалидског осигурања.

(7) Чланом породичног домаћинства из става 3. овог члана сматра се лице које са осигураником остварује заједницу живота, привређивања и трошења средстава остварених радом, без обзира на сродство.

(8) Осигураник може у обавезно здравствено осигурање у својству осигураног лица укључити члана уже или члана шире породице, односно члана породичног домаћинства који је страни држављанин уколико то лице у складу са прописима којим се уређује област странаца има одобрен привремени боравак на територији Републике у трајању од најмање годину дана.

(9) Брачни супружник осигураника може имати својство осигураног лица као члан уже породице осигураника док је у браку са осигураником, а разведени супружник осигураника може имати својство осигураног лица као члан уже породице осигураника, када се судском одлуком у складу са прописима којима се уређује област породичних односа утврди право на издржавање.

(10) Дијете осигураника има својство осигураног лица као члан уже породице осигураника до навршене 18. године, односно до завршетка редовног образовања првог циклуса студија, а најкасније до навршене 26. године.

(11) Дијете осигураника које је због болести или повреде прекинуло редовно образовање првог циклуса студија има својство осигураног лица као члан уже породице осигураника и послије навршене 26. године уколико настави редовно образовање првог циклуса студија, а најдуже на период колико је трајао прекид редовног образовања првог циклуса студија због болести.

(12) Дијете осигураника има својство осигураног лица као члан уже породице осигураника и послије навршене 18, односно навршене 26. године, у случају да му се прије него што истекну рокови за редовно образовање из ст. 10. и 11. овог члана утврди право на додатак за његу и помоћ другог лица у складу са прописима којим се уређује област социјалне заштите док користи право на додатак за његу и помоћ другог лица.

(13) Дијете осигураника којем се послије навршене 18, односно навршене 26. године утврди право на додатак за помоћ и његу другог лица у складу са прописима којим се уређује област социјалне заштите има својство осигураног лица као члан уже породице осигураника док користи право на додатак за помоћ и његу другог лица, ако га осигураник издржава због тога што нема сопствених средстава за издржавање.

(14) У складу са ст. 6. и 13. овог члана сматра се да осигураник издржава члана породице ако члан породице нема властитих прихода довољних за издржавање, односно ако му је мјесечни приход по свим основима мањи од 50% од

најниже нето плате за претходну годину у Републици, а осигураник му обезбјеђује средства за издржавање.

Остала лица обухваћена обавезним здравственим осигурањем
Члан 20.

(1) Осигураним лицем, у складу са овим законом, уколико лице није осигураник из члана 15. т. од 1) до 16) овог закона, нити испуњава услове за утврђивање својства осигураног лица у складу са чланом 19. овог закона, сматра се:

1) дијете до навршене 18. године, школска дјеца и студенти до краја школовања, а најкасније до навршене 26. године,

2) жена у процесу у вези са планирањем породице, у току трудноће, порођаја и материнства до 12 мјесеци послије порођаја, односно за близанце, или треће и свако наредно дијете до 18 мјесеци послије порођаја,

3) лице старије од 65 година,

4) лице са инвалидитетом,

5) лице са менталним поремећајем, клинички испољеним и дијагностикованим психијатријским обољењем које, у различитој мјери, интерферира са когнитивним, емоционалним или социјалним способностима неког лица и које у различитом степену омета или утиче на свакодневно функционисање тог лица,

6) лице без прихода,

7) лице које има ХИВ инфекцију, или које болује од AIDS-a, или других заразних болести које су утврђене посебним прописом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести,

8) лице које болује од малигне болести, шећерне болести, епилепсије, мултипле склерозе, реуматске грознице или прогресивних мишићних обољења у које спадају обољења класификована према шифрама Међународне класификације болести (у даљем тексту: МКБ) G 12, G 36, G 37, G 70 и G 71,

9) лице у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције,

10) лице којем је потребно хитно збрињавање у смислу прописа о здравственој заштити,

11) лице у процесу у вези са давањем и примањем људских органа, ткива и ћелија,

12) лице обољело од ријетке болести чији статус је утврдио Центар за ријетке болести Универзитетског клиничког центра Републике Српске (у даљем тексту: Центар за ријетке болести),

13) лице у стању вигилне коме.

(2) Лицем без прихода из става 1. тачка 6) овог члана сматра се лице чије мјесечно примање по члану породичног домаћинства не прелази најнижу нето плату за претходну годину.

(3) Средства за финансирање обавеза насталих по основу права на здравствену заштиту лица из става 1. овог члана обезбјеђују се у буџету Републике преко надлежних министарстава, а планирају се на основу годишње пројекције издатака Фонда за сваку наредну годину и анализе извршења буџета из претходне године.

Лице осигурано према међународном уговору
Члан 21.

(1) Лице осигурано у складу са позитивним законодавством држава са којима је закључен међународни уговор остварује права из обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом, у садржају и обиму који су утврђени међународним уговором.

(2) Трошкове здравствене заштите лица из става 1. овог члана сноси Фонд.

(3) Трошкови здравствене заштите лица из става 1. овог члана се надокнађују у складу са међународним уговором.

2. Пријава на обавезно здравствено осигурање, матична евиденција и здравствена картица

Подношење пријаве и утврђивање својства
Члан 22.

(1) Пријава на обавезно здравствено осигурање, промјена у својству осигураника и одјава са обавезног здравственог осигурања врши се у Јединствени систем регистрације, контроле и наплате доприноса (у даљем тексту: Јединствени систем) у складу са прописима којима се уређује област пореског поступка и овим законом.

(2) Фонд подноси пријаву за обавезно здравствено осигурање, промјену у својству осигураног лица и одјаву са обавезног здравственог осигурања у Јединствени систем за лица из члана 15. тачка 17) овог закона и лица из члана 20. овог закона, у складу са прописима којима се уређује област пореског поступка и овим законом.

(3) Осигураник за члана уже или члана шире породице или члана породичног домаћинства подноси Фонду пријаву за здравствено осигурање, промјену у својству осигураног лица и одјаву са здравственог осигурања.

(4) Фонд утврђује својство осигураног лица на основу поднесене пријаве на обавезно здравствено осигурање.

Вођење и садржај матичне евиденције
Члан 23.

(1) Фонд за територију Републике води матичну евиденцију, коју чине подаци о осигураницима, односно осигураним лицима, уплатиоцима и уплатама доприноса, и подаци у вези са коришћењем права из обавезног здравственог осигурања.

(2) Фонд води евиденцију о лицима која су обавезно здравствено осигурана по међународном уговору.

(3) Подаци који се воде у матичној евиденцији користе се за потребе спровођења обавезног здравственог осигурања и потребе функционисања Интегрисаног здравственог информационог система у Републици (у даљем тексту: ИЗИС).

Достављање, обрада и промјена података у матичној евиденцији
Члан 24.

(1) Подаци за матичну евиденцију се преузимају електронским путем из Јединственог система, из пријаве на осигурање, односно одјаве са осигурања која се у складу са овим законом подноси Фонду, из пријаве на осигурање, односно одјаве са осигурања коју подноси инострани носилац осигурања у складу са међународним уговором, преузимањем података из службених евиденција и преузимањем података из других извора.

(2) У случају када су пријаве на осигурање, пријаве промјене у осигурању и одјаве са осигурања достављене Фонду електронским путем из Јединственог система, подносилац пријаве, промјене или одјаве дужан је да, на захтјев Фонда, достави доказе на основу којих је поднесена пријава, промјена, односно одјава.

(3) Обрада података из матичне евиденције врши се у складу са прописима којима се уређује област заштите личних података.

Издавање увјерења
Члан 25.

(1) Фонд је дужан да осигураном лицу, на лични захтјев, изда увјерење о подацима који се воде у матичној евиденцији.

(2) Увјерење из става 1. овог члана има својство јавне исправе.

Електронска здравствена картица
Члан 26.

(1) Лицу којем је утврђено својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању Фонд издаје електронску здравствену картицу (у даљем тексту: здравствена кар-

тица) којом се доказује својство осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања, а уз здравствену картицу се приликом коришћења права на здравствену заштиту, по потреби, на увид даје лична карта.

(2) Својство осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања се, до издавања здравствене картице, доказује потврдом о здравственом осигурању коју издаје Фонд.

(3) Трошкови издавања здравствене картице се наплаћују у висини стварних трошкова израде здравствене картице.

(4) Трошкове издавања здравствене картице сноси осигураник, у случају издавања здравствене картице за осигураника, и у случају издавања здравствене картице за осигурано лице.

(5) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра здравља и социјалне заштите (у даљем тексту: министар), правилником прописује поступак утврђивања својства осигураног лица, вођење података у матичној евиденцији и изглед, садржај и поступак издавања и употребе здравствене картице.

(6) Правилник из става 5. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

ГЛАВА III
САДРЖАЈ, ОБИМ И НАЧИН ОСТВАРИВАЊА ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Право на здравствену заштиту

Садржај права на здравствену заштиту
Члан 27.

Садржај права на здравствену заштиту које се према оспособљености може користити у здравственим установама у Републици са којима Фонд има закључен уговор на терет средстава обавезног здравственог осигурања и које обухвата здравствену заштиту на примарном, секундарном и терцијарном нивоу у складу са прописима којима је уређена област здравствене заштите, чине:

1) мјере промоције здравља и превенције болести,

2) прехоспитално и хоспитално хитно збрињавање, дијагностичке процедуре, лијечење, специјалистичко-консултативна здравствена заштита и болничка здравствена заштита, као и медицинска рехабилитација у случају болести и повреде, према потребама утврђеним на основу медицинских индикација и стручно-медицинских и доктринарних ставова,

3) лијечење у кућним условима,

4) стоматолошка здравствена заштита,

5) санитетски превоз, хитни санитетски превоз, ваздушни медицински транспорт и друге врсте превоза пацијента,

6) лијекови,

7) медицинска средства.

Обим права на здравствену заштиту
Члан 28.

(1) Обим права на здравствену заштиту из средстава обавезног здравственог осигурања подразумијева величине којима се може изразити садржај права на здравствену заштиту, укључујући и лично учешће осигураног лица у трошковима здравствене заштите које се приликом коришћења здравствене заштите плаћа даваоцу здравствене услуге.

(2) Право на здравствену заштиту у Републици, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, у садржају и обиму уређеним овим законом, остварује се у здравственој установи у Републици са којом Фонд има закључен уговор, под условом да су уплаћене све доспјеле обавезе по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање.

(3) Министар, на приједлог Управног одбора Фонда, доноси Правилник о поступку остваривања права на здравствену заштиту у Републици.

Начин остваривања права на здравствену заштиту на примарном нивоу
Члан 29.

(1) Осигурано лице приступ примарном нивоу здравствене заштите остварује у здравственој установи преко тима породичне медицине, педијатријског тима и гинеколошког тима код кога је регистровано у складу са прописом којим је уређена област здравствене заштите.

(2) Фонд утврђује Верификовану листу кандидата за избор и регистрацију у тим породичне медицине, педијатријски тим и гинеколошки тим, која се објављује на огласној табли здравствене установе и интернет страници Фонда.

(3) Правилником из члана 28. став 3. овог члана прописује се поступак утврђивања Верификоване листе из става 2. овог члана.

Мјере промоције здравља и превенције болести
Члан 30.

(1) Мјере промоције здравља и превенције болести осигураном лицу се обезбјеђују у здравственој установи у Републици са којом Фонд има закључен уговор, на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите.

(2) Мјере из става 1. овог члана спроводе се у складу са прописима и програмима којима се уређује област здравствене заштите, заштите становништва од заразних болести и менталног здравља.

(3) Јавна здравствена установа Институт за јавно здравство Републике Српске (у даљем тексту: Институт) до 30. септембра текуће године за наредну годину доставља Фонду приједлоге годишњег Програма мјера превенције и раног откривања масовних незаразних болести и годишњег Програма мјера за спречавање и сузбијање заразних болести.

(4) Министар, на приједлог Института, уз мишљење Фонда, до 31. децембра текуће године за наредну годину, доноси годишње програме из става 3. овог члана.

(5) Програми из става 3. овог члана финансирају се из средстава:

1) буџета Републике,

2) Фонда,

3) донација и других прихода.

(6) Програми из става 3. овог члана објављују се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Дијагностичке процедуре
Члан 31.

(1) Осигурано лице приступ дијагностичким процедурама остварује у здравственој установи на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, на приједлог доктора медицине специјалисте породичне медицине, доктора медицине специјалисте педијатрије, доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства или доктора стоматологије код којег је регистрован у складу са прописима којима је уређена област здравствене заштите и овим законом.

(2) Дијагностичке процедуре обухватају услуге хематолошке, микробиолошке, биохемијске и радиолошко-стоматолошке лабораторије, класичну конвенционалну рендген дијагностику, ултразвучну дијагностику, мамографију и услуге радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије и магнетне резонанце.

(3) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, до 31. јула текуће године за наредну годину доноси програм којим се утврђују индикације и начин остваривања права на дијагностичку процедуру неинвазивног пренаталног тестирања из крви труднице (NIPT).

(4) Влада Републике Српске (у даљем тексту: Влада) доноси Одлуку о начину финансирања програма из става 3. овог члана до 30. септембра текуће године за наредну годину.

(5) Програм из става 3. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Специјалистичко-консултативна здравствена заштита
Члан 32.

(1) Осигурано лице приступ специјалистичко-консултативној здравственој заштити остварује у здравственој установи на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, на приједлог доктора медицине специјалисте породичне медицине, доктора медицине специјалисте педијатрије или доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства, код којег је регистрован у складу са прописима којима је уређена област здравствене заштите и овим законом.

(2) Ради обезбјеђења специјалистичко-консултативне здравствене заштите, Управни одбор Фонда, у складу са потребама грађана, доноси одлуку којом прописује специјалистичко-консултативну здравствену заштиту у оквиру које Фонд склапа уговоре са здравственим установама.

(3) Одлука из става 2. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Лијечење у кућним условима
Члан 33.

(1) Осигурано лице остварује право на лијечење у кућним условима на терет средстава обавезног здравственог осигурања у сљедећим случајевима:

1) уколико је непокретно,

2) уколико болује од хроничне болести у фази погоршања или компликације,

3) уколико је урађен оперативни захват који захтијева превијање и његу ране,

4) уколико је у терминалној фази болести,

5) уколико не може да користи амбулантне услуге, а смјештај у здравствену установу није неопходан.

(2) Осигурано лице остварује право из става 1. овог члана уколико се писменим путем није одрекло права на кућне посјете здравствене установе у којој се регистровало, у складу са прописима којима је уређена област здравствене заштите.

Стоматолошка здравствена заштита
Члан 34.

(1) Осигурано лице приступ стоматолошкој здравственој заштити остварује у здравственој установи на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, на приједлог доктора стоматологије или доктора медицине специјалисте породичне медицине и доктора медицине специјалисте педијатрије код којег је регистрован, у складу са прописима којима се уређује област здравствене заштите и овим законом.

(2) Стоматолошка здравствена заштита из става 1. овог члана обухвата:

1) прегледе и лијечење болести зуба и екстракције зуба,

2) право на покретни ортодонтски апарат за дјецу до 18 година,

3) израду акрилатне тоталне протезе код лица старијих од 65 година,

4) прегледе уста и зуба прије трансплантације бубрега и операције на срцу,

5) прегледе и лијечење болести уста и зуба прије и послије оперативног третмана малигних болести максилофацијалног предјела,

6) ургентне стоматолошке и хируршке прегледе и лијечење повреда зуба и костију лица укључујући примарну реконструкцију остеосинтетским материјалом,

7) неопходан стоматолошки третман прије и послије оперативног третмана код лица са урођеним или стеченим тежим деформитетом лица и вилице укључујући и фиксне ортодонтске апарате,

8) израду протетских надокнада лица и вилице у оквиру посттуморске рехабилитације и реконструкције, укључујући и имплантате за њихово учвршћивање.

Болничка здравствена заштита
Члан 35.

(1) Осигурано лице приступ болничкој здравственој заштити остварује у здравственој установи на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, на приједлог доктора медицине специјалисте породичне медицине, доктора медицине специјалисте педијатрије или доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства, код којег је регистрован у складу са прописима којима је уређена област здравствене заштите и овим законом.

(2) Болничка здравствена заштита обухвата дијагностику, лијечење, здравствену и палијативну његу, рану рехабилитацију, ресоцијализацију, боравак и исхрану болесника у здравственој установи, санитетски превоз и пратњу другог лица.

(3) Пратња другог лица из става 2. овог члана подразумијева:

1) смјештај уз дијете које се налази на болничком лијечењу за мајку дјетета док постоји потреба дојења,

2) смјештај уз дијете за једног од родитеља, усвојитеља или старатеља дјетета са сметњама у развоју у складу са прописима којима се уређује област социјалне заштите,

3) смјештај уз дијете за једног од родитеља, усвојитеља или старатеља дјетета млађег од 15 година, уколико постоје медицинске индикације,

4) смјештај уз дијете за једног од родитеља, усвојитеља или старатеља лица старијег од 18 година којем је утврђена потпуна пословна неспособност или над којим је продужено родитељско право,

5) дневни смјештај уз дијете које се налази на болничком лијечењу за једног од родитеља, усвојитеља или старатеља дјетета млађег од седам година,

6) дневни смјештај уз дијете које се налази на болничком лијечењу за једног од родитеља, усвојитеља или старатеља дјетета које има утврђене тешкоће у развоју у складу са прописима којима се уређује област социјалне заштите и

7) дневни смјештај уз дијете које се налази на болничком лијечењу за једног од родитеља, усвојитеља или старатеља дјетета млађег од 18 година које је обољело од малигне болести.

(4) Пратња другог лица у складу са ставом 3. овог члана обезбјеђује се на приједлог доктора медицине код кога је дијете или лице регистровано, односно доктора медицине специјалисте педијатрије или доктора медицине који је запослен у здравственој установи у којој се дијете или лице лијечи.

Санитетски превоз
Члан 36.

(1) Хитни санитетски превоз је превоз пацијента санитетским возилом због болести или повреде која је опасна по живот до најближе здравствене установе у Републици која је оспособљена за лијечење обољелог, односно повријеђеног пацијента.

(2) Хитни санитетски превоз и друге врсте превоза пацијента обезбјеђују се на примарном нивоу здравствене заштите.

(3) Санитетски превоз је превоз који није хитан, и који подразумијева друге врсте превоза, као што су:

1) превоз пацијента између здравствених установа различитог нивоа здравствене заштите,

2) превоз пацијента на дијализу,

3) превоз непокретног пацијента, те у изузетним случајевима и у складу са медицинским индикацијама превоз пацијента од здравствене установе до куће.

(4) Санитетски превоз се обезбјеђује на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите.

(5) Ваздушни медицински транспорт је некомерцијална летачка операција која се организује на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у складу са прописима којима је уређена област здравствене заштите.

Здравствена заштита у планирању породице
Члан 37.

(1) Здравствена заштита у планирању породице обухвата прегледе и лијечење у вези са:

1) планирањем трудноће, трудноћом и стањима која могу да изазову компликацију трудноће,

2) дијагностиком и лијечењем неплодности,

3) прекидом трудноће из медицинских разлога,

4) порођајем у здравственој установи и болничким лијечењем када је лијечење медицински неопходно,

5) бабинском његом породиље и новорођенчета.

(2) Здравствена заштита из става 1. овог члана обезбјеђује се на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите.

(3) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, до 31. јула текуће године за наредну годину, доноси Програм за обезбјеђивање биомедицински потпомогнуте оплодње, која обухвата успостављање медицинске индикације, поступак стимулације (терапија) и поступке у складу са прописом којим се уређује област биомедицински потпомогнуте оплодње.

(4) Програм из става 3. овог члана дефинише биомедицински потпомогнуту оплодњу која се финансира према годинама живота жене, цијену поступака, обим финансирања, односно висину доплате и друга питања од значаја за обезбјеђивање биомедицински потпомогнуте оплодње.

(5) Програм из става 3. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

(6) Влада доноси Одлуку о начину финансирања Програма за обезбјеђивање биомедицински потпомогнуте оплодње из става 3. овог члана до 30. септембра текуће године за наредну годину.

(7) Биомедицински потпомогнута оплодња према Програму из става 3. овог члана обезбјеђује се у здравственој установи у Републици, са којом Фонд има закључен уговор.

(8) Изузетно од става 7. овог члана, након финансирања два неуспјела покушаја биомедицински потпомогнуте оплодње у Републици, Фонд може у складу са Програмом из става 3. овог члана одобрити финансирање још једног покушаја биомедицински потпомогнуте оплодње и у здравственој установи изван Републике.

(9) У складу са Програмом из става 3. овог члана, утврђивање основаности захтјева за издавање претходног одобрења Фонда, у првом степену, врши Комисија стручно-медицинских консултаната, коју рјешењем именује директор Фонда.

(10) На основу приједлога Комисије из става 9. овог члана, рјешење доноси руководилац филијале Фонда.

(11) Осигурано лице има право жалбе на рјешење из става 10. овог члана у року од 15 дана од дана достављања рјешења, о којем одлучује директор Фонда.

(12) Директор Фонда именује Комисију из реда стручних лица, која у поступку по жалби осигураног лица врши стручно-медицинску оцјену основаности захтјева, те директору Фонда предлаже доношење рјешење у другом степену.

(13) Чланови Комисије из ст. 9. и 12. овог члана именују се из реда стручних лица који су запослени у Фонду и за свој рад немају право на накнаду.

Лијекови
Члан 38.

(1) Лијекови који се осигураном лицу обезбјеђују на терет средстава обавезног здравственог осигурања подразумијевају:

1) лијекове који се издају на рецепт а који се налазе на Листи лијекова који се издају на рецепт,

2) лијекове за амбуланте породичне медицине и домове здравља а који се налазе на Листи лијекова за амбуланте породичне медицине и домове здравља,

3) лијекове који се примјењују у болничкој здравственој заштити а који се налазе на Листи лијекова који се примјењују у болничкој здравственој заштити,

4) цитотоксичне, биолошке и пратеће лијекове који се налазе на Листи цитотоксичних, биолошких и пратећих лијекова.

(2) Лијекове који се издају на рецепт и цитотоксичне, биолошке и пратеће лијекове финансира Фонд, уз могућност прописивања осигураном лицу обавезе плаћања партиципације или доплате за лијекове који се издају на рецепт у складу са овим законом и прописима донесеним на основу овог закона.

(3) Лијекове за амбуланте породичне медицине и домове здравља и лијекове који се примјењују у болничкој здравственој заштити финансира здравствена установа.

(4) Болница финансира лијекове из става 1. тачка 3) овог члана који се примјењују у болничкој здравственој заштити за вријеме болничког лијечења и лијечења у дневној болници, као и послије завршеног болничког лијечења у потребној количини уколико је лијечење завршено у нерадни дан.

(5) Изузетно од става 1. овог члана, Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, до 31. јула текуће године за наредну годину доноси Програм лијекова који се примјењују у ограничено доступним количинама, према приоритетима које листом чекања у складу са медицинским индикацијама, стручно-медицинским и доктринарним ставовима одређује здравствена установа терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици (у даљем тексту: Програм лијекова).

(6) Директор Фонда именује стручне комисије за лијекове из става 1. овог члана и Програм лијекова из става 5. овог члана.

(7) Чланови стручне комисије за лијекове именују се из реда стручних лица која су запослена у Фонду, односно из реда стручних лица која нису запослена у Фонду.

(8) Стручна лица из става 7. овог члана која нису запослена у Фонду имају право на накнаду за свој рад, која не може бити већа од 300 КМ по сједници Комисије.

(9) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, на приједлог стручне комисије за лијекове, одлуком усваја листе лијекова из става 1. овог члана.

(10) Одлуке из става 9. овог члана објављују се у "Службеном гласнику Републике Српске", а листе лијекова из става 1. овог члана се објављују на интернет страници Фонда.

(11) Влада доноси Одлуку о начину финансирања Програма лијекова из става 5. овог члана до 30. септембра текуће године за наредну годину.

(12) Програм лијекова из става 5. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Садржај и утврђивање листи лијекова и Програма лијекова
Члан 39.

(1) Листе лијекова из члана 38. овог закона и Програм лијекова из члана 38. став 5. овог закона садрже шифру анатомско-терапијско-хемијске класификације, интернационални незаштићени назив лијека, облик и дозу, као и терапијску индикацију употребе лијека.

(2) На листе лијекова из члана 38. овог закона и Програм лијекова из члана 38. став 5. овог закона Фонд може уврстити лијек у складу са прописима који уређују област лијекова.

(3) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, уз претходно прибављено мишљење Стручне комисије за лијекове, одлучује о стављању новог лијека, промјени статуса лијека или брисању лијека са листе лијекова.

(4) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, правилником прописује поступак за стављање, промјену статуса или брисање лијекова на листе лијекова и Програм лијекова.

(5) Правилник из става 4. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Приједлог за стављање лијека на листу лијекова
Члан 40.

(1) Приједлог за стављање новог лијека на листе лијекова из члана 38. овог Закона Фонду може поднијети носилац дозволе за стављање лијека у промет (у даљем тексту: подносилац приједлога).

(2) Изузетно од става 1. овог члана у случајевима када не постоји лијек који има дозволу за стављање лијека у промет, а када је неопходан због заштите здравља становништва, приједлог за стављање новог лијека на листе лијекова из члана 38. овог закона може поднијети надлежна здравствена установа.

(3) Приједлог за промјену статуса, односно измјену или допуну индикације за примјену или смјернице прописивања лијека који је већ стављен на листу лијекова из члана 38. овог закона могу дати подносилац приједлога и Стручне комисије за лијекове.

(4) Подносилац приједлога из става 1. овог члана дужан је да уз приједлог за стављање новог лијека на листу лијекова из члана 38. овог закона, односно измјену статуса лијека на листи лијекова из члана 38. овог закона достави документацију и доказ о извршеној уплати накнаде за подношење приједлога.

(5) Директор Фонда доноси одлуку о висини накнаде коју плаћају носиоци одобрења за стављање лијека у промет за подношење приједлога за стављање новог лијека на листе лијекова из члана 38. овог закона.

(6) Накнада из става 5. овог члана не може бити мања од 500 КМ, нити већа од 2.500 КМ.

(7) Носиоци одобрења за стављање лијека у промет плаћају полугодишњу накнаду од 100 КМ за лијек који се налази на листи лијекова из члана 38. став 1. тачка 1) овог закона.

Критеријуми за стављање лијека на листе лијекова
Члан 41.

(1) Критеријуми за стављање лијека на листе лијекова из члана 38. овог закона су:

1) важност лијека са аспекта јавног здравља;

2) релативна терапијска вриједност лијека;

3) оцјена етичких аспеката лијека која подразумијева:

1. равноправност доступности здравствене заштите,

2. третман обољелих од малигних и ријетких болести,

3. сагласност за коришћење нове здравствене технологије.

(2) У случају да је Комисији за лијекове поред достављене документације којом се доказује испуњеност критеријума из става 1. овог члана потребно да разјасни нејасноће у достављеној документацији, може тражити мишљење Коморе доктора медицине Републике, Министарства здравља и социјалне заштите (у даљем тексту: Министарство) и Агенције за лијекове и медицинска средства.

Брисање лијека са листе лијекова
Члан 42.

Лијек се са листе лијекова из члана 38. овог закона брише у сљедећим случајевима:

1) на захтјев подносиоца приједлога,

2) на основу захтјева Министарства или Агенције за лијекове и медицинска средства,

3) на основу накнадне евалуације клиничких и фармакоекономских параметара од стране Фонда.

Медицинска рехабилитација
Члан 43.

(1) Медицинска рехабилитација у здравственој установи обухвата рехабилитацију ради ублажавања или отклањања функционалних сметњи које нису могле бити ублажене или отклоњене у оквиру болничког лијечења или кроз физикалну рехабилитацију.

(2) У случају када је за коришћење предложене медицинске рехабилитације неопходно претходно одобрење Фонда, утврђивање основаности приједлога за коришћење медицинске рехабилитације врши Комисија стручно-медицинских консултаната, коју рјешењем именује директор Фонда.

(3) На основу приједлога Комисије из става 2. овог члана рјешење доноси руководилац филијале.

(4) Осигурано лице има право жалбе на рјешење из става 3. овог члана у року од 15 дана од дана достављања рјешења, о којем одлучује директор Фонда.

(5) Директор Фонда рјешењем именује Комисију из реда стручних консултаната, која у поступку по жалби осигураног лица врши стручно-медицинску оцјену основаности захтјева, те директору Фонда предлаже доношење рјешења по жалби.

(6) Чланови Комисије из ст. 2. и 5. овог члана који су запослени у Фонду немају право на накнаду, а уколико нису запослени у Фонду имају право на накнаду, која не може бити већа од 800 КМ мјесечно.

(7) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, правилником прописује услове и поступак за обезбјеђивање медицинске рехабилитације, индикациона подручја и листу болести, стања и посљедица повреда за које се обезбјеђује медицинска рехабилитација.

(8) Правилник из става 7. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Медицинска средства
Члан 44.

(1) Медицинска средства обухватају медицинска средства која:

1) се привремено или трајно уграђују у дијелове тијела ради стимулације функције органа и система органа,

2) служе за функционалну и/или естетску замјену изгубљеног дијела тијела, омогућавају ослонац и стабилност, спречавају настанак деформитета или коригују постојећи деформитет, олакшавају вршење основних животних функција, омогућавају повећање самосталности у свакодневним активностима и савладавање препрека у животној средини.

(2) Медицинска средства која се привремено или трајно уграђују у дијелове тијела ради стимулације функције органа и система органа садржана у листи из става 11. овог члана обезбјеђује и финансира здравствена установа.

(3) Медицинска средства која служе за функционалну и/или естетску замјену изгубљеног дијела тијела, омогућавају ослонац и стабилност, спречавају настанак деформитета или коригују постојећи деформитет, олакшавају вршење основних животних функција, омогућавају повећање самосталности у свакодневним активностима и савладавање препрека у животној средини, садржана у листи из става 11. овог члана обезбјеђује и финансира Фонд, уз могућност прописивања обавезе плаћања партиципације или доплате за већи стандард квалитета медицинског средства.

(4) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, до 31. јула текуће године за наредну годину доноси Посебан програм медицинских средстава који се примјењују у ограничено доступним количинама, према приоритетима које листом чекања у складу са медицинским индикацијама, стручно-медицинским и доктринарним ставовима одређује здравствена установа терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици.

(5) Програм из става 4. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

(6) Влада доноси Одлуку о начину финансирања Посебног програма медицинских средстава из става 4. овог члана до 30. септембра текуће године за наредну годину.

(7) У случају када је за обезбјеђивање предложеног медицинског средства неопходно претходно одобрење Фонда, утврђивање основаности приједлога врши Комисија стручно-медицинских консултаната, коју рјешењем именује директор Фонда.

(8) На основу приједлога Комисије из става 7. овог члана рјешење доноси руководилац филијале.

(9) Осигурано лице има право жалбе на рјешење из става 8. овог члана у року од 15 дана од дана достављања рјешења, о којој рјешењем одлучује директор Фонда.

(10) Директор Фонда именује Комисију из реда стручних консултаната која у поступку по жалби осигураног лица врши стручно-медицинску оцјену основаности захтјева, те директору Фонда предлаже доношење рјешење по жалби.

(11) Чланови Комисије из ст. 7. и 10. овог члана који су запослени у Фонду немају право на накнаду, а уколико нису запослени у Фонду имају право на накнаду, која не може бити већа од 800 КМ мјесечно.

(12) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, правилником прописује услове и поступак за обезбјеђивање медицинских средстава, стандард квалитета, цјеновник и листу медицинских средстава која се финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања.

(13) Правилник из става 12. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Основи за уговарање услуга здравствене заштите
Члан 45.

(1) Управни одбор Фонда, ради регулисања односа Фонда и здравствених установа у финансирању здравствене заштите у Републици, уз сагласност министра, одлуком усваја цјеновник здравствених услуга који је усклађен са номенклатуром здравствених услуга донесеном на основу прописа којима се уређује област здравствене заштите.

(2) Одлука из става 1. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске", а цјеновник здравствених услуга се објављује на интернет страници Фонда.

(3) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, најкасније до 30. септембра текуће године за наредну годину, правилником прописује основе за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга у Републици.

Закључивање уговора са здравственим установама
Члан 46.

(1) У складу са расположивим средствима према финансијском плану - буџету Фонда и правилником из члана 45. став 3. овог закона, Фонд за сваку календарску годину закључује уговоре са здравственим установама у Републици о пружању и финансирању здравствене заштите према плану мреже донесеном на основу прописа којима се уређује област здравствене заштите, укључујући и уговоре којима се регулише испорука лијекова који се издају на рецепт и испорука медицинских средстава.

(2) Уговором из става 1. овог члана регулишу се међусобна права и обавезе Фонда и здравствене установе из става 1. овог члана.

(3) Уговором са здравственом установом може се регулисати плаћање робе и услуга које су набављене у поступку централизованих јавних набавки у складу са прописом којим се уређује област јавних набавки.

(4) Здравственим установама са којима није закључен уговор о пружању и финансирању здравствене заштите, Фонд може платити само услуге хитног збрињавања, по цјеновнику из члана 45. овог закона.

Контрола спровођења закључених уговора
Члан 47.

(1) Фонд је дужан да контролише извршавање обавеза здравствених установа из закључених уговора што обухвата контролу намјенског коришћења финансијских средстава и контролу законитог остваривања права осигураног лица и има право да оствари непосредан увид у тражене податке, службену, финансијску и медицинску документацију.

(2) Контролор Фонда је овлашћен да у обављању послова контроле врши обраду података осигураног лица у складу са прописом којим је уређена заштита личних података.

(3) Уговорима између Фонда и даваоца услуга обавезно се регулишу случајеви у којима се сматра да здравствена установа или други давалац здравствене услуге врши повреду уговорних обавеза, те уговорна казна за сваку повреду уговора.

(4) Министар, на приједлог Управног одбора Фонда, правилником прописује поступак обављања контроле извршавања закључених уговора и поступак заштите права осигураних лица.

Партиципација
Члан 48.

(1) Право на здравствену заштиту обезбјеђује се осигураним лицима из средстава обавезног здравственог осигурања у цијелости или уз лично учешће осигураног лица у трошковима здравствене заштите (у даљем тексту: партиципација).

(2) Партиципација је новчани износ који осигурано лице плаћа даваоцу здравствене услуге приликом коришћења здравствене заштите за коју се из средстава обавезног здравственог осигурања трошкови не обезбјеђују у цијелости.

Трошкови здравствене заштите и партиципација
Члан 49.

(1) Партиципација се исказује у апсолутном износу или у одређеном проценту

у распону од 5% до 50% цијене здравствене услуге, медицинског средства или лијека.

(2) Максимални износ партиципације по једној услузи из Цјеновника здравствених услуга је 370 КМ.

(3) У случају да је прерачунати апсолутни износ партиципације код појединих здравствених услуга из Цјеновника здравствених услуга већи од максималног износа партиципације из става 2. овог члана, партиципација се коригује на максимални износ.

(4) Максимални износ партиципације не примјењује се код израчунавања партиципације у цијени медицинских средстава, лијекова и услуга здравствене заштите изван Републике Српске.

(5) Министар, на приједлог Управног одбора Фонда, правилником прописује висину и начин плаћања партиципације по врстама услуга здравствене заштите које се из средстава обавезног здравственог осигурања обезбјеђују у Републици и изван Републике уз партиципацију осигураног лица.

Осигурана лица која су ослобођена плаћања партиципације
Члан 50.

Осигурана лица која су ослобођена плаћања партиципације приликом коришћења здравствене заштите према личном својству или статусу су:

1) дјеца до 18 година,

2) лица преко 65 година,

3) лица са оштећењем вида - слијепа лица прве и друге категорије,

4) лица обољела од ријетких болести чији је статус потврђен од Центра за ријетке болести,

5) добровољни даваоци крви који су дали крв десет и више пута - трајно, и добровољни даваоци крви који су дали крв мање од десет пута - под условом да од посљедњег давања крви није протекло више од годину дана,

6) корисник права на пензију који прима најнижу пензију од утврђених нивоа у складу са прописима којима је уређена област пензијског и инвалидског осигурања,

7) друга лица која су у складу са посебним прописима ослобођена плаћања партиципације, а за која се партиципација обезбјеђује из буџета Републике.

Здравствене услуге и здравствена заштита која је ослобођена плаћања партиципације
Члан 51.

(1) Здравствене услуге које се на терет средстава обавезног здравственог осигурања обезбјеђују без плаћања партиципације су:

1) мјере превенције и раног откривања болести (МКБ шифре: Z 11 - Z 13 и Z 20 - Z 29),

2) хитно збрињавање обољелог и повријеђеног лица у стању непосредне животне угрожености, укључујући и вријеме проведено на интензивној њези и хитан санитетски превоз,

3) прегледи, лијечење и рехабилитација професионалних болести и повреда на раду,

4) прегледи и лијечење заразних болести за које је прописом који уређује заштиту становништва од заразних болести регулисано спровођење мјера за спречавање ширења заразних болести,

5) прегледи, савјетовање и лијечење у сврху планирања породице и прекид трудноће из медицинских разлога,

6) прегледи и лијечење болести уста и зуба лица са урођеним или стеченим деформитетом лица и вилица,

7) обезбјеђење медицинских средстава: покретни ортодонтски апарати за дјецу до 18 година и акрилатне тоталне протезе за лица старија од 65 година.

(2) Здравствена заштита на терет средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације се обезбјеђује за лијечење сљедећих болести и њихових компликација:

1) малигне болести - МКБ шифре: C 00 - C 99, D 00 - D 09, Z 51.0 и Z 51.1,

2) дијабетес - МКБ шифре: E 10 - E 14.8, N 08.3, G 99.0, G 59.0, G 63.2, H 28.0, H 36.0, I 79.2, Y 83.5, Z 89.4, Z 89.5 и Z 89.6,

3) хемофилија - МКБ шифре: D 66 - D 67,

4) епилепсија - МКБ шифре: G 40 - G 41,

5) прогресивна мишићна обољења - МКБ шифре: G 12, G 36 - G 37 и G 70 - G 71,

6) церебрална парализа - МКБ шифра: G 80,

7) мултипла склероза - МКБ шифра: G 35,

8) неправилан развој костију и хрскавице (osteogenesis imperfecta - терминални стадијум) - МКБ шифра: Q 78.0,

9) плегије које подразумијевају параплегију и квадриплегију,

10) хронична бубрежна инсуфицијенција - МКБ шифре: N 18 и Z 49,

11) целијакија - МКБ шифра: K 90.0,

12) реуматска грозница - МКБ шифре: I 00 - I 01,

13) ментална болест - МКБ шифра: F 32.2.

(3) На терет средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације се обезбјеђује цјелокупна здравствена заштита за:

1) жене за вријеме трудноће, порођаја и постнаталног периода до 12 мјесеци послије порођаја, односно за близанце и свако треће и наредно дијете у трајању од 18 мјесеци послије порођаја - МКБ шифре: O 00 - O 99 и Z 30 - Z 39,

2) лица која учествују или су учествовала у поступку трансплантације људских органа, људских ткива и ћелија као даваоци или као примаоци органа,

3) лица обољела од менталне болести (психоза) - МКБ шифре: F 20 - F 29, F 30, F 31, F 32.3, F 33.3 и F 53,

4) лица са поремећајима у менталном здрављу која су неспособна за самосталан живот и рад - МКБ шифре: F 70 - F 79.

Примјена основа за ослобађање од партиципације у случају прописане доплате трошкова
Члан 52.

Ослобађање од обавезе плаћања партиципације из чл. 50. и 51. овог закона не односи се на издавање лијекова на рецепт за које је прописана обавеза доплате у складу са чланом 38. став 2. овог закона и на могућност доплате за медицинско средство већег стандарда квалитета од стандарда прописаног листом из члана 44. овог закона.

Рефундација трошкова здравствене заштите
Члан 53.

(1) Осигурано лице има право на рефундацију трошкова здравствене заштите у Републици коју је платило властитим средствима или коју је властитим средствима платио члан породице осигураног лица, што се доказује изјавом лица датом код нотара или надлежног органа јединице локалне самоуправе, у случају када:

1) здравствена установа наплати здравствену услугу која се финансира из средстава обавезног здравственог осигурања,

2) здравствена установа која је са Фондом закључила уговор наплати партиципацију супротно члану 49. овог закона,

3) је здравствена установа која је са Фондом закључила уговор требало да обезбиједи санитетски материјал или медицинско средство које се уграђује у дијелове тијела из члана 44. овог закона,

4) се здравствена установа која је са Фондом закључила уговор писмено изјасни да није располагала лијеком који се налази на листи лијекова за амбуланте породичне медицине и домове здравља, на листи лијекова који се примјењују у болничкој здравственој заштити или листи цитотоксичних, биолошких и пратећих лијекова из члана 38. став 1. тачка 4) овог закона,

5) је конзилијум болнице која је са Фондом закључила уговор дао писмену препоруку за примјену лијека који се не налази на листи лијекова који се примјењују у болничкој здравственој заштити или на листи цитотоксичних, биолошких и пратећих лијекова из члана 38. став 1. т. 3) и 4) овог закона,

6) се лијек налази на листи лијекова који се издају на рецепт из члана 38. став 1. овог закона, али није био доступан у здравственој установи - апотеци са којом је Фонд закључио уговор из члана 46. овог закона,

7) се медицинско средство налази на листи из члана 44. овог закона, али није било доступно у здравственој установи са којом је Фонд закључио уговор из члана 46. став 1. овог закона.

(2) Чланом породице осигураног лица у смислу става 1. овог члана сматра се родитељ, брат, сестра, брачни и ванбрачни супружник и дијете - рођено у браку или ван брака, односно усвојено у складу са прописима којима се уређује област породичних односа.

(3) Захтјев за рефундацију трошкова из става 1. овог члана се може поднијети у року од годину дана од дана када је извршено плаћање здравствене услуге, уз обавезу прилагања оригиналне финансијске документације.

(4) Утврђивање основаности захтјева за рефундацију трошкова здравствене заштите врши Комисија стручно-медицинских консултаната, коју рјешењем именује директор Фонда.

(5) На основу приједлога Комисије из става 4. овог члана, рјешење доноси руководилац филијале.

(6) Осигурано лице има право жалбе на рјешење из става 5. овог члана у року од 15 дана од дана достављања рјешења.

(7) Директор Фонда именује Комисију из реда стручних консултаната која у поступку по жалби осигураног лица врши стручно-медицинску оцјену основаности захтјева, те директору Фонда предлаже доношење рјешења по жалби.

(8) Чланови Комисије из ст. 4. и 7. овог члана се именују из реда стручних лица која су дио јединствене стручне службе Фонда и која са Фондом имају заснован радни однос и за свој рад немају право на накнаду.

(9) Директор Фонда упутством прописује врсту медицинске и финансијске документације која се прилаже уз захтјев за рефундацију трошкова здравствене заштите.

(10) Упутство из става 9. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Финансирање одобрене рефундације трошкова здравствене заштите
Члан 54.

(1) Рефундација трошкова здравствене заштите се у случајевима из члана 53. став 1. т. 1), 2), 3) и 5) овог закона врши на терет здравствене установе.

(2) Рефундација трошкова здравствене заштите се у случајевима из члана 53. став 1. т. 6) и 7) овог закона врши на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

(3) У случају из члана 53. став 1. тачка 4) овог закона када здравствена установа није располагала лијеком, рефундација трошкова здравствене заштите се врши:

1) за лијек који се налази на листи лијекова за амбуланте породичне медицине и домове здравља - на терет здравствене установе која је дала приједлог за коришћење лијека,

2) за лијек који се налази на листи лијекова који се примјењују у болничкој здравственој заштити - на терет средстава болнице која је дала приједлог,

3) за лијек који се налази на листи цитотоксичних, биолошких и пратећих лијекова - на терет средстава обавезног здравственог осигурања или здравствене установе која је дала приједлог.

Рефундација трошкова поступка биомедицински потпомогнуте оплодње
Члан 55.

(1) Осигурано лице - жена има право на рефундацију трошкова поступка биомедицински потпомогнуте оплодње коју је платила властитим средствима или коју је властитим средствима платио члан њене породице, а то се доказује изјавом лица датом код нотара или овлашћеног органа локалне самоуправе, у случају када је жена послије навршених година до којих се биомедицински потпомогнута оплодња може финансирати према програму из члана 37. овог закона након трудноће остварене овим поступком родила дијете.

(2) Чланом породице из става 1. овог члана сматра се родитељ, брат, сестра, брачни или ванбрачни супружник.

(3) Захтјев за рефундацију трошкова из става 1. овог члана се може поднијети у року од годину дана од рођења дјетета, уз обавезу прилагања оригиналне финансијске документације.

(4) Утврђивање основаности захтјева за рефундацију трошкова поступка биомедицински потпомогнуте оплодње врши Комисија стручно-медицинских консултаната, коју рјешењем именује директор Фонда.

(5) На основу приједлога Комисије из става 4. овог члана рјешење доноси руководилац филијале.

(6) Осигурано лице има право жалбе на рјешење из става 5. овог члана у року од 15 дана од дана достављања рјешења.

(7) Директор Фонда именује Комисију из реда стручних консултаната која у поступку по жалби осигураног лица врши стручно-медицинску оцјену основаности захтјева, те директору Фонда предлаже доношење рјешења по жалби.

(8) Чланови Комисије из ст. 4. и 7. овог члана се именују из реда стручних лица која су дио јединствене стручне службе Фонда и која са Фондом имају заснован радни однос и за свој рад немају право на накнаду.

(9) Директор Фонда упутством прописује врсту медицинске и финансијске документације која се прилаже уз захтјев за рефундацију трошкова поступка биомедицински потпомогнуте оплодње.

(10) Упутство из става 9. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Обим финансирања рефундације трошкова биомедицински потпомогнуте оплодње и обезбјеђивање средстава за финансирање рефундације
Члан 56.

(1) Рефундација трошкова поступка биомедицински потпомогнуте оплодње из члана 55. овог закона врши се до висине цијене која је одређена Програмом из члана 37. овог закона.

(2) Средства за финансирање обавеза насталих по основу права на рефундацију трошкова поступка биомедицински потпомогнуте оплодње из члана 55. овог закона обезбјеђују се у складу са одлуком Владе из члана 37. овог закона.

Коришћење здравствене заштите и упућивање на лијечење у иностранству
Члан 57.

(1) Коришћење здравствене заштите за вријеме боравка у иностранству из средстава обавезног здравственог осигурања подразумијева здравствену заштиту која се пружа осигураном лицу за вријеме боравка у државама са којима је БиХ закључила или преузела међународне уговоре.

(2) За вријеме боравка у иностранству, у складу са ставом 1. овог члана, осигурано лице може користити здравствену заштиту из средстава обавезног здравственог осигурања у јавним здравственим установама.

(3) Осигураном лицу може се из средстава обавезног здравственог осигурања одобрити лијечење или спровођење дијагностичких поступака у здравственој установи изван Републике, за лијечење обољења, стања или повреде који се не могу успјешно лијечити у Републици, односно за дијагностичке поступке који се не могу спроводити у Републици, а у здравственој установи у коју се осигурано лице упућује постоји могућност за успјешно лијечење тог обољења, стања или повреде, односно за спровођење дијагностичког поступка.

(4) Министар, на приједлог Управног одбора Фонда, доноси Правилник о поступку одобравања лијечења изван Републике и начину остваривања здравствене заштите у иностранству.

(5) Правилником из става 4. овог члана прописују се врсте обољења, стања или повреда за које се може одобрити лијечење или спровођење дијагностичког поступка у здравственој установи изван Републике, као и начин, садржај и обим остваривања здравствене заштите за вријеме боравка у иностранству осигураном лицу из средстава обавезног здравственог осигурања у складу са закљученим уговором.

Право на здравствену заштиту за вријеме боравка у иностранству
Члан 58.

(1) Право на здравствену заштиту за вријеме боравка у иностранству има осигураник који је:

1) у радном односу код домаћег или страног послодавца са сједиштем у Републици, упућено на рад или стручно усавршавање у иностранству,

2) на раду у дипломатско-конзуларним представништвима БиХ у иностранству, ако су држављани БиХ са пребивалиштем на територији Републике,

3) на службеном путу,

4) на редовном школовању у иностранству,

5) на привременом боравку у иностранству.

(2) Члан уже породице осигураника из става 1. т. 1) и 2) овог члана који борави са осигураником у иностранству користи здравствену заштиту под истим условима под којима здравствену заштиту користи и осигураник.

Начин коришћења здравствене заштите у иностранству
Члан 59.

(1) Осигураник из члана 58. став 1. т. 1) до 4) овог закона има право на коришћење здравствене заштите у иностранству која се не може одгодити до његовог повратка у Републику, ако међународним уговором није другачије одређено.

(2) Осигурано лице из члана 58. став 1. тачка 5) овог закона има право на коришћење здравствене заштите у иностранству само за случај хитног збрињавања како би се отклонила непосредна опасност по живот и здравље.

Повратак осигураног лица у Републику
Члан 60.

(1) Осигурано лице које користи здравствену заштиту у иностранству дужно је да без одлагања обавијести надлежну организациону јединицу Фонда због даљег праћења здравственог стања и оцјењивања потребе повратка (превоза) у Републику.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, надлежна установа за здравствено осигурање у иностранству према мјесту пријема осигураног лица у болницу, обавјештава Фонд о датуму пријема осигураног лица у болницу, предвиђеном трајању лијечења, односно о дану отпуштања из болнице.

(3) Осигурано лице које не поступи у складу са ставом 1. овог члана нема право на терет средстава обавезног здравственог осигурања остварити здравствену заштиту у иностранству, осим у случају када докаже да се из оправданих разлога који се тичу његовог здравственог стања није могло поступити у складу са ставом 1. овог члана.

Хитно збрињавање у иностранству
Члан 61.

(1) Уколико је осигурано лице за вријеме боравка у иностранству користило услуге хитног збрињавања, а коме је и поред издатог прописаног обрасца наплаћено коришћење здравствене заштите, може поднијети захтјев за рефундацију трошкова лијечења у складу са овим законом, уколико их је платило властитим средствима.

(2) Уколико се надлежна установа за здравствено осигурање у иностранству према мјесту пријема осигураног лица на болничко лијечење Фонду обрати са захтјевом за накнадно издавање прописаног обрасца, Фонд може накнадно издати образац, уколико међународним уговором није другачије одређено.

(3) Уколико осигурано лице код којег је осигурани случај већ наступио, промијени своје мјесто боравка на подручје друге иностране државе, Фонд може дати сагласност за издавање прописаног обрасца, ако међународним уговором није другачије одређено.

Поступак одобравања лијечења или спровођења дијагностичког поступка изван Републике
Члан 62.

(1) Осигураном лицу се може на терет средстава обавезног здравственог осигурања одобрити лијечење, односно спровођење дијагностичког поступка у здравственој установи изван Републике са којом Фонд у складу са Законом о ратификацији споразума о успостављању специјалних и паралелних односа Републике Србије и Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", број 60/07) има закључен уговор о пружању и финансирању здравствених услуга.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, уколико здравствена установа изван Републике не може обавити одобрено лијечење или дијагностички поступак и уколико су исцрпљене могућности даљег лијечења, наставак лијечења осигураном лицу може се одобрити у здравственој установи друге државе са којом Фонд нема закључен уговор.

(3) Осигурано лице из ст. 1. и 2. овог члана плаћа партиципацију, односно ослобођено је плаћања партиципације у складу са овим законом.

(4) Фонд осигураном лицу одобрава лијечење у здравственој установи изван Републике на територији Босне и Херцеговине, уколико се ради о хитном медицинском третману у складу са прописом којим је уређена област здравствене заштите, а према одредбама Споразума о начину и поступку коришћења здравствене заштите осигураних лица на територији БиХ, ван територије ентитета, односно Брчко Дистрикта БиХ којем осигурана лица припадају.

(5) Остваривање права на лијечење за осигурана лица до навршених 18 година живота уређено је прописима о лијечењу и дијагностици обољења, стања и повреда дјеце у иностранству.

Приједлог за одобравање лијечења изван Републике
Члан 63.

(1) Конзилијум здравствене установе терцијарног нивоа у Републици у оквиру обављања своје здравствене дјелатности даје Фонду приједлог за одобравање лијечења или спровођења дијагностичког поступка у здравственој установи изван Републике.

(2) Приједлог из става 1. овог члана представља и захтјев осигураног лица за одобравање лијечења у здравственој установи изван Републике.

Поступак одлучивања о приједлогу за одобравање лијечења изван Републике
Члан 64.

(1) Приједлог из члана 63. овог закона разматра Комисија стручно-медицинских консултаната, коју рјешењем именује директор Фонда.

(2) Комисија из става 1. овог члана врши оцјену основаности приједлога, те, уколико је приједлог основан, одређује здравствену установу у којој се осигураном лицу одобрава лијечење или дијагностички поступак, вријеме трајања лијечења, потребу санитетског превоза и пратње.

(3) На основу приједлога Комисије из става 2. овог члана, рјешење доноси руководилац филијале.

(4) Осигурано лице има право жалбе на рјешење из става 3. овог члана у року од 15 дана од дана достављања рјешења, о којој одлучује директор Фонда.

(5) Директор Фонда именује Комисију из реда стручних консултаната, која у поступку по жалби осигураног лица врши стручно-медицинску оцјену основаности захтјева, те директору Фонда предлаже доношење рјешења по жалби.

(6) Чланови Комисије из ст. 1. и 5. овог члана који су запослени у Фонду немају право накнаде за свој рад, а чланови комисије који нису запослени у Фонду имају право на накнаду за свој рад, која не може бити већа од 800 КМ мјесечно.

Почетак лијечења
Члан 65.

(1) Осигурано лице је дужно одобрено лијечење или дијагностички поступак започети у року од шест мјесеци од дана издавања коначног рјешења Фонда.

(2) Уколико осигурано лице не започне одобрено лијечење у року из става 1. овог члана, може поднијети нови захтјев Фонду.

Продужење лијечења
Члан 66.

(1) Уколико по мишљењу здравствене установе започето лијечење изван Републике из члана 62. став 1. овог закона треба да траје дуже од времена утврђеног рјешењем Фонда, здравствена установа изван Републике даје приједлог за продужење лијечења прије истека одобреног периода лијечења.

(2) Приједлог из става 1. овог члана подноси се директно Комисији из члана 64. став 1. овог закона, а одлучивање

се врши по поступку прописаном за одобравање лијечења изван Републике.

(3) Рјешење по приједлогу из става 1. овог члана се без одлагања доставља здравственој установи изван Републике у којој се осигурано лице лијечи.

(4) Фонд није обавезан платити трошкове продуженог лијечења уколико здравствена установа изван Републике не поднесе приједлог на начин и у року из става 1. овог члана.

Одобравање контролног прегледа
Члан 67.

(1) Приликом одобравања првог контролног прегледа након болничког лијечења у здравственој установи изван Републике није потребан приједлог здравствене установе у Републици, већ осигурано лице захтјев подноси Комисији из члана 64. став 1. овог закона путем филијале Фонда.

(2) Упућивање на остале контролне прегледе послије болничког лијечења у здравственој установи изван Републике врши се по поступку прописаном у овом закону и прописима донесеним на основу овог закона.

Упућивање на лијечење изван Републике у хитним случајевима
Члан 68.

(1) Здравствена установа терцијарног нивоа у хитним случајевима ван радног времена Фонда може упутити осигурано лице у здравствену установу изван Републике из члана 62. овог закона.

(2) У случају из става 1. овог члана, здравствена установа без одлагања, а најкасније у року од три дана подноси Фонду приједлог за одобравање лијечења изван Републике у складу са овим законом.

(3) Уз приједлог из става 2. овог члана здравствена установа Фонду доставља медицинску документацију којом се доказује потреба хитног медицинског третмана и очекивана дужина трајања лијечења осигураног лица.

(4) Уколико Фонд у поступку по приједлогу из става 2. овог члана утврди да упућивање на лијечење од стране здравствене установе није било оправдано, трошкове лијечења сноси здравствена установа која је упутила осигурано лице на лијечење изван Републике.

(5) По приједлогу из става 2. овог члана се одлучује у поступку који је прописан чланом 64. овог закона.

(6) Рјешење по приједлогу из става 2. овог члана се без одлагања доставља здравственој установи изван Републике у којој се осигурано лице лијечи.

Лијечење у здравственој установи са којом Фонд нема закључен уговор
Члан 69.

(1) Уз захтјев за одобравање лијечења или спровођење дијагностичког поступка у здравственој установи изван Републике са којом Фонд нема закључен уговор, а на приједлог здравствене установе изван Републике из члана 62. овог закона, осигурано лице прилаже:

1) рјешење Фонда о одобравању лијечења или дијагностичког поступка у здравственој установи изван Републике,

2) медицинску документацију којом се доказује ток болести и дотадашње лијечење,

3) стручно мишљење конзилијума здравствене установе изван Републике,

4) предрачун трошкова лијечења, по потреби са преводом овлашћеног преводиоца на један од језика у службеној употреби у Републици,

5) овјерену изјаву у којој се осигурано лице обавезује да ће Фонду у року од 15 дана од дана завршетка лијечења доставити медицинску документацију након обављеног лијечења са преводом на један од језика у службеној употреби у Републици.

(2) Утврђивање основаности захтјева из става 1. овог члана врши Комисија стручно-медицинских консултаната, коју рјешењем именује директор Фонда.

(3) На основу приједлога Комисије из става 2. овог члана, рјешење доноси руководилац филијале.

(4) Осигурано лице има право жалбе на рјешење из става 3. овог члана у року од 15 дана од дана достављања рјешења, о којој одлучује директор Фонда.

(5) Директор Фонда именује Комисију из реда стручних консултаната која у поступку по жалби осигураног лица врши стручно-медицинску оцјену основаности захтјева, те директору Фонда предлаже доношење рјешење по жалби.

(6) Чланови Комисије из ст. 2. и 5. овог члана који су запослени у Фонду немају право накнаде за свој рад, а чланови комисије који нису запослени у Фонду имају право на накнаду за свој рад, која не може бити већа од 800 КМ мјесечно.

Трошкови превоза посмртних остатака
Члан 70.

(1) Уколико осигурано лице којем је одобрено лијечење у здравственој установи изван Републике умре за вријеме превоза или лијечења у здравственој установи изван Републике, трошкови превоза посмртних остатака до мјеста које је било пребивалиште осигураног лица рефундирају се из средстава обавезног здравственог осигурања.

(2) Члан породице преминулог осигураног лица подноси захтјев за рефундацију трошкова превоза посмртних остатака, уз који прилаже и:

1) копију рјешења Фонда о одобравању лијечења или дијагностичког поступка у здравственој установи изван Републике,

2) спроводницу за пренос посмртних остатака држављанина БиХ,

3) извод из матичне књиге умрлих за осигурано лице,

4) оригиналан фискални рачун погребног друштва и нота рачун који гласи на име и

5) другу потребну документацију.

(3) По захтјеву лица из става 2. овог члана рјешење доноси руководилац филијале Фонда.

(4) Против рјешења из става 3. овог члана осигурано лице има право жалбе директору Фонда у року од 15 дана од дана достављања рјешења.

Здравствена заштита која се не финансира из средстава обавезног здравственог осигурања
Члан 71.

Осигураним лицима у оквиру обавезног здравственог осигурања не обезбјеђује се здравствена заштита која обухвата сљедеће:

1) медицинска испитивања ради утврђивања здравственог стања, тјелесног оштећења и инвалидности у поступцима код надлежног органа, осим медицинских испитивања у поступку вјештачења здравственог стања осигураног лица,

2) медицинска испитивања ради остваривања одређених права код других органа и организација, као што су осигуравајућа друштава и судови у кривичном поступку,

3) медицинска испитивања ради издавања потврда за возаче моторних возила,

4) медицинска испитивања код утврђивања здравствене способности по приједлогу послодавца и ради провођења мјера у вези са безбједношћу и здрављем на раду,

5) издавање увјерења о здравственој способности ради уписа у средње школе, високошколске установе и на курсеве, добијање увјерења о здравственој способности за заснивање радног односа, односно добијање других дозвола за рад, добијање увјерења о здравственој способности за бављење рекреацијом и спортом осигураног лица старијег од 15 година,

6) специфичну здравствену заштиту запослених коју обезбјеђује послодавац из својих средстава, као друштвену бригу за здравље радника на нивоу послодавца у складу са прописом којим се уређује заштита и здравље на раду и обавезна и препоручена имунизација и хемиопрофилакса радника у случају упућивања на рад у иностранство,

7) коришћење здравствене заштите у супротности са начином и условима за остваривање права на здравствену заштиту који је прописан овим законом и прописима којима је уређена област здравствене заштите,

8) здравствену услугу детоксикације код акутног коришћења алкохола и психоактивних супстанци,

9) козметичке хируршке процедуре којима је циљ побољшање спољашњег изгледа без успостављања и враћања тјелесне функције, као и вршење хируршких естетских корекција органа и дијелова тијела, осим за корекције урођених аномалија које проузрокују функционалне сметње, естетске реконструкције дојке након извршене мастектомије једне или обје дојке и естетске корекције дојке након извршене мастектомије друге дојке и естетске корекције након тешких повреда, односно болести које су неопходне за успостављање битних функција органа и дијелова тијела,

10) прекид трудноће из немедицинских разлога,

11) имунизације које су везане за приватни боравак или за обављање одређеног посла у иностранству и то: обавезну имунизацију путника у међународном саобраћају против заразних болести по захтјеву земље у коју се путује и препоручену имунизацију путника у међународном саобраћају у складу са прописима којима је уређена заштита становништва од заразних болести,

12) стоматолошке услуге које нису утврђене као право из обавезног здравственог осигурања,

13) дијагностику и лијечење сексуалне дисфункције или сексуалне неадекватности, укључујући импотенцију, здравствене услуге, лијекове и медицинска средства која се односе за промјену пола и реверзија претходне добровољне хируршке стерилизације,

14) хируршки или инвазивни третман (укључујући гастични балон) који се односи на редукцију тјелесне тежине,

15) дијететски савјети и програм губитка тјелесне тежине код лица старијих од 15 година, изузев предлагања дијететске исхране и медикаментозне терапије код пацијената са БМИ већим од 35 кг/м², код новооткривених пацијената са шећерном болешћу и пацијената са терминалном бубрежном инсуфицијенцијом,

16) методе и поступке комплементарне медицине,

17) лијекове који нису утврђени листама из члана 38. овог закона, као и лијекове који се издају без рецепта, профилактичке лијекове и лијекове који служе за промјену атлетских могућности, лијекове који се дају у сврху козметике, за престанак пушења или губитак тјелесне тежине, као и суплементе хране за специфичне дијете осим за лијечење насљедних метаболичких болести и болести праћених малапсорпцијом,

18) дијагностику и лијечење који су у фази клиничког истраживања и лијечење уз примјену лијекова и медицинских средстава који су у фази клиничких испитивања,

19) дијагностику, лијечење, рехабилитацију, лијекове и медицинска средства који нису пружени у складу са прихваћеним стандардима медицинске, стоматолошке и фармацеутске праксе,

20) здравствена заштита професионалних спортиста и аматерских спортиста старијих од 15 година која има за циљ утврђивање или побољшање спортске способности,

21) радијалну кератотомију или било коју другу хируршку процедуру за побољшање вида,

22) њега и опоравак у установи или у кућним условима која се превасходно пружа са циљем уобичајене личне његе и опоравка, односно ради старања и помоћи при дневним животним активностима, као што су помоћ при ходу, смјештање и устајање из кревета, купање, облачење, спремање хране, надзор над узимањем лијекова, и која нема за циљ дијагностику, терапију или рехабилитацију због болести или повреде,

23) препоручену имунизацију и хемиопрофилаксу,

24) здравствене услуге које су утврђене програмима из овог закона и друге врсте здравствених услуга које нису утврђене у оквиру права на здравствену заштиту у складу са овим законом.

2. Право на накнаде за вријеме привремене спријечености за рад

2.1. Утврђивање привремене спријечености за рад

Разлози привремене спријечености за рад
Члан 72.

(1) Под привременом спријечености за рад за вријеме које осигуранику припада накнада плате сматра се одсуство са посла из сљедећих разлога:

1) болест,

2) повреда ван рада,

3) медицинско испитивање,

4) њега обољелог члана уже породице,

5) професионална болест,

6) повреда на раду,

7) спровођење прописане мјере обавезне изолације као клицоноше или појава заразне болести у његовој околини,

8) добровољно давање органа или ткива,

9) болест или компликација у вези са одржавањем трудноће.

(2) Привременом спријеченошћу за рад лица које обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност као основно занимање у смислу овог закона, сматра се одсуство са рада у случају:

1) болести,

2) повреде ван рада,

3) медицинског испитивања,

4) његе обољелог члана уже породице,

5) професионалне болести,

6) повреде на раду,

7) спровођења прописане мјере обавезне изолације као клицоноше или појава заразне болести у његовој околини,

8) добровољног давање органа или ткива,

9) болести или компликација у вези са одржавањем трудноће.

(3) Чланом уже породице из ст. 1. и 2. овог члана сматра се дијете рођено у браку или ван брака, стављено под старатељство, односно усвојено у складу са прописима којима се уређује област породичних односа, дијете брачног или ванбрачног супружника, брачни или ванбрачни супружник и родитељ.

(4) Привременом спријеченошћу за рад за коју се не врши утврђивање у складу са ст. 1. и 2. овог члана сматра се одсуство са рада за вријеме болничког лијечења и за вријеме коришћења права на смјештај уз дијете које се налази на болничком лијечењу.

Спријеченост за рад због потребе његе обољелог члана уже породице
Члан 73.

(1) У случају утврђене потребе његе обољелог члана уже породице одсуство са рада се осигуранику може одобрити у прописаном трајању у току једне календарске године, и то:

1) за свако дијете млађе од 15 година - најдуже до 15 дана,

2) за свако дијете старије од 15 година, брачног или ванбрачног супружника или родитеља - најдуже до седам дана,

3) за дијете до навршених 18 година код којег је здравствена установа терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици утврдила потребу његе због тешког оштећења здравственог стања усљед оштећења можданих структура, малигне болести или другог тешког погоршања здравственог стања - најдуже до четири мјесеца.

(2) Одсуство са рада из става 1. овог члана се одобрава на сљедећи начин:

1) уколико су оба родитеља запослена, одсуство са рада се може одобрити једном родитељу,

2) уколико је један родитељ запослен, ако је незапослени родитељ због здравствених разлога неспособан да његује обољело дијете, одсуство са рада се може одобрити запосленом родитељу,

3) уколико су родитељи разведени или је једном родитељу одузета пословна способност или родитељско право - запосленом родитељу којем је дијете повјерено на старање,

4) уколико дијете има једног родитеља - запосленом родитељу.

(3) Одобрено одсуство са рада из става 1. овог члана се може користити непрекидно или по потреби са прекидима у току календарске године.

Надлежност за утврђивање привремене спријечености за рад
Члан 74.

(1) Привремену спријеченост за рад у трајању до 30 дана непрекидно утврђује доктор медицине специјалиста породичне медицине код којег је лице регистровано у складу са прописима којима се уређује област здравствене заштите.

(2) Привремену спријеченост за рад која траје непрекидно дуже од 30 дана, почев од 31. дана привремене спријечености за рад, утврђује Фонд преко првостепених комисија за оцјену привремене спријечености за рад (у даљем тексту: првостепене комисије) и Другостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад (у даљем тексту: Другостепена комисија).

(3) Лице из ст. 1. и 2. овог члана је дужно да се сваких 15 дана од дана утврђивања привремене спријечености за рад јавља доктору медицине код кога је регистровано.

(4) Обавеза из става 3. овог члана не односи се на лица која се налазе на болничком лијечењу.

(5) Надлежност првостепене комисије је да:

1) доноси налаз, оцјену и мишљење по приговору осигураника Фонда на оцјену овлашћеног доктора медицине специјалисте породичне медицине који је утврђивао привремену спријеченост за рад,

2) утврђује привремену спријеченост за рад у трајању преко 30 дана.

(6) Надлежност Другостепене комисије је да:

1) врши контролу рада овлашћеног доктора медицине специјалисте породичне медицине када доктор медицине специјалиста породичне медицине оцјењује привремену спријеченост за рад до 30 дана и врши контролу рада првостепених комисија,

2) даје налаз, оцјену и мишљење по жалби осигураника Фонда на рјешење надлежне организационе јединице Фонда,

3) прати стопу привремене спријечености за рад.

Територијална организација првостепених комисија
Члан 75.

(1) Првостепене комисије организује Фонд или, на основу уговора са Фондом, здравствена установа која је у складу са прописима којима је уређена област здравствене заштите овлашћена за обављање послова оцјене привремене спријечености за рад.

(2) Првостепене комисије се организују на територијалном принципу, према организационим јединицама Фонда.

(3) Фонд рад Другостепене комисије организује у сједишту.

Поступак утврђивања привремене спријечености за рад
Члан 76.

(1) Постојање основа и дужина привремене спријечености за рад дуже од 30 дана утврђује се на основу прегледа осигураника извршеног од стране доктора медицине одговарајуће гране специјалности у здравственој установи из члана 46. став 1. овог закона и медицинског налаза доктора медицине одговарајуће гране специјалности којим се изјаснио да осигураник није способан за рад, а за осигурано лице које је непокретно или тешко покретно, труднице, као и за осигуранике који су обољели од заразних болести или им је изречена мјера обавезне изолације због заразне болести или сумње на исту, а који се не налазе на лијечењу у болничкој здравственој установи утврђивање привремене спријечености за рад може се извршити на основу медицинске документације, без присуства осигураника.

(2) Доктор медицине специјалиста породичне медицине код којег је осигурано лице регистровано издаје извјештај о трајању привремене спријечености за рад најкасније до петог дана у мјесецу за претходни мјесец.

(3) Ако првостепена комисија за оцјену привремене спријечености за рад продужи привремену спријеченост за рад, та оцјена се сматра као дата сагла¬сност доктору медицине специјалисти породичне медицине код којег је лице регистровано да може осигураника Фонда и даље водити као привремено спријеченог за рад, и то најдуже за вријеме које је том приликом одредила првостепена комисија.

(4) Доктор медицине специјалиста породичне медицине код којег је лице регистровано може прекинути трајање привремене спријечености за рад осигураника Фонда и прије истека рока који је утврдила надлежна комисија за оцјену привремене спријечености за рад, ако утврди да се здравствено стање осигураника Фонда побољшало тако да се може вратити на рад.

(5) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, правилником прописује поступак утврђивања привремене спријечености за рад.

(6) Правилником из става 5. овог члана прописује се врста медицинске документације потребне за одлучивање, критеријуми дијагностичких поступака за утврђивање привремене спријечености за рад, болести или компликације у вези са одржавањем трудноће, разлози и вријеме препоручене дужине спријечености за рад према дијагнозама утврђеним у складу са међународном класификацијом болести, дефиниције и садржај образаца налаза, оцјена и мишљења и садржај обрасца извјештаја о трајању привремене спријечености за рад.

Право на приговор на оцјену доктора медицине специјалисте породичне медицине
Члан 77.

(1) Осигураник има право да уложи приговор на оцјену доктора медицине специјалисте породичне медицине о постојању разлога за утврђивање привремене спријечености за рад надлежној првостепеној комисији у року од 24 часа од давања оцјене, путем здравствене установе у којој је запослен доктор медицине специјалиста породичне медицине.

(2) Приговор из става 1. овог члана одгађа извршење оцјене до доношења налаза, мишљења и оцјене првостепене комисије, која налаз, мишљење и оцјену по приговору доноси у року од 24 часа од подношења приговора.

Право на жалбу на оцјену првостепене комисије
Члан 78.

(1) Осигураник Фонда има право да, уколико није задовољан оцјеном првостепене комисије која је утврђивала привремену спријеченост за рад преко 30 дана, у року од три дана затражи издавање рјешења у надлежној филијали Фонда.

(2) Осигураник Фонда има право да на рјешење из става 1. овог члана уложи жалбу директору Фонда у року од 15 дана од дана пријема рјешења, путем филијале Фонда чији руководилац је донио рјешење.

(3) Жалба из става 2. овог члана не одлаже извршење рјешења.

(4) Директор Фонда рјешење по жалби осигураника Фонда доноси на основу налаза, оцјене и мишљења Другостепене комисије.

Ванредна оцјена привремене спријечености за рад
Члан 79.

(1) Уколико послодавац сматра да осигураник који је привремено спријечен за рад неоправдано користи право на накнаду плате за вријеме привремене спријечености за рад, може се обратити Фонду са захтјевом да се изврши ванредна оцјена привремене спријечености за рад осигураника.

(2) У захтјеву из става 1. овог члана послодавац је обавезан да наведе, образложи и документује разлоге на основу којих се захтјев подноси.

(3) Изузетно од става 2. овог члана, уколико послодавац има сазнања да је осигураник за вријеме привремене спријечености за рад напустио мјесто пребивалишта, осим у случају одласка у здравствену установу ради лијечења и у другим оправданим случајевима уз захтјев из става 1. овог члана, довољно је доставити доказ о напуштању пребивалишта осигураника.

(4) Захтјев из ст. 1. и 3. овог члана Фонд доставља првостепеној комисији за оцјену привремене спријечености за рад, која је обавезна да прегледа осигураника и изврши увид у здравствени картон и постојећу медицинску документацију, након чега констатује једно од сљедећег:

1) потврђује се раније дата оцјена привремене спријечености за рад, или

2) осигураник је способан за рад са наредним даном.

(5) Осигураник који је позван на ванредну оцјену привремене спријечености за рад приликом приступања комисији на увид даје лични документ са сликом којим се доказује да се ради о том осигуранику.

(6) Осигуранику Фонда који се не одазове на првостепеној комисији за ванредну оцјену привремене спријечености за рад, првостепена комисија ће дати оцјену способан за рад са наредним даном.

(7) Доктор медицине специјалиста породичне медицине код којег је лице регистровано је дужан да поступи по оцјени комисије из става 4. овог члана, и о томе без одлагања обавијести осигураника и послодавца.

Оцјена радне способности осигураника
Члан 80.

Првостепена комисија за оцјену привремене спријечености за рад дужна је да предложи доктору медицине специјалисти породичне медицине код којег је лице регистровано да осигураника прије истека шест мјесеци непрекидне привремене спријечености за рад, осим у случају да је узрок привремене спријечености за рад медицинско стање повезано са трудноћом, упути да са потребном медицинском документацијом поднесе захтјев надлежној установи за пензијско и инвалидско осигурање ради оцјене радне способности у складу са прописом којим је уређена област медицинског вјештачења у пензијском и инвалидском осигурању.

Уговор између Фонда и Фонда за пензијско и инвалидско осигурање
Члан 81.

Односи између Фонда и Фонда за пензијско и инвалидско осигурање Републике Српске о питањима у вези са упућивањем осигураника на оцјену радне способности и утврђивања инвалидности уређују се уговором.

2.2. Обезбјеђивање накнада за вријеме привремене спријечености за рад

Накнаде за вријеме утврђене привремене спријечености за рад
Члан 82.

За вријеме привремене спријечености за рад у складу са чл. 72. и 73. овог закона обезбјеђује се накнада плате осигуранику у радном односу и накнада осигуранику који обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност, у складу са овим законом.

Основ за обрачун исплате накнаде
Члан 83.

(1) Основ за обрачун и исплату накнаде из члана 82. овог закона је просјечна нето плата осигураника остварена у задњих шест мјесеци који претходе мјесецу у којем је осигураник био привремено спријечен за рад и која се одређује у сљедећим процентима од основа:

1) болест или компликација у вези са одржавањем трудноће - 100%,

2) малигна болест и њега дјетета обољелог од малигне болести - 100%,

3) добровољно давање органа, ткива или ћелија - 100%,

4) спровођење прописане мјере обавезне изолације као клицоноше или због појаве заразе у његовој околини у складу са прописима којима је уређена област заштите становништва од заразних болести - 90%,

5) болест, повреда, медицинско испитивање и њега обољелог члана уже породице изузев у случају из тачке 2. овог става - 70%.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, уколико осигураник у претходном периоду није провео шест мјесеци на раду, основ за обрачун и исплату накнаде из члана 82. овог закона је просјечна нето плата осигураника остварена у периоду који је осигураник провео на раду.

(3) Основ за обрачун и исплату накнаде плате за вријеме привремене спријечености за рад за радника који ради половину пуног радног времена у складу са прописима којима је уређена област рада је нето плата коју би радник остварио да је био на раду а рефундација накнаде плате која се исплаћује за дио до пуног радног времена исплаћује се на основу утврђеног права у складу са прописима којима се уређује област дјечје заштите.

(4) Ако је привремена спријеченост за рад настала због повреде на раду или професионалне болести, накнада плате се обезбјеђује од стране послодавца од првог дана привремене спријечености за рад до престанка узрока привремене спријечености за рад, без обзира на то да ли радник има закључен уговор о раду са послодавцем на неодређено или одређено вријеме у складу са прописима којима је уређена област рада, у износу од 100% од основа.

(5) Обрачун и исплату накнаде врши послодавац у складу са прописима којима се уређује област пореза и доприноса.

(6) Колективним уговором, општим актом и уговором о раду, може се прописати већи се проценат накнаде плате у односу на основ за обрачун и исплату прописан овим законом у случају привремене спријечености за рад која траје непрекидно до 30 дана.

Случајеви када осигуранику не припада право на накнаду
Члан 84.

(1) Осигуранику за вријеме привремене спријечености за рад не припада право на накнаду плате:

1) ако је намјерно проузроковао привремену спријеченост за рад,

2) ако је намјерно спречавао оздрављење, односно није се придржавао препорука овлашћеног доктора медицине,

3) ако је привремена спријеченост за рад проузрокована употребом алкохола или психоактивних супстанци, изузев у случају да је осигураник лице са менталним поремећајем или клинички дијагностикованим психијатријским обољењем за вријеме трајања лијечења,

4) ако се без оправданог разлога не подвргне лијечењу,

5) ако се без оправданог разлога не јави на заказани контролни преглед код доктора медицине специјалисте породичне медицине код којег је регистрован или се не јави на комисијски преглед на који је упућен од доктора меди-

цине специјалисте породичне медицине код којег је регистрован, или

6) ако се за вријеме привремене спријечености за рад бави привредном или другом активношћу којом остварује приход.

(2) Накнада плате не припада осигуранику док је на издржавању казне затвора и осигуранику према којем се спроводе мјере обавезног лијечења и чувања у здравственој установи.

(3) Ако доктор медицине специјалиста породичне медицине код којег је осигураник регистрован сматра да постоје чињенице или околности из става 1. т. од 1) до 5) овог члана обавезан је да о томе без одлагања обавијести послодавца и Фонд.

(4) Ако послодавац сматра да постоје чињенице или околности из става 1. тачка 6) овог члана, обавезан је да о томе без одлагања обавијести Фонд.

(5) Пријаву о постојању чињеница или околности из става 1. овог члана дужни су поднијети и чланови првостепене и другостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад.

(6) Пријаву о постојању чињеница или околности из става 1. овог члана могу поднијети и сва остала лица која имају сазнања о чињеницама или околностима.

(7) Постојање чињеница или околности због којих осигуранику не припада право на накнаду плате, на основу пријаве утврђује овлашћени контролор Фонда увидом у медицинску и другу документацију осигураника, као и посјетом осигуранику на пријављеном мјесту боравишта, односно пребивалишта.

(8) О извршеној контроли овлашћени контролор Фонда сачињава записник, који садржи: мјесто и вријеме вршења контроле, предмет вршења контроле, име контролора, утврђено чињенично стање, посебан опис утврђених неправилности, списак исправа које су коришћене при вршењу контроле а које се према потреби могу приложити записнику, изјаве лица која учествују у поступку контроле које су значајне за правилно утврђивање чињеничног стања и приједлог мјера.

(9) Ако контролор Фонда у записнику утврди постојање чињеница или околности због којих осигуранику Фонда не припада право на накнаду плате, записник се доставља руководиоцу филијале, који доноси рјешење на основу достављеног записника.

(10) На рјешење из става 9. овог члана осигураник има право жалбе директору Фонда у року од 15 дана од дана достављања рјешења.

(11) Осигуранику Фонда не припада накнада плате од дана када су утврђене чињенице или околности из става 1. овог члана у периоду док трају те околности или њихове посљедице.

(12) Ако се чињенице или околности из става 1. овог члана утврде послије почињања са коришћењем права на накнаду плате, исплата накнаде плате обуставља се, а исплатилац има право на накнаду штете од осигураника.

Повратак исплаћене накнаде
Члан 85.

(1) Послодавац има право Фонду да поднесе захтјев за повратак накнаде плате исплаћене раднику ако привремена спријеченост за рад радника траје непрекидно дуже од 30 дана, почев од 31. дана непрекидне спријечености за рад, под условом да радник има стаж осигурања по основу радног односа у трајању од најмање три мјесеца непрекидно или у трајању од шест мјесеци са прекидима у посљедњих 18 мјесеци и да су уплаћене све доспјеле обавезе по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање.

(2) Захтјев за повратак из става 1. овог члана може се поднијети у року од 90 дана од истека посљедњег дана календарског мјесеца у којем је радник био спријечен за рад.

(3) Фонд послодавцу у току једне календарске године рефундира исплаћене накнаде плате за највише 11 мјесеци непрекидне спријечености радника за рад.

(4) У складу са ставом 1. овог члана, Фонд утврђује право послодавца на повратак исплаћене накнаде плате под условом да је послодавац редовно измирио све текуће обавезе по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање до 20. у мјесецу за протекли мјесец, те доспјели дуг по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање из претходног периода у складу са рјешењем надлежног органа о одобреном репрограму.

Садржај права на накнаду лицу које обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност
Члан 86.

(1) Лицу које обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност се из средстава обавезног здравственог осигурања обезбјеђује накнада ако његова спријеченост за рад траје непрекидно дуже од 30 дана, почев од 31. дана непрекидне спријечености за рад, под условом да привредну, предузетничку или професионалну дјелатност обавља као основно занимање и да је настављањем обављања дјелатности обезбијеђен континуитет уплаћивања свих доспјелих обавеза по основу доприноса за обавезно здравствено осигурање у складу са чланом 85. став 4. овог закона.

(2) Накнада из става 1. овог члана се не обезбјеђује ако:

1) је осигураник намјерно проузроковао привремену спријеченост за рад,

2) је намјерно спречавао оздрављење, односно није се придржавао препорука овлашћеног доктора медицине,

3) је привремена спријеченост за рад проузрокована употребом алкохола или психоактивних супстанци, изузев у случају да је осигураник лице са менталним поремећајем или клинички дијагностикованим психијатријским обољењем за вријеме трајања лијечења,

4) се без оправданог разлога не подвргне лијечењу, или

5) се без оправданог разлога не јави на заказани контролни преглед код доктора медицине специјалисте породичне медицине код којег је регистровано или се не јави на комисијски преглед на који је упућен од доктора медицине специјалисте породичне медицине код којег је регистровано.

(3) Накнада из става 1. овог члана се обезбјеђује у проценту одређеном у складу са чланом 83. став 1. овог закона од прописане основице на коју се у складу са прописом којим се уређује област доприноса обрачунава и плаћа допринос за обавезно здравствено осигурање, а у току једне календарске године се из средстава обавезног здравственог осигурања може обезбиједити исплаћивање прописане накнаде за највише 11 мјесеци непрекидне спријечености за рад.

(4) Захтјев за обезбјеђење накнаде из става 1. овог члана може се поднијети у року од 90 дана од истека посљедњег дана календарског мјесеца у којем је лице било спријечено за рад.

(5) Лице из става 1. овог члана губи право на накнаду ако за вријеме спријечености за рад својим личним радом обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност.

(6) Рад радника које запошљава или на други начин радно ангажује лице из става 1. овог члана не утиче на његово остваривање права на накнаду за вријеме спријечености за рад.

Одлучивање о захтјеву за повратак исплаћене накнаде плате и захтјеву за обезбјеђивање накнаде
Члан 87.

(1) Утврђивање основаности захтјева из чл. 85. и 86. овог закона врши Фонд.

(2) Руководилац филијале Фонда доноси рјешење по захтјевима из става 1. овог члана.

(3) Послодавац, односно лице које обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност има право

жалбе на рјешење из става 2. овог члана у року од 15 дана од дана достављања рјешења.

(4) Директор Фонда одлучује рјешењем по жалби из става 3. овог члана.

(5) Рјешење из става 4. овог члана је коначно у управном поступку али се против њега тужбом може покренути управни спор.

(6) Директор Фонда доноси Упутство о садржају медицинске и финансијске документације за повраћај исплаћене накнаде плате и новчане накнаде.

(7) Упутством из става 6. овог члана прописује се врста медицинске и финансијске документације која се прилаже уз захтјев за повраћај исплаћене накнаде плате лицу у радном односу, односно уз захтјев за обезбјеђивање накнаде лицу које обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност и поступак одлучивања.

(8) Упутство из става 6. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Финансирање повраћаја исплаћене накнаде када је узрок привремене спријечености за рад болест или компликација у вези са одржавањем трудноће
Члан 88.

(1) У случају да је узрок привремене спријечености за рад болест или компликација у вези са одржавањем трудноће, из средстава обавезног здравственог осигурања се обезбјеђује износ од 70% од основа за накнаду, а износ од 30% од основа за накнаду се суфинансира из буџета Републике.

(2) Средства из става 1. овог члана се у буџету Републике обезбјеђују преко надлежног министарства, а планирају се на основу годишње пројекције издатака Фонда за сваку наредну годину и анализе извршења буџета из претходне године.

ГЛАВА IV
НАКНАДА ТРОШКОВА ИСПЛАЋЕНИХ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Вјештачење у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања
Члан 89.

(1) Фонд може тражити вјештачење у вези са остваривањем свих права осигураника из обавезног здравственог осигурања.

(2) Вјештачење у случају из става 1. овог члана врше доктори медицине одговарајуће гране специјалности из надлежне здравствене установе.

(3) Вјештачење се може захтијевати у року од годину дана од дана остваривања права из обавезног здравственог осигурања о којем је у управном поступку одлучивао Фонд.

(4) На основу спроведеног поступка вјештачења у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања, Фонд може оспорити остваривање права из обавезног здравственог осигурања и захтијевати накнаду штете од осигураника или другог одговорног лица, у складу са прописом којим је уређена област облигационих односа и овим законом.

Накнада за штете узроковане употребом моторног возила
Члан 90.

Фонд има право да захтијева накнаду трошкова лијечења и других нужних трошкова за своја осигурана лица непосредно од друштва за осигурање за штету која је настала употребом моторног возила осигураног код тог друштва за осигурање.

Накнада трошкова здравствене заштите насталих штетном радњом другог лица
Члан 91.

(1) Фонд има право да захтијева накнаду трошкова здравствене заштите од лица које је намјерно или крајњом непажњом проузроковало болест, повреду или смрт осигураног лица.

(2) У случају да је штетна радња из става 1. овог члана предузета на раду или у вези са радом, послодавац и запослени одговарају солидарно.

Накнада трошкова здравствене заштите од послодавца
Члан 92.

(1) Фонд има право да захтијева накнаду штете од послодавца ако су болест, повреда или смрт осигураника настали усљед тога што нису спроведене мјере заштите и здравља на раду, у складу са прописима којима је уређена област заштите и здравља на раду, или ако нису спроведене друге мјере за заштиту грађана.

(2) Фонд има право да захтијева накнаду штете од послодавца и када је штета настала усљед тога што је запослени ступио на рад без прописаног претходног здравственог прегледа, а касније се, здравственим прегледом, утврди да запослени према свом здравственом стању није био способан за рад на одређеном послу.

(3) Фонд има право да захтијева накнаду штете од послодавца и:

1) ако је штета настала усљед тога што нису дати подаци или што су дати неистинити подаци о чињеницама од којих зависи стицање или остваривање права из обавезног здравственог осигурања, или

2) ако је исплата извршена на основу неистинитих података у пријави на осигурање или зато што није поднесена пријава о промјени у осигурању или одјава са осигурања или ако су наведени документи поднесени послије прописаног рока.

Накнада штете од осигураника или осигураног лица
Члан 93.

(1) Фонд има право да захтијева накнаду штете од осигураника када даје одређене податке у вези са здравственим осигурањем, ако је штета настала усљед тога што нису дати подаци, односно дати су неистинити подаци.

(2) Фонд има право да захтијева накнаду штете од осигураног лица коме је из средстава обавезног здравственог осигурања извршена исплата накнаде на коју није имао право ако је:

1) исплата извршена на основу нетачних података за које је осигурано лице знало или је морало знати да су нетачни или је на други противправан начин осигурано лице остварило право на накнаду на коју није имало право или је остварило накнаду у већем обиму од припадајуће,

2) остварило накнаду усљед тога што није пријавило настале промјене које утичу на губитак или обим неког права, а знало је или је морало знати за те промјене,

3) примило накнаду у износу већем од онога који му је одређен рјешењем.

Накнада штете од здравственог радника, здравственог сарадника и даваоца здравствене услуге
Члан 94.

(1) Фонд има право да захтијева накнаду штете од доктора медицине код којег је осигурано лице регистровано, а који утврди привремену спријеченост за рад осигураника или пропише лијекове, медицинска средства, односно утврди права из обавезног здравственог осигурања за која нема основа у здравственом стању осигураног лица.

(2) Фонд има право на накнаду штете од здравственог радника и/или здравственог сарадника, односно од даваоца здравствених услуга ако је настала штета проузрокована при обављању дјелатности или у вези са обављањем дјелатности здравственог радника и/или здравственог сарадника, односно даваоца здравствених услуга због пружања здравствених услуга осигураном лицу супротно прописима којима се уређује област здравствене заштите.

Поступак за потраживање накнаде штете
Члан 95.

(1) Накнада трошкова здравствене заштите, као и повратак новчаних примања из обавезног здравственог осигурања исплаћених без правног основа врши се у складу са прописима којима се уређује област облигационих односа, ако овим законом није другачије прописано.

(2) Фонд у складу са чл. од 90. до 94. овог закона захтијева да му се у року од 30 дана од писменог обраћања изврши накнада трошкова исплаћених из средстава обавезног здравственог осигурања.

(3) Висину трошкова из става 2. овог члана Фонд утврђује према трошковима лијечења и другим трошковима у вези са лијечењем, накнадама исплаћеним осигураном лицу у складу са овим законом и другим давањима на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

(4) Ако се у року из става 2. овог члана Фонду не изврши исплата накнаде трошкова, Фонд накнаду трошкова потражује судским путем.

(5) Послодавци, даваоци здравствених услуга, друштва за осигурање у складу са прописима којим се уређује област обавезног осигурања у саобраћају, надлежни органи, као и друга правна лица која на основу закона у обављању редовне дјелатности прикупљају податке, односно воде евиденције од значаја за накнаду трошкова у складу са овим законом, дужни су да на захтјев Фонда те податке доставе Фонду.

ГЛАВА V
ОРГАНИЗАЦИЈА И НАДЛЕЖНОСТ ФОНДА

Статус Фонда
Члан 96.

(1) Оснивач Фонда је у име Републике Влада, а на организацију и рад Фонда се примјењује прописи који уређују систем јавних служби.

(2) Статутом Фонда прописују се услови за именовање чланова Управног одбора и директора, стручна служба Фонда, територијална организација Фонда и послови који се обављају у територијалним јединицама Фонда, те услови и начин распоређивања запослених на руководећа радна мјеста у Фонду.

(3) Ради обављања управних, финансијских, административних и других стручних послова Фонд организује јединствену стручну службу, на начин да обезбиједи несметано, рационално и успјешно обављање дјелатности Фонда, а организација стручне службе Фонда уређује се статутом Фонда и актом о организацији и систематизацији радних мјеста у Фонду.

(4) На права, обавезе и одговорност запослених у Фонду који нису уређени законом примјењују се прописи којима се уређује област рада.

Надлежност Фонда
Члан 97.

(1) Фонд врши јавна овлашћења у обезбјеђивању и спровођењу обавезног здравственог осигурања, као и у рјешавању о правима из обавезног здравственог осигурања.

(2) Фонд развија, реализује, организује и одржава ИЗИС с циљем ефикасног обезбјеђивања прописаних права кроз благовремену размјену података о статусу осигурања и података садржаних у здравственом картону осигураног лица.

(3) У складу са ст. 1. и 2. овог члана, Фонд обавља сљедеће послове:

1) планира средства за обезбјеђивање обавезног здравственог осигурања, у складу са законом,

2) управља средствима обавезног здравственог осигурања,

3) обезбјеђује законито и ефикасно остваривање права из обавезног здравственог осигурања,

4) развија, реализује, организује и одржава ИЗИС,

5) пружа стручну помоћ осигураним лицима приликом остваривања права,

6) обезбјеђује спровођење међународних уговора о социјалном осигурању,

7) води одговарајуће евиденције у складу са овим законом,

8) обавља и друге послове у вези са спровођењем и остваривањем права из обавезног здравственог осигурања.

Развој, имплементација, организација и одржавање ИЗИС-а
Члан 98.

(1) Фонд организује и развија ИЗИС ради планирања и ефикасног управљања системом здравствене заштите, приступа и ефикасности пружања здравствених услуга и побољшања квалитета, као и прикупљања и обраде података у вези са здравственим стањем становништва и функционисањем здравствене службе, односно прикупљања и обраде здравствених информација, те евиденције из области здравственог осигурања.

(2) ИЗИС се темељи на информационо-комуникационим технологијама, односно на расположивости комуникација и информација у систему здравствене заштите, с циљем повезивања у јединствени информациони систем различитих учесника, локација, активности и процеса здравствене заштите.

(3) ИЗИС чине информациони системи здравствених установа, Фонда и других правних лица која у свом пословању сарађују са системом здравствене заштите и са Фондом успостављају сарадњу о овом питању.

(4) ИЗИС обезбјеђује доступност здравствених података свим учесницима у здравственом систему у складу са њиховим правима, улогама и одговорностима.

(5) База података ИЗИС-а је централизована и јединствена база, са свим потребним механизмима заштите који повећавају поузданост и доступност у раду система, а централни сервер са централном базом омогућава:

1) креирање и формирање свих неопходних регистара,

2) везу један пацијент један здравствени картон,

3) везу са резервном локацијом - Disaster Recovery System,

4) креирање софтверских рјешења за здравствене установе примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, уз могућност вишеструке ауторизације и аутентификације базиране на претходно наведеним регистрима,

5) интеграцију постојећих информационих система базирану на размјени података веб-сервисима,

6) доступност свих релевантних података овлашћеном здравственом раднику организационе јединице у којој се пружа здравствена заштита,

7) доступност свих деперсонализованих релевантних података с циљем планирања и статистичке обраде овлашћених здравствених и других установа.

(6) Здравствена установа и друго правно лице које користи властити информациони систем је обавезно да га прилагоди на начин који ће омогућити аутоматску електронску размјену података у оквиру ИЗИС-а.

(7) С циљем функционисања ИЗИС-а развијају се и користе одговарајући системи, подсистеми и сервиси за пословне функције свих учесника у процесу пружања здравствене заштите, односно за све установе у којима се обезбјеђују подаци за здравствено осигурање или се пружа здравствена заштита обезбијеђена кроз уговоре о пружању здравствене заштите са Фондом.

(8) ИЗИС омогућава коришћење електронских рецепата, електронских упутница, систем електронског заказивања, електронских листи чекања, електронског подсјетника, електронску комуникацију са лабораторијским и радиолошким информационим системима у Републици, као и коришћење електронских здравствених картица и вођење електронског здравственог картона.

(9) Осигураном лицу се издаје електронска здравствена картица, која садржи личне податке за доказивање идентитета и омогућава приступ електронском здравственом картону осигураног лица.

(10) Здравственом раднику се издаје електронска картица здравственог радника, која му омогућава приступ одређеним апликацијама ИЗИС-а.

(11) Управни одбор Фонда, уз прибављено мишљење министарства надлежног за послове информационог друштва, и сагласност министра, правилником прописује јединствене методолошке принципе и стандарде за функционисање ИЗИС-а, управљање ризиком и безбједношћу, интеграцију постојећих информационих система базирану на размјени података веб-сервисима, садржај, изглед и коришћење подсистема из става 7. овог члана, те изглед и садржај електронске картице здравственог радника из става 10. овог члана.

(12) Правилник из става 11. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Имовина, пословна способност и одговорност Фонда
Члан 99.

(1) Фонд има имовину коју чине ствари, права, акције, новац и остала средства.

(2) Изграђени објекти и друга непокретна имовина која је на дан 31. децембра 1991. године затечена на садашњој територији Републике, а којом је управљао бивши Друштвени фонд је својина Фонда.

(3) Фонд у правном промету има неограничену правну и пословну способност.

(4) За коришћење финансијских средстава у складу са финансијским планом и овим законом у складу са прописима који уређују област финансијског пословања одговоран је директор и Управни одбор Фонда.

Органи управљања у Фонду
Члан 100.

(1) Органи управљања и руковођења у Фонду су Управни одбор и директор Фонда.

(2) Управни одбор Фонда има пет чланова које именује и разрјешава Влада на приједлог Министарства.

(3) Директора Фонда именује Влада, након спроведеног поступка јавне конкуренције.

(4) Чланови Управног одбора и директор Фонда именују се на период од четири године, након спроведеног поступка јавне конкуренције, у складу са прописима којима се уређује област министарских, владиних и других именовања.

Надлежност Управног одбора Фонда
Члан 101.

Управни одбор Фонда обавља сљедеће послове:

1) именује предсједника и замјеника предсједника Управног одбора Фонда,

2) доноси статут, уз сагласност Владе,

3) доноси подзаконске акте и приједлоге подзаконских аката у складу са овлашћењима утврђеним овим законом,

4) доноси план рада и финансијски план, уз сагласност Владе,

5) разматра и усваја извјештај о извршењу финансијског плана и годишњи обрачун, уз сагласност Министарства,

6) разматра и усваја извјештај о извршењу плана рада,

7) одлучује о пословању и коришћењу средстава којима управља Фонд,

8) обавља и друге послове у складу са статутом Фонда.

Надлежност директора Фонда
Члан 102.

Директор Фонда обавља сљедеће послове:

1) представља и заступа Фонд и одговоран је за законитост рада Фонда,

2) доноси подзаконске акте у складу са овлашћењима утврђеним овим законом,

3) извршава одлуке и закључке Управног одбора,

4) доноси Правилник о организацији и систематизацији радних мјеста у Фонду, уз сагласност Министарства,

5) организује рад и пословање Фонда и руководи радом стручне службе Фонда,

6) одлучује о пријему на рад и распоређивању запослених на радна мјеста, о правима из радног односа у складу са прописима којим се уређује област рада, колективним уговорима и статутом,

7) одлучује о потреби повременог ангажовања стручних организација и појединаца, а обавља и друге послове у складу са статутом.

ГЛАВА VI
ФИНАНСИРАЊЕ

Извори средстава за финансирање права из обавезног здравственог осигурања
Члан 103.

(1) Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања обезбјеђују се из:

1) доприноса за обавезно здравствено осигурање према основицама и стопама из прописа који уређује област доприноса,

2) буџета Републике,

3) средстава остварених према међународним уговорима,

4) средстава остварених наплатом трошкова лијечења и других нужних трошкова од друштава за осигурања,

5) продајом имовине или издавањем имовине Фонда у закуп,

6) других извора утврђених овим или посебним законом.

(2) У смислу става 1. тачка 1) овог члана, уплатилац доприноса је обавезан да уплати допринос за све обвезнике доприноса, у складу са прописима којим се уређује област доприноса.

(3) У смислу става 1. тачка 2) овог члана, из буџета Републике обезбјеђују се средства за допринос за обавезно здравствено осигурање за лица за која је у складу са посебним прописима обезбијеђен статус осигураног лица у обавезном здравственом осигурању, као и средства за финансирање:

1) трошкова по основу права на здравствену заштиту из члана 20. став 3. овог закона,

2) мјера промоције здравља, превенције и раног откривања болести дефинисаних посебним програмом из члана 30. овог закона,

3) трошкова партиципације за лица за која се према посебним прописима одреди плаћање партиципације,

4) трошкове накнада из члана 88. овог закона.

(4) Из буџета Републике Српске могу се обезбиједити средства за финансирање:

1) посебног програма којим се утврђују индикације и начин остваривања права на дијагностичку процедуру неинвазивног пренаталног тестирања из крви труднице (NIPT) из члана 31. овог закона,

2) посебног програма за обезбјеђивање биомедицински потпомогнуте оплодње из члана 37. овог закона,

3) посебног програма лијекова из члана 38. овог закона,

4) посебног програма медицинских средстава из члана 44. овог закона,

5) другог посебног програма Владе из области здравствене заштите.

Распоређивање средстава
Члан 104.

(1) Средства из члана 103. овог закона се користе за финансирање права из обавезног здравственог осигурања,

за трошкове за рад органа и стручне службе Фонда, набавку опреме за рад стручне службе Фонда, набавку и одржавање пословних објеката Фонда, информисање и сарадњу са медијима и остале трошкове у складу са законом.

(2) При распоређивању средстава у финансијском плану - буџету Фонда приоритет је обезбјеђивање средстава за здравствену заштиту.

(3) У случају да укупно остварена средства за финансирање према финансијском плану Фонда нису довољна за реализацију законом утврђених права из обавезног здравственог осигурања, Влада доноси одлуку о начину покрића недостајућих средстава.

Финансирање здравствене заштите за вријеме трајања ванредне ситуације или ванредног стања
Члан 105.

(1) Фонд обезбјеђује финансирање здравствене заштите за грађане Републике који немају утврђено својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању за вријеме трајања ванредне ситуације или ванредног стања за територију Републике.

(2) Средства за покриће обавеза насталих по основу права на здравствену заштиту из става 1. овог члана обезбјеђују се из буџета Републике путем надлежних министарстава.

Посебни приходи Фонда
Члан 106.

Фонд у оквиру пословања може остварити приходе по основу услуге издавања/замјене здравствене картице из члана 26. овог закона, по основу услуга стручне службе у поступку разматрања приједлога за стављање лијека на листе Фонда и осталих услуга стручне службе, а остварени приход се користи за трошкове унапређења рада стручне службе Фонда.

ГЛАВА VII
НАДЗОР

Управни и инспекцијски надзор
Члан 107.

(1) Управни надзор над примјеном овог закона врши Министарство.

(2) Инспекцијски надзор над примјеном овог закона и прописа донесених на основу овог закона врши Републичка управа за инспекцијске послове, путем инспекције, у складу са овлашћењима прописаним овим законом и прописом којим је уређена област инспекција.

(3) У обављању инспекцијског надзора, поред овлашћења утврђених прописима којима је уређена област инспекција, инспектор је овлашћен да:

1) наложи Фонду да поштује и омогући остваривање права осигураног лица на здравствену заштиту на терет средстава обавезног здравственог осигурања у складу са одредбама чл. од 27. до 71. овог закона,

2) наложи Фонду и послодавцу да поштују и омогуће остваривање права осигураника на накнаду плате и накнаду за вријеме привремене спријечености за рад у складу са одредбама чл. од 82. до 88. овог закона.

(4) Против рјешења инспектора из става 2. овог члана може се уложити жалба Министарству у року од осам дана од дана достављања рјешења.

(5) Жалба против рјешења инспектора не одлаже извршење рјешења.

(6) Инспектор из става 2. овог члана је у случајевима сумње на вршење радњи кривичног дјела дужан да поднесе кривичну пријаву надлежном јавном тужилаштву и да без одлагања обавијести овлашћеног полицијског службеника о потреби предузимања мјера да би се сачували трагови кривичног дјела, предмети на којима је учињено или помоћу којих је учињено кривично дјело или други докази.

Надзор над уплатом доприноса
Члан 108.

(1) Надзор над поштовањем овог закона и прописа донесених за његово спровођење у дијелу који се тиче обавезе уплате доприноса врши Пореска управа.

(2) Надзор над примјеном чл. од 27. до 71. овог закона који уређују право осигураног лица на здравствену заштиту врши Фонд.

(3) Надзор над примјеном чл. од 72. до 88. овог закона који уређују право на накнаду плате за вријеме привремене спријечености за рад врши Фонд.

ГЛАВА VIII
КАЗНЕНЕ ОДРЕДБЕ

Одговорност послодавца
Члан 109.

(1) Новчаном казном од 2.000 КМ до 10.000 КМ казниће се за прекршај послодавац ако запосленом осигуранику не изврши обрачун и исплату накнаде плате у складу са чланом 83. овог закона.

(2) Новчаном казном од 2.000 КМ до 10.000 КМ казниће се за прекршај послодавац ако поступи супротно члану 84. став 4. овог закона.

(3) За прекршај из ст. 1. и 2. овог члана новчаном казном од 500 КМ до 2.000 КМ казниће се и одговорно лице послодавца.

(4) Ако је дјело из става 1. овог члана имало за посљедицу губитак права који проистиче из неплаћених доприноса, лица из ст. 1. и 3. овог члана сносе кривичну одговорност у складу са прописима којима је уређена област кривичног законодавства.

Новчане казне за подносиоца пријаве/промјене/одјаве
Члан 110.

(1) Новчаном казном од 2.000 КМ до 10.000 КМ казниће се за прекршај подносилац пријаве за обавезно здравствено осигурање, односно подносилац промјене у својству осигураног лица, односно подносилац одјаве са обавезног здравственог осигурања уколико поступи супротно члану 22. овог закона.

(2) За прекршај из става 1. овог члана новчаном казном од 500 КМ до 2.000 КМ казниће се и одговорно лице подносиоца пријаве/промјене/одјаве.

Одговорност осигураника и/или доктора медицине, односно чланова комисије
Члан 111.

(1) Уколико осигураник, овлашћени доктор медицине или чланови комисије поступе супротно чл. од 74. до 80. и 84. овог закона, сносе кривичну одговорност у складу са прописима којима је уређена област кривичног законодавства.

(2) Фонд по сазнању о околностима из става 1. овог члана подноси кривичну пријаву надлежном јавном тужилаштву на даље поступање у складу са прописима којима је уређена област кривичног законодавства.

Новчане казне за Фонд
Члан 112.

(1) Новчаном казном од 2.000 КМ до 10.000 КМ казниће се за прекршај Фонд ако:

1) не омогући остваривање права осигураног лица на здравствену заштиту на терет средстава обавезног здравственог осигурања у складу са одредбама овог закона,

2) не омогући остваривање права осигураника на накнаду плате за вријеме привремене спријечености за рад на терет средстава обавезног здравственог осигурања у складу са одредбама овог закона,

3) осигураном лицу не исплати средства на име рефундације трошкова здравствене заштите која су одобрена у складу са одредбама овог закона,

4) осигураном лицу не омогући право на коришћење здравствене заштите у иностранству и лијечење током боравка у иностранству на терет средстава обавезног здравственог осигурања у складу са одредбама овог закона,

5) осигураном лицу на лични захтјев не изда увјерење о подацима унијетим у матичну евиденцију у складу са одредбама овог закона,

6) промјену података у матичној евиденцији обавља друго лице, изузев овлашћеног лица у складу са одредбама овог закона,

7) из средстава обавезног здравственог осигурања не плати здравствене услуге пружене осигураном лицу при указивању хитног збрињавања у здравственој установи са којом Фонд нема закључен уговор,

8) не обезбиједи двостепеност управног поступка у смислу овог закона.

(2) За прекршај из става 1. овог члана новчаном казном од 500 КМ до 2.000 КМ казниће се и одговорно лице у Фонду.

ГЛАВА IX
ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Започети поступци
Члан 113.

(1) Остваривање права на здравствену заштиту започето до дана ступања на снагу овог закона окончаће се у складу са прописима који су били на снази у вријеме покретања поступка.

(2) Поступци рефундације трошкова здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања покренути до дана ступања на снагу овог закона окончаће се у складу са прописима који су били на снази у вријеме покретања поступка.

(3) Осигурано лице којем до дана ступања на снагу овог закона није издана електронска здравствена картица у складу са чланом 26. овог закона, право на здравствену заштиту до издавања електронске здравствене картице користи на основу исправе о здравственом осигурању која је издата и овјерена у складу са прописима који су важили до ступања на снагу овог закона.

Примјена Закона у дијелу обезбјеђивања права на накнаде
Члан 114.

(1) Ступањем на снагу овог закона послодавци су обавезни да обезбиједе накнаду плате за вријеме привремене спријечености за рад у складу са овим законом.

(2) Ступањем на снагу овог закона Фонд је обавезан да обезбиједи повраћај исплаћене накнаде плате и новчане накнаде у случају привремене спријечености за рад лица које обавља привредну, предузетничку или професионалну дјелатност у складу са овим законом.

Доношење подзаконских аката
Члан 115.

(1) Министар ће у року од шест мјесеци од дана ступања на снагу овог закона донијети:

1) Правилник о поступку остваривања права на здравствену заштиту у Републици (члан 28. став 3),

2) Правилник о поступку обављања контроле извршавања закључених уговора и поступку заштите права осигураних лица (члан 47. став 4),

3) Правилник о висини и начину плаћања партиципације (члан 49. став 5),

4) Правилник о поступку одобравања лијечења изван Републике и начину остваривања здравствене заштите у иностранству (члан 57. став 4).

(2) Управни одбор Фонда ће у року од шест мјесеци од дана ступања на снагу овог закона донијети:

1) Правилник о поступку утврђивања својства осигураног лица, вођењу података у матичној евиденцији и изгледу, садржају и поступку издавања и употребе здравствене картице (члан 26. став 5),

2) Правилник о поступку стављања, промјени статуса или брисању лијекова са листе лијекова и Програм лијекова (члан 39. став 4),

3) Правилник о условима и поступку за утврђивање услова за обезбјеђивање медицинске рехабилитације, индикациона подручја и листу болести, стања и посљедица повреда за које се обезбјеђује медицинска рехабилитација (члан 43. став 7),

4) Правилник о условима и поступку за утврђивање услова за обезбјеђивање медицинских средстава, стандард квалитета, цјеновник и листу медицинских средстава која се финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања (члан 44. став 11),

5) Правилник о основима за закључивање уговора и начину финансирања здравствене заштите у Републици (члан 45. став 3),

6) Правилник о поступку утврђивања привремене спријечености за рад (члан 76. став 5),

7) Правилник о јединственом методолошком принципу и стандарду за функционисање Интегрисаног здравственог информационог система (члан 98. став 11).

(3) Управни одбор Фонда ће у року од шест мјесеци од доношења номенклатуре здравствених услуга у смислу прописа којим се регулише здравствена заштита донијети цјеновник здравствених услуга из члана 45. овог закона.

(4) Директор Фонда ће у року од три мјесеца од ступања на снагу овог закона донијети:

1) Упутство о врстама медицинске и финансијске документације која се прилаже уз захтјев за рефундацију трошкова здравствене заштите (члан 53. став 9),

2) Упутство о врстама медицинске и финансијске документације која се прилаже уз захтјев за рефундацију трошкова поступка биомедицински потпомогнуте оплодње (члан 55. став 9),

3) Упутство о садржају медицинске и финансијске документације за повраћај исплаћене накнаде плате и новчане накнаде (члан 87. став 6).

(5) До доношења аката из ст. од 1. до 4. овог члана примјењиваће се акти који су донесени на основу раније важећег Закона, ако нису у супротности са овим законом.

Усклађивање организације Фонда
Члан 116.

(1) Влада ће донијети одлуку о усклађивању акта о оснивању Фонда у року од 60 дана од дана ступања на снагу овог закона.

(2) Управни одбор Фонда ће у року од 60 дана од ступања на снагу акта из става 1. овог члана донијети статут Фонда из члана 96. овог закона којим ће се организација и рад Фонда ускладити са одредбама овог закона.

(3) Директор Фонда ће у року од 30 дана од дана добијања сагласности Владе на статут Фонда донијети Правилник о организацији и систематизацији радних мјеста из члана 102. овог закона.

Престанак важења ранијег Закона
Члан 117.

Ступањем на снагу овог закона престаје да важи Закон о здравственом осигурању (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 01/09, 106/09, 110/16, 94/19, 44/20 и 37/22).

Ступање на снагу Закона
Члан 118.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у “Службеном гласнику Републике Српске”.

Број: 02/1-021-978/22
14. септембра 2022. године
Бањалука

Предсједник
Народне скупштине,
Недељко Чубриловић, с.р.