
На основу члана 23. Статута Брчко Дистрикта Босне и Херцеговине, Скупштина Брчко Дистрикта Босне и Херцеговине на 33. сједници одржаној 11. и 14.децембра 2001.године, усваја

ЗАКОН
О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ
БРЧКО ДИСТРИКТА БОСНЕ И ХЕРЦЕГОВИНЕ

I ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1

1. Здравствено осигурање, као дио социјалног осигурања грађана, јединствени је систем у оквиру кога грађани - улагањем средстава на начелима узајамности и солидарности, у оквиру Брчко Дистрикта Босне и Херцеговине (у даљем тексту: Дистрикт) осигуравају реализацију права на здравствену заштиту и других права произашлих из здравственог осигурања на начин утврђен овим законом и прописима донесеним на основу закона, под условом да је плаћен прописани допринос.

Члан 2

За потребе овог закона слиједећи термини имају значење:

1. „обавезно здравствено осигурање,, представља вид осигурања које је обавезујуће за сва запослена и друга лица одређена овим законом, којима се након уплате прописаног доприноса обезбјеђује здравствена заштита на нивоу основног пакета услуга, као и друга права одређена овим законом;
2. „проширено здравствено осигурање,, представља вид додатног осигурања које се односи на услуге изван основног пакета услуга, а обезбјеђује се путем Фонда здравственог осигурања Дистрикта;
3. „добровољно здравствено осигурање,, представља посебан вид осигурања којим се лицима за која се не може јасно одредити категорија осигурања обезбјеђују услуге истовјетне услугама обавезног здравственог осигурања;
4. „члан породице,, подразумјева супружника (другог члана брачног пара) и дјецу рођену у браку, ван брака, усвојену, пасторчад или дјецу узету на издржавање;
5. „примарна здравствена заштита,, представља скуп активности породичног љекара, стоматолошку заштиту, хитну медицинску помоћ, здравствену заштиту жена и дјеце, специјалистичку, дијагностичку, фармацеутску дјелатност и заштиту менталног здравља;
6. „специјалистичко-консултативна заштита,, представља скуп мјера, активности и поступака у сврху дијагностицирања, медицинског третмана и рехабилитације болесника којима, имајући у виду природу обољења и друге околности, болничко лијечење није неопходно;

7. „болничка здравствена заштита,, представља мјере, активности и поступке предузете у сврху дијагности-цирања, третмана и медицинске рехабилитације болесника у одговарајућим стационарним здравственим установама;
8. „правилник,, представља скуп интерних правила Фонда здравственог осигурања Дистрикта која регулишу здравствену заштиту, новчане накнаде и друга права, као и односе између даваоца здравствених услуга и Фонда здравственог осигурања и друга питања у вези с тим, у складу са овим законом.

Члан 3

- (1) Доприноси за здравствено осигурање се плаћају:
 - по мјесту рада, за лица из члана 18, тачка 1, 2, 4, 5, 12,
 - по мјесту живљења, за остала осигурана лица из члана 18, тачка 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11.
- (2) У оквиру Дистрикта средства за здравствено осигурање могу се улагати и на добровољној основи.
- (3) Становници Дистрикта упућени на рад у иностранству су обавезно осигурани и имају право на услуге регулисане овим законом.

Члан 4

Под условима одређеним овим законом и прописима донесеним на основу закона, грађани Дистрикта имају право на здравствено осигурање које обухвата:

1. Обавезно здравствено осигурање
2. Проширено здравствено осигурање
3. Добровољно здравствено осигурање.

Члан 5

- (1) Реализацију права из здравственог осигурања Дистрикт осигурава путем посебне установе која се формира одлуком Скупштине Дистрикта, а која ће пословати под именом: „Фонд здравственог осигурања Брчко Дистрикта Босне и Херцеговине,, (у даљем тексту: Фонд здравственог осигурања).
- (2) Одлуком из става 1 овог члана одредиће се организација, дјелокруг рада, начин управљања и друга питања у вези са функционисањем Фонда здравственог осигурања и извршењем права и обавеза одређених овим законом.

Члан 6

- (1) Право на обавезно здравствено осигурање имају сва запослена лица и друга лица која обављају одређене дјелатности или имају одређено својство, прописано овим законом.
- (2) Обавезно здравствено осигурање се односи на сва лица из члана 18 овог члана (у даљем тексту - осигураници).
- (3) Право на обавезно здравствено осигурање имају и чланови породице осигураника, кад је то одређено овим законом.

Члан 7

- (1) Обавезним здравственим осигурањем обезбјеђује се осигураницима и члановима њихових породица, под условима прописаним овим законом, право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде и помоћи одређене овим законом.
- (2) Обим права из обавезног здравственог осигурања одређује се овим законом и на основу њега донесеним прописима.

Члан 8

- (1) Обавезно и добровољно здравствено осигурање заснивају се на начелима узајамности и солидарности осигураника у оквиру Дистрикта.
- (2) Обавезно и добровољно здравствено осигурање се такође могу заснивати на принципима узајамности и солидарности осигураника Дистрикта са осигураницима из Ентитета Босне и Херцеговине: Федерације Босне и Херцеговине и Републике Српске (у даљем тексту: Ентитети), као и узајамности и солидарности Фонда здравственог осигурања Дистрикта са истовјетним Фондовима- Заводима у Ентитетима, а у складу са овим законом и на основу њега закљученим уговорима.

Члан 9

- (1) Сва осигурана лица су равноправна у остваривању својих права из здравственог осигурања.
- (2) Права која осигураници имају по овом закону, не могу се уговором мијењати или преносити на друга лица, нити се могу наслеђивати.
- (3) Изузетно од става 2 овог члана, могу се наслеђивати новчана примања која су доспјела за исплату а која су остала неисплаћена услијед смрти осигураника.

Члан 10

Осигураници учествују у сношењу трошкова кориштења одређених видова здравствене заштите, када је то одређено овим законом и прописима донешеним на основу овог закона.

Члан 11

Видови здравствене заштите и права која нису обухваћена обавезним или добровољним здравственим осигурањем, могу се остварити проширеним здравственим осигурањем.

Члан 12

- (1) Средства за реализацију права из обавезног здравственог осигурања обезбјеђују се из доприноса од којих се образују средства Фонда здравственог осигурања, у складу са овим законом и прописима донесеним на основу овог закона. Средства се могу остваривати и из других извора одређених законом и другим прописима донесеним на основу закона (порези, премије, обавезе, средства из буџета Дистрикта).
- (2) Средства за реализацију проширеног здравственог осигурања, обезбјеђују се из додатних доприноса осигураника, у складу са овим законом.
- (3) Средства за добровољно здравствено осигурање обезбјеђују грађани лично или путем предузећа, институција или на неки други начин на који сами одлуче да удружују средства за ово осигурање, у складу са овим законом.

Члан 13

За одређене ризике у провођењу здравственог осигурања у Дистрикту, може се увести посебан облик здравственог осигурања (осигурање за случај несреће или професионалног обољења, осигурање у сврху накнаде трошкова плате и др.), док се случајеви епидемија и дијализа могу трајно или привремено финансирати из буџета Дистрикта, о чему одлучује Скупштина Дистрикта на захтјев Фонда здравственог осигурања, а након прибављеног мишљења Одјела за здравство, јавну сигурност и остале услуге (у даљем тексту: Одјел за здравство).

Члан 14

Права из здравственог осигурања остварују се на терет Фонда здравственог осигурања само уколико се користе на начин утврђен законом и прописима донесеним на основу закона.

Члан 15

- (1) У циљу остваривања права из обавезног и добровољног здравственог осигурања, као и осигурања средстава за проширено здравствено осигурање грађана, Фонд здравственог осигурања води одвојене/посебне рачуне за сваки вид осигурања, у складу са одредбама закона.
- (2) Средства са посебног рачуна из става 1, овог члана морају се намјенски трошити.
- (3) Није дозвољено међусобно преливање средстава између рачуна.

Члан 16

- (1) Фонд здравственог осигурања обавезан је организовати праћење остваривања и коришћења права из обавезног здравственог осигурања, праћење уплата и потрошње појединачно, по обвезницима, користећи компатибилне дијелове информационих система у Федерацији Босне и Херцеговине и Републици Српској, уколико су одговарајући.

- (2) Став 1 овог члана сходно се примјењује и на добровољно и проширено здравствено осигурање.

Члан 17

- (1) Фонд здравственог осигурања покрива трошкове пружених услуга оним здравственим институцијама - даваоцима услуга са којима је закључио уговор о пружању услуга здравствене заштите његовим осигураницима.
- (2) Даваоци услуга са којима Фонд здравственог осигурања није закључио уговор, пружене услуге наплаћују непосредно од пацијената, а у складу са одобреним ценовником услуга.

II ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

1. Осигурана лица

Осигураници

Члан 18

- (1) У складу са овим законом, осигураници су:

1. лица која су запослена код правних или физичких лица, лица изабрана или именована за обављање одређених дужности у органима и институцијама Дистрикта, уколико за свој рад примају плату,
2. лица која личним радом самостално обављају послове у приватном сектору (само-запослени) у виду занимања или професионалне дјелатности,
3. лица која имају привремено боравиште и раде у Дистрикту а запослена су код страног послодавца и немају осигурање код страног фонда здравственог осигурања или друге установе надлежне за реализацију здравственог осигурања,
4. лица која се након завршеног школовања налазе на обавезном практичном раду, ако раде пуно радно вријеме,
5. пољопривредници/фармери који обављају пољопривредне послове у Дистрикту, као своје једино или главно занимање, пољопривредници који су изнајмили своје пољопривредно земљиште и лица која су узела земљиште у закуп, уколико нису осигурана по другом основу,
6. корисници пензија који живе у Дистрикту,
7. корисници права на професионалну рехабилитацију и запослење у складу са одредбама закона о пензијско – инвалидском осигурању,
8. корисници пензија и инвалиднине са пребивалиштем на простору Дистрикта, који то право искључиво остварују из страних пензијско-инвалидских осигурања, ако међународним уговором није другачије одређено,
9. незапослена лица, регистрована у надлежној служби за запошљавање у Дистрикту,

10. лица са пребивалиштем у Дистрикту, којима је признат статус војног, мирнодопског или цивилног инвалида рата или статус корисника породичне инвалиднине, у складу са позитивним прописима, ако нису осигурана по неком другом основу,
 11. лица која су корисници социјалне помоћи,
 12. полицијски службеници и ватрогасци и
 13. друга лица - одређена посебним прописима.
- (2) Држављани земаља са којима је склопљен Међународни уговор о социјалном осигурању (здравствено осигурање) остварују здравствену заштиту у обиму који је утврђен уговором.

б) Чланови породице осигураника

Члан 19

- (1) Чланови породице осигураника који су корисници права из обавезног здравственог осигурања су: његов супружник и дјеца.
- (2) Дјеца из става 1 овог члана имају права из обавезног здравственог осигурања до навршене 15 године живота, а ако редовно похађају школу, универзитет или неку другу образовну установу, до завршетка школовања, а најдуже до навршених 27 година.
- (3) Дјеца осигураника која су због повреде или болести прекинула редовно школовање, имају право на здравствено осигурање у току трајања лијечења болести или повреде.
- (4) Дјеца осигураника која постану трајно или привремено неспособна за рад - прије 15 година старости или у току периода редовног школовања, имају право на здравствено осигурање током трајања њихове неспособности, а у складу са посебним прописима.

2. Права из обавезног здравственог осигурања

Члан 20

- (1) Обавезним здравственим осигурањем под одређеним условима и случајевима одређених овим законом, обезбјеђује се:
 - здравствена заштита
 - новчане накнаде и
 - друга права одређена законом.
- (2) Члановима породице осигураника обезбјеђује се:
 - здравствена заштита и
 - друга права одређена законом.

а) здравствена заштита

Члан 21

Здравствена заштита обухвата:

1. хитну медицинску помоћ,
2. превенцију и сузбијање заразних болести које подлијежу обавезном пријављивању,
3. превенцију и мјере на сузбијању и лијечењу карантинских болести,
4. превенцију, сузбијање и лијечење болести уста и зуба, као и психијатријских и неуролошких обољења која потенцијално доводе у опасност животе болесника и других лица,
5. осигурање и заштиту хигијенско-епидемиолошког минимума у свим условима живљења, осигурање и организовање обавезне имунизације против дјечијих заразних обољења,
6. превенцију малигнути обољења, АИДС, лијечење од туберкулозе,
7. медицинске интервенције које се односе на побољшање здравља, превенцију, сузбијање и рано откривање болести и других здравствених проблема,
8. медицинске прегледе и друге облике медицинске помоћи у смислу одређивања, праћења и потврде здравственог статуса,
9. лијечење, санацију повреда и друге облике медицинске помоћи,
10. медицинску рехабилитацију у болницама и другим установама, као наставак болничког лијечења,
11. лијекове, помоћни материјал који служи за примјену лијекова, санитетски материјал који се користи у сврху лијечења, протезе, ортопедска и друга помагала.

Члан 22

Обим и врсту услуга из члана 21 овог закона које спадају у основни пакет услуга, одређује Фонд здравственог осигурања, а одобрава га Скупштина Дистрикта након прибављеног мишљења Одјела за здравство.

Члан 23

Здравствена заштита из члана 21 овог закона, не укључује услуге које немају за циљ побољшање здравственог стања осигураника.

Члан 24

Здравствена заштита прописана овим законом проводи се као:

- примарна,
- специјалистичко - консултативна и
- болничка здравствена заштита.

Члан 25

- (1) Право на здравствену заштиту обухваћену обавезним здравственим осигурањем подразумијева осигурање здравствених стандарда за све осигуранике, под једнаким условима, задовољавајући потребе примарне, специјалистичко-консултативне и болничке здравствене заштите, укључујући и одговарајућу медицинску рехабилитацију као наставак болничког лијечења.

- (2) Стандарде и нормативе здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања и правилник о начину реализације обавезног здравственог осигурања доноси Фонд здравственог осигурања а одобрава Скупштина Дистрикта, уз претходно прибављено мишљење Одјела за здравство.

Члан 26

За случај повреда на раду или професионалних обољења, осигуранику се обавезно осигурава:

1. здравствена заштита и спровођење мјера откривања и превенције повреда на раду и професионалних обољења,
2. одговарајућа медицинска помоћ и право на ортопедска помагала, ако су потребна за лијечење и медицинску рехабилитацију од посљедица повреде на раду или професионалних обољења ради успостављања радне способности.

Члан 27

Здравствена заштита из члана 21 овог закона, пружа се осигураницима у јавним и приватним здравственим установама и приватним праксама (у даљем тексту: здравствене установе), са којима Фонд здравственог осигурања има закључен уговор о пружању здравствене заштите.

Члан 28

(1) Уговор из члана 27 овог закона одређује:

- врсту, обим и квалитет услуга које здравствена установа треба да пружи осигураницима,
- накнаде које Фонд здравственог осигурања плаћа за пружање уговорених услуга,
- методе обрачунавања и плаћања услуга и
- друга узајамна права и дужности уговорених страна.

(2) Основе, критерије и стандарде за уређење питања из става 1 овог члана, одређује Скупштина Дистрикта на приједлог Фонда здравственог осигурања а након прибављеног мишљења Одјела за здравство.

(3) Основама, критеријима и стандардима за закључење уговора предвиђеним у ставу 2 овог члана, осигурава се законито и правилно успостављање уговорних односа између Фонда здравственог осигурања и даваоца услуга – здравствене установе, утврђују елементи који морају бити укључени у ове уговоре, методе одређивања врсте, обима и квалитета услуга, методе накнада, методе контроле пружених услуга, врсте и квалитет пружених услуга и регулишу друга питања у вези с тим.

Члан 29

Услови из уговора закљученог између Фонда здравственог осигурања и даваоца здравствених услуга на његовом подручју важе, у погледу уговорених накнада за пружене здравствене услуге, и за Фондове са других подручја Босне и Херцеговине када њихови осигураници користе услуге здравствених институција на подручју Дистрикта.

Члан 30

Здравственим установама са којима Фонд здравственог осигурања није склопио уговор о пружању здравствених услуга, могу се на терет Фонда здравственог осигурања исплатити само трошкови медицинске помоћи пружене осигураницима у хитним случајевима и други трошкови у вези са пружањем те помоћи.

Члан 31

- (1) Фонд здравственог осигурања је дужан обезбједити осигуранику медицинско лијечење у другим дијеловима Босне и Херцеговине или у иностранству под условима и на начин утврђен посебним прописима, уколико болује од болести која се не може успјешно лијечити у здравственим установама на подручју Дистрикта, а постоји могућност за успјешно лијечење болести у мјесту или земљи у коју се пацијент упућује. Исто правило важи и за дијагностичке процедуре.
- (2) Осигураник има право да користи здравствену заштиту у иностранству у вријеме рада односно боравка у иностранству, у складу са посебним правилником.
- (3) Правилник из става 2 овог члана доноси Фонд здравственог осигурања а одобрава Скупштина Дистрикта, након претходно прибављеног мишљења Одјела за здравство.

б) новчане накнаде

Члан 32

- (1) Осигураници из члана 18, тачка 1, 2, 4 (у случају да примају плату за тај рад), 7 и 12 овог закона имају право на накнаду плате за вријеме привремене неспособности за рад (у даљем тексту: накнада плате), ако су:
 1. привремено спријечени за рад због повреде или болести или смјештени у болничку установу због медицинског третмана или прегледа,
 2. привремено спријечени за рад због одређеног медицинског третмана или прегледа који се не може обавити након радног времена осигураника,
 3. изоловани као носиоци заразних обољења или због појаве заразе у њиховој околини,
 4. одређени да његују болесног супружника или дијете, под условима прописаним овим законом.
- (2) Осигуранику се исплаћује накнада плате само за дане за које би му припадала плата или компензација плате у смислу прописа о радним односима и других прописа којим се то регулише.
- (3) Осигураници којима спријеченост за рад наступи док су на неплаћеном одсуству, имају право на накнаду плате само по истеку неплаћеног одсуства, ако су и даље привремено спријечени за рад.

Члан 33

- (1) Накнада плате у случајевима из члана 32 овог закона, осигуранику припада и исплаћује се на терет послодавца до 42-ог дана привремене спријечености за рад, а даље на терет Фонда здравственог осигурања, али не дуже од 12 мјесеци од почетка привремене спријечености за рад.
- (2) Привремена спријеченост за рад траје све док љекар у примарној здравственој заштити - у здравственој институцији или приватној пракси, или љекарска комисија не одлучи у складу са прописима да је радна способност успостављена или док надлежни орган не изда потврду о инвалидности у складу са прописима о пензијско – инвалидском осигурању.

Члан 34

- (1) Осигураник коме је радни однос престао у току привремене спријечености за рад, односно који је престао са обављањем дјелатности личним радом, има право на накнаду плате највише 30 дана након престанка радног односа, односно престанка бављања дјелатности личним радом.
- (2) Изузетно, у случајевима привремене спријечености за рад због повреде на раду или професионалног обољења, осигураник има право на накнаду плате и након престанка радног односа, све док не постане радно способан или док се неспособност или инвалидност коначно не потврди, али не дуже од 12 мјесеци.

Члан 35

- (1) Осигураник нема право на накнаду плате ако:
 - намјерно проузрокује привремену неспособност за рад,
 - намјерно спријечава опоравак/оздрављење,
 - прима плату или обавља неки други посао,
 - без оправданог разлога не оде на заказани љекарски преглед изабраном љекару у примарној здравственој заштити,
 - изабрани доктор медицине у примарној здравственој заштити или контролор Фонда здравственог осигурања утврди да се осигураник не придржава упута свог љекара или ако отпутује ван мјеста боравка без дозволе свог љекара,
 - ако се у року од три дана од почетка болести, односно одсуства са посла, услијед своје кривице, не јави изабраном доктору медицине примарне здравствене заштите.
- (2) Осигуранику не припада накнада плате од тренутка утврђивања случајева из става 1, док такве околности трају.

Члан 36

- (1) Накнада плате се обрачунава од основице за накнаду коју представља просјечна плата исплаћена осигуранику у посљедња три мјесеца која претходе мјесецу у којем наступи случај на основу којег се стиче право на накнаду.
- (2) Ако осигураник није примио плату за три мјесеца која претходе мјесецу наступања случаја на основу којег стиче право на накнаду, накнада плате се обрачунава на основу просјека посљедње три плате које је осигураник примио.

- (3) Када осигураник прима накнаду плате непрекидно дуже од три мјесеца, основица за накнаду из става 1 и 2 овог члана се валоризира у складу са просјечним порастом плата запосленика код правног или физичког лица, ако је тај пораст већи од 5%.

Члан 37

- (1) Накнада плате се утврђује у висини од 80% од основице за накнаду, с тим да не може бити испод минималне плате за мјесец за који се накнада обрачунава, нити изнад максимума одређеног у смислу става 3 овог члана.
- (2) Накнада плате износи 100% од основице за накнаду у слиједећим случајевима:
12. за вријеме привремене спријечености за рад због повреде на раду/професионалног обољења,
 13. за вријеме привремене спријечености за рад због компликација проузрокованих трудноћом и порођајем и
 14. у случају привремене спријечености за рад због трансплантације органа и живог ткива у корист неке друге особе.
- (3) Највиши износ накнаде плате, као и највиши износ трошкова плаћених од стране Фонда здравственог осигурања одређује Скупштина Дистрикта, на основу приједлога Фонда здравственог осигурања и претходног мишљења Одјела за здравство.

Члан 38

- (1) Накнада плате за вријеме породилшког одсуства за прва три мјесеца, односно за првих 42 дана (уколико користи краће породилшко одсуство) иде на терет послодавца.
- (2) Након 3 мјесеца породилшког одсуства, доприноси за здравствено осигурање биће плаћени из средстава буџета Дистрикта.

Члан 39

У случају да послодавац или samozапослено лице користи могућност посебног осигурања-реосигурања код Фонда здравственог осигурања, намјењеног за накнаду трошкова плате са посебно одвојеним дијелом/помоћним рачуном, послодавац ће добити поврат средстава у износу од 80% од износа накнаде плате који је исплатио за период од првог до 42-ог дана одсуства, односно за вријеме прва три мјесеца породилшког одсуства.

ц) путни трошкови

Члан 40

- (1) У остваривању права на здравствену заштиту, осигураници имају право на накнаду трошкова превоза који су у вези са здравственом заштитом или трошкова транспорта, на терет Фонда здравственог осигурања.

- (2) Трошкови превоза у амбулантном возилу плаћају се директно из Фонда здравственог осигурања. Ако је превоз осигураника могућ у сједећем положају и без стручне пратње, могу се користити услуге такси службе.
- (3) Да би трошкови превоза били плаћени, амбулантна возила, као и такси служба морају имати закључен уговор о превозу пацијената са Фондом здравственог осигурања.

Члан 41

Осигураници имају право на накнаду из члана 40 овог закона, став 1, у слиједећим случајевима:

- ако су упућени доктору медицине или у неку здравствену установу, јер у мјесту у којем раде или живе нема доктора одговарајуће специјалности или такве здравствене установе и
- ако их изабрани доктор медицине у примарној здравственој заштити упути или позове у мјесто ван њиховог мјеста рада или живљења.

Члан 42

- (1) Накнада путних трошкова из члана 40 овог закона припада осигураницима за најкраћу удаљеност до доктора медицине/здравствене институције у коју је упућен и то у висини трошкова јавног превоза. Уколико нема организованог јавног превоза или здравствено стање осигураника захтијева другу врсту превоза, одобрава се одговарајући превоз, односно накнада за кориштење поменутих услуга.
- (2) Проведбене прописе о износу, критерију и начину кориштења накнаде трошкова из става 1 овог члана, доноси Фонд здравственог осигурања, након претходно прибављеног мишљења Одјела за здравство.
- (3) Лице које иде у пратњи осигураника, на основу одлуке љекара примарне здравствене заштите о неопходности пратње, у случају превоза описаног у члану 40 овог закона, има право на накнаду трошкова превоза.

д) Остале накнаде

Члан 43

- (1) Осигураници имају право на накнаду за погребне трошкове.
- (2) Проведбене прописе о висини, условима и начину кориштења накнада за погребне трошкове доноси Фонд здравственог осигурања уз сагласност Одјела за здравство.

3. Остваривање и заштита права из обавезног здравственог осигурања

Члан 44

- (1) Права из обавезног здравственог осигурања може остварити само лице које има утврђен статус осигураног лица, што укључује и да је допринос плаћен.

- (2) Статус осигураног лица утврђује Фонд здравственог осигурања, а доказује се посебном исправом коју издаје Фонд здравственог осигурања.
- (3) Проведбене прописе о садржају и облику исправе из става 2 овог члана доноси градоначелник на приједлог Одјела за здравство.

Члан 45

- (1) Сва физичка и правна лица која запошљавају запосленике су обавезна доставити Фонду здравственог осигурања све податке у вези са пријавом и одјавом осигураника – у сврху остваривања права и обавеза из обавезног здравственог осигурања и издавања исправе из члана 44 овог закона.
- (2) Лица за која правна и физичка лица не доставе пријаву из става 1 овог члана, могу захтијевати од Фонда здравственог осигурања да им одреди статус осигураног лица, те да примора одговорно лице да испуни своје обавезе.
- (3) Ако Фонд здравственог осигурања не прихвати поднесену пријаву или утврди статус осигураног лица по неком другом основу, о томе доноси писмено рјешење које доставља подносиоцу пријаве и заинтересованој страни.
- (4) Против рјешења из става 3 овог члана може се поднијети жалба Одјелу за здравство.
- (5) Против рјешења донесеног након жалбе, може се покренути управни спор.

Члан 46

- (1) Привремену спријеченост за рад утврђује изабрани лијечник-доктор медицине примарне здравствене заштите у здравственој установи/приватној пракси.
- (2) О свом налазу и оцјени из става 1 овог закона, изабрани доктор медицине информише осигураника, односно правно или физичко лице код кога је осигураник запослен и Фонд здравственог осигурања.
- (3) Осигураник, правно или физичко лице код кога је осигураник запослен и контролор Фонда здравственог осигурања могу, у року од 48 сати од примања пријаве, поднијети жалбу на налаз и оцјену љекара примарне здравствене заштите.
- (4) Лјекарска комисија Фонда здравственог осигурања рјешава жалбу. Рјешење Комисије је коначно.
- (5) За вријеме привремене спријечености за рад осигураника, односно за вријеме кориштења права на накнаду плате, врши се надзор.
- (6) Надзор из става 5 овог члана врши контролор Фонда здравственог осигурања и правно/физичко лице код кога је запослен, за период за који они плаћају накнаду плате на терет својих средстава.

- (7) Правилник о поступку и критеријима за утврђивање привремене спријечености за рад доноси Фонд здравственог осигурања уз претходно прибављено мишљење Одјела за здравство.

Члан 47

- (1) Висину накнаде плате из члана 32, 33 и 38 став 1, одређује општим актом надлежни орган правног /физичког лица у складу са овим законом и на њему заснованим прописима.
- (2) У случају да правно/физичко лице плаћа посебно осигурање - реосигурање накнаде плате из члана 39 овог закона, Фонд здравственог осигурања је дужан извршити исплату накнаде послодавцу у року од 45 дана од пријема захтјева.

Члан 48

- (1) Накнада плате у вези са кориштењем здравствене заштите из члана 37, став 2, тачка 3 овог закона обрачунава се и исплаћује осигуранику на терет средстава Фонда здравственог осигурања, од првог дана кориштења права.
- (2) Накнаду плате из става 1 овог члана обрачунава и исплаћује правно/физичко лице, с тим да је Фонд здравственог осигурања обавезан рефундирати исплаћену накнаду у периоду од 45 дана од пријема захтјева за поврат средстава.
- (3) Проведбене прописе о начину остваривања права на накнаду плате из става 1 овог члана доноси Фонд здравственог осигурања уз претходно прибављено мишљење Одјела за здравство.

Члан 49

Накнаду плате због повреде на раду или професионалног обољења обрачунава и исплаћује у складу са чланом 37 став 2 овог закона правно/физичко лице код кога је осигураник запослен, из својих средстава. Накнада се обрачунава и исплаћује од момента повређивања, односно настанка професионалног обољења па надаље, све док осигураник не постане радно способан, односно док компетентно тијело не утврди његов инвалидитет.

Члан 50

- (1) О правима на накнаду плате одлучује се на основу налаза и оцјене изабраног доктора медицине примарне здравствене заштите или љекарске комисије, без доношења посебног рјешења, изузев у случају када осигураник изричито тражи издавање писменог рјешења.
- (2) У случају када правно / физичко лице код кога је осигураник запослен није утврдило накнаду плате на начин, у висини и у року утврђеним овим законом и provedбеним прописима донесеним на основу овог закона, осигураник има право уложити приговор надлежном органу Фонда здравственог осигурања. До доношења коначне одлуке, Фонд здравственог осигурања је дужан осигурати исплату накнаде сагласно члану 36 овог закона, с тим да је правно/физичко лице дужно вратити исплаћену накнаду у року од 30 дана од дана пријема накнаде за привремену спријеченост за рад.

Члан 51

- (1) Ако боловање од исте болести траје без прекида или са прекидима укупно 12 мјесеци у току двије календарске године, изабрани доктор примарне здравствене заштите обавезан је упутити осигураника надлежном органу пензијско - инвалидског осигурања који врши оцјену радне способности и инвалидности, најкасније у року од 60 дана од пријема приједлога изабраног доктора примарне здравствене заштите.
- (2) Ако надлежни орган за пензијско - инвалидско осигурање не донесе одлуку о радној способности и инвалидности у прописаном року, Фонд здравственог осигурања ће наставити да исплаћује накнаду плате осигуранику, али је надлежни орган за пензијско - инвалидско осигурање обавезан да изврши поврат средстава накнаде Фонду здравственог осигурања у року од 30 дана од пријема захтјева за поврат средстава.
- (3) Представник Фонда здравственог осигурања учествује, као члан, у раду надлежног тијела пензијско - инвалидско осигурање за оцјену радне способности и инвалидности .

Члан 52

- (1) Када се утврди постојање чињеница из члана 35, став 1 овог члана, Фонд здравственог осигурања или правно/физичко лице које исплаћује накнаду из својих средстава обуставља плаћање те накнаде.
- (2) Акт о обустави плаћања накнаде плате из става 1 овог члана издаје контролор Фонда здравственог осигурања или правно/физичко лице из става 1 овог члана.
- (3) Акт из става 2 овог члана издаје се у писменом облику, у два примјерка, од којих један иде осигуранику, а други иде Фонду здравственог осигурања или правном/физичком лицу које врши исплату накнаде плате из својих средстава, уз извјештај.
- (4) Осигураник коме је обустављена исплата накнаде плате, има право да захтијева, у року од три дана од пријема одлуке, да Фонд здравственог осигурања или правно/физичко лице које врши исплату накнаде на терет својих средстава о томе одлучи рјешењем.
- (5) О поновном успостављању исплате накнаде плате обустављене у складу са одредбама овог закона, на захтјев осигураника, одлучује Фонд здравственог осигурања или правно/ физичко лице које је вршило исплату накнаде из својих средстава, уколико се за то стекну услови.

Члан 53

- (1) Због заштите права из овог закона, осигуранику се у Фонду здравственог осигурања, обезбјеђује двостепеност рјешавања у поступку који је покренуо.

- (2) Другостепено рјешење Фонда здравственог осигурања је коначно и против њега се може покренути управни спор пред Основним судом Дистрикта.

Члан 54

У поступку рјешавања права из здравственог осигурања примјењује се Закон о општем управном поступку, уколико овим законом није другачије прописано.

Члан 55

- (1) У остваривању права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања у складу са одредбама овог закона, осигураник има право слободног избора породичног љекара - доктора медицине и доктора стоматологије примарне здравствене заштите.
- (2) Осигураник и чланови његове породице бирају свог породичног љекара-доктора медицине и доктора стоматологије у примарној здравственој заштити за период од најмање годину дана. Сви осигураници требају бити регистровани код свог љекара.
- (3) Проведбене прописе о начину остваривања права на слободан избор породичног љекара-доктора медицине и доктора стоматологије доноси Фонд здравственог осигурања уз сагласност Одјела за здравство.

4. Накнада штете

Члан 56

Осигураник је обавезан надокнадити Фонду здравственог осигурању штету проузроковану у следећим случајевима:

1. ако је остварио примања из средстава Фонда здравственог осигурања на основу нетачних или неистинитих података за које је знао или морао знати да су нетачни или неистинити или је примио средства на други илегалан начин или је остварио средства већа од оних која му припадају,
2. ако је остварио примања из средстава Фонда здравственог осигурања због тога што није пријавио промјену која утиче на губитак или обим права, а знао је за то или избјегавао поменути промјену.

Члан 57

- (1) Фонд здравственог осигурања је обавезан да захтијева накнаду штете проузроковану од лица која су изазвале болест, повреду или смрт осигураника.
- (2) За штету коју је Фонду здравственог осигурања у случајевима из става 1 овог члана починио радник на раду или у вези са радом, одговара правно/физичко лице, осим ако се докаже да је радник поступао правилно.
- (3) Фонд здравственог осигурања је обавезан у случајевима из става 2 овог члана да захтијева накнаду штете и непосредно од радника уколико је штету проузроковао

намјерно. У том случају радник и правно/физичко лице одговарају солидарно за причињену штету.

Члан 58

Осигураник коме је из средстава Фонда здравственог осигурања исплаћен новчани износ на који није имао право, обавезан је вратити примљени износ сагласно одредбама закона и правилима Фонда здравственог осигурања.

Члан 59

- (1) Фонд здравственог осигурања је обавезан да захтијева накнаду штете проузроковану од стране правног/ физичког лица у следећим случајевима:
 1. ако је штета настала због тога што нису дати подаци, или што су дати нетачни или неистинити подаци о чињеницама од којих зависи обим и стицање права,
 2. ако је исплата извршена на основу нетачних или неистинитих података наведених у пријави при заснивању радног односа,
 3. ако је исплата извршена због тога што није поднесена пријава о промјенама које утичу на губитак или на обим права радника или није поднесена пријава-одјава о престанку радног односа или је пријава-одјава поднесена након прописаног рока.
- (2) Осигураници који су обавезни сами доставити податке који се односе на њихова права и обавезе, дужни су у случајевима из става 1 овог члана да надокнаде Фонду здравственог осигурања штету која је настала због тога што пријава није поднесена или су дати нетачни подаци у случајевима из става 1 овог члана.
- (3) За штету у случајевима из става 1 овог члана, одговорна су правна/физичка лица, осим ако докажу да су у датим околностима поступила како је требало. У случајевима из става 2 овог члана, за штету одговарају осигураници ако су знали или морали знати да су дати подаци нетачни или неистинити или ако су морали да знају за промјену која утиче на губитак или обим права, а те промјене нису пријавили.

Члан 60

- (1) Фонд здравственог осигурања је обавезан да тражи накнаду проузроковане штете од правних/физичких лица ако су болест, повреда или смрт радника настали због тога што нису проведене мјере заштите на раду или друге мјере за заштиту грађана.
- (2) Фонд здравственог осигурања је обавезан да захтијева накнаду проузроковане штете од правног/физичког лица и када је штета настала због тога што је радник ступио на рад без прописаног претходног љекарског прегледа, а касније се утврди да то лице, сходно свом здравственом стању није било способно за рад на одређеним пословима.

Члан 61

Фонд здравственог осигурања је обавезан да захтијева накнаду проузроковане штете у случајевима из члана 57 овог закона и непосредно од правног лица за осигурање имовине и лица код кога су лица која су одговорна за штету осигурана од одговорности за штету проузроковану трећим лицима, према прописима о обавезном осигурању овог ризика.

Члан 62

- (1) Фонд здравственог осигурања је обавезан да захтијева накнаду штете из члана 57 овог закона, када је штета настала употребом моторног возила, непосредно од правног лица за осигурање имовине и лица код кога је оштећени склопио уговор о обавезном осигурању од одговорности за штете учињене трећим лицима.
- (2) Фонд здравственог осигурања је обавезан да захтијева накнаду штете проузроковане употребом возила којим се користило, односно којим је управљало лице без потребних овлашћења, од правног лица за осигурање из става 1 овог члана или непосредно од лица које је управљало возилом а исти су дужни накнадити штету.
- (3) Фонд здравственог осигурања је обавезан да захтијева накнаду штете проузроковане употребом моторног возила за које није склопљен уговор о осигурању или употребом непознатог возила, од правног лица за осигурање имовине и лица које обавља осигурање возила у мјесту настанка штете.
- (4) У случајевима из става 3 овог члана, правно лице за осигурање имовине и лица обавезно је да исплати накнаду као да је био склопљен уговор о осигурању.

Члан 63

- (1) Фонд здравственог осигурања је обавезан да захтијева накнаду штете проузроковане употребом на подручју Дистрикта возила са иностраном регистрацијом за које постоји ваљана међународна исправа или доказ о постојању осигурања од било којег правног лица за осигурање имовине и лица са сједиштем на простору Дистрикта, а такво правно лице је дужно накнадити Фонду здравственог осигурања насталу штету, док ће накнаду штете од таквог возила, насталу употребом ван подручја Дистрикта, Фонд здравственог осигурања да захтијева у складу са прописима о осигурању од аутоодговорности који се примјењују на подручју гдје се незгода догодила.
- (2) штету проузроковану Фонду здравственог осигурања употребом на подручју Дистрикта возила са страном регистрацијом које није осигурано, надокнађује правно лице за осигурање имовине и лица са сједиштем у Дистрикту, док ће штету насталу употребом таквих возила ван подручја Дистрикта, Фонд здравственог осигурања захтијевати у складу са прописима о осигурању од аутоодговорности који се примјењују на подручју гдје се незгода догодила.

Члан 64

Фонд здравственог осигурања је обавезан да захтијева накнаду штете насталу у случајевима предвиђеним овим законом, без обзира на то што је штета настала исплатом давања која као право припадају осигуранику из средстава Фонда здравственог осигурања.

Члан 65

При утврђивању права на накнаду штете проузроковане Фонду здравственог осигурања, примјењују се одговарајуће одредбе Закона о облигационим односима, као и посебни прописи о накнади штете.

Члан 66

- (1) Потраживања накнаде штете, у смислу одредби овог закона, су субјект застаријевања истеком рокова прописаних Законом о облигационим односима.
- (2) Рокови застаре потраживања накнаде штете у смислу овог закона почињу тећи:
 1. у случајевима из члана 56 и 59, став1 овог закона, од дана када је постало коначно рјешење којим је утврђено да осигураник нема право на исплаћено примање или да му је право на исплату припадало у мањем обиму;
 2. у случајевима из члана 57 и 60 овог закона, од дана када је постало извршно рјешење којим је признато право на примања из средстава Фонда здравственог осигурања;
 3. у другим случајевима када се захтијева накнада за поједина исплаћена давања из члана 62 овог закона, од дана извршене исплате сваког појединог давања.

Члан 67

- (1) Када се утврди да је настала штета, Фонд здравственог осигурања ће уз навођење доказа позвати осигураника, правно/физичко лице, правно лице за осигурање имовине и лица или неко друго лице које је дужно да надокнади штету, да у одређеном року накнади штету.
- (2) Ако штета не буде накнађена у одређеном року, Фонд здравственог осигурања остварује своја потраживања тужбом код надлежног суда.
- (3) Фонд здравственог осигурања има право на камату по стопи прописаној законом почев од дана настанка штете.
- (4) Фонд здравственог осигурања нема право, без изричитог пристанка осигураника остварити накнаду штете од њега обустављајући му исплату и задржавајући накнаду на коју осигураник има право.

III ПРОШИРЕНО И ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Члан 68

- (1) У циљу остварења права осигураника на проширено здравствено осигурање, посебном одлуком Скупштине Дистрикта, а на приједлог Фонда здравственог осигурања и уз прибављено мишљење Одјела за здравство, одредит ће се врста

и обим права и погодности које се осигуравају по основу проширеног здравственог осигурања, стопе и висина доприноса за проширено здравствено осигурање, услови и начин пријаве, те методе праћења остварења права из овог осигурања и друга питања у вези с тим.

- (3) Средства остварена по основу проширеног осигурања водиће се одвојено од осталих средстава и биће намјењена искључиво за имплементацију права из проширеног здравственог осигурања.
- (4) Све административне и друге послове у вези са проширеним осигурањем водиће надлежне службе Фонда здравственог осигурања.

Члан 69

- (1) Проширеним осигурањем осигураници за себе и чланове својих породица осигуравају додатна права на здравствену заштиту која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, односно шира права од оних одређених као основни пакет услуга.
- (2) Фондови проширеног здравственог осигурања финансирају се кроз премије проширеног здравственог осигурања из средстава грађана, предузећа или других правних лица.

Члан 70

- (1) Лица која нису обухваћена обавезним осигурањем могу у циљу остварења права из здравственог осигурања добровољно плачати допринос утврђен посебном одлуком Скупштине Дистрикта донешеном на приједлог Фонда здравственог осигурања.
- (2) Након уплате доприноса за добровољно здравствено осигурање, Фонд здравственог осигурања је дужан таквим лицима обезбједити права истовјетна правима осигураника по основу обавезног здравственог осигурања.
- (3) Права из става 2 овог члана обухваћена добровољним осигурањем остварују се на начин и у поступку предвиђеном за остварење права из обавезног здравственог осигурања.
- (4) Одредбе овог закона које се односе на обавезе осигураника, права и обавезе Фонда здравственог осигурања према осигураницима, даваоцима услуга и трећим лицима које се односе на обавезно здравствено осигурање, сходно се примјењују и у случају добровољног здравственог осигурања.

IV ФИНАНСИРАЊЕ

1. Финансирање обавезног здравственог осигурања

Члан 71

Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања осигуравају се из:

1. доприноса на плате радника запослених код правних лица и предузетника,
2. доприноса физичких лица, власника - оснивача правних лица и предузетника,
3. доприноса на пензије, инвалидине и друге накнаде из пензијско – инвалидског осигурања,
4. доприноса за незапослена лица пријављена код надлежне службе за запошљавање,
5. доприноса који се плаћа на сталну финансијску помоћ и за лица смјештена у установама социјалне заштите,
6. доприноса од самосталног обављања естрадних дјелатности, издавања ЦД-ова, аудио и видео касета, карата за спортске догађаје и других јавних приредби,
7. доприноса на приход од ауторских права, патената и техничких унапређења,
8. доприноса на доходак од пољопривредних дјелатности или других прихода остварених обављањем пољопривредне дјелатности, као и закупа пољопривредног земљишта,
9. накнада за здравствену заштиту чланова породица осигураника запослених у иностранству и лица која примају пензије из иностранства,
10. средстава буџета Дистрикта,
11. средстава личног учешћа осигураника у покривању трошкова здравствене заштите,
12. донација, помоћи, камата, дивиденде, такси и других облика прихода,
13. пореза на алкохол и дуванске прерађевине.

Члан 72

- (1) У случају повреде на раду или професионалног обољења, правна/физичка лица осигуравају у цјелости из властитих извора средства за реализацију права из члана 37 став 2 тачка 1 овог закона.
- (2) Правна и физичка лица се могу реосигурати за случај ризика из става 1 овог члана.

Члан 73

- (1) Средства обавезног здравственог осигурања обезбјеђују се у Фонду здравственог осигурања у складу са намјенама.
- (2) Управни одбор Фонда здравственог осигурања, уз сагласност Скупштине Дистрикта, доноси годишњи план прихода и расхода за финансирање потреба из обавезног здравственог осигурања, полазећи од расположивих средстава, утврђених стандарда здравствене заштите и програма мјера за провођење обавезног здравственог осигурања, као полазне тачке.
- (3) Фонд здравственог осигурања је обавезан да преузме потребне мјере за обезбјеђење додатних средстава ради остварења права из обавезног осигурања, уколико расположива средства нису довољна за покриће расхода обавезног здравственог осигурања.
- (4) У циљу остваривања додатних средстава за покриће расхода обавезног здравственог осигурања Фонд здравственог осигурања може, уз сагласност Скупштине Дистрикта, удружити дио средстава са буџетом Дистрикта или правним лицем за осигурање или реосигурање.

- (5) Висина и начин удруживања средстава, критерије и начин њиховог удруживања, као и критерије и поступак њиховог трошења, одређују се посебним уговором који стране из става 4 овог члана закључују.
- (6) Мјере из става 3 овог члана Фонд здравственог осигурања предузима уз претходну сагласност Скупштине Дистрикта.

2. Основица и начин обрачунавања доприноса

Члан 74

Основицу, начин обрачунавања и уплате доприносе на средства из члана 71 утврђује Скупштина Дистрикта на приједлог Фонда здравственог осигурања и уз прибављено мишљење Одјела за здравство.

Члан 75

- (1) Стопе за утврђивање висине доприноса на средства из члана 71 овог закона својом одлуком утврђује Скупштина Дистрикта, на приједлог Фонда здравственог осигурања и уз прибављено мишљење Одјела за здравство.
- (2) Основ за доношење одлуке из става 1 овог члана је план потребних средстава за провођење обавезног здравственог осигурања утврђен од стране Управног одбора Фонда здравственог осигурања, полазећи од утврђених стандарда здравствене заштите и предвиђеног програма мјера за провођење обавезног здравственог осигурања.

Члан 76

- (1) На приједлог Фонда здравственог осигурања, Скупштина Дистрикта ће за сваку годину одредити најнижи и највиши износ на који се обрачунава допринос за здравствено осигурање.
- (2) Доприноси се неће обрачунавати на износе испод најнижег, нити изнад највишег износа које одреди Скупштина. У случају када осигураник ради на више радних мјеста, код једног или више послодаваца, доприноси се обрачунавају на сваки од остварених прихода, с тим што укупан износ на који се обрачунава допринос не може бити испод нити изнад износа из става 1 овог члана.

3. Обвезници доприноса

Члан 77

Обвезници обрачунавања и плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање су:

1. предузећа и друга правна/физичка лица која обављају привредну и непривредну дјелатност – за своје запослене, независно од тога да ли се ради о домаћим или страним радницима, у јавном или приватном сектору, профитном или непрофитном;
2. самозапослена лица- за саме себе;

3. пензијско-инвалидски фонд осигурања - за кориснике пензија и кориснике других права по основу пензијско - инвалидског осигурања;
4. биро, односно одговарајућа служба Дистрикта за незапослене - за привремено незапослена лица;
5. фонд социјалне заштите - за кориснике сталне новчане помоћи и за лица смјештена у институцијама социјалне заштите;
6. пољопривредници - сами за себе и за чланове своје породице;
7. лица запослена у иностранству - за чланове својих породица који живе на простору Дистрикта, ако нису осигурани по неком другом основу;
8. надлежни Одјел Владе Дистрикта - за полицију и ватрогасце;
9. надлежни Одјел Владе Дистрикта за ученике и студенте, који нису осигурани по неком другом основу и за ученике/студенте који обављају приправнички стаж који је везан за њихово школовање;
10. давалац стипендије - за стране грађане и лица без држављанства која су на школовању или на практичном раду, ако у уговору о стипендији није предвиђено да доприносе плаћају сами за себе;
11. ауторске агенције, удружења грађана, друга професионална и спортска удружења, организатори спортских и других јавних манифестација - за учеснике тих манифестација, за чланове њихових удружења који се баве професионалном или другом дјелатношћу којом остварују приход, за врхунске спортисте које као такве рангира Спортски савез Дистрикта или Олимпијски комитет Босне и Херцеговине.

Члан 78

- (1) Остала лица, изузев лица из члана 77 овог закона, могу сами, на добровољној основи постати обвезници и плаћати допринос за добровољно осигурање, на основу обрачуна Фонда здравственог осигурања.
- (2) Обвезници доприноса за проширено осигурање су лица која се пријаве на то осигурање и која плаћују прописани износ доприноса.

Члан 79

- (1) Фонд здравственог осигурања обавља прегледе пословних књига и евиденција правних и физичких лица у сврху контроле правилности обрачунавања и уплате доприноса за здравствено осигурање.
- (2) Фонд здравственог осигурања контролише редовност плаћања доприноса за здравствено осигурање свих обвезника доприноса.
- (3) Фонд здравственог осигурања ће својим општим актом, донесеним уз сагласност Одјела за здравство, одредити начин контроле из става 1 и 2 овог члана.
- (4) Ако се утврди да обвезник доприноса за обавезно или добровољно осигурање није уплатио допринос, обуставља му се даље пружање здравствене заштите, осим хитне медицинске помоћи, док се обвезнику доприноса из проширеног осигурања обустављају услуге из додатног пакета.
- (5) Право поновног кориштења здравствене заштите се успоставља са даном потпуног измирења насталог дуга Фонду здравственог осигурања.

Члан 80

Наплата доприноса застарјева за 5 година, искључујући годину за коју је доспјела обавеза плаћања.

4. Средства буџета

Члан 81

- (1) Средства из буџета Дистрикта из члана 73, став 4 овог закона која се удружују у циљу обезбјеђења права из обавезног здравственог осигурања, као и средства која се могу удружити за обезбјеђење права из добровољног здравственог осигурања, одобрава Скупштина Дистрикта на основу захтјева који утврђује Управни одбор Фонда здравственог осигурања, користећи као полазну тачку план потребних средстава за спровођење тих видова здравственог осигурања.
- (2) Средства из става 1 овог члана су намјенска и могу се користити само за:
 - покривање повећаних трошкова здравствене заштите, проузрокованих већим одступањима у односу на планирана средства здравственог осигурања због одређених ванредних или других отежаних услова за провођење здравствене заштите,
 - покривање трошкова здравствене заштите лица старијих од 65 година изван нивоа обавезног здравственог осигурања, насталих због одређених ванредних или других отежаних услова провођења здравствене заштите,
 - покривање трошкова накнада плата у току породилског одсуства, послије истека прва три мјесеца,
 - покривање трошкова здравствене заштите лица чије је мјесто пребивалишта непознато и
 - за научно - истраживачки рад, статистичка истраживања у области здравства која су од интереса за Дистрикт и здравствено информациони систем у Дистрикту.

5. Лично учешће осигураника

Члан 82

- (1) Лично учешће-партиципација осигураника може се утврдити за одређене видове здравствене заштите и одређене услуге здравствене заштите, а на основу прописа које доноси Скупштина Дистрикта, на приједлог Фонда здравственог осигурања и уз прибављено мишљење Одјела за здравство.
- (2) При доношењу прописа о висини, критерију и начину учешћа осигураника у кориштењу здравствене заштите, узимају се у обзир социјални статус и обим расположивих средстава за финансирање обавезног и добровољног здравственог осигурања.
- (3) Лица чији мјесечни приход износи или је нижи од минималне плате запосленика Дистрикта ослобођени су партиципације, као и труднице и лица старија од 65 година.
- (4) Скупштина Дистрикта може, на приједлог Фонда здравственог осигурања, одредити лично учешће осигураника у покрићу трошкова здравствене заштите,

независно од броја, врсте или цијене здравствене услуге пружене обвезнику доприноса („учешће по глави осигураника,,). Висину учешћа по осигуранику, укључујући и чланове њихових породица, Скупштина утврђује годишње, на приједлог Фонда здравственог осигурања, имајући у виду укупно остварена средства по основу доприноса за здравствено осигурање, укупна средства неопходна за обезбјеђење утврђеног нивоа здравствене заштите свих осигураника Дистрикта, као и друге елементе из става 2 овог члана. Средства овог вида личног учешћа-партиципације воде се посебно по сваком осигуранику и уплаћују на посебан под-рачун Фонда здравственог осигурања.

V ОБАВЕЗЕ

1. Фонд здравственог осигурања

Члан 83

- (1) Фонд здравственог осигурања је обавезан да послујући ефикасно обезбједи рационално трошење средстава, да свима осигура једнак приступ здравственој заштити, као и третман у складу са достигнутим степеном научних сазнања и квалитета осигурања.
- (2) Да би испунио обавезе из става 1 овог члана, Фонд здравственог осигурања склапа уговоре о пружању услуга здравствене заштите са здравственим установама које су дио мреже Дистрикта, а под одређеним условима и са другим здравственим установама, укључујући и оне ван подручја Дистрикта (у даљем тексту: даваоци услуга).
- (3) Као предуслов за акредитацију и склапање уговора, даваоци услуга морају испунити потребне критерије у погледу квалитета услуга које су покривене осигурањем. Критерије за оцјену квалитета здравствених услуга утврђује Фонд здравственог осигурања у сарадњи са љекарском комором.
- (4) У циљу остварења ефикасног пословања, Фонд здравственог осигурања редовно информисе осигуранике о прописаним обавезама приликом кориштења здравствених услуга код њихових породичних љекара-доктора медицине, који у примарној здравственој заштити морају бити прва контакт особа у систему здравствене заштите, чак и када се ради о хитном случају.
- (5) Осигураник мора бити адекватно информисан да пружене медицинске услуге неће бити покривене, уколико осигураник нема службену упутницу за конкретан даваоца медицинских услуга.
- (6) Осигураник мора бити информисан о услугама које спадају под обавезно и добровољно здравствено осигурање у оквиру основног пакета услуга, као и о услугама које излазе из основног пакета, а које могу бити покривене проширеним здравственим осигурањем.
- (7) Фонд здравственог осигурања је обавезан да изда здравствену легитимацију сваком осигураном лицу. Легитимација се издаје осигуранику оног тренутка када почиње осигурање. Фонд здравственог осигурања константно прати покривеност

осигурањем а у случају прекида истог, одузима здравствену легитимацију осигуранику како би спријечио њену злоупотребу.

2. Даваоци услуга

а) породични љекар- доктор медицине

Члан 84

- (1) Породични љекар је обавезан редовно да извјештава Фонд здравственог осигурања о свим чињеницама битним за остварење права осигураника и чланова њихових породица из области здравствене заштите, у роковима и на начин прописан од стране Фонда здравственог осигурања.
- (2) Породични љекар има улогу филтера-тријажера у цијелом систему и дужан је испуњавати све обавезе које се односе на шему услуга породичног љекара и мјере осигурања квалитета.
- (3) Породични љекар је обавезан да води протокол о анамнези, дијагнози и третману, као и разлозима због којих сматра да је пацијента потребно послати другом даваоцу услуга, односно у другу здравствену институцију.

б) Специјалисти

Члан 85

- (1) Специјалисти су обавезни да пруже услуге захтјеване од породичног љекара. Након одређивања дијагнозе, специјалиста је дужан да контактира породичног љекара и информисе га о приједлогу за наставак третмана.
- (2) Ако пацијент консултује специјалисту без упутнице од стране породичног љекара, специјалиста је дужан прије пружене услуге да информисе пацијента да све пружене услуге треба да покрије о свом трошку.

ц) Болница

Члан 86

- (1) Болница је обавезна да пружи услуге захтјеване од стране породичног љекара. Након третмана у болници, болнички љекар је дужан да контактира породичног љекара и информисе га о наставку третмана. На исти начин болнички љекар је дужан поступити и у случају рехабилитације након хоспитализације.
- (2) Ако пацијент оде на консултације у болницу без упутнице од стране породичног љекара, болница је дужна информисати пацијента да све услуге које ће бити пружене морају бити плаћене о његовом трошку. Наплату трошкова од пацијента, болница не тражи само у хитним случајевима.

3. Осигураници

Члан 87

- (1) Приликом доласка у установу у којој треба да се пружи здравствена услуга, осигураници су обавезни да предају здравствену легитимацију. Након уношења потребних података о осигуранику и третману, здравствена легитимација се враћа осигуранику. Уколико пацијент није покривен осигурањем, обавезан је одмах вратити легитимацију Фонду здравственог осигурања.
- (2) Осигураник је обавезан да региструје чланове своје породице, у складу са правилником издатим од стране Фонда здравственог осигурања.
- (3) Осигураник коме је без претходне упутнице од породичног љекара пружена здравствена услуга код специјалисте, дужан је сам сносити трошкове пружених услуга.
- (4) У случају када се успјешан третман не може обезбједити у установама Дистрикта и када се третман мора наставити ван Дистрикта, осигураник пролази процедуру упућивања у складу са правилима Фонда здравственог осигурања и одлукама љекарске комисије, којој је то дато у надлежност. Ако осигураник након одобрења љекарске комисије изабере другог даваоца услуга, односно здравствену установу која нема уговор са Фондом здравственог осигурања, разлику трошкова у односу на трошкове који би настали у установи у коју је упучен, плаћа осигураник лично.

VI КАЗНЕНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 88

Новчаном казном у износу од 2.000 КМ до 5.000 КМ биће кажњено правно/физичко лице за прекршај у слиједећим случајевима:

1. ако не обрачуна, односно не уплати допринос за обавезно здравствено осигурање из плата радника (члан 71, тачка 1),
2. ако не информише Фонд здравственог осигурања, односно не достави пријаву о повреди на раду /професионалном обољењу, у прописаном року,
3. ако онемогући преглед и надзор или финансијску контролу пословања (члан 79, став1).

Члан 89

(1) Новчаном казном у износу од 1.000 КМ до 3.000 КМ биће кажњено се правно лице за прекршај:

1. ако не обрачуна, односно не плати допринос за обавезно здравствено осигурање корисника пензија и корисника других права на основу пензијско-инвалидског осигурања (члан 71, тачка 3),
2. ако не обрачуна, односно не уплати доприносе за обавезно здравствено осигурање за незапослена, уредно пријављена лица (члан 71, тачка 4) и

3. ако не обрачуна, односно не уплати доприносе за лица смјештена у установе социјалне заштите и за лица која примају сталну новчану помоћ (члан 71, тачка 5).

(2) За прекршај из става 1 овог члана казниће се новчаном казном у износу од 500 КМ до 1.000 КМ и одговорно лице у том правном лицу.

Члан 90

Новчаном казном у износу од 500 КМ до 1.000 КМ казниће се за прекршај лице:

1. ако не уплати допринос за обавезно здравствено осигурање који је обавезно само уплатити,
2. ако онемогући инспекцију и надзор или финансијску контролу пословања (члан 79).

Члан 91

Новчаном казном у износу од 300 до 1.000 КМ казнит ће се пољопривредник, односно пољопривредно домаћинство у случају да:

1. не изврши уплату за обавезно здравствено осигурање које је обавезан/обавезно сам/о да уплати (члан 71),
2. ако не достави надлежном правном лицу податке у вези са пријавом и одјавом осигураног лица, због остваривања права и обавеза из обавезног здравственог осигурања.

Члан 92

(1) Новчаном казном у износу од 1.000 КМ до 3.000 КМ казниће се правно/физичко лице у случају да не достави Фонду здравственог осигурања све податке у пријави и одјави у вези са пријавом и одјавом осигураних лица, у сврху остваривања права и обавеза из обавезног здравственог осигурања.

(2) За прекршај из става 1 овог члана казниће се новчаном казном у износу од 300 КМ до 1.000 КМ и одговорно лице у правном лицу.

Члан 93

Новчаном казном у износу од 1.000 КМ до 3.000 КМ казниће се изабрани љекар-доктор медицине у примарној здравственој заштити/приватној пракси за прекршај у случају да одобри кориштење боловања осигураном лицу када за то нема основа.

Члан 94

Новчаном казном у износу од 300 КМ до 1.000 КМ казниће се осигурано лице за прекршај уколико:

- намјерно прекорачи привремену спријеченост за рад,
- спријечава оздрављење, односно оспособљење за рад,

- обавља другу дјелатност за вријеме спријечености за рад,
- не одговори на позив за лјекарски преглед изабраног лјекара-доктора медицине примарне здравствене заштите,
- без оправданог разлога не придржава се упута за лијечење,
- без дозволе свог доктора напусти мјесто гдје живи или не обавијести изабраног доктора примарне здравствене заштите о свом стању у року од три дана од дана када је оболело,
- ако оствари право на накнаду путних трошкова везаних за медицински третман, када за то нема правног основа (члан 41) и
- ако користи исправу којом доказује статус осигураног лица на начин супротан одредбама овог закона и прописа донесених на основу овог закона.

VII ПРИЈЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 95

- (1) Обавезно здравствено осигурање успостављено у складу са овим законом почиње функционисати од 1. марта 2002. године до када је Одјел за здравство дужан осигурати све потребне предуслове за функционисање Фонда здравственог осигурања.
- (2) Проширено здравствено осигурање, у складу са овим законом, почиње функционисати 24 мјесеца након почетка функционисања обавезног здравственог осигурања.
- (3) Добровољно здравствено осигурање, у складу са овим законом, почиње функционисати 1. марта 2002. године.
- (4) О правима и обавезама произашлим из овог закона Одјел за здравство је дужан на адекватан начин информисати све субјекте укључене у финансирање здравственог осигурања, укључујући и осигуранике.

Члан 96

До успостављања Фонда за здравствено осигурање, све послове из његове надлежности одређене овим законом обављаће Одјел за здравство.

Члан 97

У року од 6 мјесеци од почетка функционисања обавезног здравственог осигурања, органи и институције одређене овим законом су дужни:

- закључити уговоре са даваоцима здравствених услуга и услуга превоза,
- донијети Правилник из члана 25 овог закона и друге пратеће акте,
- створити предуслове за успоставу система осигурања-реосигурања накнаде плате из члана 39 овог закона,
- одредити најнижи и највиши износ на који се, према члану 76 овог закона, обрачунава допринос,
- извршити калкулацију потребних износа за индивидуално учешће по осигуранику и одредити висину личног ужешча осигураника у сношењу трошкова здравствених услуга које треба да буду додатно покривене индивидуалним учешћем (износ ће бити фиксна годишња сума, уплаћена директно Фонду здравственог осигурања),

- прекинути проток новца између даваоца здравствених услуга и осигураних лица, сем у прописаним случајевима,
- створити предуслове за акредитацију нових давалаца услуга.

Члан 98

До имплементације система породичне медицине примјењиваће се постојећа процедура која се односи на систем упућивања, одређена од стране Одјела за здравство.

Члан 99

Основни пакет услуга покривен обавезним и добровољним здравственим осигурањем одредиће се у року од три мјесеца од почетка функционисања тих видова осигурања.

Члан 100

Доприноси на пољопривредни приход, као и они који се односе на изнајмљивање земљишта, плаћаће се као фиксни мјесечни износ све док надлежни орган Дистрикта не обави разрез пореза на пољопривредно земљиште.

Члан 101

- (1) Ступањем на снагу овог закона престају се примјењивати на подручју Дистрикта закони Ентитета из области здравствене заштите који су се до тада примјењивали, као и на њима засновани подзаконски акти.
- (2) До доношења пратећих прописа одређених овим законом, примјењиваће се постојећи прописи у дијелу у коме нису у супротности са одредбама овог закона.

Члан 102

Овај закон ступа на снагу осмог дана након објављивања у „Службеном гласнику Брчко Дистрикта Босне и Херцеговине,,,

Број: 0-02-022-470 /01
Брчко, 11. и 14. децембра 2001. године

ПРЕДСЈЕДНИК
СКУПШТИНЕ БРЧКО ДИСТРИКТА

Мирсад Ђапо, дипл. правник, с.р.