



Crna Gora
Vlada Crne Gore

CRNA GORA SKUPŠTINA CRNE GORE	
PRIMLJENO:	15. 11. 2021. GOD.
6. KLASIFIKACIONI BROJ:	28-2/21-4
VEZA:	
EPJA:	335 XXII
SKRAĆENICA:	PRILOG:

Br: 04-5557

15. novembar 2021. godine

SKUPŠTINA CRNE GORE

Gospodin mr Aleksa Bečić, predsjednik

Vlada Crne Gore, na sjednici od 12. novembra 2021. godine; utvrdila je **PREDLOG ZAKONA O OBAVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**, koji Vam u prilogu dostavljamo radi stavljanja u proceduru Skupštine Crne Gore.

Vlada predlaže Skupštini da, u skladu s članom 151 Poslovnika Skupštine Crne Gore („Službeni list RCG“, br. 51/06 i 66/06 i „Službeni list CG“, br. 88/09, 80/10, 39/11, 25/12, 49/13, 32/14, 42/15, 52/17, 17/18, 47/19, 112/20 i 129/20), ovaj zakon donese po hitnom postupku iz razloga koji su sadržani u obrazloženju Predloga zakona.

Za predstavnike Vlade koji će učestvovati u radu Skupštine Crne Gore i njenih radnih tijela prilikom razmatranja Predloga ovog zakona, određeni su dr Jelena Borovinić Bojović, ministarka zdravlja i mr Anka Vukićević, državna sekretarka u Ministarstvu zdravlja.

PREDSJEDNIK
Prof. dr Zdravko Krivokapić, s. r.

ZAKON

O OBAVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. OSNOVNE ODREDBE

Član 1

Ovim zakonom uređuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i ostvarivanje tih prava, ugovaranje zdravstvene zaštite sa davaocima zdravstvenih usluga, finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i druga pitanja od značaja za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja.

Član 2

Obavezno zdravstveno osiguranje je dio sistema socijalnog osiguranja kojim se, na načelima obaveznosti, uzajamnosti i solidarnosti, svim osiguranim licima obezbjeđuju prava u skladu sa ovim zakonom.

Ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranim licima, pod jednakim uslovima obezbjeđuje Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore (u daljem tekstu: Fond), u skladu sa ovim zakonom.

Član 3

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasljeđivati.

Nasljeđuju se prava na novčane naknade koje su dospjele za isplatu, a nijesu isplaćene prije smrti osiguranika.

Član 4

Izrazi koji se u ovom zakonu koriste za fizička lica u muškom rodu podrazumijevaju iste izraze u ženskom rodu.

Član 5

Izrazi upotrijebljeni u ovom zakonu imaju sljedeće značenje:

1) **zaposlena lica** su lica koja su zaposlena u privrednom društvu, drugom pravnom licu, državnom organu, organu državne uprave, organu lokalne samouprave, odnosno lokalne uprave, kao i kod preduzetnika ili fizičkog lica (u daljem tekstu: poslodavac);

2) **lice sa invaliditetom** je lice koje ima dugoročno fizičko, mentalno, intelektualno ili senzorno oštećenje od najmanje 70%, utvrđeno jedinstvenom listom oštećenja ili listama oštećenja koje se koriste u postupcima ostvarivanja socijalno-zaštitnih prava, prava na obrazovanje, prava na profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje i prava iz penzijsko-invalidskog osiguranja;

3) **osigurana lica** su osiguranici, članovi porodice osiguranika i druga lica u skladu sa ovim zakonom;

4) **izabrani tim ili izabrani doktor** podrazumijeva izabrani tim doktora medicine ili izabranog doktora medicine ili izabranog stomatologa;

5) **davaoci zdravstvenih usluga** su zdravstvene ustanove, izabrani tim ili izabrani doktor, pravna lica i drugi subjekti koji pružaju zdravstvenu zaštitu, u skladu sa zakonom;

6) **stranac** je državljanin druge države ili lice bez državljanstva.

Član 6

Osiguranici, u smislu ovog zakona, su crnogorski državljani sa prebivalištem u Crnoj Gori i stranci sa odobrenim stalnim ili privremenim boravkom u Crnoj Gori, koji su:

- 1) zaposlena lica, u skladu sa zakonom;
- 2) preduzetnici i lica koja obavljaju samostalnu djelatnost kao osnovno zanimanje;
- 3) lica koja obavljaju privremene i povremene poslove, kao i druge poslove po posebnom ugovoru o radu, u skladu sa zakonom;
- 4) nezaposlena lica na evidenciji nezaposlenih lica Zavoda za zapošljavanje Crne Gore, koja ostvaruju novčanu naknadu u skladu sa zakonom kojim se uređuje zapošljavanje;
- 5) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;
- 6) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, članovi njihovih porodica i korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 7) korisnici socijalno-zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 8) poljoprivrednici i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta;
- 9) vjerski službenici;
- 10) lica koja su u pritvoru, na izdržavanju kazne zatvora, kao i lica kojima je izrečena mjera obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi i obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana, koji nijesu osigurani ni po jednom osnovu iz tač. 1 do 9 ovog stava.

Pored osiguranika iz stava 1 ovog člana, status osiguranika stiču i crnogorski državljani koji imaju prebivalište u Crnoj Gori i stranci sa odobrenim stalnim boravkom u Crnoj Gori, koji nijesu osigurani ni po jednom osnovu iz stava 1 tač. 1 do 10 ovog člana i azilanti i stranci pod supsidijarnom zaštitom koja je odobrena u skladu sa zakonom kojim se uređuje međunarodna i privremena zaštita stranaca.

Licima iz stava 1 tačka 10 ovog člana, status osiguranika utvrđuje Fond na osnovu zahtjeva nadležnog organa i ličnog identifikacionog dokumenta lica za koje se podnosi zahtjev, a licima iz stava 2 ovog člana, na osnovu zahtjeva tog lica i ličnog identifikacionog dokumenta.

Osiguranik, u smislu ovog zakona, ne može da bude lice koje ima status osiguranika u drugoj državi, ukoliko međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije utvrđeno.

Član 7

Državljanima zemalja sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ostvaruju zdravstvenu zaštitu u obimu koji je utvrđen tim ugovorom.

Član 8

Status osiguranog lica stiču članovi porodice osiguranika pod uslovom da nijesu osigurani po drugom osnovu, da imaju prebivalište, odnosno odobren stalni boravak u Crnoj Gori i da nemaju status osiguranog lica u drugoj državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju.

Članovima porodice, u smislu ovog zakona, smatraju se:

1) članovi uže porodice: bračni ili vanbračni supružnik, partner u zajednici života lica istog pola, djeca rođena u braku ili van braka, pastorčad, usvojena djeca, kao i djeca bez roditeljskog staranja ako ih osiguranik izdržava, u skladu sa zakonom;

2) članovi šire porodice: roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i usvojilac), baba, djed, unučad, braća i sestre, ako su trajno i potpuno nesposobni za rad u smislu posebnih propisa i ako ih osiguranik izdržava.

Status osiguranog lica mogu steći i članovi porodice iz stava 2 tačka 1 ovog člana koji imaju dozvolu za privremeni boravak radi spajanja porodice ili radi školovanja u skladu sa posebnim zakonom, pod uslovom da nemaju status osiguranog lica u drugoj državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju.

Član 9

Prava iz zdravstvenog osiguranja, kao član porodice, zadržava razvedeni bračni supružnik, odnosno vanbračni supružnik kome je prestala vanbračna zajednica, ako:

- 1) je sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, dok traje izdržavanje;
- 2) je u vrijeme razvoda braka, odnosno prestanka vanbračne zajednice bio potpuno i trajno nesposoban za rad, u skladu sa posebnim propisima;
- 3) su mu sudskom odlukom povjerena djeca na čuvanje i vaspitanje, dok djeca imaju pravo na izdržavanje.

Prava iz zdravstvenog osiguranja, kao član porodice, zadržava partner kome je prestala zajednica života sa licem istog pola, usljed raskida partnerstva, ako je:

- 1) sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, dok traje izdržavanje;
- 2) u vrijeme raskida partnerstva bio potpuno i trajno nesposoban za rad, u skladu sa posebnim propisima.

Član 10

Dijete osiguranika ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima iz ovog zakona, do završetka školovanja po propisima iz oblasti obrazovanja, a najkasnije do navršениh 26 godina života.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima iz stava 1 ovog člana, imaju i djeca bez roditelja i djeca za koje je organ starateljstva utvrdio da su bez roditeljskog staranja, u skladu sa zakonom.

Ako dijete iz st. 1 i 2 ovog člana postane nesposobno za rad, u smislu posebnih propisa, prije isteka roka za redovno školovanje iz stava 1 ovog člana, ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za vrijeme dok takva nesposobnost traje, ako nema sopstvenih sredstava.

II. PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 11

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

- 1) pravo na zdravstvenu zaštitu;
- 2) pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad;
- 3) pravo na naknadu putnih troškova u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite.

Osigurano lice ostvaruje prava iz stava 1 ovog člana na način utvrđen ovim zakonom i zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

Član 12

Za ostvarivanje prava iz člana 11 stav 1 tačka 2 ovog zakona, osiguranik mora da ima staž osiguranja u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa ovim zakonom, u trajanju od najmanje dva mjeseca bez prekida ili četiri mjeseca sa prekidima u posljednjih 12 mjeseci prije početka korišćenja ovog prava, dok prava iz člana 11 stav 1 tač. 1 i 3 ovog zakona stiže danom osiguranja.

Stož osiguranja u smislu stava 1 ovog člana podrazumijeva staž osiguranja po osnovu zaposlenja.

Izuzetno od stava 1 ovog člana, osiguranik ostvaruje pravo iz člana 11 stav 1 tačka 2 ovog zakona u slučaju hitne medicinske pomoći i povrede na radu.

1. Pravo na zdravstvenu zaštitu

Član 13

Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvata:

- 1) promociju zdravlja;
- 2) prevenciju bolesti;
- 3) dijagnostiku, preglede i liječenje, uključujući mjere rane identifikacije i sprečavanja progresije oštećenja;
- 4) rehabilitaciju i specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 5) kontinuiranu zdravstvenu njegu;
- 6) stomatološku zdravstvenu zaštitu;
- 7) hitnu i urgentnu medicinsku pomoć;
- 8) dijalizu;
- 9) usluge transfuzione medicine;
- 10) lijekove i medicinska sredstva;
- 11) medicinsko-tehnička pomagala.

Član 14

Zdravstvena zaštita iz člana 13 ovog zakona obuhvata:

- 1) promociju zdravlja kroz individualni i grupni savjetodavni rad, učešće u promotivnim kampanjama, po različitim populacionim grupama i u odnosu na različite rizike po zdravlje, u dijelu prevencije zaraznih bolesti i vodećih hroničnih nezaraznih bolesti, razvoja znanja i vještina u cilju usvajanja i modifikacije ponašanja koja predstavljaju rizik po zdravlje i rađanje zdravog djeteta;
- 2) prevenciju zdravlja koja uključuje preventivne programe i preglede, imunizaciju, imunoprofilaksu i hemioprofilaksu, skrininge (oportune i populacione) i posjete u kući osiguranog lica (patronažne posjete);
- 3) preglede u zdravstvenoj ustanovi i/ili u kući osiguranog lica, kao i dijagnostiku na svim nivoima zdravstvene zaštite;
- 4) liječenje na svim nivoima zdravstvene zaštite u Crnoj Gori i liječenje u inostranstvu;
- 5) bolničko liječenje;
- 6) rehabilitaciju na svim nivoima zdravstvene zaštite, uključujući i rehabilitaciju u kući osiguranog lica, kao i specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 7) kontinuiranu zdravstvenu njegu na primarnom nivou zdravstvene zaštite i tokom bolničke zdravstvene zaštite, uključujući patronažne i kućne posjete;
- 8) stomatološku zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou zdravstvene zaštite i to: promociju zdravlja kroz savjetodavni rad, prevenciju kroz preventivne programe, preventivne preglede djece do 18 godina života, dijagnostiku i liječenje djece do 18 godina života, učenika, studenata i djece bez roditeljskog staranja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, lica starijih od 65 godina života, žena u toku trudnoće i godinu dana nakon porođaja, lica sa invaliditetom koja imaju oštećenja mišića i neuromišićne bolesti, plegični sindrom, oštećenje sluha, vida i govora sa više od 70% tjelesnog oštećenja, intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autizam, psihoze, epilepsiju, preglede zbog anomalija vilica (ortodoncija), mobilne ortodontske aparate za djecu do 18 godina života, kao i fiksne aparate za djecu do 18 godina života koja imaju intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autizam, epilepsiju i oštećenja koja ograničavaju otvaranje usta;
- 9) stomatološku zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite koja obuhvata liječenje povreda zuba i kostiju lica uključujući primarnu rekonstrukciju osteosintetskim materijalom, liječenje bolesti usta i zuba prije operacije na srcu ili presađivanja organa, kao i liječenje bolesti usta i zuba u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana malignih bolesti maksilofacijalne regije;
- 10) hitnu medicinsku pomoć i urgentnu medicinsku pomoć, u okviru dijagnostičkih pregleda, procedura i intervencija;
- 11) dijalizu, uz sanitetski prevoz osiguranog lica od kuće do zdravstvene ustanove i nazad;
- 12) liječenje krvlju, komponentama krvi i derivatima krvi;
- 13) lijekove koji se izdaju na recept u apotekama, kao i lijekove koji se koriste za liječenje u zdravstvenoj ustanovi;
- 14) medicinska sredstva i materijale;
- 15) medicinsko-tehnička pomagala;
- 16) sanitetski prevoz na svim nivoima zdravstvene zaštite i specijalni vazdušni prevoz koji je iz medicinskih razloga opravdan i hitan;

17) prevoz sanitetskim kolima i sredstvima javnog linijskog prevoza u drumskom i vazdušnom saobraćaju koji nije hitan;

18) postupke u vezi sa uzimanjem i presađivanjem organa, tkiva i ćelija u svrhu liječenja;

19) tri postupka medicinski potpomognute oplodnje, i to: homologne ili heterologne intrauterine inseminacije (IUI) - unos sjemenih ćelija u matericu žene, homologne ili heterologne vantjelesne oplodnje (IVF); homologne ili heterologne intracitoplazmatske injekcije spermatozoida (ICSI) i transfera polnih ćelija i embriona u jajovod žene, kod žene do navršene 44. godine života koja nema više od dvoje djece, pod uslovom da je jedan od bračnih, odnosno vanbračnih supružnika, kao i žena koja ne živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici crnogorski državljanin;

20) troškove smještaja i ishrane pratioca djece do 15 godina života, u bolnici ili u ustanovi za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, kao i djece do 18 godina života u bolnici, koja su oboljela od malignih bolesti, djece do 18 godina života u bolnici i ustanovama za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, koja imaju oštećenja mišića i neuromišićne bolesti, plegični sindrom, oštećenje sluha, vida i govora sa više od 70% tjelesnog oštećenja, intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autizam, psihoze i epilepsiju;

21) preglede, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju zbog povrede na radu, profesionalne bolesti i bolesti u vezi sa radom;

22) promjenu pola u skladu sa medicinskim indikacijama.

Bliže uslove i način odobravanja i korišćenja prevoza iz stava 1 tač. 16 i 17 ovog člana propisuje Fond, uz saglasnost organa državne uprave nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo).

Kriterijume za utvrđivanje medicinskih indikacija iz stava 1 tačka 22 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 15

Osigurano lice učestvuje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite iz člana 14 ovog zakona (u daljem tekstu: participacija), za:

- 1) pregled, liječenje i dijagnostiku na primarnom nivou zdravstvene zaštite;
- 2) izdavanje lijekova u apoteci;
- 3) pregled, liječenje i dijagnostiku na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite;
- 4) bolničko liječenje;
- 5) medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam;
- 6) medicinsko-tehnička pomagala;
- 7) promjenu pola koja je izvršena u skladu sa ovim zakonom;
- 8) specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 9) liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom;
- 10) prevoz sanitetskim kolima koji nije hitan;
- 11) troškove smještaja i ishrane pratioca djeteta od 15 do 18 godina života, u bolnici ili u ustanovi za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 12) liječenje u inostranstvu.

Zdravstvene usluge iz stava 1 ovog člana i iznos participacije, kao i način plaćanja participacije propisuje Vlada Crne Gore (u daljem tekstu: Vlada), na predlog Ministarstva.

Član 16

Za izvršenu zdravstvenu uslugu iz člana 15 ovog zakona, davalac zdravstvene usluge dužan je da osiguranom licu izda dokaz o izvršenom plaćanju participacije koji, pored podataka propisanih zakonom kojim se uređuje porez na dodatu vrijednost, mora da sadrži i punu cijenu zdravstvene usluge, iznos participacije iskazan u procentu u odnosu na cijenu zdravstvene usluge i nominalni iznos participacije iskazan u eurima.

Bližu sadržinu i obrazac dokaza o izvršenom plaćanju participacije propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 17

Oslobođeni su od plaćanja participacije:

- 1) djeca iz člana 10 ovog zakona;
- 2) žene u toku trudnoće, porođaja i godinu dana nakon porođaja;
- 3) osigurana lica starija od 65 godina života;
- 4) davaoci organa, tkiva i ćelija u svrhu liječenja;
- 5) dobrovoljni davaoci krvi, koji su krv dali više od deset puta;
- 6) korisnici socijalno-zaštitnih prava i članovi njihovih porodica, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 7) korisnici najniže penzije u Crnoj Gori za prethodnu kalendarsku godinu, po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike i članovi njihovih porodica, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 8) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, kao i članovi njihovih porodica, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 9) osiguranici iz člana 6 stav 1 tač. 4 i 10 i stav 2 ovog zakona;
- 10) slijepa i gluvonijema lica i lica sa autizmom;
- 11) osigurana lica za liječenje osnovnog oboljenja i stanja i to: malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, cistične fibroze, intelektualnog invaliditeta sa IQ 69 i manje, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), sistemskih autoimunih bolesti, HIV i zaraznih bolesti, Hepatitisa B i Hepatitisa C, urođenih nedostataka gornjih ili donjih ekstremiteta i smetnji u razvoju.

Bliže uslove za ostvarivanje prava iz stava 1 ovog člana propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 18

Obim prava zdravstvene zaštite iz člana 14 ovog zakona utvrđuje Vlada, na predlog Ministarstva, u skladu sa opredijeljenim finansijskim sredstvima i Programom zdravstvene zaštite, posebno vodeći računa o zdravstvenoj zaštiti sljedećih kategorija lica:

- 1) djece iz člana 10 ovog zakona;
- 2) žena u toku trudnoće, porođaja i godinu dana nakon porođaja;

- 3) lica starijih od 65 godina života;
- 4) vojnih invalida i civilnih invalida rata, u skladu sa posebnim propisima;
- 5) lica sa invaliditetom od najmanje 70% tjelesnog oštećenja;
- 6) lica oboljelih od malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, cistične fibroze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), sistemskih autoimunih bolesti, HIV i zaraznih bolesti, lica sa mentalnim oboljenjima, lica sa urođenim nedostatkom gornjih ili donjih ekstremiteta, slijepih i gluvonijemih lica, kao i lica sa fizičkim i intelektualnim poteškoćama u rastu i razvoju, u skladu sa kriterijumima koji su propisani posebnim propisima.

Član 19

Zdravstvenom zaštitom, u smislu člana 14 ovog zakona, ne smatraju se pregledi zaposlenih upućenih na rad u inostranstvo od strane poslodavca, kao i mjere preventivne zdravstvene zaštite za putovanja u inostranstvo i zdravstveni pregledi za ta putovanja.

Član 20

Osigurano lice ima pravo na lijekove sa osnovne i doplatne liste lijekova (u daljem tekstu: Lista lijekova).

Osnovna lista lijekova obuhvata farmakoekonomski prihvatljive lijekove za liječenje bolesti, koji se obezbjeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Osnovna lista lijekova sadrži: šifru anatomsko-terapijsko-hemijske klasifikacije lijekova Svjetske zdravstvene organizacije - ATC, internacionalni nezaštićeni naziv lijeka - INN, farmaceutski oblik lijeka, naziv proizvođača, zaštićeno ime lijeka, jačinu lijeka, pakovanje, oznaku indikacije, oznaku režima propisivanja i primjene lijeka, cijenu 1 DDD i cijenu pakovanja lijeka.

Doplatna lista lijekova obuhvata lijekove koji su terapijska paralela (terapijska alternativa) lijekovima sa osnovne liste lijekova i osiguranom licu se obezbjeđuju u visini cijene lijeka sa osnovne liste.

Pored podataka iz stava 3 ovog člana, doplatna lista lijekova sadrži i cijenu pakovanja koju plaća Fond, kao i cijenu koju plaća osigurano lice.

Razliku do punog iznosa cijene lijeka na doplatnoj listi lijekova plaća osigurano lice.

Ljekovi sa Liste lijekova propisuju se i izdaju na obrascu recepta izdatog od strane izabranog doktora, odnosno doktora sa ovlaštenjima izabranog doktora, u skladu sa zakonom.

Član 21

Ljekovi se stavljaju, odnosno skidaju sa Liste lijekova na osnovu ocjene komisije koju obrazuje Ministarstvo.

Kriterijume, način i postupak stavljanja, odnosno skidanja lijeka sa Liste lijekova, nadležnost komisije iz stava 1 ovog člana, način utvrđivanja cijena lijekova, kao i visinu troškova postupka za stavljanje lijeka na Listu lijekova propisuje Vlada.

Akt kojim se utvrđuje Lista lijekova donosi Vlada, na predlog Ministarstva.

Listu lijekova Ministarstvo i Fond objavljuju na svojoj internet stranici.

Član 22

Izuzetno od člana 20 stav 1 ovog zakona, Ministarstvo može osiguranom licu da odobri primjenu lijeka van Liste lijekova, na predlog konzilijuma doktora odgovarajućih specijalnosti Kliničkog centra Crne Gore ili Specijalne bolnice za plućne bolesti „Dr Jovan Bulajić“, na osnovu mišljenja konzilijuma Kliničkog Centra Crne Gore za odobravanje lijekova i na osnovu medicinske dokumentacije, u skladu sa raspoloživim sredstvima, za:

- 1) liječenje rijetkih bolesti,
- 2) nastavak terapije propisane tokom liječenja osiguranog lica u inostranstvu, upućenog na liječenje u skladu sa ovim zakonom.

Radi razmatranja predloga, mišljenja i medicinske dokumentacije iz stava 1 ovog člana, kao i radi davanja nalaza i mišljenja za odobravanje primjene lijeka van Liste lijekova, Ministarstvo obrazuje posebnu komisiju.

Komisiju iz stava 2 ovog člana čine predstavnici Ministarstva i Fonda, doktori medicine različitih specijalnosti u skladu sa medicinskim indikacijama, kao i diplomirani farmaceuti, odnosno doktori farmacije.

Bliži način rada komisije iz stava 2 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 23

Osigurano lice ima pravo, na:

- 1) medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam, sa Liste medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam;
- 2) medicinsko-tehnička pomagala sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala;
- 3) medicinsku rehabilitaciju u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, za indikacije sa Liste bolesti, stanja i posljedica povreda;
- 4) liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom.

Liste iz stava 1 tač. 1, 2 i 3 ovog člana, vrste, standarde i indikacije za medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam, materijale od kojih se izrađuju medicinsko-tehnička pomagala, cijene, rokove korišćenja i uslove za obezbjeđivanje novih pomagala prije isteka rokova, indikacije za korišćenje i dužinu trajanja medicinske rehabilitacije, indikacije za liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom i dužinu trajanja liječenja, kao i bliži način i postupak ostvarivanja prava iz stava 1 ovog člana utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 24

Iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne obezbjeđuju se sredstva za:

- 1) prekid trudnoće iz nemedicinskih razloga;
- 2) sterilizaciju, osim ako je medicinski indikovana;
- 3) medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, tjelesnog oštećenja i invalidnosti u postupcima kod drugih organa i organizacija;
- 4) zdravstvene preglede radi izdavanja uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti, osim za izdavanje uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti nezaposlenog lica u svrhu zapošljavanja;
- 5) pratioca kod bolničkog liječenja i specijalizovane medicinske rehabilitacije, osim za lica iz člana 14 stav 1 tačka 20 ovog zakona;
- 6) imunizaciju koja nije obuhvaćena Programom obaveznih imunizacija;

- 7) stomatološku zdravstvenu zaštitu, osim za slučajeve iz člana 14 stav 1 tač. 8 i 9 ovog zakona;
- 8) dijagnostiku i liječenje koji su u fazi istraživanja, odnosno eksperimenta, liječenje uz primjenu lijekova i medicinskih sredstava koji su u fazi kliničkih ispitivanja;
- 9) lijekove koji nijesu obuhvaćeni Listom lijekova, osim za lijekove iz člana 22 stav 1 ovog zakona;
- 10) medicinsko-tehnička pomagala i medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako nijesu obuhvaćena listom iz člana 23 ovog zakona;
- 11) specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju i liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom koje je obavljeno mimo propisanih indikacija;
- 12) refrakcione operacije za skidanje dioptrije ako se poboljšanje vida može postići naočarima;
- 13) zahvate estetske rekonstruktivne hirurgije, osim estetske rekonstrukcije kongenitalnih anomalija kod djece, rekonstrukcije dojki nakon mastektomije i estetske rekonstrukcije nakon teških ozljeđivanja u cilju sprečavanja invaliditeta;
- 14) hirurško liječenje gojaznosti;
- 15) liječenje medicinskih komplikacija koje nastaju kao posljedica korišćenja zdravstvene zaštite van utvrđenih standarda;
- 16) specifičnu zdravstvenu zaštitu zaposlenih koja se ostvaruje na osnovu ugovora između poslodavca i zdravstvene ustanove, u skladu sa zakonom;
- 17) posebne uslove i pogodnosti pružanja zdravstvene zaštite u pogledu kadra, smještaja, njege i vremena, u skladu sa zakonom;
- 18) zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond nema zaključen ugovor, osim za zdravstvene usluge iz člana 49 stav 2 ovog zakona;
- 19) zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond ima zaključen ugovor, a koju osigurano lice ne ostvari na način i po postupku propisanim ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu ovog zakona;
- 20) zdravstvenu zaštitu koja je ostvarena u zdravstvenim ustanovama van Crne Gore suprotno načinu i postupku propisanim ovim zakonom;
- 21) specijalističko-konsultativnu i bolničko-zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje mimo utvrđenih lista čekanja, u skladu sa ovim zakonom;
- 22) metode i postupke alternativne i tradicionalne medicine;
- 23) preglede za procjenu zdravstvene sposobnosti profesionalnih sportista;
- 24) terapije hipnozom, elektrohipnozom, elektroslip terapije, elektronarkoze i narko-sinteze;
- 25) dobijanje drugog stručnog mišljenja van Crne Gore.

2. Zdravstvena zaštita osiguranih lica u inostranstvu

Član 25

Osiguranik iz člana 6 ovog zakona koji je upućen na rad, stručno usavršavanje ili školovanje u državu sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom

osiguranju, ima pravo na korišćenje zdravstvene zaštite na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom i zaključenim međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju.

Članovi uže porodice osiguranika iz stava 1 ovog člana, za vrijeme dok sa osiguranikom borave u inostranstvu, imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, ako je osiguranik upućen na rad u inostranstvo duže od šest mjeseci, a ako je osiguranik upućen na rad u inostranstvo do šest mjeseci imaju pravo na hitnu medicinsku pomoć.

Osiguranik koji je upućen na rad, stručno usavršavanje ili školovanje u zemlju sa kojom nije zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju i članovi uže porodice dok sa osiguranikom borave u inostranstvu imaju pravo na hitnu medicinsku pomoć.

Član 26

Osigurano lice koje iz privatnih razloga boravi u državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju, ima pravo na hitnu medicinsku pomoć, ukoliko se utvrdi da pružena hitna medicinska pomoć nije mogla da se odloži do povratka u Crnu Goru i ukoliko se utvrdi da u inostranstvo nije otputovalo u cilju liječenja.

Naknada troškova za pruženu zdravstvenu zaštitu iz stava 1 ovog člana, vrši se u visini cijene usluga zdravstvenih ustanova u sistemu javnog zdravstva države u kojoj je pružena hitna medicinska pomoć.

Član 27

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz čl. 25 i 26 ovog zakona imaju osiguranici i članovi njihovih užih porodica, ako je prije njihovog odlaska u inostranstvo utvrđeno da ne boluju od akutnih ili hroničnih bolesti u akutnoj fazi za koje je potrebno duže ili stalno liječenje, odnosno da se osigurano lice ne nalazi u stanju koje bi ubrzo po dolasku u inostranstvo zahtijevalo duže liječenje, odnosno smještaj u bolničku zdravstvenu ustanovu.

Osiguranik, odnosno član njegove uže porodice koji je boravio u inostranstvu bez prethodno utvrđenog zdravstvenog stanja u smislu stava 1 ovog člana, ima pravo na naknadu troškova koji su nastali korišćenjem hitne medicinske pomoći, ukoliko se ustanovi da prije odlaska u inostranstvo nije bolovao od akutnog ili hroničnog oboljenja za koje je potrebno liječenje ili ljekarski nadzor.

Bliže uslove, način i postupak ostvarivanja zdravstvene zaštite osiguranih lica iz čl. 25 i 26 ovog zakona utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

3. Prekogranična zdravstvena zaštita

Član 28

Osigurano lice ima pravo da, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, koristi zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama Evropske unije i trećim državama.

Član 29

Prekogranična zdravstvena zaštita se ostvaruje u skladu sa načelima univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti, u

skladu sa ovim zakonom, propisima države liječenja, kao i standardima i smjernicama o kvalitetu i bezbjednosti koje je utvrdila država liječenja, u skladu sa standardima Evropske unije.

Pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu osigurana lica ostvaruju u obimu prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.

Zdravstvena zaštita iz stava 1 ovog člana podrazumijeva:

- 1) planiranu zdravstvenu zaštitu za koju je potrebno prethodno odobrenje Fonda;
- 2) planiranu specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno prethodno odobrenje Fonda;
- 3) hitnu medicinsku pomoć, u skladu sa zakonom;
- 4) pravo na priznavanje recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi.

Postupak, uslove i način priznavanja recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi propisuje Ministarstvo.

Član 30

Planirana zdravstvena zaštita iz člana 29 stav 3 tačka 1 ovog zakona podrazumijeva zdravstvenu zaštitu koju osigurano lice ostvaruje pod uslovom da je smješteno u bolničku zdravstvenu ustanovu najmanje jednu noć ili da je prilikom pružanja zdravstvene zaštite upotrijebljena visokospecijalizovana i skupa medicinska oprema.

Prethodno odobrenje Fonda je potrebno za korišćenje prekogranične zdravstvene zaštite koja se sastoji od postupaka liječenja koji predstavljaju poseban rizik za osigurano lice ili koju pruža davalac zdravstvene usluge koja bi, u zavisnosti od pojedinog slučaja, mogla da predstavlja poseban rizik u vezi sa kvalitetom ili bezbjednošću, osim zdravstvene zaštite koja podliježe propisima Evropske unije kojim se obezbjeđuje minimalan rizik kvaliteta i bezbjednosti.

Član 31

Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:

- 1) se zdravstvena zaštita može pružiti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond ima zaključen ugovor, u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir zdravstveno stanje i očekivani tok bolesti;
- 2) se osigurano lice, prema kliničkoj procjeni, nedvosmisleno izlaže riziku koji se ne može smatrati prihvatljivim u odnosu na moguću dobrobit zdravstvene zaštite;
- 3) postoji rizik za bezbjednost osiguranog lica.

Način i uslove ostvarivanja zdravstvene zaštite, kao i vrstu zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana, propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 32

Planirana specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita iz člana 29 stav 3 tačka 2 ovog zakona ostvaruje se u drugoj državi članici Evropske unije, bez prethodnog odobrenja Fonda, kao i ukoliko je zdravstvena zaštita bila neophodna a nije se mogla odložiti do planiranog povratka osiguranog lica.

Član 33

Osigurano lice koje je ostvarilo zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 29 stav 3 tačka 1 ovog zakona ima pravo na naknadu troškova liječenja i putnih troškova.

Osigurano lice koje je ostvarilo zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 29 stav 3 tačka 2 ovog zakona ima pravo na naknadu troškova liječenja, najviše u visini cijene po kojoj se zdravstvena usluga pruža u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori čiji je osnivač država, a nema pravo na naknadu putnih troškova.

Član 34

Tokom privremenog boravka na teritoriji država članica Evropske unije osigurano lice ostvaruje neophodnu zdravstvenu zaštitu na osnovu evropske kartice zdravstvenog osiguranja koju izdaje Fond.

Sadržinu, obrazac, način izdavanja i korišćenja evropske kartice zdravstvenog osiguranja propisuje Fond.

Član 35

Informacije o ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz člana 29 ovog zakona, osiguranim licima pruža Fond.

Vrste informacija, način njihovog pružanja, kao i način razmjene informacija sa drugim državama članicama Evropske unije propisuje Ministarstvo.

4. Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad

Član 36

Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad imaju osiguranici iz člana 6 stav 1 tač. 1 i 2 ovog zakona, ako nijesu ostvarili pravo na penziju, u skladu sa propisima kojima se uređuje penzijsko i invalidsko osiguranje.

Naknada zarade pripada osiguranicima iz stava 1 ovog člana, ako su:

- 1) usljed bolesti ili povrede privremeno spriječeni za rad;
- 2) stavljeni pod zdravstveni nadzor ili se nad njima sprovodi karantin ili kućna izolacija;
- 3) izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u domaćinstvu;
- 4) određeni da njeguju oboljelog člana uže porodice;
- 5) spriječeni da rade zbog dobrovoljnog davanja krvi, organa, tkiva i ćelija;
- 6) određeni za pratioca oboljelog lica upućenog na liječenje ili ljekarski pregled u drugo mjesto, odnosno dok traje bolničko liječenje.

Privremenu spriječenost za rad do 30 dana utvrđuje izabrani tim ili izabrani doktor, a poslije 30 dana nadležna ljekarska komisija, u zavisnosti od vrste i prirode bolesti, u skladu sa propisom Fonda.

Izabrani tim ili izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija mogu da utvrde privremenu spriječenost za rad, uz lično prisustvo osiguranika, uzimanjem anamneze i radne anamneze, kao i uvidom u medicinsku i drugu dokumentaciju izdatu od zdravstvene ustanove, u skladu sa zakonom.

Izuzetno od stava 4 ovog člana, lično prisustvo osiguranika nije obavezno, ako zbog zdravstvenog stanja ili vrste bolesti nije sposoban da dođe kod izabranog tima ili izabranog doktora, odnosno nadležne ljekarske komisije.

Izabrani tim ili izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija mogu da utvrde privremenu spriječenost za rad osiguranika iz stava 2 tač. 4 i 6 ovog člana, uz njegovo lično prisustvo, uzimanjem anamneze i uvidom u medicinsku i drugu dokumentaciju oboljelog lica izdatu od zdravstvene ustanove, u skladu sa zakonom.

Izabrani tim ili izabrani doktor koji utvrdi privremenu spriječenost za rad suprotno st. 2, 3, 4 i 6 ovog člana čini težu povredu radne obaveze.

Član 37

U slučaju postojanja sumnje da izabrani tim ili izabrani doktor privremenu spriječenost za rad nije utvrdio u skladu sa članom 36 st. 2, 3, 4 i 6 ovog zakona, Fond može, na zahtjev poslodavca ili po službenoj dužnosti, pokrenuti postupak za provjeru privremene spriječenosti za rad, u roku od 30 dana od dana utvrđivanja privremene spriječenosti za rad.

U slučaju postojanja sumnje da nadležna ljekarska komisija privremenu spriječenost za rad nije utvrdila u skladu sa članom 36 st. 2, 3, 4 i 6 ovog zakona, Fond odnosno poslodavac može Ministarstvu podnijeti zahtjev za pokretanje postupka za provjeru privremene spriječenosti za rad, u roku od 30 dana od dana utvrđivanja privremene spriječenosti za rad.

Provjera privremene spriječenosti za rad ne može se tražiti ako se osiguranik nalazi na bolničkom liječenju, osim u slučaju liječenja u dnevnoj bolnici.

Provjeru privremene spriječenosti za rad koju je utvrdio izabrani tim ili izabrani doktor vrši komisija koju obrazuje Fond, a provjeru privremene spriječenosti za rad koju je utvrdila nadležna ljekarska komisija vrši komisija koju obrazuje Ministarstvo.

Komisije iz stava 4 ovog člana čine doktori specijalisti medicine rada i doktori specijalisti odgovarajućih grana medicine, u zavisnosti od vrste bolesti ili povrede.

Provjeru privremene spriječenosti za rad komisije iz stava 4 ovog člana vrše u prisustvu osiguranika, na osnovu medicinske dokumentacije, informacija pribavljenih od zdravstvene ustanove koja je izdala medicinsku dokumentaciju, ponovnog pregleda osiguranika od strane doktora odgovarajuće specijalnosti ili konzilijuma doktora i drugih činjenica i okolnosti bitnih za provjeru privremene spriječenosti za rad.

Osiguranik je dužan da se javi na poziv komisije za provjeru privremene spriječenosti za rad, u roku koji komisija odredi.

Ako se osiguranik bez opravdanog razloga ne odazove pozivu radi provjere privremene spriječenosti za rad, obustavlja mu se isplaćivanje naknade zarade i ne pripada mu naknada sve dok se ne odazove pozivu.

Kada je postupak za provjeru privremene spriječenosti za rad pokrenut na zahtjev poslodavca, troškove za rad komisija iz stava 4 ovog člana snosi taj poslodavac.

Aktom o obrazovanju komisija iz stava 4 ovog člana određuje se bliži sastav, način rada, visina naknade za rad članova i sekretara, kao i druga pitanja od značaja za rad ovih komisija.

Član 38

Naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad dužan je da obračuna i isplati poslodavac.

Poslije isteka 60 dana privremene spriječenosti za rad, naknadu zarade obračunava i isplaćuje poslodavac, a Fond poslodavcu refundira isplaćena sredstva.

Naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog održavanja trudnoće (liječenja prijetjećeg abortusa), Fond refundira poslodavcu od prvog dana odobravanja privremene spriječenosti za rad.

Član 39

Osnov za obračun naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad je prosjek osnovne zarade, odnosno naknade zarade koju je zaposleni ostvario u posljednjih 12 mjeseci koji prethode mjesecu u kome je nastupila privremena spriječenost za rad.

Osnovna zarada se sastoji od startne zarade, koeficijenta složenosti uvećanog za svaku započetu godinu radnog staža i obračunske vrijednosti koeficijenta.

Ako nije moguće utvrditi osnov za naknadu zarade u smislu stava 1 ovog člana, kao osnov za naknadu zarade uzima se iznos zarade iz stava 2 ovog člana koju bi zaposleni ostvario da je radio.

Član 40

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad određuje se najmanje u visini od 70% od osnova za naknadu.

Visina naknade iz stava 1 ovog člana, koju obezbjeđuje poslodavac iz svojih sredstava, može se kolektivnim ugovorom, u skladu sa ovim zakonom, utvrditi u većem iznosu od iznosa iz stava 1 ovog člana.

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad usljed profesionalne bolesti i povrede na radu, osim za posljedice koje su nastupile usljed profesionalne bolesti i povrede na radu, održavanja trudnoće (liječenja prijetjećeg abortusa), kao i dobrovoljnog davanja krvi, tkiva i organa, obezbjeđuje se u visini od 100% od osnova za naknadu.

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad u visini od 100% od osnova za naknadu obezbjeđuje se osiguranom licu i zbog liječenja osnovne bolesti i stanja, i to: malignih bolesti, hemofilije, cistične fibroze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, sistemskih autoimunih bolesti, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), HIV i karantinskih bolesti i psihoze, kao i usljed njege djeteta oboljelog od malignih bolesti.

Osiguranim licima sa urođenim nedostatkom gornjih ili donjih ekstremiteta, slijepim i gluvonijemim licima naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad u visini od 100% od osnova za naknadu obezbjeđuje se bez obzira po kojem osnovu je utvrđena privremena spriječenost za rad.

Član 41

Fond refundira poslodavcu isplaćenu naknadu zarade u visini od 70% od osnova za naknadu, a najviše do iznosa koji ne može biti veći od jedne prosječne zarade zaposlenih u Crnoj Gori u prethodnoj godini, po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike.

Fond refundira poslodavcu isplaćenu naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog održavanja trudnoće (liječenja prijetjećeg abortusa), do iznosa koji ne može biti veći od dvije prosječne zarade zaposlenog u Crnoj Gori u prethodnoj godini, po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike.

Naknada iz stava 1 ovog člana ne refundira se potrošačkim jedinicama budžeta Crne Gore, budžeta lokalne samouprave, kao i potrošačkim jedinicama nad kojima te potrošačke jedinice vrše nadzor u skladu sa posebnim zakonom.

Ako osiguranik radi kod više poslodavaca istovremeno, Fond naknadu iz stava 1 ovog člana refundira poslodavcima srazmjerno vremenu provedenom na radu kod svakog poslodavca.

Član 42

Za preduzetnike i lica koja obavljaju samostalnu djelatnost kao osnovno zanimanje, osnov za obračun naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad, čini osnovica na koju se obračunavaju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje za posljednja tri mjeseca koja prethode mjesecu u kojem je nastupila privremena spriječenost za rad.

Član 43

Naknada zarade, u skladu sa ovim zakonom, pripada osiguraniku od prvog dana privremene spriječenosti za rad i za sve vrijeme trajanja te spriječenosti, ali samo za vrijeme za koje bi radio i ostvario zaradu, da nije nastupila privremena spriječenost za rad.

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad dopijeva za isplatu istekom posljednjeg dana u mjesecu, za svaki mjesec u kojem osiguraniku pripada naknada zarade, odnosno istekom posljednjeg dana privremene spriječenosti za rad.

Član 44

U slučaju dužeg trajanja privremene spriječenosti za rad prouzrokovane bolešću ili povredom, a najkasnije po isteku deset mjeseci neprekidne spriječenosti za rad, odnosno po isteku 12 mjeseci u toku kojih je bilo ukupno deset mjeseci spriječenosti za rad sa prekidima, Fond je dužan da zaposlenog sa potrebnom medicinskom dokumentacijom uputi nadležnom organu za ocjenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti, u skladu sa propisima kojima se uređuje penzijsko i invalidsko osiguranje.

Organ iz stava 1 ovog člana dužan je da izvrši ocjenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti u roku do 60 dana od dana podnošenja zahtjeva za ocjenu radne sposobnosti i za to vrijeme naknadu zarade obezbjeđuje Fond, a po isteku tog roka, naknadu zarade obezbjeđuje Fond penzijskog i invalidskog osiguranja Crne Gore.

Pravo na naknadu zarade prestaje kada rješenje o utvrđenoj invalidnosti postane pravosnažno, u skladu sa propisima kojima se uređuje penzijsko i invalidsko osiguranje.

Član 45

Osiguraniku ne pripada naknada zarade, ako:

- 1) je prouzrokovao spriječenost za rad;
- 2) za vrijeme privremene spriječenosti za rad obavlja privrednu ili drugu djelatnost, bez obzira da li ostvaruje prihod od te djelatnosti;
- 3) je sprječavao ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad;
- 4) se bez opravdanog razloga ne podvrgne liječenju, osim ako za liječenje nije potreban pristanak predviđen posebnim propisima;

5) se bez opravdanog razloga ne javi izabranom doktoru ili izabranom timu, odnosno komisiji za ocjenu sposobnosti ili se ne odazove na ljekarski, odnosno komisijski pregled u zakazano vrijeme;

6) u vrijeme korišćenja prava na privremenu spriječenost za rad promijeni mjesto boravka, osim u cilju liječenja, u skladu sa zakonom.

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

Okolnosti iz stava 1 tač. 1, 3, 4, 5 i 6 ovog člana utvrđuje izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija, u roku od deset dana od dana saznanja za te okolnosti ili od dana podnošenja zahtjeva za provjeru osnovanosti utvrđene privremene spriječenosti za rad od strane poslodavca.

Okolnosti iz stava 1 tačka 2 ovog člana utvrđuje poslodavac.

O činjenicama iz stava 3 ovog člana izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija sačinjavaju nalaz i mišljenje, koji dostavljaju poslodavcu i Fondu, a o činjenicama iz stava 4 ovog člana poslodavac sačinjava izvještaj, koji dostavlja Fondu.

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

Naknada zarade ne pripada licima koja su na izdržavanju kazne zatvora i licima kojima je izrečena mjera bezbjednosti obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi i mjera obavezno liječenje alkoholičara i narkomana.

Član 46

Bliži način ostvarivanja prava osiguranika po osnovu privremene spriječenosti za rad, kriterijume za utvrđivanje trajanja privremene spriječenosti za rad i ostvarivanje prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad iz čl. 36 do 45 ovog zakona utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

5. Pravo na naknadu troškova prevoza

Član 47

Naknada troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite obezbjeđuje se osiguranom licu, kao i pratiocu, u skladu sa ovim zakonom.

Pratilac se odobrava osiguranom licu koje je mlađe od 18 godina života, osiguranom licu koje je teže tjelesno ili psihički ometeno u razvoju ili kod kojeg je u toku života došlo do gubitka pojedinih tjelesnih ili psihičkih funkcija usljed kojih nije u mogućnosti da samostalno obavlja osnovne životne aktivnosti, osiguranom licu koje je slijepo, slabovido, gluvo, gluvonijemo, osiguranom licu sa autizmom, osiguranom licu koje je oboljelo od malignih bolesti i osiguranom licu koje ima oštećenje mišića, neuromišićne bolesti ili plegični sindrom.

Naknada troškova prevoza pripada osiguranom licu kada je od izabranog doktora ili izabranog tima, odnosno nadležne ljekarske komisije upućen u drugo mjesto van opštine prebivališta u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite ili radi ocjene privremene spriječenosti za rad.

Naknada troškova prevoza ne pripada osiguranom licu kada zdravstvenu zaštitu nije ostvarilo u najbližoj zdravstvenoj ustanovi ili kod drugog davaoca zdravstvenih usluga, u kojima je moglo da ostvari zdravstvenu zaštitu, kao ni

osiguraniku koji je zdravstvenu zaštitu ostvario u zdravstvenoj ustanovi u mjestu zaposlenja, ukoliko za vrijeme korišćenja zdravstvene zaštite nije bio privremeno spriječen za rad.

Bliži način ostvarivanja prava iz stava 1 ovog člana, uređuje se aktom Fonda, uz saglasnost Ministarstva.

III. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 48

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja može ostvariti lice koje je upisano u evidenciju nadležnog organa, u skladu sa zakonom.

Status osiguranog lica ostvaruje se samo po jednom osnovu i dokazuje se zdravstvenom knjižicom koju izdaje Fond ili ličnom kartom, na osnovu podataka koji se vode kod nadležnog organa.

Sadržaj, obrazac, način izdavanja, zamjene i ovjere, kao i važenje zdravstvene knjižice propisuje Fond.

Član 49

Osigurana lica zdravstvenu zaštitu ostvaruju u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond zaključuje ugovor, u skladu sa zakonom.

Izuzetno od stava 1 ovog člana, osigurano lice može da:

- 1) ostvari zdravstvenu uslugu kod zdravstvenih ustanova sa kojima Fond nije zaključio ugovor, ako zdravstvene ustanove i drugi davaoci zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana ne pružaju tu zdravstvenu uslugu ili je ne mogu pružiti u roku utvrđenom propisom kojim se uređuje lista čekanja za tu zdravstvenu uslugu;
- 2) kupi lijek sa osnovne liste lijekova koji se izdaje na recept u apotekama, kao i lijek koji se koristi za liječenje u zdravstvenoj ustanovi ili medicinsko-tehničko pomagalo sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala koje se propisuje na recept, ako se ne može obezbijediti kod zdravstvene ustanove i drugih davalaca zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana;
- 3) kupi medicinsko sredstvo sa Liste medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako zdravstvena ustanova iz stava 1 ovog člana to medicinsko sredstvo ne može obezbijediti.

U slučaju iz stava 2 ovog člana, osigurano lice ima pravo na naknadu troškova za ostvarenu zdravstvenu uslugu, u visini cijene koju je platilo na osnovu računa izdatog u skladu sa zakonom.

Bliži način ostvarivanja prava iz st. 1, 2 i 3 ovog člana propisuje Ministarstvo, na predlog Fonda.

Član 50

Zdravstvena ustanova obezbjeđuje blagovremenu zdravstvenu zaštitu, u zavisnosti od vrste zdravstvene usluge i hitnosti slučaja.

Za određene zdravstvene usluge iz oblasti dijagnostike i liječenja, koje nijesu hitne, mogu se sačiniti liste čekanja.

Osigurano lice se stavlja na listu čekanja iz stava 2 ovog člana samo ukoliko je zdravstvena usluga koja se pruža najbolji ili jedini način liječenja osiguranog lica, odnosno dijagnostike.

Pružanje zdravstvene zaštite vrši se po redoslijedu sa liste čekanja.

Vrste zdravstvenih usluga za koje se mogu sačiniti liste čekanja i način i postupak sačinjavanja listi čekanja, najduže vrijeme čekanja na zdravstvenu uslugu i informisanje osiguranih lica o utvrđenom redoslijedu na listi čekanja, propisuje Ministarstvo.

Član 51

Za liječenje stanja, bolesti i povreda koje se ne mogu uspješno liječiti u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori, osigurano lice se upućuje u zdravstvene ustanove van Crne Gore, ukoliko postoji mogućnost uspješnog liječenja odnosno izlječenja, u skladu sa utvrđenim obimom prava na zdravstvenu zaštitu iz člana 18 ovog zakona.

Osigurano lice iz stava 1 ovog člana i njegov pratilac imaju pravo na naknadu troškova prevoza u visini cijene koštanja odobrenog prevoznog sredstva javnog saobraćaja.

Pratilac osiguranog lica iz stava 2 ovog člana ima pravo na naknadu troškova prevoza u visini najniže cijene prevoza sredstvom javnog saobraćaja u povratku kad ne putuje sa osiguranim licem, kao i kad putuje radi prihvata osiguranog lica sa liječenja.

Ako osigurano lice umre za vrijeme ostvarivanja zdravstvene zaštite iz stava 1 ovog člana, porodica ima pravo na naknadu troškova prevoza posmrtnih ostataka.

Postupak ostvarivanja prava iz st. 1 do 4 ovog člana propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 52

O priznavanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje Fond, po pravilu, bez donošenja rješenja.

Fond donosi rješenje o pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kada je to utvrđeno ovim zakonom, opštim aktom Fonda i na zahtjev osiguranog lica.

Član 53

U postupku ostvarivanja prava utvrđenih ovim zakonom primjenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje upravni postupak, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

Član 54

U postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao organi vještačenja za medicinska pitanja, učestvuju prvostepena ljekarska komisija koju obrazuje Fond uz saglasnost Ministarstva i drugostepena ljekarska komisija koju obrazuje Ministarstvo.

Način rada, sastav i ovlašćenja komisija iz stava 1 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 55

O pravima utvrđenim ovim zakonom u prvom stepenu odlučuje Fond, a u drugom stepenu Ministarstvo.

Član 56

Pravo na refundaciju isplaćene naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad zastarijeva u skladu sa zakonom kojim se uređuje zastarjelost poreskih potraživanja.

Pravo na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite i pravo na naknadu troškova za ostvarenu zdravstvenu uslugu iz člana 49 stav 2 ovog zakona zastarijeva u roku od tri godine od dana obavljenog prevoza, odnosno od dana plaćanja troškova.

IV. FINANSIRANJE OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 57

Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje se iz:

- 1) Budžeta Crne Gore;
- 2) sredstava utvrđenih na osnovu međunarodnih konvencija;
- 3) drugih izvora, u skladu sa zakonom.

Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja koriste se za:

- 1) ostvarivanje prava osiguranih lica;
- 2) troškove sprovođenja obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 3) druge rashode, u skladu sa zakonom.

Pored sredstava iz stava 1 ovog člana, sredstva za lijekove iz člana 22 stav 1 ovog zakona, Ministarstvo može da obezbijedi i prikupljanjem novčanih sredstava od organizacije kulturnih, sportskih, muzičkih i drugih manifestacija, kao i donacija za ovu namjenu, preko posebnog bankarskog računa koji otvara organ državne uprave nadležan za poslove finansija, u skladu sa zakonom.

V. NAKNADA ŠTETE U SPROVOĐENJU OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 58

Osiguranik kome je na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja izvršena isplata na koju nije imao pravo dužan je da vrati primljeni iznos, ako je:

- 1) na osnovu netačnih podataka za koje je znao ili morao znati da su netačni ili na drugi protivpravan način ostvario neko pravo, odnosno primanje na koje nije imao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ga je ostvario u većem obimu nego što mu pripada;
- 2) ostvario neko primanje na način što nije prijavio nastale promjene koje utiču na gubitak ili obim nekog prava, a znao je ili je morao znati za te promjene;
- 3) primio novčane isplate u iznosu većem od onoga koji mu je određen rješenjem.

Rokovi zastarjelosti potraživanja iz stava 1 ovog člana počinju da teku od dana konačnosti rješenja kojim je utvrđeno da isplaćena naknada ne pripada ili pripada u manjem obimu, odnosno od dana kada je izvršena posljednja isplata po tom rješenju.

Član 59

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

Za štetu koju je Fondu, u slučajevima iz stava 1 ovog člana, prouzrokovao zaposleni na radu ili u vezi sa radom odgovara poslodavac kod koga je zaposleni radio u trenutku prouzrokovanja štete.

U slučaju iz stava 2 ovog člana, Fond ima pravo na naknadu štete i neposredno od zaposlenog, ako je štetu prouzrokovao namjerno.

U slučaju iz st. 1, 2 i 3 ovog člana, Fond ima pravo na naknadu štete i neposredno od društva za osiguranje kod koga su ova lica osigurana od odgovornosti za štetu prouzrokovanu trećim licima, u skladu sa propisima kojima se uređuje osiguranje.

Član 60

Fond ima pravo na naknadu štete od poslodavca ako su bolest, povreda ili smrt osiguranika nastali usljed toga što nijesu sprovedene mjere zaštite i zdravlja na radu ili druge mjere za zaštitu građana.

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca i kad je šteta nastala usljed toga što je zaposleni stupio na rad bez propisanog prethodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se utvrdi zdravstvenim pregledom da zaposleni prema svom zdravstvenom stanju nije bio sposoban za rad na određenom radnom mjestu.

Član 61

Fond ima pravo na naknadu štete od poslodavca ako je:

- 1) šteta nastala usljed toga što nijesu dati podaci ili što su dati netačni podaci o činjenicama od kojih zavisi sticanje ili određivanje prava;
- 2) isplata izvršena na osnovu netačnih podataka u prijavi o stupanju zaposlenog na rad ili što nije podnesena prijava o promjenama koje utiču na gubitak ili obim prava ili ako je prijava podnesena poslije propisanog roka.

Fond ima pravo na naknadu štete od osiguranika koji je dužan sam da podnosi prijave ili da daje određene podatke u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ako je šteta nastala usljed toga što prijava nije dostavljena ili nijesu dati podaci ili su dati netačni podaci.

Član 62

Fond ima pravo na naknadu štete od izabranog doktora koji nezakonito utvrdi privremenu spriječenost za rad osiguranika, ako je zbog toga Fond isplatio naknadu zarade.

Ako je šteta iz stava 1 ovog člana nastala zbog nezakonitog rada nadležne ljekarske komisije, za štetu odgovaraju članovi te komisije.

Fond ima pravo na naknadu štete od izabranog doktora, odnosno zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu djelatnost, ako je šteta nastala zbog nepravilnog liječenja osiguranog lica.

Pravo na naknadu štete iz st. 1, 2 i 3 ovog člana ima i poslodavac, koji je isplatio naknadu zarade.

Član 63

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

Član 64

Fond ima pravo da od društva za osiguranje naknadi štetu, odnosno troškove pružene zdravstvene usluge, koja je posljedica povrede osiguranog lica usljed upotrebe motornog vozila.

Član 65

Kad se utvrdi da je u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja prouzrokovana šteta, Fond poziva lice koje je tu štetu prouzrokovalo da je u roku od 30 dana nadoknadi.

Ako se u roku iz stava 1 ovog člana šteta ne nadoknadi, naknadu štete Fond ostvaruje tužbom kod nadležnog suda.

Član 66

Poslodavci, zdravstvene ustanove, društva za osiguranje, nadležni organi, kao i druga pravna lica koja, na osnovu zakona, u obavljanju redovne djelatnosti prikupljaju podatke i vode evidencije, dužni su da Fondu dostave podatke od značaja za naknadu štete, u skladu sa zakonom.

VI. FOND

1. Organizacija i način rada Fonda

Član 67

Fond je pravno lice koje vrši javna ovlašćenja u rješavanju o pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđenim ovim zakonom i statutom Fonda.

Fond obavlja sljedeće poslove:

- 1) sprovodi zdravstveno osiguranje, u skladu sa ovim zakonom;
- 2) učestvuje u sprovođenju zdravstvene politike u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem;
- 3) obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem prava osiguranih lica, prati zakonitost ostvarivanja tih prava i pruža potrebnu stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa;
- 4) vodi evidenciju o ostvarenim pravima osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 5) utvrđuje prioritete u finansiranju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zdravstvenom politikom;
- 6) zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga;

7) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;

8) obezbjeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;

9) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, usvaja nacrt godišnjeg finansijskog plana i završni račun sa izvještajem o poslovanju, u skladu sa zakonom;

10) donosi godišnji plan javnih nabavki za zdravstvene ustanove čiji je osnivač država u skladu sa planom godišnjih potreba za lijekovima, medicinskim sredstvima i opremom, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita;

11) vrši kontrolu izvršenja ugovora, cijena zdravstvenih usluga i kontrolu trošenja sredstava od strane davalaca zdravstvenih usluga sadržanih u ugovoru o pružanju zdravstvenih usluga;

12) razmatra stanje i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja;

13) donosi godišnji program rada koji sadrži podatke o ciljevima, indikatorima uspješnosti, aktivnostima koje su potrebne za realizaciju ciljeva i licima odgovornim za realizaciju;

14) najmanje jednom godišnje podnosi Vladi izvještaj o svom radu koji sadrži prikaz izvršavanja zakona i drugih propisa, podatke o realizaciji ciljeva iz programa rada, ocjenu stanja i mjera koje su preduzete za unapređenje stanja i finansijski izvještaj;

15) vrši i druge poslove u vezi sa sprovođenjem i ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, statutom i drugim aktima Fonda.

Ministarstvo i organ državne uprave nadležan za poslove finansija daju saglasnost na plan javnih nabavki iz stava 2 tačka 10 ovog člana.

Član 68

Organi Fonda su Upravni odbor i direktor.

Upravni odbor ima predsjednika i četiri člana koje imenuje i razrješava Vlada, na predlog Ministarstva.

Upravni odbor se imenuje na period od četiri godine.

Predsjednik i jedan član Upravnog odbora su predstavnici Ministarstva, a po jednog člana predlažu:

- 1) organ državne uprave nadležan za poslove finansija;
- 2) komore zdravstvenih radnika koje su osnovane u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita;
- 3) Fond iz reda zaposlenih.

Člana Upravnog odbora komore zdravstvenih radnika komore predlažu primjenom principa rotacije, u skladu sa njihovim posebnim sporazumom.

Član 69

Upravni odbor:

- 1) donosi godišnji program rada i finansijski plan;
- 2) donosi statut i opšte akte Fonda;
- 3) podnosi izvještaj o radu i finansijski izvještaj;
- 4) donosi godišnji program zdravstvene zaštite;
- 5) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;
- 6) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i Ministarstvu predlaže mjere za efikasno funkcionisanje i razvoj zdravstvenog osiguranja;
- 7) imenuje i razrješava direktora Fonda;
- 8) vrši i druge poslove, u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Član 70

Radom Fonda rukovodi direktor.

Za direktora Fonda može da bude imenovano lice koje ima VII1 nivo kvalifikacije obrazovanja i najmanje pet godina radnog iskustva na poslovima rukovođenja ili devet godina radnog iskustva na drugim poslovima.

Direktora Fonda imenuje Upravni odbor, na pet godina, na osnovu javnog konkursa, u skladu sa propisima kojima se uređuju prava, obaveze i odgovornosti državnih službenika i namještenika.

Član 71

Direktor Fonda:

- 1) predstavlja, rukovodi i organizuje rad u Fondu;
- 2) odgovara za zakonitost i kvalitet rada Fonda;
- 3) predlaže Upravnom odboru statut i opšte akte, program rada i finansijski plan, izvještaj o radu i finansijski izvještaj, kao i druge odluke;
- 4) izvršava odluke Upravnog odbora;
- 5) upravlja ljudskim i finansijskim resursima;
- 6) stara se o obezbjeđivanju javnosti rada Fonda;
- 7) utvrđuje unutrašnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta;
- 8) vrši i druge poslove, u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Član 72

Stručne, administrativne, pravne, ekonomske i druge poslove Fonda vrši stručna služba Fonda.

Stručna služba iz stava 1 ovog člana organizuje se u skladu sa statutom Fonda, na način koji obezbjeđuje efikasno obavljanje djelatnosti Fonda i ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 73

Statutom Fonda uređuje se: organizacija i način rada Fonda, način rada i odlučivanja organa upravljanja i direktora, javnost rada Fonda i njegovih organa, način obavljanja administrativno-stručnih i drugih poslova, kao i druga pitanja od značaja za rad Fonda.

Na statut Fonda saglasnost daje Vlada.

Statut i drugi opšti akti Fonda kojima se uređuju prava i obaveze osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja objavljuju se u "Službenom listu Crne Gore".

Član 74

Nadzor nad zakonitošću i cjelishodnošću rada Fonda vrši Ministarstvo, u skladu sa zakonom kojim se uređuje državna uprava.

2. Odnos Fonda i davalaca zdravstvenih usluga

Član 75

Za pružanje zdravstvene zaštite iz člana 14 ovog zakona, Fond neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima zdravstvenih usluga iz mreže zdravstvenih ustanova (u daljem tekstu: Zdravstvena mreža), u skladu sa zakonom.

Za zdravstvene usluge koje ne mogu da se obezbijede u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga koji su u Zdravstvenoj mreži, Fond može da zaključi ugovore i sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima zdravstvenih usluga van Zdravstvene mreže.

Fond, uz saglasnost Ministarstva, utvrđuje zdravstvene usluge za koje je neophodno zaključivanje ugovora iz stava 2 ovog člana, na osnovu:

- 1) ukupnog broja građana i osiguranih lica;
- 2) demografskih karakteristika gravitacionog područja i zdravstvenog stanja građana i osiguranih lica sa tog područja;
- 3) strukture davalaca zdravstvenih usluga po nivoima zdravstvene zaštite;
- 4) broja i vrste pruženih zdravstvenih usluga;
- 5) dužine čekanja na zdravstvenu uslugu;
- 6) cijena zdravstvenih usluga i programa zdravstvene zaštite;
- 7) drugih pokazatelja.

Za obezbjeđivanje zdravstvenih usluga za koje je neophodno zaključivanje ugovora iz stava 2 ovog člana, Fond upućuje javni poziv davaocima zdravstvenih usluga.

Bliže uslove, način izbora i broj zdravstvenih ustanova i drugih davalaca zdravstvenih usluga za zaključivanje ugovora iz stava 2 ovog člana, obračun i rokove plaćanja zdravstvenih usluga, kao i druga pitanja od značaja za zaključivanje ugovora propisuje Ministarstvo, na predlog Fonda.

Član 76

Odluku o upućivanju javnog poziva iz člana 75 stav 4 ovog zakona donosi Upravni odbor.

Za procjenu ispunjenosti uslova za zaključivanje ugovora iz člana 75 stav 1 ovog zakona, Upravni odbor imenuje komisiju.

Na osnovu izvještaja komisije iz stava 2 ovog člana, direktor sačinjava predlog odluke o izboru davalaca zdravstvenih usluga i dostavlja ga Upravnom odboru na usvajanje.

Na osnovu odluke Upravnog odbora direktor zaključuje ugovor sa davaocima zdravstvenih usluga najkasnije do 31. marta tekuće godine.

Član 77

Za zdravstvene usluge koje ne mogu da obezbijede davaoci zdravstvenih usluga u Crnoj Gori sa kojima Fond ima zaključene ugovore, Fond neposredno zaključuje ugovor sa zdravstvenom ustanovom van Crne Gore, uz saglasnost Ministarstva.

Član 78

Sa zdravstvenim ustanovama iz Zdravstvene mreže, čiji je osnivač država, ugovori se zaključuju na period od pet godina, a sa drugim davaocima zdravstvenih usluga iz Zdravstvene mreže i davaocima zdravstvenih usluga koji su van Zdravstvene mreže, ugovori se zaključuju na period od dvije godine.

Ugovori iz stava 1 ovog člana usklađuju se za svaku godinu, prema planiranim sredstvima u budžetu Fonda, po pravilu, do 31. marta tekuće godine.

Član 79

Ugovorima koji se zaključuju između Fonda i davalaca zdravstvenih usluga, uređuju se: vrsta, obim, mjere za obezbjeđivanje i praćenje kvaliteta zdravstvene zaštite, kadar za pružanje zdravstvenih usluga, cijene koje Fond plaća za pružene zdravstvene usluge, način obračuna i plaćanja, kontrola i odgovornost za izvršavanje obaveza iz ugovora, rok za sprovođenje preuzetih obaveza, način rješavanja spornih pitanja, raskid ugovora, kao i druga međusobna prava i obaveze ugovornih strana.

Član 80

Fond vrši kontrolu izvršenja ugovora zaključenih sa davaocima zdravstvenih usluga.

Kontrolu iz stava 1 ovog člana vrše lica koja ovlasti direktor Fonda.

Bliži način i postupak kontrole iz stava 1 ovog člana, kao i mjere koje se mogu preduzeti u postupku kontrole uređuju se aktom Fonda, uz saglasnost Ministarstva.

Član 81

Za rješavanje sporova između Fonda i davalaca zdravstvenih usluga u vezi sa sprovođenjem ugovora o pružanju zdravstvenih usluga može se osnovati arbitraža.

Svaka strana u sporu može zahtijevati osnivanje arbitraže u roku od sedam dana od dana nastanka spora.

Arbitraža se osniva sporazumom između strana u sporu.

Arbitraža ima pet članova i sastavljena je od dva predstavnika Fonda, jednog predstavnika davaoca zdravstvenih usluga, jednog predstavnika komora zdravstvenih radnika koje su osnovane u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i jednog predstavnika Ministarstva.

Predstavnika komora iz stava 4 ovog člana komore predlažu primjenom principa rotacije, u skladu sa njihovim posebnim sporazumom.

Postupak pred arbitražom je hitan, a odluka se donosi u roku od 30 dana od dana osnivanja arbitraže, većinom glasova članova arbitraže.

Dok traje postupak pred arbitražom rokovi za pokretanje sudskog postupka miruju.

Odluka arbitraže je obavezujuća za strane u sporu.

Strana u sporu nezadovoljna odlukom arbitraže može pokrenuti sudski postupak, koji ne zadržava izvršenje odluke.

VII. NADZOR

Član 82

Nadzor nad sprovođenjem ovog zakona i propisa donijetih na osnovu ovog zakona vrši Ministarstvo.

Poslove inspekcijskog nadzora vrše zdravstveni inspektori, u skladu sa zakonom.

VIII. KAZNENE ODREDBE

Član 83

Novčanom kaznom u iznosu od 1.000 eura do 20.000 eura kazniće se za prekršaj pravno lice, ako:

1) osiguranom licu ne izda dokaz o izvršenom plaćanju participacije koji, pored podataka propisanih zakonom kojim se uređuje porez na dodatu vrijednost, sadrži i punu cijenu zdravstvene usluge, iznos participacije iskazan u procentu u odnosu na cijenu zdravstvene usluge i nominalni iznos participacije iskazan u eurima (član 16 stav 1); i

2) izabrani tim ili izabrani doktor ili nadležna ljekarska komisija utvrdi privremenu spriječenost za rad na način koji nije u skladu sa članom 36 st. 2, 3, 4 i 6 ovog zakona.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana, kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom u iznosu od 500 eura do 2.000 eura.

Za prekršaj iz stava 1 tačka 2 ovog člana, kazniće se i fizičko lice novčanom kaznom u iznosu od 500 eura do 2.000 eura.

Član 84

Novčanom kaznom u iznosu od 500 eura do 20.000 eura kazniće se za prekršaj pravno lice, ako ne obračuna i ne isplati naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad (član 38 stav 1).

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana, kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom u iznosu od 500 eura do 2.000 eura.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i preduzetnik novčanom kaznom u iznosu od 300 eura do 6.000 eura.

IX. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 85

Propisi za sprovođenje ovog zakona donijeće se u roku od godinu dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do donošenja propisa iz stava 1 ovog člana primjenjivaće se podzakonski akti donijeti na osnovu Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Službeni list

CG“, br. 6/16, 2/17, 22/17,13/18 i 67/19), ukoliko nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 86

Fond je dužan da uskladi svoja opšta akta sa ovim zakonom u roku od tri mjeseca od dana početka primjene ovog zakona.

Član 87

Imenovanje članova Upravnog odbora Fonda u skladu sa ovim zakonom izvršiće se u roku od tri mjeseca od dana početka primjene ovog zakona.

Danom imenovanja članova Upravnog odbora u skladu sa stavom 1 ovog člana prestaje sa radom dosadašnji Upravni odbor.

Član 88

Direktor Fonda imenovan u skladu sa Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Službeni list CG“, br. 6/16, 2/17, 22/17,13/18 i 67/19) nastavlja sa radom do isteka vremena na koje je imenovan.

Član 89

Postupci ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji su započeti prije početka primjene ovog zakona okončaće se prema propisima po kojima su započeti.

Član 90

Odredbe čl. 28 do 35 ovog zakona primjenjivaće se od dana pristupanja Crne Gore Evropskoj uniji.

Član 91

Danom početka primjene ovog zakona prestaje da važi Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju („Službeni list CG“, br. 6/16, 2/17, 22/17,13/18 i 67/19).

Član 92

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Crne Gore", a primjenjivaće se od 1. januara 2022. godine.

OBRAZLOŽENJE

I. USTAVNI OSNOV ZA DONOŠENJE ZAKONA

Ustavni osnov za donošenje Zakona o zdravstvenoj zaštiti sadržan je u članu 16 stav 1 tačka 5 Ustava Crne Gore kojim je propisano da se zakonom u skladu sa Ustavom uređuju pitanja od interesa za Crnu Goru.

II. RAZLOZI ZA DONOŠENJE ZAKONA

Osnovni razlog za donošenje ovog zakona je njegovo usklađivanje sa zakonom kojim se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje, koji je u postupku pripreme, a čiji predlagač je Ministarstvo finansija i socijalnog staranja. U skladu sa predloženim rješenjem ukidaju se doprinosi za zdravstveno osiguranje na teret poslodavca i na teret zaposlenog. U navedenom smislu, moralo se pristupiti usklađivanju sa ovim zakonskim rješenjima u odnosu na dio koji je uređen Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju, a odnosi se na osiguranike i finansiranje zdravstvenog osiguranja.

U Predlog ovog zakona inkorporiran je i Predlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranje, koji se nalazi u skupštinskoj procedi usvajanja.

Zbog obima izmjena i dopuna u osnovnom tekstu Zakona, u skladu sa pravno-tehničkim pravilima, pristupilo se pripremi novog Predloga zakona.

III. USAGLAŠENOST SA EVROPSKIM ZAKONODAVSTVOM

Ne postoje sekundarni izvora prava Evropske unije sa kojim bi se predlog ovog zakona mogao uporediti i vršiti njegovo usklađivanje.

IV. OBJAŠNJENJE OSNOVNIH PRAVNIH INSTITUTA

Imajući u vidu da se pristupilo pripremi predloga novog zakona, ističemo da su koncept i struktura Predloga zakona isti kao i važećeg Zakona. Sastoji se od osam poglavlja koja se odnose na osnovne odredbe; prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, sa potpoglavljima kojima se bliže uređuju pravo na zdravstvenu zaštitu, zdravstvena zaštitu osiguranih lica u inostranstvu, prekogranična zdravstvena zaštita, pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad, Pravo na naknadu troškova prevoza, kao i poglavlja koja se odnose na ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, sa naknadom štete u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja; Fond, kojim se uređuje organizacija i način rada Fonda i odnos Fonda i davalaca

zdravstvenih usluga. Nadalje, Predlog sadrži poglavlja kojima se uređuju nadzor, kaznene odredbe i prelazne i završne odredbe.

Izmjena načina finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja i ukidanje doprinosa za zdravstveno osiguranje proizvodi određene izmjene u odnosu na osigurana lica, njihov status i prijavljivanje nadležnom organu radi registracije, a prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja propisana važećim zakonom ostaju nepromijenjena i ostvarivaće se u istom obimu.

Naime, važećim Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju, ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranje bilo je uslovljeno prijavom kod nadležnog poreskog organa, odnosno Fonda i plaćenim doprinosom za zdravstveno osiguranje. Međutim, izmijenjenim sistemom finansiranja, umjesto dosadašnjeg finansiranja plaćanjem doprinosa zaposlenih sa jedne i besplatne zdravstvene zaštite sa druge strane, kroz finansiranje iz opštih prihoda budžeta, preuzima država. Bez obzira na promijenjeni način finansiranja zdravstvenog osiguranja, zadržava se isti obim prava, u skladu sa važećim Zakonom.

Iz navedenih razloga, Predlogom ovog zakona izmijenjene su odredbe kojim su uređeni osiguranici, odnosno osnovi osiguranja, kao i finansiranje zdravstvenog osiguranja.

Navedene izmjene dovele su i do izmjene sastava Upravnog odbora Fonda, gdje je prestala potreba za članstvom predstavnika reprezentativnih sindikata i udruženja poslodavaca.

Nadalje, važećim Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju odobravanje primjene lijeka van osnovne i doplatne liste lijekova nije uređeno, a u praksi postoji značajan broj slučajeva kojima je potrebno odobriti ove lijekove. Iz navedenog razloga propisuje se mogućnost odobravanja ovih lijekova od strane Ministarstva zdravlja, ukoliko je to medicinski opravdano, za liječenje rijetkih bolesti i nastavak terapije propisane tokom liječenja osiguranog lica u inostranstvu upućenog na liječenje, u skladu sa propisanom procedurom. Za razmatranje predloga i medicinske dokumentacije, Ministarstvo obrazuje posebnu komisiju koju čine predstavnici Ministarstva i Fonda, doktori medicine različitih specijalnosti u skladu sa medicinskim indikacijama, kao i diplomirani farmaceuti, odnosno doktori farmacije.

Kako su u pitanju skupi lijekovi, za odobravanje ovog lijeka propisana je posebna procedura odobravanja. U navedenom smislu, odobravanje lijeka vrši se na predlog konzilijuma doktora odgovarajućih specijalnosti Kliničkog centra Crne Gore ili Specijalne bolnice za plućne bolesti „Dr Jovan Bulajić“ i na osnovu mišljenja konzilijuma Kliničkog Centra Crne Gore za odobravanje lijekova i medicinske dokumentacije, u skladu sa raspoloživim sredstvima. Iz istih razloga potrebno je propisati i dodatni izvor finansiranja, prikupljanjem novčanih sredstava od organizacije kulturnih, sportskih, muzičkih i drugih manifestacija, kao i donacija za ovu namjenu, preko posebnog bankovnog računa koji otvara organ državne uprave nadležan za poslove finansija.

Pojedine odredbe važećeg zakona su dodatno precizirane i dopunjene, posebno pravo na stomatološku zdravstvenu zaštitu, gdje je precizirano u kojim slučajevima se obezbjeđuje ova zaštita na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, i to za posebne bolesti i stanja.

Predlogom ovog zakona riješeno je i pitanje starosne granice od 65 godina koje se vezuje za populacionu grupu starih, koja je i globalno (osim u nekim manje razvijenim djelovima svijeta) definisana uzrastom od 65 godina starosti, a demografski i zdravstveni indikatori se i dalje vezuju za učešće lica starijih od 65 godina i to se u ključnim međunarodnim dokumentima, politikama i strategijama SZO-a nije mijenjalo. Takođe, vezano za starosne kategorije u okviru socijalne i zdravstvene zaštite, razdvajaju se šire dobne grupe na stanovništvo do 19 godina, zatim 19-64 i stariji od 65 godina, pa je iz tog razloga, Predlogom ovog zakona smanjena starosna granica sa 67 na 65 godina u ostvarivanju prava koja se odnose na staru populaciju, bez obzira na ostvarivanje prava na penziju.

Privremena spriječenost za rad zaposlenih, kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja je pravo koje se u praksi najčešće zloupotrebljava. U cilju sprječavanja zloupotrebe ovog prava, predložena je mogućnost da, u slučaju sumnje, Fond i poslodavac mogu da podnesu zahtjev za provjeru privremene spriječenosti za rad. U ovom slučaju, provjeru privremene spriječenosti za rad koju je utvrdio izabrani tim ili izabrani doktor vrši komisija koju obrazuje Fond, a provjeru privremene spriječenosti za rad koju je utvrdila nadležna ljekarska komisija vrši komisija koju obrazuje Ministarstvo. Ovu komisiju čine doktor specijalista medicine rada i specijalisti odgovarajućih grana medicine, u zavisnosti od vrste bolesti ili povrede. Troškove za rad komisije snosi podnosilac zahtjeva za provjeru privremene spriječenosti za rad. U cilju racionalizacije trošenja sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i discipline u ostvarivanju prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad, propisano je da naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad dospijeva za isplatu istekom posljednjeg dana u mjesecu, za svaki mjesec u kojem pripada naknada zarade, odnosno istekom posljednjeg dana privremene spriječenosti za rad. Takođe, propisano je da pravo na refundaciju zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad zastarijeva u roku od tri godine od isplate naknade zarade za mjesec na koji se naknada odnosi, a naknada troškova prevoza, odnosno plaćene zdravstvene usluge, u roku od tri godine od dana obavljenog prevoza, odnosno plaćene zdravstvene usluge, kupovine lijeka ili medicinsko-tehničkog pomagala i medicinskog sredstva.

Zdravstvenu zaštitu osigurana lica ostvaruju u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond ima zaključen ugovor, osim ako ovi davaoci ne pružaju određenu zdravstvenu uslugu ili je ne mogu pružiti, u roku utvrđenom propisanom kojim se uređuju liste čekanja na zdravstvenu uslugu. Takođe, osigurana lica mogu da kupe lijek sa osnovne liste lijekova koji se izdaje na recept u apotekama sa kojim a Fond nije zaključio ugovor, kao i lijek koji se koristi za liječenje u zdravstvenoj ustanovi ili medicinsko-tehničko pomagalo sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala koje se propisuje na recept, ako se ne može obezbijediti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojima je ugovor zaključen, kao i medicinsko sredstvo sa Liste medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako ovaj davalac zdravstvene usluge to medicinsko sredstvo nije mogao obezbijediti. U ovom slučaju, osigurano lice ima pravo na naknadu troškova za ostvarenu zdravstvenu zaštitu, odnosno lijek, medicinsko-tehničko pomagalo sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala ili medicinsko sredstvo u visini cijene koju je platilo, na osnovu računa izdatog u skladu sa zakonom. Ovo je pravedno zakonsko rješenje jer osigurano lice ne može da trpi štetne posljedice nemogućnosti da mu se

blagovremeno obezbijedi zdravstvena usluga, odnosno lijek ili medicinsko sredstvo od strane davalaca zdravstvenih usluga sa kojima je Fond zaključio ugovor.

Stupanje na snagu ovog zakona osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Crne Gore", sa početkom primjene od 1. januara 2022. godine, uslovljeno je početkom primjene novog načina budžetskog finansiranja zdravstvenog osiguranja i početka primjene zakona kojim se uređuju doprinosi za socijalno osiguranje.

Predlogom ovog zakona izvršeno je usklađivanje sa Zakonom o državnoj upravi („Službeni list CG“, broj 78/18), Zakonom o životnom partnerstvu lica istog pola („Službeni list CG“, broj 67/20) i Zakonom o ličnoj karti („Službeni list CG“, br. 12/07, 73/10, 28/11, 50/12, 10/14 i 18/19), kao i Zakonom o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti ("Službeni list CG", br. 12/18, 64/20 i 59/21).

V. PROCJENA FINANSIJSKIH SREDSTAVA ZA SPROVOĐENJE ZAKONA

Za implementaciju ovog zakona obezbijedena su potrebna finansijska sredstva u Budžetu Crne Gore za 2021. godinu, a planiranje finansijskih sredstava vršiće se za svaku kalendarsku godinu.

VI. RAZLOZI ZA DONOŠENJE ZAKONA PO HITNOM POSTUPKU

Ovaj zakon je neophodno donijeti po hitnom postupku, saglasno članu 151 Poslovnika Skupštine Crne Gore, imajući u vidu da je dio seta zakona koji se odnose na Projekat „Evropa sad“, a neophodan je uslov za donošenje Zakona o budžetu za 2022. godinu, imajući u vidu da će se finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u cjelosti vršiti iz budžeta.

Nedonošenje ovog zakona po hitnom postupku izazvaće štetne posljedice po ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja građana.



Crna Gora
Kabinet predsjednika Vlade
Kancelarija za evropske integracije

Adresa: Bulevar revolucije 15
81 000 Podgorica, Crna Gora
tel: +382 20 481 301
fax: +382 20 481 301
www.kei.gov.me

Pisarnica Ministarstvo zdravlja

Primljeno: 9.11.2021.				
Org. jed.	Jed. klas. znak	Redni broj	Prilog	Vrijednost
5-040/20		4173	6	9. novembar 2021.

Br: 01-004-907/21-2438/2

Za: MINISTARSTVO ZDRAVLJA
ministarki Jeleni Borovinić Bojović

Veza: Dopis br: 5-040/20-4173/4

Predmet: Mišljenje o usklađenosti Predloga zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju s pravnom tekovinom EU

Poštovana,

Dopisom broj 5-040/20-4173/4 od 8. novembra 2021. godine tražili ste mišljenje o usklađenosti Predloga zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju s pravnom tekovinom Evropske unije.

Nakon upoznavanja sa sadržinom predloga propisa, a u skladu sa nadležnostima definisanim članom 40 stav 1 alineja 2 Poslovnika Vlade Crne Gore („Sl. list CG“, br. 3/12, 31/15, 48/17 i 62/18) Kancelarija za evropske integracije je saglasna sa navodima u obrascu usklađenosti predloga propisa s pravnom tekovinom Evropske unije.

S poštovanjem,

GLAVNA PREGOVARAČICA

Zorka Kordić
Zorka Kordić

Prilog:



- Izjava i tabela usklađenosti Predloga zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju s pravnom tekovinom EU

Dostavljeno:

- Ministarstvu zdravlja;
- a/a

**IZJAVA O USKLAĐENOSTI NACRTA/PREDLOGA PROPISA CRNE GORE S PRAVNOM
TEKOVINOM EVROPSKE UNIJE**

Identifikacioni broj izjave		MZ-IU/PZ/21/09
1. Naziv nacrt/predloga propisa		
- na crnogorskom jeziku	Predlog zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju	
- na engleskom jeziku	Proposal for the Law on Mandatory Health Insurance	
2. Podaci o obrađivaču propisa		
a) Organ državne uprave koji priprema propis		
Organ državne uprave	Ministarstvo zdravlja	
- Sektor/odsjek	Direktorat za normativnu djelatnost i harmonizaciju propisa	
- odgovorno lice (ime, prezime, telefon, e-mail)	Veljo Čađenović telefon 020/482-133, e-mail: veljo.cadjenovic@mzd.gov.me	
- kontakt osoba (ime, prezime, telefon, e-mail)	Slavojka Šuković telefon 482-329 e-mail: slavojka.sukovic@mzd.gov.me	
b) Pravno lice s javnim ovlaštenjem za pripremu i sprovođenje propisa		
- Naziv pravnog lica	/	
- odgovorno lice (ime, prezime, telefon, e-mail)	/	
- kontakt osoba (ime, prezime, telefon, e-mail)	/	
3. Organi državne uprave koji primjenjuju/sprovode propis		
- Organ državne uprave	Ministarstvo zdravlja	
4. Usklađenost nacrt/predloga propisa s odredbama Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju između Evropske unije i njenih država članica, s jedne strane i Crne Gore, s druge strane (SSP)		
a) Odredbe SSPa s kojima se usklađuje propis:		
Sporazum ne sadrži odredbu koja se odnosi na normativni sadržaj predloga propisa.		
b) Stepen ispunjenosti obaveza koje proizilaze iz navedenih odredbi SSPa		
<input type="checkbox"/>	ispunjava u potpunosti	
<input type="checkbox"/>	djelimično ispunjava	
<input type="checkbox"/>	ne ispunjava	
c) Razlozi za djelimično ispunjenje, odnosno neispunjenje obaveza koje proizilaze iz navedenih odredbi SSPa		
5. Veza nacrt/predloga propisa s Programom pristupanja Crne Gore Evropskoj uniji (PPCG)		
- PPCG za period	2021-2023	
- Poglavlje, potpoglavlje	/	
- Rok za donošenje propisa	/	
- Napomena	Donošenje Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju nije predviđeno Programom pristupanja Crne Gore Evropskoj uniji.	
6. Usklađenost nacrt/predloga propisa s pravnom tekovinom Evropske unije		
a) Usklađenost s primarnim izvorima prava Evropske unije		
UFEU, Dio III, Politike i unutrašnje mjere Unije, Glava XIV, Zdravstvo, član 168 stav 1 / TFEU, Part Three, Policies and Internal actions, Title XIV, Public Health, Article 168 paragraph 1		
Potpuno usklađeno / Fully harmonized		
b) Usklađenost sa sekundarnim izvorima prava Evropske unije		

32011L0024	
Direktiva 2011/24/EU Evropskog parlamenta i Savjeta od 9. marta 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti / Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare, OJ L 88, 4.4.2011.	
Djelimično usklađeno/Partly harmonized	
c) Usklađenost s ostalim izvorima prava Evropske unije	
Ne postoji izvor prava EU ove vrste s kojim bi se predlog propisa mogao uporediti radi dobijanja stepena njegove usklađenosti.	
6.1. Razlozi za djelimičnu usklađenost ili neusklađenost nacrta/predloga propisa Crne Gore s pravnom tekovinom Evropske unije i rok u kojem je predviđeno postizanje potpune usklađenosti	
Potpuna usklađenost sa direktivom 32011L0024 će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite, Pravilnika o priznavanju medicinskih recepata izdatih u drugoj državi, kao i Pravilnika o vrstama informacija, načinu njihovog pružanja i načinu razmjene informacija sa drugim državama. Rok za donošenje navedenih podzakonskih akata je II kvartal 2023. godine.	
7. Ukoliko ne postoje odgovarajući propisi Evropske unije s kojima je potrebno obezbijediti usklađenost konstatovati tu činjenicu	
/	
8. Navesti pravne akte Savjeta Evrope i ostale izvore međunarodnog prava korišćene pri izradi nacrta/predloga propisa	
Ne postoje izvori međunarodnog prava s kojima je potrebno uskladiti predlog propisa.	/
9. Navesti da li su navedeni izvori prava Evropske unije, Savjeta Evrope i ostali izvori međunarodnog prava prevedeni na crnogorski jezik (prevode dostaviti u prilogu)	
Navedeni izvor prava EU preveden je na crnogorski jezik.	
10. Navesti da li je nacrt/predlog propisa iz tačke 1 Izjave o usklađenosti preveden na engleski jezik (prevod dostaviti u prilogu)	
Predlog zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju nije preveden na engleski jezik.	
11. Učešće konsultanata u izradi nacrta/predloga propisa i njihovo mišljenje o usklađenosti	
U izradi Predloga zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju nije bilo učešća konsultanata.	
Potpis / ovlašteno lice obrađivača propisa .	Potpis / glavna pregovaračica
 Datum: 2021. godiše	 Datum: 2021. godiše

Prilog obrasca:

1. Prevodi propisa Evropske unije
2. Prevod nacrta/predloga propisa na engleskom jeziku (ukoliko postoji)

TABELA USKLAĐENOSTI

Identifikacioni broj (IB) predloga/predloga propisa		1.1. Identifikacioni broj izjave o usklađenosti i datum utvrđivanja predloga/predloga propisa na Vladi		
MZ/TU/PZ/21/09		MZ/IU/PZ/21/09		
2. Naziv izvora prava Evropske unije i CELEX oznaka				
Direktiva 2011/24/EU Evropskog parlamenta i Savjeta od 9. marta 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti - 32011L0024				
3. Naziv nacrt/predloga propisa Crne Gore				
Na crnogorskom jeziku		Na engleskom jeziku		
Predlog zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju		Proposal for the Law on Mandatory Health Insurance		
a)	b)	c)	d)	e)
Odredba i tekst odredbe izvora prava Evropske unije (član, stav, tačka)	Odredba i tekst odredbe predloga/predloga propisa Crne Gore (član, stav, tačka)	Usklađenost odredbe predloga/predloga propisa Crne Gore s odredbom izvora prava Evropske unije	Razlog za djelimičnu usklađenost ili neusklađenost	Rok za postizanje potpune usklađenosti
Direktiva 2011/24/EU				
<p align="center">Član 1</p> <p align="center">Predmet i područje primjene</p> <p>1. Ovom direktivom utvrđuju se pravila za pojednostavljivanje pristupa sigurnoj i visokokvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti i promoviše saradnja u oblasti zdravstvene zaštite između država članica, uz potpuno poštovanje nacionalnih nadležnosti za organizaciju i pružanje zdravstvene zaštite. Ovom direktivom se, takođe, ima za cilj da se pojasni njen odnos prema postojećem okviru za usklađivanje sistema socijalne zaštite, Regulativi (EZ) br. 883/2004, radi primjene prava pacijenata.</p>	<p align="center">Član 28</p> <p>Osigurano lice ima pravo da, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, koristi zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama Evropske unije i trećim državama.</p> <p align="center">Član 29</p> <p>Prekogranična zdravstvena zaštita se ostvaruje u skladu sa načelima univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti, u skladu sa ovim zakonom, zakonom države liječenja, kao i standardima</p>	Djelimično usklađeno	Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene	II kvartal 2023. godine

<p>2. Ova direktiva se primjenjuje na pružanje zdravstvene zaštite pacijentima, bez obzira na to kako je organizovana, kako se pruža i finansira.</p> <p>3. Ova direktiva se ne primjenjuje na:</p> <p>(a) usluge u oblasti dugoročne njege čija je svrha da se pomogne ljudima kojima je pomoć potrebna pri obavljanju rutinskih, svakodnevnih poslova;</p> <p>(b) dodjelu organa i njihovu dostupnost u svrhu transplantacije organa;</p> <p>(c) sa izuzetkom Poglavlja IV, programe javnog vakcinisanja protiv infektivnih bolesti koji za cilj isključivo imaju zaštitu zdravlja stanovništva na teritoriji države članice, a podliježu posebnim mjerama planiranja i primjene.</p> <p>4. Ova direktiva ne utiče na zakone i druge propise u državama članicama koji se odnose na organizaciju i finansiranje zdravstvene zaštite u situacijama koje se ne tiču prekogranične zdravstvene zaštite. Konkretno, ni jedna odredba ove direktive ne obavezuje državu članicu da nadoknadi troškove zdravstvene zaštite koju su pružili pružaoci zdravstvene zaštite koji posluju na njenoj teritoriji ako ti pružaoci nijesu dio sistema socijalne zaštite ili javnog zdravstvenog sistema te države članice.</p>	<p>i smjernicama o kvalitetu i bezbjednosti koje je utvrdila država liječenja, u skladu sa standardima Evropske unije.</p> <p>Pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu osigurana lica ostvaruju u obimu prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.</p> <p>Zdravstvena zaštita iz stava 1 ovog člana podrazumijeva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - planiranu zdravstvenu zaštitu za koju je potrebno prethodno odobrenje Fonda; - planiranu specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno prethodno odobrenje Fonda; - hitnu medicinsku pomoć, u skladu sa zakonom; i - pravo na priznavanje recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi. <p>Postupak, uslove i način priznavanja recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi propisuje Ministarstvo.</p> <p style="text-align: center;">Član 30</p> <p>Planirana zdravstvena zaštita iz člana 29 stav 3 alineja 1 ovog zakona, podrazumijeva zdravstvenu zaštitu koju osiguranik ostvaruje pod uslovom da je smješten u bolničku zdravstvenu ustanovu najmanje jednu noć ili da je prilikom pružanja zdravstvene zaštite upotrijebljena visokospecijalizovana i skupa medicinska oprema.</p> <p>Prethodno odobrenje Fonda je potrebno za korišćenje prekogranične zdravstvene zaštite koja se sastoji od postupaka liječenja koji predstavljaju poseban rizik za osiguranika ili koju pruža davalac zdravstvene usluge koju bi, u zavisnosti od pojedinog slučaja, mogla da predstavlja poseban rizik u vezi sa kvalitetom ili bezbjednošću, osim zdravstvene zaštite koja podliježe propisima Evropske unije kojim se obezbjeđuje minimalan rizik kvaliteta i bezbjednosti.</p> <p style="text-align: center;">Član 31</p>	zaštite	
---	---	---------	--

	<p>Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se zdravstvena zaštita može pružiti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojim Fond ima zaključen ugovor, u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir zdravstveno stanje i očekivani tok bolesti; - se osigurano lice, prema kliničkoj procjeni, nedvosmisleno izlaže riziku koji se ne može smatrati prihvatljivim, u odnosu na moguću dobrobit zdravstvene zaštite; - postoji rizik za bezbjednost osiguranog lica. <p>Način i uslove ostvarivanja zdravstvene zaštite, kao i vrstu zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana, propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.</p>			
<p style="text-align: center;">Član 2</p> <p>Odnos prema drugim odredbama Unije</p> <p>1. Ova direktiva se primjenjuje ne dovodeći u pitanje:</p> <p>(a) Direktivu Savjeta 89/105/EEZ od 21. decembra 1988. o transparentnosti mjera kojima se uređuje određivanje cijena medicinskih proizvoda za ljudsku upotrebu i njihovo uvođenje u nacionalne sisteme zdravstvenog osiguranja;</p> <p>(b) Direktivu Savjeta 90/385/EEZ od 20. juna 1990. godine o usklađivanju zakonodavstava država članica o aktivnim medicinskim implantatima, Direktivu Savjeta 93/42/EEZ od 14. juna 1993. o medicinskim sredstvima i Direktivu 98/79/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 27. oktobra 1998. o in vitro dijagnostičkim medicinskim sredstvima;</p> <p>(c) Direktivu 95/46/EZ i Direktivu 2002/58/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 12. jula 2002. godine o obradi ličnih podataka i zaštiti privatnosti u oblasti elektronskih komunikacija;</p> <p>(d) Direktivu 96/71/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 16. decembra 1996. o upućivanju radnika u okviru pružanja usluga;</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

<p>(e) Direktivu 2000/31/EZ;</p> <p>(f) Direktivu Savjeta 2000/43/EZ od 29. juna 2000. godine o sprovođenju načela jednakog postupanja prema licima bez obzira na njihovo rasno ili etničko porijeklo;</p> <p>(g) Direktivu 2001/20/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 4. aprila 2001. godine o usklađivanju zakonodavstava, drugih propisa i upravnih odredaba država članica koji se odnose na primjenu dobre kliničke prakse prilikom vršenja kliničkih ispitivanja medicinskih proizvoda za ljudsku upotrebu;</p> <p>(h) Direktivu 2001/83/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 6. novembra 2001. godine o Zakoniku Zajednice o medicinskim proizvodima za ljudsku upotrebu;</p> <p>(i) Direktivu 2002/98/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 27. januara 2003. godine o utvrđivanju standarda kvaliteta i bezbjednosti za prikupljanje, ispitivanje, preradu, čuvanje i promet ljudske krvi i komponenti krvi;</p> <p>(j) Regulativu (EZ) br. 859/2003;</p> <p>(k) Direktivu 2004/23/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 31. marta 2004. godine o utvrđivanju standarda kvaliteta i bezbjednosti za doniranje, prikupljanje, ispitivanje, preradu, čuvanje, skladištenje i distribuciju ljudskih tkiva i ćelija;</p> <p>(l) Regulativu (EZ) br. 726/2004 Evropskog parlamenta i Savjeta od 31. marta 2004. godine o utvrđivanju postupaka Zajednice za odobravanje primjene i postupaka nadzora nad primjenom medicinskih proizvoda za ljudsku upotrebu i upotrebu u veterini i uspostavljanju Evropske agencije za lijekove;</p> <p>(m) Regulativu (EZ) br. 883/2004 i Regulativu (EZ) br. 987/2009 Evropskog parlamenta i Savjeta od 16. septembra 2009. godine o utvrđivanju postupka za primjenu Regulative (EZ) br. 883/2004 o koordinaciji sistema socijalne zaštite;</p> <p>(n) Direktivu 2005/36/EZ;</p>				
---	--	--	--	--

<p>(o) Regulativu (EZ) br. 1082/2006 Evropskog parlamenta i Savjeta od 5. jula 2006. godine o Evropskoj grupaciji za teritorijalnu saradnju (EGTS);</p> <p>(p) Regulativu (EZ) br. 1338/2008 Evropskog parlamenta i Savjeta od 16. decembra 2008. godine o statističkim podacima Zajednice o javnom zdravlju i zdravlju i bezbjednosti na radu;</p> <p>(q) Regulativu (EZ) br. 593/2008 Evropskog parlamenta i Savjeta od 17. juna 2008. godine o pravu koje se primjenjuje na ugovorne obaveze (Rim I) (33), Regulativu (EZ) br. 864/2007 Evropskog parlamenta i Savjeta od 11. jula 2007. godine o pravu koje se primjenjuje na neugovorne obaveze (Rim II) (34) i ostala pravila Unije o međunarodnom privatnom pravu, naročito pravila o sudskoj nadležnosti i važeći zakon;</p> <p>(r) Direktivu 2010/53/EU Evropskog parlamenta i Savjeta od 7. jula 2010. godine o standardima kvaliteta i bezbjednosti ljudskih organa namijenjenih za transplantaciju;</p> <p>(s) Regulativu (EU) br. 1231/2010.</p>				
<p>Član 3 Značenje izraza</p> <p>Za potrebe ove direktive, primjenjuju se sljedeće definicije:</p> <p>(a) zdravstvena zaštita su zdravstvene usluge koje pružaju zdravstveni stručnjaci pacijentima kako bi procijenili, održali ili povratili njihovo zdravstveno stanje, uključujući propisivanje, izdavanje na recept i davanje medicinskih proizvoda i medicinskih sredstava;</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Potpuno usklađeno</p>	<p>Navedena definicija je prenijeta u član 1 Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. list CG", br. 3/16, 39/16, 2/17, 44/18, 82/20 i 8/21)</p>	
<p>(b) osigurana lica su:</p> <p>i. lica, uključujući članove njihovih porodica i njihove nasljednike na koje se primjenjuje član 2 Regulative (EZ) br. 883/2004 i koji su osigurana lica po članu 1 tačka (c) te regulative; i</p>	<p>Član 6</p> <p>Osiguranci, u smislu ovog zakona, su crnogorski državljani sa prebivalištem u Crnoj Gori i stranci sa odobrenim stalnim ili privremenim boravkom u Crnoj Gori, koji su:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zaposlena lica, u skladu sa zakonom; 2) preduzetnici i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje; 	<p>Potpuno usklađeno</p>		

<p>ii. državljani trećih zemalja na koje se odnosi Regulativa (EZ) br. 859/2003 ili Regulativa (EU) br. 1231/2010, ili koji ispunjavaju uslove zakonodavstva države članice u čijem sistemu ostvaruju pravo na beneficije;</p>	<p>3) lica koja obavljaju privremene i povremene poslove, kao i druge poslove po posebnom ugovoru o radu, u skladu sa zakonom;</p> <p>4) nezaposlena lica na evidenciji nezaposlenih lica Zavoda za zapošljavanje Crne Gore, koja ostvaruju novčanu naknadu u skladu sa zakonom kojim se uređuje zapošljavanje;</p> <p>5) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;</p> <p>6) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, članovi njihovih porodica i korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;</p> <p>7) korisnici socijalno-zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;</p> <p>8) poljoprivrednici i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta;</p> <p>9) vjerski službenici;</p> <p>10) lica koja su u pritvoru, na izdržavanju kazne zatvora, kao i lica kojima je izrečena mjera obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi i obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana, koji nijesu osigurani ni po jednom osnovu iz tač. 1 do 9 ovog stava.</p> <p>Pored osiguranika iz stava 1 ovog člana, status osiguranika stiču i crnogorski državljani koji imaju prebivalište u Crnoj Gori i stranci sa odobrenim stalnim boravkom u Crnoj Gori, koji nijesu osigurani ni po jednom osnovu iz stava 1 tač. 1 do 10 ovog člana i azilanti i stranci pod supsidijarnom zaštitom koja je odobrena u skladu sa zakonom kojim se uređuje međunarodna i privremena zaštita stranaca.</p> <p>Licima iz stava 1 tačka 10 ovog člana, status osiguranika utvrđuje Fond na osnovu zahtjeva nadležnog organa i ličnog identifikacionog dokumenta lica za koje se podnosi zahtjev,</p>			
--	--	--	--	--

a licima iz stava 2 ovog člana, na osnovu zahtjeva tog lica i ličnog identifikacionog dokumenta.

Osiguranik, u smislu ovog zakona, ne može biti lice koje ima status osiguranika u drugoj državi, ukoliko međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije utvrđeno.

Član 8

Status osiguranog lica stiču članovi porodice osiguranika pod uslovom da nijesu osigurani po drugom osnovu i da imaju prebivalište, odnosno odobren stalni boravak u Crnoj Gori, kao i da nemaju status osiguranog lica u drugoj državi, ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije određeno.

Članovima porodice, u smislu ovog zakona, smatraju se:

1) članovi uže porodice: bračni ili vanbračni supružnik, partner u zajednici života lica istog pola, djeca rođena u braku ili van braka, pastorčad, usvojena djeca, kao i djeca bez roditeljskog staranja ako ih osiguranik izdržava, u skladu sa zakonom;

2) članovi šire porodice: roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i usvojilac), baba, djed, unučad, braća i sestre, ako su trajno i potpuno nesposobni za rad, u smislu posebnih propisa, i ako ih osiguranik izdržava.

Status osiguranog lica mogu steći i članovi porodice iz stava 2 alineja 1 ovog člana koji imaju dozvolu za privremeni boravak radi spajanja porodice ili radi školovanja u skladu sa posebnim zakonom, pod uslovom da nemaju status osiguranog lica u drugoj državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju.

Član 9

Prava iz zdravstvenog osiguranja, kao član porodice, zadržava razvedeni bračni supružnik, odnosno vanbračni supružnik kome je prestala vanbračna zajednica, ako:

	<p>- je sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, dok traje izdržavanje;</p> <p>- je u vrijeme razvoda braka, odnosno prestanka vanbračne zajednice bio potpuno i trajno nesposoban za rad, u skladu sa posebnim propisima;</p> <p>- su mu sudskom odlukom povjerena djeca na čuvanje i vaspitanje, dok djeca imaju pravo na izdržavanje.</p> <p>Prava iz zdravstvenog osiguranja, kao član porodice, zadržava partner kome je prestala zajednica života sa licem istog pola, usljed raskida partnerstva, ako je:</p> <ul style="list-style-type: none">- sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, dok traje izdržavanje;- u vrijeme raskida partnerstva bio potpuno i trajno nesposoban za rad, u skladu sa posebnim propisima. <p style="text-align: center;">Član 10</p> <p>Dijete osiguranika ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima iz ovog zakona, do završetka školovanja po propisima iz oblasti obrazovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života.</p> <p>Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima iz stava 1 ovog člana, imaju i djeca bez roditelja i djeca za koje je organ starateljstva utvrdio da su bez roditeljskog staranja, u skladu sa zakonom.</p> <p>Ako dijete iz st. 1 i 2 ovog člana, postane nesposobno za rad, u smislu posebnih propisa, prije isteka roka za redovno školovanje iz stava 1 ovog člana, ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za vrijeme dok takva nesposobnost traje, ako nema sopstvenih sredstava.</p> <p style="text-align: center;">Član 28</p> <p>Osigurano lice ima pravo da, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, koristi zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama Evropske unije i trećim državama.</p>			
--	---	--	--	--

<p>(c) država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada je:</p> <p>i. za lica iz tačke (b) podtačke (i), država članica nadležna za davanje prethodnog odobrenja osiguranom licu za odgovarajuće liječenje izvan države članice u kojoj to lice ima boravište prema Regulativama (EZ) br. 883/2004 i (EZ) br. 987/2009;</p> <p>ii. za lica iz tačke (b) podtačke (ii), država članica nadležna za davanje prethodnog odobrenja osiguranom licu za odgovarajuće liječenje u drugoj državi članici, u skladu sa Uredbom (EZ) br. 859/2003 ili Uredbom (EU) br. 1231/2010. Ako ni jedna država članica nije nadležna u skladu sa tim regulativama, država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada je država članica u kojoj je to lice osigurano ili ima pravo na doprinose u slučaju bolesti, u skladu sa zakonodavstvom te države članice;</p>	<p>nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neusklađeno</p>	<p>Navedene definicije biće propisane Pravilnikom o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	<p>II kvartal 2023. godine</p>
<p>(f) „zdravstveni stručnjak” znači doktor, medicinska sestra odgovorna za opštu zdravstvenu zaštitu, stomatolog, babica ili farmaceut u smislu Direktive 2005/36/EZ, ili drugi stručnjak koji obavlja poslove u sektoru zdravstvene zaštite koji su ograničeni na zakonski uređenu struku prema definiciji u članu 3. stavu 1. tački (a) Direktive 2005/36/EZ, ili lice koje se smatra zdravstvenim stručnjakom prema zakonodavstvu države članice liječenja;</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Potpuno usklađeno</p>	<p>Navedena definicija je propisana članom 81 Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službeni list CG", br. 3/16, 39/16, 2/17, 44/18, 82/20 i 8/21)</p>	
<p>(g) „pružalac zdravstvene zaštite” znači bilo koje fizičko ili pravno lice ili bilo koji subjekat koji zakonito pruža zdravstvenu zaštitu na državnom području države članice;</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Potpuno usklađeno</p>	<p>Navedena definicija je propisana članom 9 stav 1 tačka 7 Zakona o zdravstvenoj</p>	

			zaštiti ("Sl. list CG", br. 3/16, 39/16, 2/17, 44/18, 82/20 i 8/21)	
(h) „pacijent” je svako fizičko lice koja želi da dobije ili dobije zdravstvenu zaštitu u državi članici;	Nema odgovarajuće odredbe	Potpuno usklađeno	Navedena definicija je propisana članom 1 stav 1 Zakona o pravima pacijenata ("Sl. list CG, br. 40/2010)	
(i) „lijek” znači lijek prema definiciji iz Direktive 2001/83/EZ;	Nema odgovarajuće odredbe	Potpuno usklađeno	Definicija je propisana Zakonom o lijekovima ("Sl. list CG", broj 80/20)	
(j) „medicinsko sredstvo” znači proizvod prema definiciji iz Direktive 90/385/EEZ, Direktive 93/42/EEZ ili Direktive 98/79/EZ;	Nema odgovarajuće odredbe	Potpuno usklađeno	Definicija je propisana Zakonom o medicinskim sredstvima ("Sl. list CG", broj 24/19)	
(k) „recept” znači recept za lijek ili za medicinski proizvod koji je izdao pripadnik uređene zdravstvene struke u smislu člana 3. stava 1 tačke (a) Direktive 2005/36/EZ koji je za to zakonito ovlašten u državi članici u kojoj je recept izdat;	Nema odgovarajuće odredbe	neusklađeno	Navedena definicija će biti prenijeta Pravilnikom o priznavanju medicinskih recepata	II kvartal 2023. godine

			izdatih u drugoj državi	
(l) „zdravstvena tehnologija” znači lijek, medicinski proizvod ili medicinski i hirurški postupci te mjere za sprječavanje bolesti, dijagnozu ili liječenje koje se koristi u zdravstvenoj zaštiti;	Nema odgovarajuće odredbe	Potpuno usklađeno	Navedena definicija je propisana članom 9 stav 1 tačka 16 Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. list CG", br. 3/16, 39/16, 2/17, 44/18, 82/20 i 8/21)	
(m) „zdravstveni kartoni” znači sva dokumentacija koja sadrži podatke, procjene i sve vrste informacija o stanju pacijenta i kliničkim zahvatima tokom postupka zdravstvene zaštite.	Nema odgovarajuće odredbe	Potpuno usklađeno	Navedena definicija je propisana članom 136 Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. list CG", br. 3/16, 39/16, 2/17, 44/18, 82/20 i 8/21)	
<p>Član 4</p> <p>Odgovornosti države članice u kojoj se odvija liječenje</p> <p>1. Uzimajući u obzir načela univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti, prekogranična zdravstvena zaštita pruža se u skladu sa:</p> <p>(a) zakonodavstvom države članice u kojoj se odvija liječenje;</p> <p>(b) standardima i smjernicama o kvalitetu i bezbjednosti koje je utvrdila država članica u kojoj se odvija liječenje; i</p>	<p>Član 29</p> <p>Prekogranična zdravstvena zaštita se ostvaruje u skladu sa načelima univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti u skladu sa ovim zakonom, zakonom države liječenja, kao i standardima i smjernicama o kvalitetu i bezbjednosti koje je utvrdila država liječenja, u skladu sa standardima Evropske unije.</p>	Djelimično usklađeno	Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku	II kvartal 2023. godine

<p>(c) zakonodavstvom Unije o bezbjednosnim standardima.</p> <p>2. Država članica u kojoj se odvija liječenje obezbjeđuje:</p> <p>(a) da pacijenti na svoj zahtjev dobiju od nacionalne kontakt tačke iz člana 6 odgovarajuće informacije o standardima i smjernicama iz stava 1 tačke (b) ovog člana, uključujući odredbe o nadzoru nad i procjeni rada pružalaca zdravstvene zaštite, informacije o tome koji pružaoci zdravstvene zaštite podliježu tim standardima i smjernicama i informacije o mogućnostima o dostupnosti bolnica za lica sa invaliditetom;</p> <p>(b) da pružaoci zdravstvene zaštite daju sve bitne informacije kako bi pojedinačno pacijentima omogućili da donesu odluku na osnovu adekvatnih informacija, uključujući informacije o mogućnostima liječenja, raspoloživosti, kvalitetu i bezbjednosti zdravstvene zaštite koju pružaju u državi članici u kojoj se odvija liječenje, te da izdaju jasne račune i jasne informacije o cijenama, kao i o stanju stvari u vezi sa svojim odobrenjem za rad ili prijavom, o svojoj polisi osiguranja, ili drugim vidovima lične ili kolektivne zaštite u vezi sa njihovom profesionalnom odgovornošću. U onoj mjeri u kojoj pružaoci zdravstvene zaštite pacijentima koji su stalno nastanjeni u državi članici u kojoj se liječenje odvija već pružaju odgovarajuće informacije o tim temama, ovom direktivom se pružaoci zdravstvene zaštite ne obavezuju na pružanje iscrpnijih informacija pacijentima iz drugih država članica;</p> <p>(c) da su za pacijente uvedeni transparentni postupci i mehanizmi za podnošenje žalbi kako bi mogli da zatraže pravnu zaštitu u skladu sa zakonodavstvom države članice u kojoj se liječenje odvija, ako pretrpe štetu koja proizilazi iz zdravstvene zaštite koju su dobili;</p> <p>(d) da su za liječenje koje su pruža na njihovoj teritoriji uvedeni sistemi osiguranja profesionalne odgovornosti ili da postoji garancija ili sličan mehanizam koji je jednak ili se može</p>	<p>Pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu osigurana lica ostvaruju u obimu prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.</p> <p>Zdravstvena zaštita iz stava 1 ovog člana podrazumijeva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - planiranu zdravstvenu zaštitu za koju je potrebno prethodno odobrenje Fonda; - planiranu specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno prethodno odobrenje Fonda; - hitnu medicinsku pomoć, u skladu sa zakonom; i - pravo na priznavanje recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi. <p>Postupak, uslove i način priznavanja recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi propisuje Ministarstvo.</p> <p style="text-align: center;">Član 31</p> <p>Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se zdravstvena zaštita može pružiti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojim Fond ima zaključen ugovor, u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir zdravstveno stanje i očekivani tok bolesti; - se osigurano lice, prema kliničkoj procjeni, nedvosmisleno izlaže riziku koji se ne može smatrati prihvatljivim, u odnosu na moguću dobrobit zdravstvene zaštite; - postoji rizik za bezbjednost osiguranog lica. <p>Način i uslove ostvarivanja zdravstvene zaštite, kao i vrstu zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana, propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.</p>		<p>ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	
---	--	--	---	--

<p>suštinski uporediti, s obzirom na svoju svrhu i koji je primjeren vrsti i stepenu rizika;</p> <p>(e) da je zaštićeno osnovno pravo na privatnost u vezi sa obradom ličnih podataka u skladu sa nacionalnim mjerama za sprovođenje odredaba Unije o zaštiti ličnih podataka, naročito Direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ;</p> <p>(f) da, kako bi se obezbijedio kontinuitet njege, pacijenti koji su dobili medicinski tretman imaju pravo na pisani ili elektronski zdravstveni karton tog tretmana i pravo da dobiju makar jedan primjerak toga kartona u skladu sa i podložno nacionalnim mjerama za sprovođenje odredaba Unije o zaštiti ličnih podataka, naročito Direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ.</p> <p>3. Načelo zabrane diskriminacije po osnovu nacionalne pripadnosti primjenjuje se na pacijente iz drugih država članica. Ovim se ne dovodi u pitanje mogućnost da država članica u kojoj se odvija liječenje, u slučajevima kada za to postoje viši razlozi od opšteg interesa, kao što su potrebe za planiranjem kako bi se ostvario cilj da se obezbijedi dovoljan i trajni pristup uravnoteženoj ponudi visokokvalitetnog liječenja u određenoj državi članici, ili želja da se ograniče troškovi i izbjegne, koliko je to moguće, rasipanje finansijskih i tehničkih sredstava i ljudskih resursa, da se usvoje mjere koje se odnose na dostupnost liječenja sa ciljem da ispuni svoju osnovnu obavezu da obezbijedi dovoljan i trajan pristup zdravstvenoj zaštiti na svojoj teritoriji. Te mjere se ograničavaju na ono što je neophodno i primjereno i ne smiju da predstavljaju sredstvo za svojevolsku diskriminaciju, te moraju biti unaprijed dostupne javnosti.</p> <p>4. Države članice obezbjeđuju da pružaoci zdravstvene zaštite na njihovoj teritoriji primjenjuju isti cjenovnik usluga zdravstvene zaštite za pacijente iz drugih država članica kao i za domaće pacijente u sličnim zdravstvenim situacijama, ili da naplaćuju cijenu izračunatu na osnovu objektivnih, nediskriminirajućih kriterijuma, ako ne postoji uporedna cijena koja se primjenjuje na domaće pacijente.</p>				
---	--	--	--	--

<p>Ovim stavom ne dovodi se u pitanje nacionalno zakonodavstvo kojim se pružaocima zdravstvene zaštite dozvoljava da odrede sopstvene cijene, pod uslovom da se time ne diskriminišu pacijenti iz drugih država članica.</p> <p>5. Ova direktiva ne utiče na zakone i druge propise u državama članicama o upotrebi jezika. Države članice mogu da odaberu da informacije pružaju i na drugim jezicima koji nijesu službeni jezici u predmetnoj državi članici.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 5</p> <p>Odgovornosti države članice čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada</p> <p>Država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada obezbjeđuje:</p> <p>(a) da se trošak zdravstvene zaštite nadoknadi u skladu sa Poglavljem III;</p> <p>(b) da su uvedeni mehanizmi za pružanje informacija pacijentima na njihov zahtjev o pravima koja imaju u toj državi članici na dobijanje prekogranične zdravstvene zaštite, naročito u vezi sa odredbama i uslovima za nadoknadu troškova u skladu sa članom 7, stav 6 i postupaka kojima se određuju i pristupa se tim pravima i za žalbe i pravnu zaštitu ukoliko pacijenti smatraju da se njihova prava ne poštuju, u skladu sa članom 9. U informacijama o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, mora se jasno navesti razlika između prava koja pacijenti imaju po osnovu ove direktive i prava koja proizilaze iz Regulative (EZ) br. 883/2004;</p> <p>(c) da u slučajevima kada je pacijent dobio prekograničnu zdravstvenu zaštitu i kada se pokaže da je neophodno da se i dalje prati pacijentovo zdravstveno stanje, takvo medicinsko praćenje zdravstvenog stanja pacijenta biće dostupno isto kao što bi bilo dostupno i da je ta zdravstvena zaštita pružena na njenoj teritoriji;</p> <p>(d) da pacijenti koji podnose zahtjev za dobijanje ili dobijaju prekograničnu zdravstvenu zaštitu imaju daljninski</p>	<p style="text-align: center;">Član 29</p> <p>Prekogranična zdravstvena zaštita se ostvaruje u skladu sa načelima univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti u skladu sa ovim zakonom, zakonom države liječenja, kao i standardima i smjericama o kvalitetu i bezbjednosti koje je utvrdila država liječenja, u skladu sa standardima Evropske unije. Pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu osigurana lica ostvaruju u obimu prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.</p> <p>Zdravstvena zaštita iz stava 1 ovog člana podrazumijeva:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) planiranu zdravstvenu zaštitu za koju je potrebno prethodno odobrenje Fonda; 2) planiranu specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno prethodno odobrenje Fonda; 3) hitnu medicinsku pomoć, u skladu sa zakonom; i 4) pravo na priznavanje receptata za lijekove koji su izdati u drugoj državi. <p>Postupak, uslove i način priznavanja receptata za lijekove koji su izdati u drugoj državi propisuje Ministarstvo.</p> <p style="text-align: center;">Član 30</p> <p>Planirana zdravstvena zaštita iz člana 30 stav 3 alineja 1 ovog zakona, podrazumijeva zdravstvenu zaštitu koju osiguranik ostvaruje pod uslovom da je smješten u bolničku zdravstvenu ustanovu najmanje jednu noć ili da</p>	<p style="text-align: center;">Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	<p style="text-align: center;">II kvartal 2023. godine</p>

pristup svojim zdravstvenim kartonima, ili da dobiju barem jedan primjerak tih kartona u skladu sa i podložno nacionalnim mjerama kojima se sprovode propisi Unije o zaštiti ličnih podataka, naročito Direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ.

je prilikom pružanja zdravstvene zaštite upotrijebljena visokospecijalizovana i skupa medicinska oprema.

Prethodno odobrenje Fonda je potrebno za korišćenje prekogranične zdravstvene zaštite koja se sastoji od postupaka liječenja koji predstavljaju poseban rizik za osiguranika ili koju pruža davalac zdravstvene usluge koju bi, u zavisnosti od pojedinog slučaja, mogla da predstavlja poseban rizik u vezi sa kvalitetom ili bezbjednošću, osim zdravstvene zaštite koja podliježe propisima Evropske unije kojim se obezbjeđuje minimalan rizik kvaliteta i bezbjednosti.

Član 31

Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:

- 1) se zdravstvena zaštita može pružiti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojim Fond ima zaključen ugovor, u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir zdravstveno stanje i očekivani tok bolesti;
- 2) se osigurano lice, prema kliničkoj procjeni, nedvosmisleno izlaže riziku koji se ne može smatrati prihvatljivim, u odnosu na moguću dobrobit zdravstvene zaštite;
- 3) postoji rizik za bezbjednost osiguranog lica.

Način i uslove ostvarivanja zdravstvene zaštite, kao i vrstu zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana, propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 32

Planirana specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita iz člana 30 stav 3 alineja 2 ovog zakona ostvaruje se u drugoj državi članici Evropske unije, bez prethodnog odobrenja Fonda, kao i ukoliko je zdravstvena zaštita bila neophodna a nije se mogla odložiti do planiranog povratka osiguranog lica.

Član 33

	<p>Osigurano lice koje je ostvarilo zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 30 stav 3 alineja 1 ovog zakona, ima pravo na naknadu troškova liječenja i putnih troškova.</p> <p>Osigurano lice koje je ostvarilo zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 30 stav 3 alineja 2 ovog zakona, ima pravo na naknadu troškova liječenja, najviše u visini cijene po kojoj se zdravstvena usluga pruža u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori čiji je osnivač država, a nema pravo na naknadu putnih troškova.</p>			
<p>Član 6</p> <p>Nacionalne kontakt tačke za prekograničnu zdravstvenu zaštitu</p> <p>1. Svaka država članica određuje jednu ili više nacionalnih kontakt tački za prekograničnu zdravstvenu zaštitu i dostavlja Komisiji njihova imena i podatke za kontakt. Komisija i države članice objavljuju te podatke. Države članice obezbjeđuju da se nacionalne kontakt tačke savjetuju sa organizacijama pacijenata, pružaocima zdravstvene zaštite i osiguravajućim kućama za zdravstveno osiguranje.</p> <p>2. Nacionalne kontakt tačke olakšavaju razmjenu informacija iz stava 3 i tijesno sarađuju međusobno i sa Komisijom. Nacionalne kontakt tačke pacijentima, na njihov zahtjev, daju podatke za kontakt sa nacionalnim kontakt tačkama koje se nalaze u drugim državama članicama.</p> <p>3. Kako bi omogućili pacijentima da iskoriste svoja prava u vezi sa prekograničnom zdravstvenom zaštitom, nacionalne kontakt tačke u državi članici u kojoj se odvija liječenje daju pacijentima informacije o pružaocima zdravstvene zaštite, uključujući, na zahtjev, informacije o posebnom pravu pružalaca da pruži usluge, bilo kakvim ograničenjima koja postoje u vezi sa njegovom djelatnošću, informacije iz člana 4 stav 2 tačka (a), kao i informacije o pravima pacijenata, žalbenim postupcima i mehanizmima za traženje pravne zaštite prema zakonodavstvu te države članice, kao i o pravnim i upravnim mogućnostima</p>	<p>Član 35</p> <p>Informacije o ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz člana 29 ovog zakona, osiguranim licima pruža Fond. Vrste informacija, način njihovog pružanja, kao i način razmjene informacija sa drugim državama propisuje Ministarstvo.</p>	<p>Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o vrstama informacija, načinu njihovog pružanja i načinu razmjene informacija sa drugim državama</p>	<p>II kvartal 2023. godine</p>

<p>koje su na raspolaganju za rješavanje sporova, uključujući i one u slučaju štete proizašle iz prekogranične zdravstvene zaštite.</p> <p>4. Nacionalne kontakt tačke u državi članici čijem sistemu zdravstvene zaštite pacijenti pripadaju pružaju pacijentima i zdravstvenim stručnjacima informacije iz člana 5 tačke b.</p> <p>5. Informacije navedene u ovom članu moraju biti lako dostupne i dostavljaju se elektronskim putem i u oblicima dostupnim licima s invaliditetom, prema potrebi.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 7</p> <p style="text-align: center;">Opšta načela nadoknade troškova</p> <p>1. Ne dovodeći u pitanje Regulativu (EZ) br. 883/2004 i podložno odredbama čl. 8 i 9, država članica čijem sistemu osigurano lice pripada obezbjeđuje da se nadoknade troškovi osiguranom licu koje je dobilo prekograničnu zdravstvenu zaštitu ako je predmetna zdravstvena zaštita uvrštena u beneficije na koje osigurano lice ima pravo u državi članici čijem sistemu zdravstvene zaštite pripada.</p> <p>2. Odstupajući od odredaba člana 1:</p> <p>(a) ako je država članica navedena na spisku u Prilogu IV Regulative (EZ) br. 883/2004 i ako je u skladu sa tom regulativom priznala prava na doprinose za slučaj bolesti za penzionere i članove njihovih porodica koji su stalno nastanjeni u drugoj državi članici, ona im o svom trošku pruža zdravstvenu zaštitu po osnovu ove direktive kada borave na njenoj teritoriji, u skladu sa svojim zakonodavstvom, kao da su ta lica stalno nastanjena u državi članici navedenoj na spisku u tom prilogu;</p> <p>(b) ako zdravstvena zaštita koja se pruža u skladu sa ovom direktivom nije podložna prethodnom odobrenju, ako se ne pruža u skladu sa Poglavljem 1 glave III Regulative (EZ) br. 883/2004, a pruža se na teritoriji države članice koja je prema toj regulativi i Regulativi (EZ) br. 987/2009 na kraju odgovorna za nadoknadu troškova, troškove pokriva ta država članica. Ta država članica može pokriti troškove zdravstvene zaštite u</p>	<p style="text-align: center;">Član 31</p> <p>Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> – se zdravstvena zaštita može pružiti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojim Fond ima zaključen ugovor, u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir zdravstveno stanje i očekivani tok bolesti; – se osigurano lice, prema kliničkoj procjeni, nedvosmisleno izlaže riziku koji se ne može smatrati prihvatljivim, u odnosu na moguću dobrobit zdravstvene zaštite; <p>– postoji rizik za bezbjednost osiguranog lica.</p> <p>Način i uslove ostvarivanja zdravstvene zaštite, kao i vrstu zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana, propisuju Fond, uz saglasnost Ministarstva.</p> <p style="text-align: center;">Član 33</p> <p>Osigurano lice koje je ostvarilo zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 30 stav 3 alineja 1 ovog zakona, ima pravo na naknadu troškova liječenja i putnih troškova.</p> <p>Osigurano lice koje je ostvarilo zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 30 stav 3 alineja 2 ovog zakona, ima pravo na naknadu troškova liječenja, najviše u visini cijene po kojoj se zdravstvena usluga pruža u</p>	<p style="text-align: center;">Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	<p style="text-align: center;">II kvartal 2023. godine</p>

<p>skladu sa odredbama, uslovima, kriterijumima podobnosti i regulatornim i administrativnim formalnostima koje je odredila, pod uslovom da su oni u skladu sa Ugovorom o funkcionisanju Evropske unije.</p> <p>3. Na državi članici čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada je da odredi, bilo na lokalnom, regionalnom ili nacionalnom nivou, za koji vid zdravstvene zaštite osigurano lice ima pravo na refundaciju troškova i visinu tih troškova koji će biti pokriveni, bez obzira na to gdje se pruža zdravstvena zaštita.</p> <p>4. Troškove prekogranične zdravstvene zaštite nadoknađuje ili direktno plaća država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada do visine troškova koje bi pokrila država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada da je ta zdravstvena zaštita pružena na njenoj teritoriji, s tim da se ne uvećavaju stvarni troškovi pružene zdravstvene zaštite. U slučajevima kada ukupan trošak prekogranične zdravstvene zaštite prevazilazi visinu troškova koji bi bili pokriveni da je zdravstvena zaštita pružena na njenoj teritoriji, država članica čijem sistemu osigurano lice pripada ipak može da odluči da nadoknadi ukupne troškove.</p> <p>Država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada može da odluči da nadoknadi i druge povezane troškove, poput troškova smještaja i prevoza, ili dodatne troškove koji mogu da nastanu u slučaju lica s invaliditetom pri dobijanju zdravstvene zaštite zbog jednoga ili više invaliditeta, u skladu sa nacionalnim zakonodavstvom i pod uslovom da se dostavi dovoljno dokumentacije u kojoj su navedeni ti troškovi.</p> <p>5. Države članice mogu da usvoje odredbe u skladu sa Ugovorom o funkcionisanju Evropske unije koje za cilj imaju da se obezbijedi da pacijenti uživaju ista prava kada dobijaju zdravstvenu zaštitu koja bi imali da su predmetnu zdravstvenu zaštitu dobili u sličnoj situaciji u državi članici čijem sistemu zdravstvene zaštite pripadaju.</p>	<p>zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori čiji je osnivač država, a nema pravo na naknadu putnih troškova.</p>			
--	--	--	--	--

6. Za potrebe stava 4 države članice moraju da imaju transparentan mehanizam za obračunavanje troškova prekogranične zdravstvene zaštite koje osiguranom licu nadoknađuje država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite to lice pripada. Taj mehanizam se mora zasnivati na objektivnim, nediskriminišućim i unaprijed poznatim kriterijumima, a primjenjuje se na odgovarajućem (lokalnom, regionalnom ili nacionalnom) administrativnom nivou.

7. Država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada može da za osigurano lice koje traži nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite, uključujući zdravstvenu zaštitu dobijenu telemedicinskim putem, propiše iste uslove, kriterijume podobnosti i regulatorne i administrativne formalnosti, bez obzira na to jesu li oni utvrđeni na lokalnom, regionalnom ili nacionalnom nivou, koje bi propisala da je ta zdravstvena zaštita pružena na njenoj teritoriji. To može da obuhvata procjenu od strane zdravstvenog stručnjaka ili administratora zdravstvene njege koji pružaju usluge za državni sistem obavezne socijalne zaštite ili nacionalni zdravstveni sistem države članice čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada, kao što su ljekar opšte prakse ili ljekar primarne zdravstvene zaštite kod kojeg je pacijent prijavljen, ako je to neophodno da bi se odredilo pravo na zdravstvenu zaštitu pojedinačnog pacijenta. Međutim, nikakvi uslovi, kriterijumi podobnosti ili regulatorne i administrativne formalnosti koji su propisani u skladu sa ovim stavom ne smiju da budu diskriminišući niti da predstavljaju prepreku slobodnom kretanju pacijenata, usluga ili roba, osim ako to nije objektivno opravdano zahtjevima za planiranjem kako bi se ostvario cilj da se obezbijedi dovoljna i trajna dostupnost uravnotežene ponude visokokvalitetnog liječenja u predmetnoj državi članici, da bi se ograničili troškovi i izbjeglo, koliko je to moguće, svako rasipanje finansijskih i tehničkih sredstava i ljudskih resursa.

<p>8. Država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada ne smije da uslovljava nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite prethodnim odobrenjem, osim u slučajevima koji su navedeni u članu 8.</p> <p>9. Država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada može da ograniči primjenu pravila o nadoknadi troškova za prekograničnu zdravstvenu zaštitu na osnovu prevashodnih razloga od opšteg interesa, kao što su zahtjevi za planiranjem kako bi se ostvario cilj da se obezbijedi dovoljna i trajna dostupnost uravnotežene ponude visokokvalitetnog liječenja u predmetnoj državi članici, ili da se ograniče troškovi i izbjegne, koliko je to moguće, svako rasipanje finansijskih, tehničkih sredstava i ljudskih resursa.</p> <p>10. Bez obzira na stav 9, države članice obezbjeđuju da se troškovi prekogranične zdravstvene zaštite za koju je dato prethodno odobrenje nadoknade u skladu sa tim odobrenjem.</p> <p>11. Odluka da se ograniči primjena ovog člana u skladu sa stavom 9 ograničava se na ono što je neophodno i prikladno, te ne smije da bude sredstvo svojevoljne diskriminacije ili neopravdana prepreka slobodnom kretanju roba, ljudi ili usluga. Države članice obavještavaju Komisiju o svim odlukama o ograničavanju nadoknade troškova po osnovama navedenim u stavu 9.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 8</p> <p>Zdravstvena zaštita koja može da podliježe prethodnom odobrenju</p> <p>1. Država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite pacijenti pripadaju može da propiše sistem za davanje prethodnog odobrenja za nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite u skladu sa ovim članom i članom 9. Sistem prethodnog odobrenja, uključujući kriterijume i njihovu primjenu i pojedinačne odluke o tome da se uskrati prethodno odobrenje ograničavaju se na ono što je neophodno i primjereno cilju koji treba ostvariti i ne smiju da budu sredstvo svojevoljne</p>	<p style="text-align: center;">Član 30</p> <p>Planirana zdravstvena zaštita iz člana 29 stav 3 alineja 1 ovog zakona, podrazumijeva zdravstvenu zaštitu koju osiguranik ostvaruje pod uslovom da je smješten u bolničku zdravstvenu ustanovu najmanje jednu noć ili da je prilikom pružanja zdravstvene zaštite upotrijebljena visokospecijalizovana i skupa medicinska oprema.</p> <p>Prethodno odobrenje Fonda je potrebno za korišćenje prekogranične zdravstvene zaštite koja se sastoji od postupaka liječenja koji predstavljaju poseban rizik za osiguranika ili koju pruža davalac zdravstvene usluge koju</p>	<p style="text-align: center;">Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične</p>	<p style="text-align: center;">II kvartal 2023. godine</p>

<p>diskriminacije ili neopravdana prepreka slobodnom kretanju pacijenata.</p> <p>2. Zdravstvena zaštita koja može da podliježe prethodnom odobrenju ograničava se na zdravstvenu zaštitu koja:</p> <p>(a) je uslovljena zahtjevima za planiranje, kako bi se obezbijedila dovoljna i trajna dostupnost uravnotežene ponude visokokvalitetnog liječenja u predmetnoj državi članici ili je uslovljena željom da se ograniče troškovi i izbjegne svako rasipanje, koliko je to moguće, finansijskih, tehničkih sredstava i ljudskih resursa i:</p> <p>i. uključuje smještaj određenog pacijenta u bolnici preko noći u trajanju od najmanje jedne noći; ili</p> <p>ii. zahtijeva upotrebu visokospecijalizovane i skupe medicinske infrastrukture ili medicinske opreme;</p> <p>(b) uključuje postupke liječenja koji predstavljaju poseban rizik za pacijenta ili za stanovništvo; ili</p> <p>(c) koju obezbjeđuje pružalac zdravstvene zaštite koji bi, u zavisnosti od pojedinačnog slučaja, mogao dati povoda za ozbiljnu i posebnu zabrinutost u vezi sa kvalitetom ili bezbjednošću pružene zdravstvene zaštite, uz izuzetak zdravstvene zaštite koja podliježe zakonodavstvu Unije kojim se obezbjeđuje minimalni nivo sigurnosti i kvaliteta širom Unije. Države članice obavještavaju Komisiju o kategorijama zdravstvene zaštite iz tačke (a).</p> <p>3. S obzirom na zahtjeve osiguranog lica za prethodno odobrenje kako bi se dobila prekogranična zdravstvena zaštita, država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite pacijent pripada utvrđuje da li su ispunjeni uslovi propisani Regulativom (EZ) br. 883/2004. Ako su ti uslovi ispunjeni, prethodno odobrenje daje se u skladu sa tom regulativom, osim ako pacijent ne zahtijeva drugačije.</p> <p>4. Kada pacijent koji je obolio, ili za kojeg se sumnja da je obolio od rijetke bolesti, podnese zahtjev za prethodno odobrenje, stručnjaci iz te oblasti mogu da izvrše kliničku</p>	<p>bi, u zavisnosti od pojedinog slučaja, mogla da predstavlja poseban rizik u vezi sa kvalitetom ili bezbjednošću, osim zdravstvene zaštite koja podliježe propisima Evropske unije kojim se obezbjeđuje minimalan rizik kvaliteta i bezbjednosti.</p> <p style="text-align: center;">Član 31</p> <p>Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> – se zdravstvena zaštita može pružiti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojim Fond ima zaključen ugovor, u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir zdravstveno stanje i očekivani tok bolesti; – se osigurano lice, prema kliničkoj procjeni, nedvosmisleno izlaže riziku koji se ne može smatrati prihvatljivim, u odnosu na moguću dobrobit zdravstvene zaštite; – postoji rizik za bezbjednost osiguranog lica. <p>Način i uslove ostvarivanja zdravstvene zaštite, kao i vrstu zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana, propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.</p> <p style="text-align: center;">Član 32</p> <p>Planirana specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita iz člana 30 stav 3 alineja 2 ovog zakona ostvaruje se u drugoj državi članici Evropske unije, bez prethodnog odobrenja Fonda, kao i ukoliko je zdravstvena zaštita bila neophodna a nije se mogla odložiti do planiranog povratka osiguranog lica.</p> <p style="text-align: center;">Član 33</p> <p>Osigurano lice koje je ostvarilo zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 30 stav 3 alineja 1 ovog zakona, ima pravo na naknadu troškova liječenja i putnih troškova.</p>	<p style="text-align: center;">zdravstvene zaštite</p>	
--	--	--	--

<p>procjenu. Ako u okviru države članice čijem sistemu zdravstvene zaštite pacijent pripada ne mogu da se nađu stručnjaci, ili ako je njihovo mišljenje nepotpuno, država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite pacijent pripada može da zatraži naučni savjet.</p> <p>5. Ne dovodeći u pitanje stav 6, tač. od (a) do (c), država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada ne smije da uskrati prethodno odobrenje kada pacijent ima pravo na predmetnu zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 7, a kada ta zdravstvena zaštita ne može da se pruži na njenoj teritoriji u roku koji je medicinski opravdan, na osnovu objektivne medicinske procjene zdravstvenog stanja pacijenta, istorije bolesti i vjerovatnog toka bolesti, stepena bola koji pacijent trpi i/ili tipa pacijentovog invaliditeta u vrijeme kada je zahtjev za odobrenje podnešen ili obnovljen.</p> <p>6. Država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada može da uskrati prethodno odobrenje iz sljedećih razloga:</p> <p>(a) prema kliničkoj procjeni, pacijent će nedvosmisleno biti izložen riziku koji se u smislu bezbjednosti pacijenta ne može smatrati prihvatljivim, uzimajući u obzir potencijalnu dobrobit po pacijenta od tražene prekogranične zdravstvene zaštite;</p> <p>(b) šira javnost će, kao rezultat prekogranične zdravstvene zaštite koja je u pitanju, nedvosmisleno biti izložena velikom bezbjednosnom riziku;</p> <p>(c) tu zdravstvenu zaštitu obezbjeđuje pružalac zdravstvene zaštite koji daje povoda za ozbiljnu i posebnu zabrinutost u vezi sa poštovanjem standarda i smjernica o kvalitetu zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata, uključujući odredbe o nadzoru, bez obzira na to jesu li ti standardi i smjernice propisani zakonima i drugim propisima ili putem sistema akreditacije koje je uspostavila država članica u kojoj se odvija liječenje;</p>	<p>Osigurano lice koje je ostvarilo zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 30 stav 3 alineja 2 ovog zakona, ima pravo na naknadu troškova liječenja, najviše u visini cijene po kojoj se zdravstvena usluga pruža u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori čiji je osnivač država, a nema pravo na naknadu putnih troškova.</p>			
---	---	--	--	--

<p>(d) ta zdravstvena zaštita može da bude pružena na njenoj teritoriji u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir sadašnje zdravstveno stanje i vjerovatni tok bolesti svakog navedenog pacijenta.</p> <p>7. Država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada javno objavljuje koja zdravstvena zaštita podliježe prethodnom odobrenju za potrebe ove direktive, kao i sve relevantne informacije o sistemu prethodnog odobrenja.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 9</p> <p style="text-align: center;">Administrativni postupci u vezi sa prekograničnom zdravstvenom zaštitom</p> <p>1. Država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada osigurava da su administrativni postupci u vezi sa korišćenjem prekogranične zdravstvene zaštite i nadoknadom troškova zdravstvene zaštite nastalih u drugoj državi članici zasnovani na objektivnim, nediskriminirajućim kriterijumima koji su neophodni i srazmjerni cilju koji treba ostvariti.</p> <p>2. Svaki administrativni postupak koji ima svojstva iz stava 1 mora da bude lako dostupan, a informacije koje se odnose na takav postupak objavljuju se na odgovarajućem nivou. Takvim postupkom mora se obezbijediti objektivno i nepristrasno rješavanje zahtjeva.</p> <p>3. Države članice postavljaju razumne rokove u kojima se moraju riješiti zahtjevi za prekograničnu zdravstvenu zaštitu i unaprijed ih objavljuju. Prilikom razmatranja zahtjeva za prekograničnu zdravstvenu zaštitu države članice uzimaju u obzir:</p> <p>(a) konkretno zdravstveno stanje;</p> <p>(b) hitnost i karakteristične okolnosti.</p> <p>4. Države članice obezbjeđuju da se odluke u pojedinačnim slučajevima u vezi sa korišćenjem prekogranične zdravstvene zaštite i nadoknadom troškova zdravstvene zaštite nastalih u drugoj državi članici prikladno obrazlože i da, u zavisnosti od pojedinačnog slučaja, podliježu reviziji, kao i da se mogu</p>	<p style="text-align: center;">Član 31</p> <p>Način i uslove ostvarivanja zdravstvene zaštite, kao i vrstu zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana, propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.</p> <p style="text-align: center;">Član 52</p> <p>O priznavanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje Fond, po pravilu, bez donošenja rješenja. Fond donosi rješenje o pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kada je to utvrđeno ovim zakonom, opštim aktom Fonda i na zahtjev osiguranog lica.</p> <p style="text-align: center;">Član 53</p> <p>U postupku ostvarivanja prava utvrđenih ovim zakonom primjenjuju se odredbe zakona kojim je uređen upravni postupak, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.</p>	<p style="text-align: center;">Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	<p style="text-align: center;">II kvartal 2023. godine</p>

<p>osporiti u sudskom postupku, što uključuje mogućnost primjene privremenih mjera.</p> <p>5. Ovom direktivom ne dovodi se u pitanje pravo država članica da pacijentima ponude dobrovoljni sistem prethodnog obavještanja, pri čemu, nakon takvog obavještenja pacijent dobije potvrdu iznosa koji će biti nadoknađen u pisanoj formi, pri čemu je taj iznos utvrđen na osnovu procjene. Tom procjenom uzima se u obzir kliničko stanje pacijenta i navode se medicinske procedure koje će najvjerojatnije biti primijenjene. Države članice mogu da odaberu da primjenjuju mehanizme finansijske kompenzacije između nadležnih institucija, onako kako je to predviđeno Regulativom (EZ) br. 883/2004. U slučajevima kada država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada ne primjenjuje takve mehanizme, ona obezbjeđuje da pacijenti dobiju nadoknadu troškova bez nepotrebnog odlaganja.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 10 Međusobna pomoć i saradnja</p> <p>1. Države članice pružaju međusobnu pomoć kada je potrebna za sprovođenje ove direktive, uključujući saradnju po pitanju standarda i smjernica o kvalitetu i bezbjednosti i razmjenu informacija, naročito između svojih nacionalnih kontakata u skladu sa članom 6, uključujući informacije o odredbama o nadzoru i međusobnoj pomoći, kako bi se pojasnio sadržaj računa.</p> <p>2. Države članice omogućavaju lakšu saradnju u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite na regionalnom i lokalnom nivou, kao i putem informacionih i komunikacionih tehnologija i drugih vidova prekogranične saradnje.</p> <p>3. Komisija podstiče države članice, a naročito susjedne zemlje, da međusobno sklapaju sporazume. Komisija, takođe, podstiče države članice da sarađuju u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite u pograničnim područjima.</p>	<p style="text-align: center;">Član 29</p> <p>Prekogranična zdravstvena zaštita se ostvaruje u skladu sa načelima univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti u skladu sa ovim zakonom, zakonom države liječenja, kao i standardima i smjericama o kvalitetu i bezbjednosti koje je utvrdila država liječenja, u skladu sa standardima Evropske unije. Pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu osigurana lica ostvaruju u obimu prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.</p> <p style="text-align: center;">Član 35</p> <p>Informacije o ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz člana 30 ovog zakona, osiguranim licima pruža Fond.</p> <p>Vrste informacija, način njihovog pružanja, kao i način razmjene informacija sa drugim državama propisuje Ministarstvo.</p>	<p>Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o načinu pružanja informacijama osiguranim licima i načinu razmjene informacija sa drugim državama</p>	<p>II kvartal 2023. godine</p>

<p>4. Države članice u kojima se odvija liječenje obezbjeđuju da se informacije o pravu na obavljanje djelatnosti zdravstvenih stručnjaka navedenih u nacionalnim ili lokalnim registrima uspostavljenim na njihovoj teritoriji na zahtjev stave na raspolaganje nadležnim organima drugih država članica za potrebe prekogranične zdravstvene zaštite, u skladu sa Poglavljima II i III i sa nacionalnim mjerama kojima se sprovode odredbe Unije o zaštiti ličnih podataka, naročito Direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ i načela pretpostavke nevinosti. Razmjena informacija odvija se preko informacionog sistema unutrašnjeg tržišta koji je uveden na osnovu odluke Komisije 2008/49/EZ od 12. decembra 2007. godine o primjeni informacionog sistema unutrašnjeg tržišta u vezi sa zaštitom ličnih podataka</p>				
<p style="text-align: center;">Član 11</p> <p>Priznavanje recepata izdatih u drugoj državi članici</p> <p>1. Ako je stavljanje u promet medicinskog sredstva na njihovoj teritoriji odobreno, u skladu sa Direktivom 2001/83/EZ ili Regulativom (EZ) br. 726/2004, države članice osiguravaju da se recepti izdati za taj medicinski proizvod u drugoj državi članici za imenovanog pacijenta mogu koristiti na njihovoj teritoriji u skladu sa njihovim nacionalnim zakonodavstvom koje je na snazi, i da su zabranjena sva ograničenja u vezi sa priznavanjem pojedinačnih recepata, osim ako su:</p> <p>(a) ograničena na ono što je neophodno i srazmjerno da bi se zaštitilo zdravlje ljudi i nediskriminišuća; ili</p> <p>(b) zasnovana na legitimnim i opravdanim sumnjama u autentičnost, sadržaj ili razumljivost pojedinačnog recepta.</p> <p>Priznavanje takvih recepata ne utiče na nacionalna pravila kojima se uređuje propisivanje i izdavanje na recept ako su ta pravila podudarna sa pravom Unije, uključujući generičke i druge zamjene. Priznavanje recepata ne utiče na pravila o nadoknadi troškova medicinskih proizvoda. Nadoknada</p>	<p style="text-align: center;">Član 29 (3 i 4)</p> <p>Zdravstvena zaštita iz stava 1 ovog člana podrazumijeva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - planiranu zdravstvenu zaštitu za koju je potrebno prethodno odobrenje Fonda; - planiranu specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu za koju nije potrebno prethodno odobrenje Fonda; - hitnu medicinsku pomoć, u skladu sa zakonom; i - pravo na priznavanje recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi. <p>Postupak, uslove i način priznavanja recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi propisuje Ministarstvo.</p> <p style="text-align: center;">Član 31</p> <p>Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se zdravstvena zaštita može pružiti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojim Fond ima zaključen ugovor, u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir zdravstveno stanje i očekivani tok bolesti; - se osigurano lice, prema kliničkoj procjeni, 	<p>Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	<p>II kvartal 2023. godine</p>

<p>troškova medicinskih proizvoda obuhvaćena je Poglavljem III ove direktive.</p> <p>Priznavanje receptata naročito ne utiče na pravo farmaceuta, na osnovu nacionalnih pravila, da iz etičkih razloga odbije da izda proizvod na recept koji je propisan u drugoj državi članici u slučajevima kada bi farmaceut imao pravo da odbije da izda proizvod da je recept izdat u državi članici čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada.</p> <p>Država članica čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada, preduzima sve potrebne mjere, uz priznavanje recepta, kako bi se obezbijedio kontinuitet liječenja u slučajevima kada je recept izdat u državi članici u kojoj se odvija liječenje za medicinske proizvode ili medicinska sredstva koja su dostupna u državi članici čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada i izdavanje na recept se traži u državi članici čijem sistemu zdravstvene zaštite osigurano lice pripada.</p> <p>Ovaj stav se, takođe, primjenjuje na medicinska sredstva koja se na zakonit način stavljaju na tržište u odgovarajućoj državi članici.</p> <p>2. Kako bi se pojednostavila primjena stava 1, Komisija usvaja:</p> <p>(a) mjere kojima se zdravstvenom stručnjaku omogućava da provjeri ispravnost recepta i da li je recept u drugoj državi članici izdao pripadnik uređene zdravstvene djelatnosti koji je za to zakonski ovlašten, na način što će se napraviti netaksativni spisak elemenata koje treba uključiti u recepte i koji moraju biti jasno prepoznatljivi u svim formama receptata, uključujući elemente pomoću kojih će se olakšati kontakt, ako je potreban, između strane koja propisuje recept i strane koja ga izdaje, kako bi se omogućilo da postupak liječenja bude u potpunosti razumljiv, uz dužno poštovanje načela zaštite podataka;</p> <p>(b) smjernice kojima se pruža podrška državam članicama pri razvijanju interoperabilnosti elektronskih receptata;</p> <p>(c) mjere kojima se pojednostavljuje ispravno označavanje medicinskih proizvoda ili medicinskih sredstava koji su propisani</p>	<p>nedvosmisleno izlaže riziku koji se ne može smatrati prihvatljivim, u odnosu na moguću dobrobit zdravstvene zaštite;</p> <p>– postoji rizik za bezbjednost osiguranog lica.</p> <p>Način i uslove ostvarivanja zdravstvene zaštite, kao i vrstu zdravstvenih usluga iz stava 1 ovog člana, propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.</p>			
--	---	--	--	--

<p>u jednoj državi članici, a izdaju se u drugoj, uključujući mjere za rješavanje pitanja koja se tiču problema u vezi sa sigurnošću pacijenta kada je u pitanju davanje zamjena u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti u slučajevima kada zakonodavstvo države članice u kojoj se izdaje proizvod dozvoljava takvu zamjenu. Komisija razmatra, između ostalog, upotrebu međunarodnog generičkog naziva i doziranje medicinskih proizvoda;</p> <p>(d) mjere za pojednostavljivanje razumljivosti informacija koje se pružaju pacijentima o receptu i datim uputstvima za upotrebu proizvoda, uključujući podatke o aktivnoj materiji i doziranju.</p> <p>Komisija donosi mjere iz tačke (a) najkasnije do 25. decembra 2012. godine, a mjere iz tač. (c) i (d) Komisija donosi najkasnije do 25. oktobra 2012. godine.</p> <p>3. Mjere i smjernice iz tač. (a) do (d) stava 2 usvajaju se u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16 stav 2.</p> <p>4. Pri usvajanju mjera ili smjernica u skladu sa stavom 2, Komisija uzima u obzir proporcionalnost svih troškova usklađivanja sa mjerama ili smjernicama, kao i moguće koristi od njih.</p> <p>5. U svrhu stava 1, Komisija takođe donosi, putem podzakonskih akata, u skladu sa članom 17 i u skladu sa uslovima predviđenim čl. 18 i 19, a najkasnije do 25. oktobra 2012. godine, mjere kojima se određene kategorije medicinskih proizvoda ili medicinskih sredstava isključuju iz priznavanja recepata predviđenih ovim članom, kada je to potrebno da bi se zaštitilo javno zdravlje.</p> <p>6. Stav 1 ne primjenjuje se na medicinske proizvode koji podliježu posebnoj medicinskom receptu predviđenom članom 71 stav 2 Direktive 2001/83/EZ.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 12 Evropske referentne mreže</p> <p>1. Komisija podržava države članice da razviju evropske referentne mreže između pružalaca zdravstvene zaštite i</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

<p>stručnih centara u državama članicama, naročito u oblasti rijetkih bolesti. Mreže moraju da se zasnivaju na dobrovoljnom učešću svojih članova koji učestvuju u i doprinose aktivnostima mreža u skladu sa zakonodavstvom države članice u kojoj članovi imaju svoje sjedište i moraju uvijek da budu otvorene za nove pružaoce zdravstvene zaštite koji bi mogli poželjeti da im se pridruže, pod uslovom da ti pružaoci zdravstvene zaštite ispune sve potrebne uslove i kriterijume iz stava 4.</p> <p>2. Evropske referentne mreže moraju da imaju najmanje tri od dolje navedenih ciljeva:</p> <p>(a) da pomognu da se ostvari potencijal za evropsku saradnju koja se odnosi na visokospecijalizovanu zdravstvenu zaštitu za pacijente i sisteme zdravstvene zaštite korišćenjem inovacija u medicinskoj nauci i zdravstvenim tehnologijama;</p> <p>(b) da doprinesu sticanju i razmjeni znanja o sprečavanju bolesti;</p> <p>(c) da omoguće napredak u postavljanju dijagnoze i pružanja kvalitetne, pristupačne i isplative zdravstvene zaštite za sve pacijente sa zdravstvenim stanjem koje zahtijeva posebno udruživanje stručnih znanja u medicinskim oblastima u kojima je takvo stručno znanje rijetkost;</p> <p>(d) da se sredstva i ljudski resursi iskoriste na najisplativiji mogući način, tako što će se najviše davati tamo gdje su najpotrebnija;</p> <p>(e) da se unaprijedi istraživanje, epidemiološki nadzor poput upotrebe registara u tu svrhu i da se omogući stručno osposobljavanje za zdravstvene stručnjake;</p> <p>(f) da se omogući lakša mobilnost stručnih znanja, virtuelno ili fizički, kreiranje, razmjena i prenošenje informacija, znanja i najbolje prakse, kao i da se podstakne napredak u postavljanju dijagnoza i liječenju rijetkih bolesti u okviru i van mreža;</p>				
--	--	--	--	--

<p>(g) da se podstakne razvoj kvalitetnih i sigurnih kriterijuma i da se pomogne da se razvije i prenese najbolja praksa u okviru i van mreže;</p> <p>(h) da se pomogne državama članicama sa nedovoljnim brojem pacijenata koji su posebnog zdravstvenog stanja, ili onima koje nemaju tehnologiju ili stručno znanje za pružanje visokokvalitetnih i visokospecijalizovanih usluga.</p> <p>3. Podstiču se države članice da omoguće lakši razvoj evropskih referentnih mreža:</p> <p>(a) povezivanjem odgovarajućih pružalaca zdravstvene zaštite i stručnih centara širom svoje nacionalne teritorije i tako što će obezbijediti da se informacije daju odgovarajućim pružaocima zdravstvene zaštite i stručnim centrima širom njihove nacionalne teritorije;</p> <p>(b) podsticanjem učešća pružalaca zdravstvene zaštite i stručnih centara u evropskim referentnim mrežama.</p> <p>4. Za potrebe stava 1, Komisija:</p> <p>(a) donosi spisak određenih kriterijuma i uslova koje evropske referentne mreže moraju da ispune i uslova i kriterijuma koje trebaju da ispune pružaoci zdravstvene zaštite koji žele da se uključe u evropsku referentnu mrežu. Ovim kriterijumima i uslovima omogućava se, između ostalog, da evropske referentne mreže:</p> <p>i. imaju stručno znanje i iskustvo da postave dijagnozu, prate stanje nakon medicinskog tretmana i vode pacijente u čijim slučajevima postoje dokazi da je tretman dao dobre rezultate, u onoj mjeri u kojoj je to potrebno;</p> <p>ii. sprovode multidisciplinarni pristup;</p> <p>iii. nude visok nivo stručnog znanja i sposobne su da izrade smjernice dobre prakse i da sprovedu krajnje mjere i kontrolu kvaliteta;</p> <p>iv. daju doprinos istraživanju;</p> <p>v. organizuju poslove podučavanja i obuke; i</p>				
---	--	--	--	--

<p>vi. tijesno sarađuju sa drugim stručnim centrima i mrežama na nacionalnom i međunarodnom nivou;</p> <p>(b) izrađuje i objavljuje kriterijume za osnivanje i ocjenjivanje evropskih referentnih mreža;</p> <p>(c) omogućava lakšu razmjenu informacija i stručnih znanja u vezi sa osnivanjem evropskih referentnih mreža i njihovim ocjenjivanjem.</p> <p>5. Komisija usvaja mjere iz stava 4 tačke (a) putem podzakonskih akata u skladu sa članom 17 i pod uslovima određenim čl. 18 i 19. Mjere iz stava 4 tač. (b) i (c) usvajaju se u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16 stav 2.</p> <p>6. Mjere koje su usvojene na osnovu ovog člana ne služe za usklađivanje zakona i drugih propisa država članica i tim mjerama se u potpunosti poštuju odgovornosti država članica za organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga i medicinske njege.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 13 Rijetke bolesti</p> <p>Komisija pomaže države članice da sarađuju kako bi se razvili kapaciteti za postavljanje dijagnoze i liječenja, posebno nastojeći da se:</p> <p>(a) zdravstveni stručnjaci upoznaju sa sredstvima koja su im na raspolaganju na nivou Unije, koja bi im pomogla sa postave ispravnu dijagnozu u slučajevima rijetke bolesti, a naročito sa bazom podataka Orfanet (Orphanet) i evropskim referentnim mrežama;</p> <p>(b) pacijenti, zdravstveni stručnjaci i organi odgovorni za finansiranje zdravstvene zaštite upoznaju sa mogućnostima koje nudi Regulatorna (EZ) br. 883/2004 za upućivanje pacijenata sa rijetkim bolestima u druge države članice, čak i za dijagnozu i liječenja koja nijesu dostupna u državi članici čijem sistemu zdravstvene zaštite pripadaju.</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		
<p style="text-align: center;">Član 14 Elektronsko zdravstvo</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Potpuno usklađeno</p>	<p>Član 137 Zakona o</p>	

<p>1. Unija podstiče i čini lakšom saradnju i razmjenu informacija između država članica koje rade u okviru dobrovoljne mreže koja povezuje državne organe odgovorne za elektronsko zdravstvo i imenovane od strane država članica.</p> <p>2. Ciljevi mreže elektronskog zdravstva su:</p> <p>(a) rad na pružanju održivih ekonomskih i socijalnih naknada evropskih sistema elektronsko zdravstva i usluga, kao i interoperabilnih aplikacija kako bi se postigao visok nivo povjerenja i bezbjednosti, unapređenja kontinuiteta zdravstvene zaštite i obezbjeđivanja pristupačnosti sigurne i kvalitetne zdravstvene zaštite;</p> <p>(b) izrada smjernica o:</p> <p>i. netaksativnom spisku podataka koje treba uvrstiti u rezimirane informacije o pacijentima i koje zdravstveni stručnjaci mogu da međusobno razmjenjuju kako bi se omogućio kontinuitet prekogranične zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata; i</p> <p>ii. djelotvornim metodama kojima se omogućava korišćenje medicinskih podataka u svrhu javnog zdravlja i istraživanja;</p> <p>(c) podršci državama članicama da razviju zajedničke mjere za identifikaciju i utvrđivanje vjerodostojnosti kojima bi se pojednostavile mogućnosti za prenošenje podataka u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.</p> <p>Ciljevi iz tač. (b) i (c) preduzimaju se uz dužno poštovanje načela zaštite podataka, onako kako je to naročito navedeno Direktivama 95/46/EZ i 2002/58/EZ.</p> <p>3. Komisija, u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16 stav 2, usvaja potrebne mjere za osnivanje, upravljanje i transparentno funkcionisanje te mreže.</p>			<p>zdravstvenoj zaštiti ("Službeni list CG", br. 3/16, 39/16, 2/17, 44/18, 82/20 i 8/21)</p>	
<p style="text-align: center;">Član 15</p> <p style="text-align: center;">Saradnja na procjeni zdravstvene tehnologije</p> <p>1. Unija podstiče i čini lakšom saradnju i razmjenu naučnih podataka između država članica u okviru dobrovoljne mreže</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

koja povezuju državne organe ili institucije nadležne za procjenu zdravstvene tehnologije, a koji su imenovani od strane država članica. Države članice dostavljaju Komisiji njihova imena i kontakt podatke. Članovi takve mreže za procjenu zdravstvene tehnologije učestvuju u i doprinose aktivnostima mreže u skladu sa zakonodavstvom države članice u kojoj su uspostavljeni. Mreža mora biti ustanovljena na načelu dobrog upravljanja, uključujući transparentnost, objektivnost, nezavisnost stručnog znanja, pravičnost postupka i odgovarajuća savjetovanja sa zainteresovanim stranama.

2. Ciljevi mreže za procjenu zdravstvene tehnologije su:

- (a) podrška saradnji između državnih organa ili institucija;
- (b) podrška državam članicama da pruže objektivne, pouzdane, pravovremene, transparentne, uporedive i prenosive informacije o relativnoj efikasnosti, kao i, kada je to potrebno, o kratkoročnoj i dugoročnoj djelotvornosti zdravstvenih tehnologija, i da omoguće djelotvornu razmjenu tih informacija između državnih organa ili institucija;
- (c) pomoć u analizi prirode i vrste podataka koji se mogu razmjenjivati;
- (d) Da se izbjegne dupliranje procjena.

3. Kako bi se ispunili ciljevi navedeni u stavu 2, mreža za procjenu zdravstvene tehnologije može da dobije pomoć od Unije. Pomoć može da bude odobrena kako bi se:

- (a) doprinijelo finansiranju administrativne i tehničke podrške;
- (b) pružila podrška saradnji između država članica u razvoju i razmjeni metodologija za procjenu zdravstvenih tehnologija, uključujući procjenu relativne djelotvornosti;
- (c) doprinijelo finansiranju obezbjeđivanja prenosivih naučnih informacija za upotrebu u nacionalnom izvještavanju i studijama slučaja koje naručuje mreža;
- (d) olakšala saradnja između mreže i drugih relevantnih institucija i organa Unije;

<p>(e) olakšalo savjetovanje sa zainteresovanim stranama o radu mreže.</p> <p>4. Komisija u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16 stav 2 usvaja potrebne mjere za osnivanje, upravljanje i transparentno funkcionisanje ove mreže.</p> <p>5. Postupci za odobravanje pomoći, uslovi kojima ona može da podliježe i iznos pomoći usvajaju se u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16 stav 2. Samo oni organi i institucije u mreži koje su države članice koje u njoj učestvuju imenovale kao korisnike, ispunjavaju uslove za pomoć od strane Unije.</p> <p>6. Odluke o izdavanjima potrebnim za sprovođenje mjera predviđenih ovim članom donose se svake godine u okviru postupka usvajanja budžeta.</p> <p>7. Mjere koje se donose u skladu sa ovim članom ne utiču na nadležnosti država članica pri odlučivanju o primjeni zaključaka procjene zdravstvene tehnologije i ne služe za usklađivanje zakona ili drugih propisa država članica, a njima se u potpunosti poštuju odgovornosti država članica za organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga i medicinske njege.</p>				
<p>Član 16 Odbor</p> <p>1. Komisiji pomaže Odbor koji se sastoji od predstavnika država članica i kojim predsjedava predstavnik Komisije.</p> <p>2. U slučaju pozivanja na ovaj stav, primjenjuju se čl. 5 i 7 Odluke 1999/468/EZ, uzimajući u obzir član 8 te odluke. Rok predviđen u članu 5 stav 6 Odluke 1999/468/EZ utvrđuje se na tri mjeseca.</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		
<p>Član 17 Postupak dodjele ovlaštenja</p> <p>1. Ovlaštenja za donošenje podzakonskih akata iz člana 11 stav 5 i člana 12 stav 5 dodjeljuju se Komisiji na rok od pet godina počevši od 24. aprila 2011. godine. Komisija sastavlja izvještaj o dodijeljenim ovlaštenjima najkasnije šest mjeseci prije isteka petogodišnjeg perioda. Dodjela ovlaštenja produžavaja se</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

<p>automatski za isti vremenski period, osim ako je Evropski parlament ili Savjet opozove u skladu sa članom 18.</p> <p>2. Čim donese podzakonski akt, Komisija o tome istovremeno obavještava Evropski parlament i Savjet.</p> <p>3. Ovlašćenja za donošenje podzakonskih akata povjeravaju se Komisiji u skladu sa uslovima koji su utvrđeni čl. 18 i 19.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 18</p> <p style="text-align: center;">Opoziv dodjele ovlašćenja</p> <p>1. Evropski parlament ili Savjet mogu u svakom trenutku da opozovu dodjelu ovlašćenja iz člana 11 stav 5 i člana 12 stav 5.</p> <p>2. Institucija koja je započela unutrašnji postupak odlučivanja o tome hoće li opozvati dodijeljena ovlašćenja nastoji da o tome obavijesti drugu instituciju i Komisiju u razumnom roku prije donošenja konačne odluke, navodeći dodijeljena ovlašćenja koja bi mogla da budu predmet opoziva i moguće razloge za njega.</p> <p>3. Odlukom o opozivu prestaju dodijeljena ovlašćenja navedena u toj odluci. Ona stupa na snagu odmah ili kasnijeg datuma koji je u njoj naveden. Ona ne utiče ne validnost podzakonskih akata koji su već na snazi. Objavljuje se u "Službenom listu Evropske unije".</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		
<p style="text-align: center;">Član 19</p> <p style="text-align: center;">Prigovori na podzakonska akta</p> <p>1. Evropski parlament i Savjet mogu da ulože prigovor na podzakonski akt u roku od dva mjeseca od dana obavještenja. Na inicijativu Evropskog parlamenta ili Savjeta, taj rok se produžava za dva mjeseca.</p> <p>2. Ako po isteku roka iz stava 1 ni Evropski parlament, ni Savjet ne ulože prigovor na podzakonski akt, on se objavljuje u "Službenom listu Evropske unije" i stupa na snagu na dan koji je u njemu naveden.</p> <p>Podzakonski akt može biti objavljen u "Službenom listu Evropske unije" i može da stupi na snagu prije isteka tog roka</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

<p>ako su i Evropski parlament i Savjet obavijestili Komisiju o svojoj namjeri da ne ulažu prigovore.</p> <p>3. Ako Evropski parlament ili Savjet ulože prigovor na podzakonski akt u roku iz stava 1, taj podzakonski akt ne stupa na snagu. Institucija koja ulaže prigovor navodi razloge za prigovor na podzakonski akt.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 20 Izveštaji</p> <p>1. Do 25. oktobra 2015. godine i svake tri godine nakon toga Komisija sastavlja izvještaj o primjeni ove direktive i dostavlja ga Evropskom parlamentu i Savjetu.</p> <p>2. Izvještaj naročito obuhvata podatke o kretanjima pacijenata, finansijskim dimenzijama mobilnosti pacijenata, sprovođenju člana 7 stav 9 i člana 8 i o funkcionisanju evropskih referentnih mreža i nacionalnih kontakt tačaka. U tom cilju, Komisija obavlja procjenu sistema i postupaka uvedenih u državama članicama, imajući u vidu zahtjeve ove direktive i ostalog zakonodavstva Unije koje se odnosi na mobilnost pacijenata.</p> <p>Države članice pružaju Komisiji pomoć i sve raspoložive informacije radi obavljanja procjene i pripreme izvještaja.</p> <p>3. Države članice i Komisija imaju mogućnost da se obrate Administrativnoj komisiji osnovanoj po članu 71 Regulative (EZ) br. 883/2004 kako bi se riješilo pitanje finansijskih posljedica primjene ove direktive po države članice koje su se odlučile za nadoknadu troškova na osnovu fiksnih iznosa u slučajevima obuhvaćenim članom 20 stavom 4 i članom 27 stavom 5 te regulative.</p> <p>Komisija prati i redovno izvještava o učinku člana 3 tačke (c) podtačke (i) i člana 8 ove direktive. Prvi izvještaj podnosi se do 25. oktobra 2013. godine. Na osnovu tih izvještaja Komisija, prema potrebi, predlaže da se ublaže bilo kakve postojeće neproporcionalnosti.</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

<p style="text-align: center;">Član 21 Prenošenje</p> <p>1. Države članice donose zakone, druge propise i administrativne odredbe koji su potrebni za usklađivanje sa ovom direktivom do 25. oktobra 2013. godine. One o tome odmah obavještavaju Komisiju.</p> <p>Kada države članice donesu ove odredbe, te odredbe, prilikom njihovog službenog objavljivanja, sadrže pozivanje na ovu direktivu, ili se uz njih navodi takva referenca. Načine za takvo pozivanje utvrđuju države članice.</p> <p>2. Države članice dostavljaju Komisiji tekst glavnih odredaba nacionalnog zakona koji donesu u oblasti na koju se odnosi ova direktiva</p>	Nema odgovarajuće odredbe	Neprenosivo		
<p style="text-align: center;">Član 22 Stupanje na snagu</p> <p>Ova Direktiva stupa na snagu dvadesetog dana od dana objave u Službenom listu Evropske unije.</p>	Nema odgovarajuće odredbe	Neprenosivo		
<p style="text-align: center;">Član 23 Adresati</p> <p>Ova je Direktiva upućena državama članicama.</p>	Nema odgovarajuće odredbe	Neprenosivo		

IZVJEŠTAJ O SPROVEDENOJ ANALIZI PROCJENE UTICAJA PROPISA	
PREDLAGAČ	Ministarstvo zdravlja
NAZIV PROPISA	PREDLOG ZAKONA O OBAVEZKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
<p>1. Definisanje problema</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koje probleme treba da riješi predloženi akt? - Koji su uzroci problema? - Koje su posljedice problema? - Koji su subjekti oštećeni, na koji način i u kojoj mjeri? - Kako bi problem evoluirao bez promjene propisa ("status quo" opcija)? 	
<p>Osnovni razlog za donošenje ovog zakona je njegovo usklađivanje sa zakonom kojim se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje, kao i Zakonom o Budžetu za 2022. godinu, koji su u postupku pripreme, a čiji predlagač je Ministarstvo finansija i socijalnog staranja, u okviru projekta "Evropa sad". U skladu sa predloženim rješenjem ukidaju se doprinosi za zdravstveno osiguranje na teret poslodavca i na teret zaposlenog. U navedenom smislu, moralo se pristupiti usklađivanju sa ovim zakonskim rješenjima u odnosu na dio koji je uređen Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju, a odnosi se na osiguranike i finansiranje zdravstvenog osiguranja. Izmjena načina finansiranja obaveznog zdravstvenog osiguranja i ukidanje doprinosa za zdravstveno osiguranje proizvodi određene izmjene u odnosu na osigurana lica, njihov status i prijavljivanje nadležnom organu radi registracije, a prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja propisana važećim zakonom ostaju nepromijenjena i ostvarivaće se u istom obimu, uključujući unapređenje određenih prava, koja su propisana Predlogom zakona koji se nalazi u skupštinskoj proceduri usvajanja.</p> <p>Naime, važećim Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju, ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja bilo je uslovljeno prijavom kod nadležnog poreskog organa, odnosno Fonda i plaćenim doprinosom za zdravstveno osiguranje. Međutim, izmijenjenim sistemom finansiranja, umjesto dosadašnjeg finansiranja plaćanjem doprinosa zaposlenih sa jedne i besplatne zdravstvene zaštite sa druge strane, kroz finansiranje iz opštih prihoda budžeta, preuzima država. Bez obzira na promijenjeni način finansiranja zdravstvenog osiguranja, zadržava se isti obim prava, u skladu sa važećim Zakonom.</p> <p>Iz navedenih razloga, Predlogom ovog zakona izmijenjene su odredbe kojim su uređeni osiguranici, odnosno osnovi osiguranja, kao i finansiranje zdravstvenog osiguranja.</p> <p>U Predlog ovog zakona inkorporiran je i Predlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju, koji se nalazi u skupštinskoj procedi usvajanja.</p> <p>U navedenom smislu, donošenjem ovog zakona riješiće se više problema. Osnovni problem je obezbjeđivanje lijekova osiguranim licima za liječenje rijetkih bolesti i nastavak terapije propisane tokom liječenja osiguranog lica u inostranstvu upućenog na liječenje, u skladu sa propisanom procedurom, ukoliko je to medicinski opravdano, a koji se ne nalaze na osnovnoj i doplatnoj listi lijekova. Takođe, u cilju sprječavanja zloupotrebe privremene spriječenosti za rad uvodi se dodatna provjera opravdanosti njenog utvrđivanja, od strane posebne komisije, koju obrazuje Ministarstvo zdravlja, odnosno Fond. Donošenjem ovog zakona riješiće se problem nabavke nedostajućih lijekova sa osnovne liste koji se izdaju na recept u apotekama sa kojima Fond nije zaključio ugovor, kao i lijeka</p>	

koji se koristi za liječenje u zdravstvenoj ustanovi ili medicinsko-tehničkog pomagala sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala koje se propisuje na recept, ako se ne može obezbijediti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojima je ugovor zaključen, kao i medicinskog sredstva sa Liste medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako ovaj davalac zdravstvene usluge to medicinsko sredstvo nije mogao obezbijediti. Takođe, riješiće se i problem obezbjeđivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranim licima u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond nema zaključen ugovor, ako davaoci sa kojima Fond ima zaključen ugovor ne pružaju određenu zdravstvenu uslugu ili je ne mogu pružiti, u roku utvrđenom propisom kojim se uređuju liste čekanja na zdravstvenu uslugu.

Predlogom ovog zakona riješeno je i pitanje starosne granice od 65 godina koje se vezuje za populacionu grupu starih, koja je i globalno (osim u nekim manje razvijenim djelovima svijeta) definisana uzrastom od 65 godina starosti, a demografski i zdravstveni indikatori se i dalje vezuju za učešće lica starijih od 65 godina i to se u ključnim međunarodnim dokumentima, politikama i strategijama SZO-a nije mijenjalo. Takođe, vezano za starosne kategorije u okviru socijalne i zdravstvene zaštite, razdvajaju se šire dobne grupe na stanovništvo do 19 godina, zatim 19-64 i stariji od 65 godina, pa je iz tog razloga, Predlogom ovog zakona smanjena starosna granica sa 67 na 65 godina u ostvarivanju prava koja se odnose na staru populaciju, bez obzira na ostvarivanje prava na penziju.

Pored navedenih problema, donošenjem ovog zakona riješiće se i pitanje usklađivanja ovog zakona sa Zakonom o životnom partnerstvu lica istog pola („Službeni list CG“, broj 67/20) i Zakonom o ličnoj karti („Službeni list CG“, br. 12/07, 73/10, 28/11, 50/12, 10/14 i 18/19), kao i Zakonom o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti („Službeni list CG“, br. 12/18, 64/20 i 59/21).

Uzroci postojećih problema su nepostojanje ili nepotpuno uređivanje ovih pitanja, kao i realizacija programa „Evropa sad“ koji podrazumijeva ukidanje doprinosa za zdravstveno osiguranje i budžetski način finansiranja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Posljedice ovih problema su neobezbjeđivanje prava na lijekove ili njihovo neblagovremeno obezbjeđivanje, kao i neblagovremeno obezbjeđivanje dostupne zdravstvene zaštite osiguranim licima. Izostajanje predloženog načina kontrole privremene spriječenosti za rad koju utvrđuje izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija dovodi do zloupotrebe ovog prava i nezakonitog trošenja sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Takođe, posljedica ovih problema je i neusklađenost ovog zakona sa zakonom kojim su uređeni doprinosi za zdravstveno osiguranje zasnovani na projektu „Evropa sad“.

Nedonošenjem ovog zakona oštećena su osigurana lica kojima je uskraćeno pravo na obezbjeđivanje lijekova za liječenje rijetkih bolesti i nastavak terapije propisane tokom liječenja osiguranog lica u inostranstvu upućenog na liječenje, u skladu sa propisanom procedurom, kao i pravo na lijekove sa osnovne liste koji se izdaju na recept u apotekama sa kojima Fond nije zaključio ugovor, kao i lijeka koji se koristi za liječenje u zdravstvenoj ustanovi ili medicinsko-tehničkog pomagala sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala koje se propisuje na recept, ako se ne može obezbijediti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojima je ugovor zaključen i medicinskog sredstva sa Liste medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako ovaj davalac zdravstvene usluge to medicinsko sredstvo nije mogao obezbijediti. Takođe, oštećen je i Fond, odnosno sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja, u slučaju isplate naknada zarade za neopravdano utvrđenu privremenu spriječenost za rad. Pored navedenog, nedonošenjem ovog zakona, zbog neusklađenosti ovog zakona sa zakonima sa kojima je izvršeno usklađivanje, oštećena su i lica na čija prava, odnosno pravne interese se odnose ti posebni zakoni.

Dakle, nedonošenje ovog zakona dovelo bi do kontinuiranih problema i neobezbjeđivanja lijekova osiguranim licima, odnosno uskraćivanja prava na blagovremenu i dostupnu zdravstvenu zaštitu koja ne može da se obezbijedi kod davalaca zdravstvene zaštite sa kojima Fond ima zaključen ugovor, kao i do nezakonitog trošenja sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u slučaju neopravdanog utvrđivanja privremene spriječenosti za rad i plaćanja naknade zarade po navedenom osnovu. Pored

navedenog, u pravnom sistemu bi egzistirali neusklađeni zakonski propisi, što je pravno nedopustivo. Takođe, nedonošenje ovog propisa dovelo bi do neusklađenosti sa propisima kojim a su uređeni doprinosi za socijalno osiguranje i finansiranje budžetske potrošnje i prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

2. Ciljevi

- Koji ciljevi se postižu predloženim propisom?
- Navesti usklađenost ovih ciljeva sa postojećim strategijama ili programima Vlade, ako je primjenljivo.

Osnovni cilj donošenja ovog zakona je obezbjeđivanje lijekova osiguranim licima za liječenje rijetkih bolesti i nastavak terapije propisane tokom liječenja osiguranog lica u inostranstvu upućenog na liječenje, u skladu sa propisanom procedurom, ukoliko je to medicinski opravdano, a koji se ne nalaze na osnovnoj i doplatnoj listi lijekova. Cilj donošenja ovog zakona je i rješavanje problema nabavke nedostajućih lijekova sa osnovne liste koji se izdaju na recept u apotekama sa kojima Fond nije zaključio ugovor, kao i lijeka koji se koristi za liječenje u zdravstvenoj ustanovi ili medicinsko-tehničkog pomagala sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala koje se propisuje na recept, ako se ne mogu obezbijediti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojima je ugovor zaključen, kao i medicinskog sredstva sa Liste medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako ovaj davalac zdravstvene usluge to medicinsko sredstvo nije mogao obezbijediti. Takođe, cilj donošenja ovog zakona je i obezbjeđivanje blagovremene zdravstvene zaštite osiguranim licima u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond nema zaključen ugovor, ako davaoci sa kojima Fond ima zaključen ugovor ne pružaju određenu zdravstvenu uslugu ili je ne mogu pružiti, u roku utvrđenom propisom kojim se uređuju liste čekanja na zdravstvenu uslugu, kao i postizanje međusobne usklađenosti zakona. Pored navedenog, cilj je i sprječavanje zloupotrebe prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad, kao i obezbjeđivanje usklađenosti ovog zakona sa posebnim zakonima kojima se uređuju prava i pravni interesi građana.

Pored navedenih ciljeva, cilj je i obezbjeđivanje dodatnih izvora finansiranja nabavke ovih lijekova, kao što je to bilo propisano i Zakonom iz 2016. godine, na način što Ministarstvo zdravlja može da obezbijedi i prikuplja novčana sredstva od organizacije kulturnih, sportskih, muzičkih i drugih manifestacija, kao i donacija za ovu namjenu.

Predlog ovog zakona usklađen je sa programom "Evropa sad".

3. Opcije

- Koje su moguće opcije za ispunjavanje ciljeva i rješavanje problema? (uvijek treba razmatrati "status quo" opciju i preporučljivo je uključiti i neregulatornu opciju, osim ako postoji obaveza donošenja predloženog propisa).
- Obrazložiti preferiranu opciju?

"Status quo" opcija bi podrazumijevala nemogućnost obezbjeđivanja lijekova osiguranim licima za liječenje rijetkih bolesti i nastavak terapije propisane tokom liječenja osiguranog lica u inostranstvu upućenog na liječenje, u skladu sa propisanom procedurom, ukoliko je to medicinski opravdano, a koji se ne nalaze na osnovnoj i doplatnoj listi lijekova. "Status quo" opcija bi dovela i do nemogućnosti nabavke nedostajućih lijekova sa osnovne liste koji se izdaju na recept u apotekama sa kojima Fond nije zaključio ugovor, kao i lijeka koji se koristi za liječenje u zdravstvenoj ustanovi ili medicinsko-tehničkog pomagala sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala koje se propisuje na recept, ako se ne mogu obezbijediti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojima je ugovor zaključen, kao i medicinskog sredstva sa Liste medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako ovaj davalac zdravstvene usluge to medicinsko sredstvo nije mogao obezbijediti. Nedonošenje ovog zakona dovelo bi i do nemogućnosti obezbjeđivanja blagovremene zdravstvene zaštite osiguranim licima u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond nema zaključen ugovor, ako davaoci sa kojima Fond ima zaključen ugovor ne pružaju određenu zdravstvenu uslugu ili

je ne mogu pružiti, u roku utvrđenom propisom kojim se uređuju liste čekanja na zdravstvenu uslugu, kao i postizanje međusobne usklađenosti zakona. Pored navedenog, "status quo" opcija ne bi dovela do sprječavanja zloupotrebe prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad, kao i do obezbjeđivanja usklađenosti ovog zakona sa posebnim zakonima kojima se uređuju prava i pravni interesi građana.

"Status quo" opcija bi imala za posljedicu neusklađenost sa programom "Evropa sad" i sa propisima kojima su uređeni doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje i finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Iz iznijetih razloga, jedina opcija je predlaganje i donošenje Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju.

4. Analiza uticaja

- Na koga će i kako će najvjerojatnije uticati rješenja u propisu - nabrojati pozitivne i negativne uticaje, direktne i indirektne.
- Koje troškove će primjena propisa izazvati građanima i privredi (naročito malim i srednjim preduzećima)
- Da li pozitivne posljedice donošenja propisa opravdavaju troškove koje će on stvoriti,
- Da li se propisom podržava stvaranje novih privrednih subjekata na tržištu i tržišna konkurencija;
- Uključiti procjenu administrativnih opterećenja i biznis barijera.

Predložena rješenja će pozitivno uticati na građane, jer dovode do obezbjeđivanja lijekova osiguranim licima za liječenje rijetkih bolesti i nastavak terapije propisane tokom liječenja osiguranog lica u inostranstvu upućenog na liječenje, u skladu sa propisanom procedurom, ukoliko je to medicinski opravdano, a koji se ne nalaze na osnovnoj i doplatnoj listi lijekova. Takođe, omogućava se naknada troškova u punom iznosu za nabavku lijekova sa osnovne liste koji se izdaju na recept u apotekama sa kojima Fond nije zaključio ugovor, kao i lijeka koji se koristi za liječenje u zdravstvenoj ustanovi ili medicinsko-tehničkog pomagala sa Liste medicinsko-tehničkih pomagala koje se propisuju na recept, ako se ne mogu obezbijediti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojima je ugovor zaključen, i medicinskog sredstva sa Liste medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako ovaj davalac zdravstvene usluge to medicinsko sredstvo nije mogao obezbijediti, kao i za ostvarenu zdravstvenu uslugu koja se nije mogla ostvariti kod ovih davalaca. Pored toga, pozitivan uticaj se očekuje i na privredne subjekte i Fond za zdravstveno osiguranje, odnosno raspoloživa sredstva za njegovo funkcionisanje jer se uređuje kontrola privremene spriječenosti za rad, dospelost i zastarijevanje naknada po osnovu prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Pozitivan efekat odnosi se i na lica koja žive u zajednici života lica istog pola jer im se obezbjeđuje pravo na zdravstveno osiguranje kao članovima uže porodice.

Građani i privreda nemaju troškova za realizaciju predloženih zakonskih rješenja.

Ovim zakonom se ne podržava stvaranje novih privrednih subjekata na tržištu, niti se narušava tržišna konkurencija.

Primjena predloženih rješenja ne dovodi do dodatnog opterećenja administrativnih kapaciteta, niti proizvodi biznis barijere.

Odjeljak 5: Procjena fiskalnog uticaja

- Da li je potrebno izdvajanje finansijskih sredstava za implementaciju propisa i u kom iznosu?
- Da li je izdvajanje finansijskih sredstava jednokratno, ili tokom određenog vremenskog perioda?
- Da li implementacijom propisa proizilaze međunarodne finansijske obaveze?
- Da li su neophodna finansijska sredstva obezbjeđena u budžetu za tekuću fiskalnu godinu, odnosno da li su planirana u budžetu za narednu fiskalnu godinu
- Da li je usvajanjem propisa predviđeno donošenje podzakonskih akata iz kojih će proistići finansijske obaveze?

- Da li će se implementacijom propisa ostvariti prihodi za budžet Crne Gore?
- Obraložiti metodologiju kojom je korišćenja prilikom obračuna finansijskih izdataka/prihoda.
- Da li su postojali problemi u preciznom obračunu finansijskih izdataka/prihoda?
- Da li su postojale sugestije Ministarstva finansija na inicijativu za donošenje predloga propisa? Obrazložiti.
- Da li su dobijene primjedbe implementirane u tekst propisa? Obrazložiti.

Implementacijom ovog zakona ne proizilaze međunarodne finansijske obaveze.

Ovim zakonom predviđeno je donošenje dva podzakonska akta iz kojih će proisteći finansijske obaveze, kroz redovno finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a koje su zanemarljive i u skladu su sa javnozdravstvenim interesom i obezbjeđivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Predloženi izdatak u iznosu od 2.000.000 eura na godišnjem nivou utvrđen je na osnovu izdataka u prethodnom periodu za ovu namjenu, kada je bila propisana mogućnost odobravanja ovih lijekova, do 31.12.2019. godine. Shodno ovoj procjeni, usvojen je i amandman na Predlog zakona o budžetu za 2021. godinu, čime su obezbijeđena sredstva u Budžetu za 2021. godinu, u Skupštini Crne Gore, pa u navedenom smislu i nije bilo obračuna troškova za 2021. godinu, jer za implementaciju ovog zakona, shodno izloženom, nije potrebno dodatno izdvajanje finansijskih sredstava. Finansiranje će se vršiti u skladu sa propisanom dinamikom finansiranja potrošačkih jedinica i obezbjeđivaće se finansijska sredstva za svaku fiskalnu godinu.

Nijesu postojale sugestije Ministarstva finansija na inicijativu za donošenje predloga ovog zakona.

6. Konsultacije zainteresovanih strana

- Naznačiti da li je korišćena eksterna ekspertiza i ako da, kako;
- Naznačiti koje su grupe zainteresovanih strana konsultovane, u kojoj fazi RIA procesa i kako (javne ili ciljane konsultacije);
- Naznačiti glavne rezultate konsultacija, i koji su predlozi i sugestije zainteresovanih strana prihvaćeni odnosno nijesu prihvaćeni, Obrazložiti

U pripremi Predloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju nije korišćena ekspertska podrška, već je sprovedeno usaglašavanje sa Sekretarijatom za zakonodavstvo, Ministarstvom finansija i socijalnog staranja, Kancelarijom za evropske integracije, Ministarstvom pravde i ljudskih prava i Ministarstvom javne uprave i medija.

Kako nije bilo učešća zainteresovanih strana, to se ne može govoriti ni o rezultatima konsultacija.

Javna rasprava nije sprovedena jer se ovim predlogom zakona ne sužavaju prava ni pravni interesi građana ni privrednih subjekata, a inicijativu za donošenje ovog zakona pokrenulo je Ministarstvo zdravlja.

7: Monitoring i evaluacija

- Koje su potencijalne prepreke za implementaciju propisa?
Koje će mjere biti preduzete tokom primjene propisa da bi se ispunili ciljevi?
- Koji su glavni indikatori prema kojima će se mjeriti ispunjenje ciljeva?
- Ko će biti zadužen za sprovođenje monitoringa i evaluacije primjene propisa?

Potencijalne prepreke za implementaciju ovog zakona su smanjenje budžetskih prihoda i smanjenje opredijeljenih sredstava za obezbjeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Mjere koje će biti preduzete odnose se na kontrolu, racionalizaciju i praćenje potrošnje sredstava

za zdravstvenu zaštitu na svim nivoima, kao i ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i praćenje pravilnosti utvrđivanja privremene spriječenosti za rad zaposlenih, u cilju smanjenja sredstava na ime naknada za privremenu spriječenost za rad.

Glavni indikatori prema kojima će se mjeriti ispunjenje ciljeva je redovno obezbjeđivanje zdravstvene zaštite i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i usklađenost sa propisima kojima su uređeni doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje i finansiranje javne potrošnje i prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja..

Monitoring i evaluaciju sprovođenja ovog zakona vrši Ministarstvo zdravlja, vršenjem nadzora i praćenjem oblasti koje uređuje ovaj zakon, Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore, u skladu sa ovlaštenjima propisanim ovim zakonom, a inspekcijski nadzor vrše zdravstveni inspektori, u skladu sa zakonom.

Podgorica,
5.11.2021. godine

MINISTARKA,

dr. Jelena Borovinić Bojović



Jelena Borovinić Bojović