



CRNA GORA
SKUPŠTINA CRNE GORE

PRIMLJENO: 19. XII 2016. GOD.

KLASIFIKACIONI BROJ: 28-2/16-5

VEZA:

EPA: 55 XXVI

SKRAĆENICA:

PRILOG:

Crna Gora
VLADA CRNE GORE

Broj: 08-2382

Podgorica, 19. septembar 2016. godine

PREDSJEDNIKU SKUPŠTINE CRNE GORE

PODGORICA

Vlada Crne Gore, na sjednici od 8. septembra 2016. godine, utvrdila je **PREDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**, koji Vam u prilogu dostavljamo radi stavljanja u proceduru Skupštine Crne Gore.

Za predstavnike Vlade koji će učestvovati u radu Skupštine i njenih radnih tijela, prilikom razmatranja Predloga ovog zakona, određeni su prof. dr **BUDIMIR ŠEGRT**, ministar zdravlja i **MITRA ĐURIŠIĆ**, v. d. generalnog direktora Direktorata za razvoj i upravljanje zdravstvom.

PREDSJEDNIK
Milo Đukanović, s. r.

ZAKON
O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA
O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 1

U Zakonu o zdravstvenom osiguranju („Službeni list CG“, broj 6/16) član 1 mijenja se i glasi:

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

Član 2

U članu 2 stav 2 poslije riječi: „zdravstvenog osiguranja“ dodaju se riječi: „osiguranim licima, pod jednakim uslovima“.

Član 3

U članu 5 stav 1 poslije tačke 2 dodaje se nova tačka koja glasi:

„2a) **osigurana lica** su osiguranici, članovi porodice osiguranika i druga lica u skladu sa ovim zakonom;“.

Član 4

U članu 6 stav 1 tačka 16 mijenja se i glasi:

„16) osnivači odnosno vlasnici privrednih društava, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;“.

Stav 4 briše se.

U stavu 5 i drugim odredbama zakona riječi: „status osiguranika“ u različitom padežu zamjenjuju se riječima: „svojstvo osiguranika“ u odgovarajućem padežu.

Dosadašnji stav 5 postaje stav 4.

Član 5

U članu 7 stav 1 tačka 1 poslije riječi „zaposlenja“ dodaju se riječi: „i penzije“.

Tačka 2 mijenja se i glasi:

„2) preduzetništva i samostalnog obavljanja profesionalne djelatnosti;“.

Tačka 5 briše se.

Dosadašnja tačka 6 postaje tačka 5.

Član 6

U članu 9 poslije riječi „državi“ dodaju se riječi: „sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju“.

Član 7

U članu 10 stav 1 riječi: „Status osiguranika“ zamjenjuju se riječima: „Svojstvo osiguranog lica“.

Poslije stava 2 dodaje se novi stav koji glasi:

„Svojstvo 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 svojstvo osiguranog lica u drugoj državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju.“

Član 8

U članu 14 st. 2 i 3 mijenjaju se i glase:

„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 13 stav 1 tačka 2 ovog zakona u slučaju hitne medicinske pomoći i povrede na radu.“

Stav 4 briše se.

Član 9

U članu 16 stav 1 tačka 14 poslije riječi „zaštite“ dodaju se riječi: „i specijalni vazdušni transport koji je iz medicinskih razloga opravdan i hitan“.

U tački 16 riječi: „liječenje steriliteta“ zamjenjuju se riječju „oplodnje“.

Član 10

U članu 18 stav 1 riječi: „od cijene zdravstvene usluge“ zamjenjuju se riječima: „iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja“.

U tački 4 riječi: „u inostranstvu“ zamjenjuju se riječima: „van Crne Gore“.

U tački 8 riječi: „, osim za djecu do 18 godina života“ brišu se.

U tački 12 riječi: „starijeg od“ zamjenjuju se riječju „do“.

U tački 13 poslije riječi: „sanitetskim kolima“ dodaju se riječi: „,koji nije hitan“.

U stavu 2 poslije riječi: „zdravstvenu uslugu“ umjesto tačke stavlja se zarez i dodaju riječi: „,a najviše u visini dvije prosječne neto zarade u Crnoj Gori za prethodnu kalendarsku godinu po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike.“

Član 11

U članu 19 stav 1 tačka 7 poslije riječi „penzije“ dodaju se riječi: „u Crnoj Gori za prethodnu kalendarsku godinu po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike“.

U tački 9 riječi: „tač. 11 i 12“ zamjenjuju se riječima: „tačka 11“.

Tačka 10 mijenja se i glasi:

„10) slijepim, gluvonijemim i licima sa autističnim poremećajem.“

U stavu 2 riječi: „autističnih poremećaja,“ brišu se.

Poslije stava 2 dodaje se novi stav koji glasi:

„Bliže uslove za ostvarivanje zdravstvene zaštite iz st. 1 i 2 ovog člana propisuje Fond, uz prethodnu saglasnost Ministarstva.“

Član 12

U članu 24 stav 1 poslije tačke 3 dodaje se nova tačka koja glasi:

„4) liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom.“

U stavu 2 poslije riječi „rehabilitacije“ stavlja se zarez i dodaju riječi: „indikacije za liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom i dužinu trajanja“.

Član 13

U članu 25 stav 1 poslije tačke 10 dodaje se nova tačka koja glasi:

„10a) specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju i liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom koje je obavljeno mimo propisanih indikacija;“.

Poslije tačke 18 dodaje se nova tačka koja glasi:

„18a) zdravstvenu zaštitu koja je ostvarena u zdravstvenim ustanovama van Crne Gore suprotno načinu i postupku propisanim ovim zakonom;“.

Član 14

U članu 27 stav 2 riječi: „cijene usluga koje su utvrđene cjenovnikom Fonda“ zamjenjuju se riječima: „cijene usluga zdravstvenih ustanova u sistemu javnog zdravstva države u kojoj je pružena hitna medicinska pomoć“.

Član 15

U članu 28 stav 1 riječi: „iz člana 26“ zamjenjuju se riječima: „iz čl. 26 i 27“.

Član 16

U članu 35 stav 1 mijenja se i glasi:

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

Član 17

U članu 41 stav 1 mijenja se i glasi:

„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.“

Stav 3 mijenja se i glasi:

„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.“

Član 18

U članu 42 stav 1 poslije riječi „mjeseca“ briše se tačka i dodaju riječi: „koja prethode mjesecu u kojem je nastupila privremena spriječenost za rad.“

Član 19

U članu 47 poslije stava 1 dodaje se novi stav koji glasi:

„Pratilac se odobrava osiguranom licu mlađem od 18 godina života, starijem licu koje je teže tjelesno ili duševno ometeno u razvoju, licu kod kojeg je u toku života došlo do gubitka pojedinih tjelesnih ili psihičkih funkcija, zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja osnovne životne aktivnosti, kao i slijepom, slabovidom, gluvom, gluvonijemom i licu sa autističnim poremećajem.“

Poslije stava 2 dodaje se novi stav koji glasi:

„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.“

Dosadašnji st. 2 i 3 postaju st. 3 i 5.

Član 20

Član 48 mijenja se i glasi:

„Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja može ostvariti lice koje je upisano u registar nadležnog poreskog organa u skladu sa zakonom.

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

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

Član 21

U članu 50 stav 6 poslije riječi: „listi čekanja,“ dodaju se riječi: „najduže vrijeme čekanja na zdravstvenu uslugu i informisanje osiguranih lica o utvrđenom redosljedu na listi čekanja,“.

Član 22

U članu 51 stav 1 mijenja se i glasi:

„Za liječenje stanja, oboljenja 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 20 ovog zakona.“

U stavu 2 poslije riječi „prevoza“ briše se tačka i dodaju riječi: „u visini cijene koštanja odobrenog prevoznog sredstva javnog saobraćaja.“

Poslije stava 2 dodaje se novi stav koji glasi:

„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.“

U stavu 4 riječi: „iz st. 1, 2 i 3“ zamjenjuju se riječima: „ iz st. 1 do 4“.

Dosadašnji st. 3 i 4 postaju st. 4 i 5.

Član 23

U članu 54 stav 1 poslije riječi „Fond“ dodaju se riječi: „uz saglasnost Ministarstva“.

Član 24

Član 56 briše se.

Član 25

U članu 57 stav 1 tačka 4 poslije riječi „renti“ stavlja se zarez i dodaju riječi: „akciza i koncesija;”.

Član 26

U članu 58 stav 1 poslije riječi „renti“ dodaju se riječi: „akciza i koncesija“.

Član 27

U članu 69 stav 1 riječi: „status osiguranog lica“ zamjenjuju se riječima: „svojestvo osiguranog lica“.

Član 28

U članu 74 stav 2 tačka 4 mijenja se i glasi:

„4) vodi evidenciju o ostvarenim pravima osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;“.

Poslije tačke 8 dodaje se nova tačka koja glasi:
„8a) utvrđuje jedinstvenu metodologiju snabdijevanja zdravstvenih ustanova lijekovima, medicinskim sredstvima i opremom;“.

Član 29

U članu 76 stav 1 tačka 2 poslije riječi „zaštite,“ dodaju se riječi: „jedinstvenu metodologiju snabdijevanja zdravstvenih ustanova lijekovima, medicinskim sredstvima i opremom,“.

Član 30

Član 82 mijenja se i glasi:

„Za pružanje zdravstvene zaštite iz člana 16 ovog zakona, Fond neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima zdravstvenih usluga iz Zdravstvene mreže, 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; i
- 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 pokazatelje za zaključivanje ugovora, način plaćanja zdravstvenih usluga i postupak obračuna, uslove za izbor davalaca zdravstvenih usluga po upućenom javnom pozivu, kao i druga pitanja od značaja za zaključivanje ugovora propisuje Ministarstvo, na predlog Fonda.“

Član 31

Čl. 83 i 84 brišu se.

Član 32

U članu 85 stav 1 riječi: „iz člana 84“ zamjenjuju se riječima: „iz člana 82 stav 4“.

U stavu 2 poslije riječi „usluga“ briše se tačka i dodaju riječi: „najkasnije do 31. marta tekuće godine.“

Član 33

U članu 87 stav 2 riječi: „iz člana 84“ zamjenjuju se riječima: „iz člana 82 stav 2“.

U stavu 3 riječi: „iz st. 1 i 2“ zamjenjuju se riječima: „iz stava 1“, a poslije riječi „Fonda“ umjesto tačke stavlja se zarez i dodaju riječi: „po pravilu do 31. marta tekuće godine.“

Član 34

U članu 100 stav 1 riječi: „do 1. januara“ zamjenjuju se riječima: „od 1. jula“.

Član 35

U članu 101 stav 3 riječi: „od 1. januara“ zamjenjuju se riječima: „od 1. jula“.

Član 36

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom listu Crne Gore“.

O B R A Z L O Ž E N J E

I. USTAVNI OSNOV ZA DONOŠENJE ZAKONA

Ustavni osnov za donošenje ovog zakona sadržan je u odredbi člana 67 Ustava Crne Gore koji utvrđuje da je socijalno osiguranje zaposlenih obavezno i da država obezbjeđuje materijalnu sigurnost licu koje je nesposobno za rad i nema sredstava za život.

II. RAZLOZI ZA DONOŠENJE ZAKONA

Zakon o zdravstvenom osiguranju donijet je 28. decembra 2015. godine i istim je na principima socijalnog zdravstvenog osiguranja u čijoj osnovi su načela solidarnosti, obaveznosti i jednakosti osiguranika u ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u saglasnosti sa postojećom ekonomskom situacijom i opredijeljenim finansijskim sredstvima uspostavljen normativni okvir zdravstvenog osiguranja. U implementaciji zakona uočene su određene tehničke nejasnoće, koje mogu biti ralog neadekvatne primjene pojedinih odredbi.

Ukazalo se neophodnim da se pristupi izmjenama i dopunama ovog zakona na način da se izvrše određene tehničke ispravke i pravno – tehničko upodobljavanje teksta zakona, kao i izmijena određenih odredbi.

III. USAGLAŠENOST SA PRAVNOM TEKOVINOM EVROPSKE UNIJE I POTVRĐENIM MEĐUNARODNIM KONVENCIJAMA

Ne postoje propisi Evropske unije, kao ni međunarodne konvencije sa kojima je trebalo usaglasiti Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

IV. OBJAŠNJENJE PREDLOZENIH RJESENJA

Član 1 kojim se uređuje predmet zakona, preformulisan je prateći redosljed poglavlja koja se nalaze u zakonu.

U članu 2 dodaje su riječ da se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osigurana lica ostvaruju pod jednakim uslovima jer je to osnovno načelo obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U članu 4 redefinisana je kategorija osiguranika – osnivači odnosno vlasnici privrednog društva i brisan stav koji se odnosi na privremenu odjavu djelatnosti. U stavu 5 ovog člana je kao i u ostalim članovima zakona, pojam “status osiguranika” zamijenjen je pojmom “svojstvo osiguranika”.

U članu 5 je kao osnov osiguranja dodato i osiguranje po osnovu penzije i brisan osnov osiguranja po osnovu nezaposlenosti obzirom da u zakonu nema kategorije osiguranika – nezaposlena lica, već lica koja nijesu u radnom odnosu.

Čl. 6 i 7 propisano je da se na lično osiguranja mogu osigurati lica koja se ne mogu osigurati ni po jednom osnovu iz člana 6 Zakona o zdravstvenom osiguranju, s tim da je uslov za sticanje svojstva osiguranika da lice nije osiguranik druge države za kojom je zaključen ugovor o socijalnom osiguranju, dok članovi uže porodice osiguranika mogu steći svojstvo osiguranog lica uz uslov da privremeno borave u Crnoj Gori po osnovu spajanja porodice ili školovanja u skladu sa posebnim zakonom, kao i da nemaju svojstvo osiguranog lica u drugoj državi za kojom je zaključen ugovor o socijalnom osiguranju.

Članom 8 definisano je šta se smatra stažom osiguranja u obaveznom zdravstvenom osiguranju za ostvarivanje prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad kao i da se za ostvarivanje ovog prava ne zahtijeva prethodni staž osiguranja u slučajevima povrede na radu i hitne medicinske pomoći.

U članu 9 i 10 preciznije su definisane pojedina prava iz zdravstvene zaštite iz čl. 16 i 17 Zakona.

Članom 11 otklonjene su određene nepreciznosti u definisanju kategorija osiguranika koji ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu u punom obimu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i za liječenje određenih stanja i oboljenja.

Članom 12 propisano je da je u nadležnosti Fondu i da utvrđuje indikacije za liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom uz saglasnost Ministarstva zdravlja.

U članu 13 dodate su dvije nove tačke kojima se propisuje da se iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne obezbjeđuju sredstva za liječenje hiperbaričnom terapijom, za medicinsku rehabilitaciju i liječenje u zdravstvenim ustanovama van Crne Gore koje nije ostvareno na propisani način i postupak.

Članom 14 propisano je da se osiguranom licu koje boravi u državi sa kojom je zaključen ugovor o socijalnom osiguranju, na ime pružene hitne medicinske pomoći, vrši naknada troškova u visini cijena usluga zdravstvenih ustanova u sistemu javnog zdravstva druge države.

Članom 15 izvršeno je pravno tehničko upodobljavanje.

Članom 16 je propisano da neophodnu zdravstvenu zaštitu osigurana lica ostvaruju na osnovu evropske kartice za vrijeme privremenog boravka na teritoriji države članice EU.

Čl. 17 i 18 preciznije su definisane odredbe čl. 41 i 42 Zakona. Definisana je visina naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad koju Fond refundira poslodavcima, kao i kojim poslodavcima se ne vrši refundacija naknade zarade.

Članom 19 precizno je definisano pravo na pratioca kao i ostvarivanje troškova na ime prevoza osiguranog lica radi korišćenja zdravstvene zaštite.

Članom 20 je propisano da prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje lice koje je upisano u registar nadležnog poreskog organa saglasno zakonu, kao i da se svojstvo osiguranog lica dokazuje zdravstvenom knjižicom.

Članom 21 je propisano da se opštim aktom kojim se uređuju liste čekanja, pored već propisanog, definiše i najduže vrijeme čekanja na zdravstvenu uslugu i način informisanja osiguranih lica na redosljed čekanja. treba da definiše liste čekanja.

Članom 22 definisano je da se upućivanje na liječenje osiguranih lica van Crne Gore može vršiti ukoliko se ne može uspješno liječiti u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori i ukoliko postoji mogućnost uspješnog liječenja i izliječenja, te su precizirane odredbe

koje se tiču odobravanja troškova prevoza za vrijeme liječenja u zdravstvene ustanove van Crne Gore kao i pravo pratioaca na naknadu troškova prevoza za vrijeme putovanja sa osiguranim licem na liječenje i kada putuje za prihvrat osiguranog lica sa liječenja.

Članom 23 propisano je da prvostepene ljekarske komisije obrazuje Fond uz saglasnost Ministarstva.

Članom 24 brisana je odredba da Fond vodi određene evidencije obzirom da je prema važećim zakonskim rješenjima vođenje evidencija u nadležnosti drugog državnog organa.

Čl. 25 i 26 propisano je da se finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja između ostalog vrši i iz akciza i koncesija.

Članom 27 izvršeno je pravno tehničko upodobljavanje pojmova u zakonu.

Čl. 28 i 29 propisano je da Fond vodi evidencije o ostvarenim pravima osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kao i da Fond utvrđuje jedinstvenu metodologiju snabdijevanja zdravstvenih ustanova lijekovima, medicinskim sredstvima i opremom, koju donosi Upravni odbor.

Članom 30 je propisano da Fond neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima iz Zdravstvene mreže, a da za zdravstvene usluge koje se ne mogu obezbijediti u zdravstvenim ustanovama u Zdravstvenoj mreži, Fond može da zaključi ugovore i sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima van Zdravstvene mreže, kriterijumi za utvrđivanje usluga za koje treba zaključiti ugovore, kao i postupak upućivanja javnog poziva za zaključivanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama van mreže.

Članom 31 brisane su odredbe jer su već definisane u članu 30.

Čl. 32 i 33 propisano je da se ugovori sa zdravstvenim ustanovama zaključuju do 31. marta tekuće godine, kao i izvršeno pravno tehničko upodobljavanje odredbi.

Čl. 34 i 35 propisano je da će primjena dopunskog zdravstvenog osiguranja otpočeti od 01. jula 2017. godine, odnosno 01. jula 2018. godine iz razloga što će prema sadašnjoj procjeni, Klinički centar CG biti povezan u jedinstveni informacioni zdravstveni sistem tek u 2017. godini .

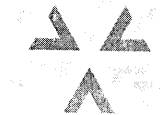
Članom 36 je određeno je da ovaj zakon stupa na snagu u roku od osam dana od dana objavljivanja u „Službenom listu Crne Gore“.

V. PROCJENA FINANSIJSKIH SREDSTAVA ZA SPROVOĐENJE ZAKONA

Za implementaciju ovog zakona nijesu potrebna dodatna finansijska.

1000
DEGENJA
DENOVE
2016

2016



**MINISTARSTVO VANJSKIH POSLOVA
I EVROPSKIH INTEGRACIJA**

Broj: 03/1/2-1/100/2

Podgorica, 29. VII 2016.

MINISTARSTVO ZDRAVLJA

Dopisom broj 011-162/2016 od 29. jula 2016. tražili ste mišljenje o usklađenosti **Predloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju** s pravnom tekovinom Evropske unije, saglasno članu 40 stav 1 alineja 2 Poslovnika Vlade.

Nakon upoznavanja sa sadržinom propisa, Ministarstvo vanjskih poslova i evropskih integracija je saglasno s navedenim u ocjeni usklađenosti propisa s pravnom tekovinom Evropske unije.

DRŽAVNI SEKRETAR ZA EVROPSKE INTEGRACIJE

ambasador Aleksandar Andrija Pejović

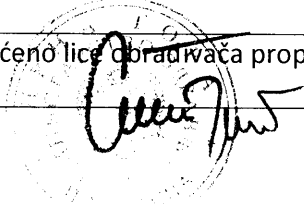
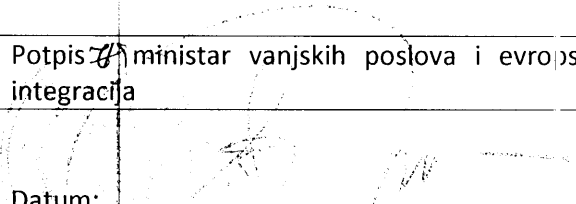
Црна Гора - Блага Црна Гора
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА
Подгорица

19. 07. 2016

Примљено	Број	Прилог	Вриједност
011-	162/2016	-	8

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

		Identifikacioni broj Izjave	MZ-IU/PZ/15/03
1. Naziv nacrt/predloga propisa			
- na crnogorskom jeziku	Predlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju		
- na engleskom jeziku	Proposal for the Law on Amendments to the Law on Health Insurance		
2. Podaci o obrađivaču propisa			
a) Organ državne uprave koji priprema propis			
Organ državne uprave	Ministarstvo zdravlja		
- Sektor/odsjek	Direktorat za razvoj i upravljanje zdravstvenim sistemom		
- odgovorno lice (ime, prezime, telefon, e-mail)	Mitra Đurišić telefon 078-113-133 e-mail: mitra.djurisic@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			
Glava VI Usklađivanje zakonodavstva, sprovođenje zakona i pravila o konkurenciji, član 79, Radni uslovi i jednake mogućnosti			
b) Step en ispunjenosti obaveza koje proizilaze iz navedenih odredbi SSPa			
	<input checked="" 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	2016-2018		
- Poglavlje, potpoglavlje			
- Rok za donošenje propisa			
- Napomena	Donošenje Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o 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 treći, 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			
32010D0424(08)			
Odluka br. S1 od 12. juna 2009 koja se odnosi na evropsku karticu zdravstvenog osiguranja / Decision No S1 of 12 June 2009 concerning the European Health Insurance Card, OJ C 106, 24.4.2010			
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 nacrt/predloga propisa Crne Gore s pravnom tekovinom Evropske unije i rok u kojem je predviđeno postizanje potpune usklađenosti	
Potpuna usklađenost sa Odlukom 32010D0424(08) će se postići donošenjem Pravilnika o sadržini, obrascu, načinu izdavanja i korišćenja evropske kartice zdravstvenog osiguranja. Rok za postizanje potpune usklađenosti je II kvartal 2017.	
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 nacrt/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 srpski 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 izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju nije preveden na engleski jezik.	
11. Učešće konsultanata u izradi nacrt/predloga propisa i njihovo mišljenje o usklađenosti	
U izradi Predloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju nije bilo učešća konsultanata.	
Potpis / ovlašteno lice dorađivača propisa	Potpis ministar vanjskih poslova i evropskih integracija
	
Datum:	Datum:

Prilog obrasca:

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

32010D0424(08)

ODLUKA BR. S1

od 12. Juna 2009

vezano za Evropsku karticu zdravstvenog osiguranja

(Tekst je relevantan za Evropski ekonomski prostor i Sporazum EK / Švajcarska)

(2010/C 106/08)

ADMINISTRATIVNA KOMISIJA ZA KOORDINACIJU SISTEMA SOCIJALNE ZAŠTITE,

Imajući u vidu član 72. (a) Uredbe (EZ) br 883/2004 Evropskog parlamenta i Savjeta od 29. Aprila 2004 o koordinaciji sistema socijalne zaštite¹, na osnovu kojeg je Administrativna komisija nadležna za rješavanje svih administrativnih pitanja ili pitanja o tumačenju koje proizlaze iz odredbi Uredbe (EZ) br 883/2004 i Uredbe (EZ) br 987/2009 Evropskog parlamenta i Savjeta od 16. septembra 2009 kojom se propisuje postupak za sprovođenje Uredbe (EZ) br 883/2004 o koordinaciji sistema socijalne zaštite²,

Imajući u vidu član 19. Uredbe (EZ) br 883/2004 koja se odnosi na prava osiguranika i članove njegove/njene porodice, koji borave u državi članici koja nije nadležna država članica za naknade koje postanu neophodne u medicinskom smislu, uzimajući u obzir prirodu naknada i očekivano trajanje boravka,

Imajući u vidu član 27 (1) Uredbe (EZ) br 883/2004,

Imajući u vidu član 25. (A) i (C) Uredbe (EZ) br 987/2009,

S obzirom da to da:

(1) je Evropski savjet u Barseloni, održan 15. i 16. marta 2002, odlučio: 'da će Evropska kartica zdravstvenog osiguranja zamijeniti postojeće papirne obrasce potrebne za liječenje u drugoj zemlji članici. Komisija će u tom smislu predstaviti predlog prije proljetnog zasjedanja Evropskog Savjeta 2003. Takva kartica će pojednostaviti procedure, ali neće promijeniti postojeća prava i obveze. "(Tačka 34).

(2) se korišćenje zdravstvenih i socijalnih kartica razlikuje od jedne države članice do druge, Evropska kartica zdravstvenog osiguranja je u početku uvedena u obliku u kojem se podaci potrebni za pružanje zdravstvene zaštite i za naknadu troškova mogu pročitati golim okom. Ova informacija može biti dodatno inkorporirana u elektronski medij. Upotreba elektronskog medija će, štoviše postati generalizovana u kasnijoj fazi.

(3) Evropska kartica zdravstvenog osiguranja mora da bude u skladu sa jednim modelom koji je definisala Administrativna komisija, koja treba da olakša i pristup zdravstvenoj zaštiti i pomogne da se spriječi nepravilno, nasilno ili lažno korišćenje kartice.

1 OJ L 166, 30.4.2004, p. 1.

2 (2) OJ L 284, 30.10.2009, p. 1.

(4) Institucije države članice određuju rok važenja Evropske kartice zdravstvenog osiguranja koju izdaju. Rok valjanosti Evropske karte zdravstvenog osiguranja treba da uzme u obzir pretpostavljeno trajanje prava osiguranika.

(5) U slučaju vanrednih okolnosti, treba da bude izdata privremena zamjenska potvrda ograničenog trajanja. "Vanredne okolnosti" mogu da budu krađa ili gubitak Evropske karte zdravstvenog osiguranja ili hitni odlazak zbog čega je rok za izdavanje Evropske karte zdravstvenog osiguranja prekratak. Privremenu zamjensku potvrdu može da traži osiguranik ili institucije države boravka.

6) Evropska kartica zdravstvenog osiguranja treba da se koristi u svim situacijama privremenog boravka tokom kojeg osiguranik zahtijeva zdravstvenu zaštitu nezavisno o svrsi boravka, bilo da je zbog turizma, profesionalne aktivnosti ili učenja. Međutim Evropska kartica zdravstvenog osiguranja se ne može koristiti kada je svrha boravka u inostranstvu isključivo da se dobije zdravstvena zaštita.

(7) U skladu s članom 76. Uredbe (EZ) br 883/2004, Države članice treba da sarađuju kako bi uvele procedure koje će omogućiti da se izbjegne da, u slučaju da osobi prestane pravo na naknadu za bolovanje u korist države članice i stekne pravo na naknadu u korist druge države članice, on/ona nastavlja da koristi Evropsku karticu zdravstvenog osiguranja izdatu od strane institucija prve države članice nakon datuma od kojeg više nema pravo na naknadu u njeno ime.

(8) Evropska kartica zdravstvenog osiguranja izdata prije stupanja na snagu Uredbe (EZ) br 883/2004 i (EZ) br 987/2009 će ostati na snazi do isteka roka valjanosti koji je naveden na kartici.

Postupajući u skladu sa uslovima iz člana 71. (2) Uredbe (EZ) br 883/2004,

ODLUČILA JE:

Opšti principi

1. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja potvrđuje pravo osiguranika i penzionera, kao i članova njihove porodice, koji borave u državi članici koja nije nadležna država članica na beneficije koje postanu neophodne u medicinskom smislu, uzimajući u obzir prirodu beneficije i očekivano trajanje boravka.

Evropska kartica zdravstvenog osiguranja se ne može koristiti u situaciji u kojoj je cilj privremenog boravka da se primi liječnička pomoć.

2. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja mora da bude individualna karta, napravljena na ime vlasnika kartice.

3. Rok važenja Evropske kartice zdravstvenog osiguranja određuje emisiona institucija.

4. Beneficije koje obezbjeđuje institucija države članice boravka na osnovu valjane Evropske kartice zdravstvenog osiguranja će biti nadoknađene od strane nadležne institucije u skladu sa važećim propisima. Važeća Evropska kartica zdravstvenog osiguranja je kartica na kojoj rok valjanosti naveden na kartici nije istekao.

Nadležna institucija ne može da odbije povrat troškova beneficija na osnovu činjenice da je osoba prestala da bude osigurana kod institucije koja je izdala Evropsku karticu zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je beneficije dobio nosilac karte ili privremene zamjenske potvrde u okviru perioda valjanosti kartice ili potvrde.

5. Kada iznimne okolnosti spriječe izdavanje Evropske kartice zdravstvenog osiguranja, od strane nadležne institucije mora da bude izdata privremena zamjenska potvrda sa ograničenim rokom važenja. Privremenu zamjensku potvrdu može da zatraži osigurana osoba ili institucija u državi boravka.

6. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja i privremena zamjenska potvrda moraju da budu u skladu sa jedinstvenim modelom koji ispunjava karakteristike i tehničke specifikacije utvrđene odlukom Administrativne komisije.

Podaci koje sadrži Evropska kartica zdravstvenog osiguranja

7. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja mora da sadrži sljedeće podatke:

- prezime i ime vlasnika karte,
- lični identifikacioni broj vlasnika karte ili, kad takav broj ne postoji, broj osigurane osobe na osnovu koje vlasnik karte ostvaruje pravo,
- datum rođenja vlasnika karte,
- datum do kojeg karta važi,
- ISO kod države članice koja izdaje kartu,
- identifikacioni broj i akronim nadležne institucije,
- logički broj kartice.

Korišćenje Evropske kartice zdravstvenog osiguranja

8. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja se može koristiti u svim situacijama privremenog boravka tokom kojeg osiguranik zahtijeva beneficije nezavisno od svrhe boravka, bilo da je zbog turizma, profesionalne aktivnosti ili učenja.

9. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja dokazuje pravo vlasnika kartice u državi članici boravka na naknadu za bolovanje koja postane medicinski neophodna i koje se daje za vrijeme privremenog boravka u drugoj državi članici sa ciljem da se spriječi da se vlasnik kartice prisilno vrati prije kraja planiranog trajanja boravka u nadležnu državu ili u državu boravišta da bi dobio tretman kojeg on/ona traži.

Svrha beneficija ovog tipa je da se osiguranoj osobi omogući da se njegov/njen boravak nastavi u sigurnim medicinskim uslovima.

10. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja ne pokriva naknadu za bolovanje u situacijama u kojima je cilj boravka da se primi liječnička pomoć.

11. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja garantuje da vlasnik kartice dobija u državi članici boravka isti tretman (postupke i tarife) kao i osobe koje pokriva zdravstveno osiguranje šeme ove države.

Saradnja između institucija, kako bi se izbjegla zloupotreba Evropske kartice zdravstvenog osiguranja

12. U slučaju da osobi prestane pravo na naknadu za bolovanje u korist zakonodavstva države članice i stekne pravo na beneficije u korist zakonodavstva druge države članice, institucije država članica u pitanju moraju da sarađuju kako bi se izbjeglo da osigurana osoba nastavi da koristi Evropsku karticu zdravstvenog osiguranja, izdatu od strane institucije prve države članice, nakon datuma od kojeg više nema pravo na beneficije u njeno ime. Gdje je to primjenjivo, institucija potonje države mora da osigura novu Evropsku karticu zdravstvenog osiguranja.

13. Ova odluka bit će objavljena u Službenom listu Evropske unije. Primjenjuje se od dana stupanja na snagu Uredbe (EZ) br 987/2009.

Predsjedavajuća Administrativne komisije
Gabriela PIKOROVÁEN

TABELA USKLAĐENOSTI

1. Identifikacioni broj (IB) nacrt/predloga propisa		1.1. Identifikacioni broj izjave o usklađenosti i datum utvrđivanja nacrt/predloga propisa na Vladi		
MZ-TU/PZ/16/03		MZ-IU/PZ/16/03		
2. Naziv izvora prava Evropske unije i CELEX oznaka				
Odluka br. S1 od 12. juna 2009 koja se odnosi na evropsku karticu zdravstvenog osiguranja - 32010D0424(08)				
3. Naziv nacrt/predloga propisa Crne Gore				
Na crnogorskom jeziku		Na engleskom jeziku		
Predlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju		Proposal for the Law on Amendments to the Law on Health Insurance		
4. Usklađenost nacrt/predloga propisa s izvorima prava Evropske unije				
a)	b)	c)	d)	e)
Odredba i tekst odredbe izvora prava Evropske unije (član, stav, tačka)	Odredba i tekst odredbe nacrt/predloga propisa Crne Gore (član, stav, tačka)	Usklađenost odredbe nacrt/ predloga propisa Crne Gore s odredbom izvora prava Evropske unije	Razlog za djelimičnu usklađenost ili neusklađenost	Rok za postizanje potpune usklađenosti
<p align="center">Opšti principi</p> <p>1. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja potvrđuje pravo osiguranika i penzionera, kao i članova njihove porodice, koji borave u državi članici koja nije nadležna država članica na beneficije koje postanu neophodne u medicinskom smislu, uzimajući u obzir prirodu beneficije i očekivano trajanje boravka.</p> <p>Evropska kartica zdravstvenog osiguranja se ne može koristiti u situaciji u kojoj je cilj privremenog boravka da se primi liječnička pomoć.</p> <p>2. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja mora da bude individualna karta, napravljena na ime vlasnika kartice.</p> <p>3. Rok važenja Evropske kartice zdravstvenog osiguranja određuje emisiona institucija.</p> <p>4. Beneficije koje obezbjeđuje institucija države članice boravka na osnovu valjane Evropske kartice</p>	<p align="center">Član 16</p> <p align="center">U članu 35 stav 1 mijenja se i glasi: „Tokom privremenog boravka na teritoriji država članica Evropske unije osigurano lice ostvaruje neophodnu zdravstvenu zaštitu na osnovu evropske kartice zdravstvenog osiguranja koju izdaje Fond.“.</p> <p align="center">Zakon o zdravstvenom osiguranju („Sl. list CG“, broj 6/16)</p> <p align="center">Član 35 stav 2</p> <p>Sadržinu, obrazac, način izdavanja i korišćenja evropske kartice zdravstvenog osiguranja propisuje Fond.</p>	Djelimično usklađeno	Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o sadržini, obrascu, načinu izdavanja i korišćenja evropske kartice zdravstvenog osiguranja.	II kvartal 2017.

<p>zdravstvenog osiguranja će biti nadoknađene od strane nadležne institucije u skladu sa važećim propisima. Važeća Evropska kartica zdravstvenog osiguranja je kartica na kojoj rok važenja naveden na kartici nije istekao.</p> <p>Nadležna institucija ne može da odbije povrat troškova beneficija na osnovu činjenice da je osoba prestala da bude osigurana kod institucije koja je izdala Evropsku karticu zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je beneficije dobio nosilac karte ili privremene zamjenske potvrde u okviru perioda valjanosti kartice ili potvrde.</p> <p>5. Kada iznuzetne okolnosti spriječe izdavanje Evropske kartice zdravstvenog osiguranja, od strane nadležne institucije mora da bude izdata privremena zamjenska potvrda sa ograničenim rokom važenja. Privremenu zamjensku potvrdu može da zatraži osigurana osoba ili institucija u državi boravka.</p> <p>6. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja i privremena zamjenska potvrda moraju da budu u skladu sa jedinstvenim modelom koji ispunjava karakteristike i tehničke specifikacije utvrđene odlukom Administrativne komisije.</p>				
<p>Podaci koje sadrži Evropska kartica zdravstvenog osiguranja</p> <p>7. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja mora da sadrži sljedeće podatke:</p> <ul style="list-style-type: none"> — prezime i ime vlasnika karte, — lični identifikacioni broj vlasnika karte ili, kad takav broj ne postoji, broj osigurane osobe na osnovu koje vlasnik karte ostvaruje pravo, — datum rođenja vlasnika karte, — datum do kojeg karta važi, — ISO kod države članice koja izdaje kartu, — identifikacioni broj i akronim nadležne institucije, 	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neusklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o sadržini, obrascu, načinu izdavanja i korišćenja evropske kartice zdravstvenog osiguranja.</p>	<p>II kvartal 2017.</p>

<p>— logički broj kartice.</p> <p>Korišćenje Evropske kartice zdravstvenog osiguranja</p> <p>8. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja se može koristiti u svim situacijama privremenog boravka tokom kojeg osiguranik zahtijeva beneficije nezavisno od svrhe boravka, bilo da je zbog turizma, profesionalne aktivnosti ili učenja.</p> <p>9. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja dokazuje pravo vlasnika kartice u državi članici boravka na naknadu za bolovanje koja postane medicinski neophodna i koje se daje za vrijeme privremenog boravka u drugoj državi članici sa ciljem da se spriječi da se vlasnik kartice prisilno vrati prije kraja planiranog trajanja boravka u nadležnu državu ili u državu boravišta da bi dobio tretman kojeg on/ona traži.</p> <p>Svrha beneficija ovog tipa je da se osiguranoj osobi omogući da se njegov/njen boravak nastavi u sigurnim medicinskim uslovima.</p> <p>10. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja ne pokriva naknadu za bolovanje u situacijama u kojima je cilj boravka da se primi liječnička pomoć.</p> <p>11. Evropska kartica zdravstvenog osiguranja garantuje da vlasnik kartice dobija u državi članici boravka isti tretman (postupke i tarife) kao i osobe koje pokriva zdravstveno osiguranje šeme ove države.</p> <p>Saradnja između institucija, kako bi se izbjegla zloupotreba Evropske kartice zdravstvenog osiguranja</p> <p>12. U slučaju da osobi prestane pravo na naknadu za bolovanje u korist zakonodavstva države članice i stekne pravo na beneficije u korist zakonodavstva druge države članice, institucije država članica u pitanju moraju da sarađuju kako bi se izbjeglo da osigurana osoba nastavi da koristi Evropsku karticu</p>				
--	--	--	--	--

<p>zdravstvenog osiguranja, izdatu od strane institucije prve države članice, nakon datuma od kojeg više nema pravo na beneficije u njeno ime. Gdje je to primjenjivo, institucija potonje države mora da osigura novu Evropsku karticu zdravstvenog osiguranja.</p>				
--	--	--	--	--

ODREDBE KOJE SE MIJENJAJU

ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU ("Službeni list CG", broj 6/16)

Član 1

Ovim zakonom uređuju se uslovi i način ostvarivanja prava izzdravstvenog osiguranja, prava i obaveze osiguranika i drugih lica (u daljem tekstu: osigurana lica), dopunsko zdravstveno osiguranje, finansiranje, kao idruga pitanja od značaja za sprovođenje obaveznog 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 obezbjeđuje Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore (u daljem tekstu: Fond), u skladu sa ovim zakonom.

Osigurano lice ostvaruje prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.

Član 5

Pojedini 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 jedinice 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) izabrani tim ili izabrani doktor podrazumijeva izabrani tim doktora medicine ili izabranog doktora medicine ili izabranog stomatologa;
- 4) davaoci zdravstvenih usluga su zdravstvene ustanove, izabrani tim ili izabrani doktor, pravna lica i drugi subjekti koji pružaju zdravstvenu zaštitu, u skladu sa zakonom;
- 5) doplata je novčana razlika između cijene ostvarene zdravstvene usluge i iznosa koji se obezbjeđuje iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 6) društvo za osiguranje je pravno lice koje obavlja dopunsko zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom;
- 7) stranac je državljanin druge države ili lice bez državljanstva.

Član 6

Osiguranici, u smislu ovog zakona, su:

- 1) zaposlena lica, u skladu sa zakonom;
- 2) izabrana ili imenovana lica, ako za obavljanje funkcije ostvaruju zaradu;
- 3) članovi odbora direktora u privrednom društvu i drugom pravnom licu i članovi upravnih odbora u javnim preduzećima i ustanovama koji za svoj rad primaju naknadu;
- 4) državljani Crne Gore koji su u Crnoj Gori zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija i ustanova, stranih konzularnih ili diplomatskih predstavništava ili kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;
- 5) lica upućena na rad u inostranstvo, a koja su zaposlena u privrednom društvu ili drugom pravnom licu čije je sjedište u Crnoj Gori, koje obavlja djelatnost u inostranstvu, ako nijesu obavezno osigurana po propisima države u koju su upućeni i ako međunarodnim ugovorom nije drukčije uređeno;
- 6) stranci koji u Crnoj Gori rade kod domaćih pravnih, odnosno fizičkih lica, na osnovu posebnih ugovora i sporazuma o međunarodno-tehničkoj saradnji;

7) stranci koji su u Crnoj Gori zaposleni kod međunarodnih organizacija i ustanova i drugih stranih pravnih i fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, odnosno ako nijesu osigurana po propisima druge države;

8) stranci koji su u Crnoj Gori zaposleni kod stranih diplomatskih i konzularnih predstavništava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom;

9) preduzetnici i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje;

10) lica koja obavljaju privremene i povremene poslove, kao i poslove po posebnom ugovoru o radu, u skladu sa zakonom;

11) lica koja nijesu u radnom odnosu;

12) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;

13) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, članovi njihovih porodica i korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

14) korisnici socijalno-zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

15) državljani Crne Gore i stranci sa stalnim boravkom, koji primaju penziju ili drugu naknadu isključivo od inostranog nosioca osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

16) osnivači, odnosno vlasnici privrednih društava i preduzetnici koji po tom osnovu nijesu u radnom odnosu;

17) poljoprivrednici i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta;

18) vjerska lica i vjerski službenici.

Lica iz stava 1 tačka 11 ovog člana, stiču svojstvo osiguranika upisom u registar nadležnog poreskog organa.

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

Osnivaču, odnosno vlasniku privrednog društva i preduzetniku iz stava 1 tačka 17 ovog člana, prestaje svojstvo osiguranika po tom osnovu za vrijeme privremene odjave, ako za to vrijeme ne plaća doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje.

Bliže uslove, način utvrđivanja i dokaze za utvrđivanje statusa osiguranika iz stava 2 ovog člana propisuje organ državne uprave nadležan za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo).

Član 7

Ako osiguranik iz člana 6 ovog zakona ispunjava uslove za sticanje svojstva osiguranika po više osnova, osnov osiguranja utvrđuje se po sljedećem redosljedu osiguranja, po osnovu:

- 1) zaposlenja;
- 2) samostalnog obavljanja djelatnosti-preduzetnici;
- 3) bavljenja poljoprivrednom djelatnošću;
- 4) korišćenja socijalno-zaštitnih prava;
- 5) nezaposlenosti;
- 6) drugog osnova iz člana 6 ovog zakona.

Član 9

Lica koja nemaju svojstvo osiguranika ni po jednom osnovu iz člana 6 ovog zakona, a imaju prebivališe, odnosno status lica sa stalnim boravkom u Crnoj Gori i nemaju svojstvo osiguranog lica u drugoj državi, mogu steći svojstvo osiguranika pod uslovom da su uplatili doprinos, u skladu sa posebnim zakonom.

Član 10

Status osiguranika 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 svojstvo osiguranog lica u drugoj državi, ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije određeno.

Članovima porodice, u smislu ovog zakona, smatraju se:

- članovi uže porodice: bračni ili vanbračni drug, djeca rođena u braku ili van braka, pastorčad, usvojena djeca kao i djeca bez roditeljskog staranja, ako ih osiguranik izdržava, u skladu sa zakonom;
- 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.

Član 14

Za ostvarivanje prava iz člana 13 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 13 stav 1 tač. 1 i 3 stiče danom osiguranja.

Članovi porodice osiguranika ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovom da osiguranik po osnovu koga ostvaruju ta prava ispunjava uslove iz stava 1 ovog člana.

Izuzetno od stava 2 ovog člana, članovi porodice osiguranika do navršenih 18 godina života ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i ako nijesu ispunjeni uslovi iz stava 1 ovog člana.

Osiguranik i članovi porodice osiguranika ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i ako nijesu ispunjeni uslovi iz stava 1 ovog člana u slučaju hitne medicinske pomoći i povrede na radu.

Član 16

Zdravstvena zaštita iz člana 15 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, kao i donošenje na svijet zdravog i željenog djeteta;
- 2) prevenciju zdravlja koja obuhvata preventivne programe i preglede, imunizacije, imunoprofilaksu i hemioprofilaksu, skrininge (oportune i populacione) i posjete u kući osiguranog lica (patronažne posjete);
- 3) dijagnostiku na svim nivoima zdravstvene zaštite, preglede u zdravstvenoj ustanovi i/ili u kući osiguranog lica i liječenje na svim nivoima zdravstvene zaštite u Crnoj Gori i liječenje u inostranstvu;
- 4) rehabilitaciju na svim nivoima zdravstvene zaštite uključujući i rehabilitaciju u kući osiguranog lica, kao i specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 5) kontinuiranu zdravstvenu njegu na primarnom nivou zdravstvene zaštite i tokom bolničke zdravstvene zaštite, uključujući patronažu i kućne posjete;
- 6) 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 i 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, autistične poremećaje, 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, autistične poremećaje, epilepsiju i oštećenja koja ograničavaju otvaranje usta;

- 7) stomatološku zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite;
- 8) hitnu medicinsku pomoć i urgentnu medicinsku pomoć u okviru dijagnostičkih procedura, pregleda i intervencija;
- 9) dijalizu, uz sanitetski prevoz oboljelog od kuće do zdravstvene ustanove i nazad;
- 10) liječenje krvlju, komponentama krvi i derivatima krvi;
- 11) lijekove koji se izdaju na recept u apotekama, kao i lijekove koji se koriste za liječenje u zdravstvenoj ustanovi;
- 12) medicinska sredstva i materijale;
- 13) medicinsko-tehnička pomagala;
- 14) sanitetski transport na svim nivoima zdravstvene zaštite;
- 15) presađivanje organa, tkiva i ćelija, u svrhu liječenja;
- 16) tri pokušaja liječenja steriliteta uz pomoć asistirane reproduktivne tehnologije (ART) kod žene do navršene 44. godine života, koja nema djece ili ima manje od dvoje žive djece rođene u istoj bračnoj odnosno vanbračnoj zajednici;
- 17) troškove smještaja i ishrane pratioca djeteta do petnaeste godine 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 neuromuskularne bolesti, plegični sindrom, oštećenje sluha, vida i govora sa više od 70% tjelesnog oštećenja, intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autistične poremećaje, psihoze i epilepsiju;
- 18) preglede, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju zbog povrede na radu i profesionalne bolesti.

Član 18

Zdravstvena zaštita iz člana 16 ovog zakona, na sekundarnom i tercijarnom nivou, obezbjeđuje se u visini 80 % od cijene zdravstvene usluge, za:

- 1) preglede, dijagnostiku i liječenje;
- 2) bolničko liječenje;
- 3) liječenje u dnevnoj bolnici;
- 4) pregled, dijagnostiku i liječenje u inostranstvu;
- 5) zdravstvenu njegu tokom bolničke zdravstvene zaštite;
- 6) ambulantnu rehabilitaciju i specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 7) stomatološku zdravstvenu zaštitu;
- 8) postupke u vezi sa uzimanjem i presađivanjem organa, tkiva i ćelija, u svrhu liječenja, osim za djecu do 18 godina života;
- 9) promjenu pola u skladu sa medicinskim indikacijama, koje propisuje Ministarstvo;
- 10) medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam;
- 11) medicinsko-tehnička pomagala;
- 12) troškove smještaja i ishrane pratioca lica sa invaliditetom starijeg od 18 godina života, koje ima 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 i autistični poremećaj, u bolnici ili u ustanovi za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 13) prevoz sanitetskim kolima i sredstvom redovnog vazdušnog saobraćaja, sa pratiocem.

Razliku do punog iznosa cijene zdravstvene usluge iz stava 1 ovog člana (u daljem tekstu: doplata) plaća osigurano lice, po ispostavljenom računu za pruženu zdravstvenu uslugu.

Za osigurana lica u dopunskom zdravstvenom osiguranju doplatu obezbjeđuje Fond ili društvo za osiguranje.

Davalac zdravstvene usluge dužan je da osiguranom licu koje plaća doplatu za izvršenu zdravstvenu uslugu izda račun, koji obavezno sadrži podatke o iznosu koji se obezbjeđuje iz obaveznog osiguranja i iznosu doplate koju plaća osigurano lice.

Bliže uslove i način odobravanja i korišćenja prevoza iz stava 1 tačka 13 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 19

Zdravstvena zaštita iz člana 18 ovog zakona obezbjeđuje se u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja:

- 1) djeci iz člana 12 ovog zakona;
- 2) ženi u toku trudnoće, porođaja i godinu dana nakon porođaja;
- 3) osiguranim licima starijim od 65 godina života;
- 4) davaocima i primaocima organa, tkiva i ćelija, u svrhu liječenja, osim za liječenje neplodnosti postupcima ART, u skladu sa zakonom;
- 5) dobrovoljnim davaocima krvi koji su krv dali više od deset puta;
- 6) korisnicima socijalno-zaštitnih prava i članovima njihovih porodica;
- 7) korisnicima najniže penzije i članovima njihovih porodica;
- 8) borcima, vojnim invalidima, civilnim invalidima rata, članovima njihovih porodica, korisnicima prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, kao i žrtvama kasetne municije;
- 9) osiguranicima iz člana 6 stav 1 tač. 11 i 12 ovog zakona;
- 10) slijepim i gluvonijemim licima.

Zdravstvena zaštita obezbjeđuje se u punom iznosu cijene iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, za liječenje osnovnog oboljenja i stanja i to: malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, cistične fibroze, intelektualnog invaliditeta sa IQ 69 i manje, autističnih poremećaja, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), sistemskih autoimunih bolesti, HIV i karantinskih bolesti, Hepatitis B i Hepatitis C, urođenih nedostataka gornjih ili donjih ekstremiteta, smetnji u razvoju, u skladu sa kriterijumima koji su propisani posebnim propisima.

Član 24

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.

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, kao i bliži način i postupak ostvarivanja prava iz stava 1 ovog člana, utvrđuje Fond, uz prethodnu saglasnost Ministarstva.

Član 25

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) zdravstveni pregledi radi izdavanja uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti, osim za izdavanje uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti nezaposlenog lica u svrhu zapošljavanja;

5) pratioća kod bolničkog liječenja i specijalizovane medicinske rehabilitacije, osim za lica iz člana 16 stav 1 tačka 17 i člana 18 stav 1 tačka 12 ovog zakona;

6) imunizaciju koja nije obuhvaćena Programom obavezne imunizacije;

7) stomatološku zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou, osim za slučajeve iz člana 16 stav 1 tačka 6 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 lijekova iz člana 58 ovog zakona;

10) medicinsko-tehnička pomagala i medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako nijesu obuhvaćena listom iz člana 24 ovog zakona;

11) refrakcione operacije za skidanje dioptrije ako se poboljšanje vida može postići naočarima;

12) zahvate estetske rekonstruktivne hirurgije, osim estetske rekonstrukcije kongenitalnih anomalija kod djece, rekonstrukcije dojki nakon mastektomije i estetske rekonstrukcije nakon teških ozljeđivanja u cilju sprječavanja invaliditeta;

13) hirurško liječenje gojaznosti;

14) liječenje medicinskih komplikacija koje nastaju kao posljedica korišćenja zdravstvene zaštite van utvrđenih standarda;

15) specifičnu zdravstvenu zaštitu zaposlenih koja se ostvaruje na osnovu ugovora između poslodavca i zdravstvene ustanove, u skladu sa zakonom;

16) posebne uslove i pogodnosti pružanja zdravstvene zaštite u pogledu kadra, smještaja, njege i vremena, u skladu sa zakonom;

17) zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojim Fond nema zaključen ugovor;

18) zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond ima zaključen ugovor, a koju osiguranik ne ostvari na način i po postupku propisanim ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu ovog zakona;

19) specijalističko-konsultativnu i bolničko zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje mimo utvrđenih lista čekanja, u skladu sa ovim zakonom;

20) metode i postupke alternativne i tradicionalne medicine;

21) preglede za procjenu zdravstvene sposobnosti profesionalnih sportista;

22) terapije hipnozom, elektrohipnozom, elektroslip terapije, elektronarkoze i narko-sinteze;

23) dobijanje drugog stručnog mišljenja van Crne Gore.

Član 27

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 oputovalo u cilju liječenja.

Naknada troškova za pruženu zdravstvenu zaštitu iz stava 1 ovog člana, vrši se u visini cijene usluga koje su utvrđene cjenovnikom Fonda.

Član 28

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz člana 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 stacionarnu 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. 26 i 27 ovog zakona utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 35

Prekograničnu zdravstvenu zaštitu osigurano lice ostvaruje na osnovu evropske kartice zdravstvenog osiguranja, koju izdaje Fond.

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

Član 41

Fond refundira poslodavcu isplaćenu naknadu zarade 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 prijetecćeg 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 i državnim fondovima, kao i potrošačkim jedinicama nad kojima te potrošačke jedinice vrše nadzor.

Ukoliko 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 samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje, osnov za obračun naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad, čini osnovica na koju se obračunavaju doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje za posljednja tri mjeseca.

Član 47

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

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.

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

Član 48

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja može ostvariti lice kome je utvrđeno svojstvo osiguranog lica.

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje Fond, na osnovu podataka koji se vode u skladu sa zakonom.

Svojstvo osiguranog lica može se ostvariti samo po jednom osnovu i dokazuje se zdravstvenom knjižicom, koju izdaje Fond.

Ovjeru zdravstvene knjižice vrši Fond, na osnovu podataka iz stava 2 ovog člana.

Sadržinu, obrazac, uslove i način izdavanja i zamjene zdravstvene knjižice propisuje Fond.

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 se obavlja po redosljedu sa liste čekanja.

Osiguranik koji želi da mu se pruži zdravstvena zaštita mimo redosljeda sa liste čekanja, snosi troškove tako ostvarene zdravstvene zaštite.

Vrste zdravstvenih usluga za koje se mogu sačiniti liste čekanja i način i postupak sačinjavanja listi čekanja, propisuje Ministarstvo.

Član 51

Radi liječenja stanja i oboljenja koja se obezbjeđuju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i koja ne mogu da se uspješno liječe u Crnoj Gori, osigurano lice se upućuje van Crne Gore na liječenje, u skladu sa utvrđenim obimom prava na zdravstvenu zaštitu iz člana 20 ovog zakona.

Osigurano lice iz stava 1 ovog člana i njegov pratilac imaju pravo na naknadu troškova prevoza.

Ukoliko 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, 2 i 3 ovog člana propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 54

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

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

Član 56

Fond vodi evidenciju osiguranih lica koja ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Način vođenja evidencije i podatke koji se vode u evidenciji iz stava 1 ovog člana, kao i obrasce koji se koriste u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, utvrđuje Fond.

Član 57

Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje se iz:

- 1) doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje;
- 2) Budžeta Crne Gore;
- 3) sredstava utvrđenih na osnovu međunarodnih konvencija;
- 4) naknada štete, kamata, dividendi, renti;
- 5) 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.

Član 58

Sredstva za liječenje rijetkih bolesti, za sprovođenje transplantacionih programa i odobravanje lijekova koji nijesu obuhvaćeni Listom lijekova, obezbjeđuju se iz prihoda Fonda ostvarenih od naknada štete, kamata, dividendi, renti, budžeta Crne Gore, donacija, kao i iz drugih izvora.

Način upravljanja sredstvima iz stava 1 ovog člana, način i uslove za dodjelu sredstava za liječenje rijetkih bolesti, za sprovođenje transplantacionih programa, kao i uslove za odobravanje lijekova koji nijesu na Listi lijekova, utvrđuje Vlada, na predlog Ministarstva.

Odluku o dodjeli sredstava iz stava 1 ovog člana, donosi Ministarstvo na predlog posebnih komisija, koje obrazuje Ministarstvo.

Član 74

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 osiguranim licima i obveznicima uplate doprinosa;
- 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 za utvrđivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem i način plaćanja;
- 8) obezbjeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;
- 9) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, godišnji plan javnih nabavki za zdravstvene ustanove čiji je osnivač država, usvaja nacrt godišnjeg finansijskog plana i završni račun sa izvještajem o poslovanju, u skladu sa zakonom;
- 10) vrši kontrolu izvršenja ugovora, cijena zdravstvenih usluga i kontrolu trošenja sredstava od strane davalaca zdravstvenih usluga sadržanih u ugovoru o pružanju zdravstvenih usluga;
- 11) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje zdravstvenog osiguranja u Crnoj Gori;
- 12) sprovodi postupak javnih nabavki za potrebe zdravstvenih ustanova čiji je osnivač država, u skladu sa zakonom;
- 13) vrši i druge poslove u vezi sa sprovođenjem i ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, statutom i drugim aktima Fonda.

Godišnji plan javnih nabavki za zdravstvene ustanove čiji je osnivač država, donosi se u skladu sa planom godišnjih potreba za lijekovima, medicinskim sredstvima i opremom, u skladu sa zakonom kojim je uređena zdravstvena zaštita.

Ministarstvo i organ državne uprave nadležan za poslove finansija daju saglasnost na plan javnih nabavki za zdravstvene ustanove čiji je osnivač država.

Član 76

Upravni odbor:

- 1) donosi statut i druge opšte akte, u skladu sa zakonom;
- 2) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, godišnji plan javnih nabavki za zdravstvene ustanove čiji je osnivač država, usvaja nacrt godišnjeg finansijskog plana i završni račun sa izvještajem o poslovanju, u skladu sa zakonom;

- 3) utvrđuje cijene zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem i način plaćanja;
- 4) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje i razvoj zdravstvenog osiguranja u državi;
- 5) utvrđuje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja uz saglasnost Ministarstva, u skladu sa ovim zakonom;
- 6) vrši i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Član 82

Za pružanje zdravstvene zaštite iz člana 16 ovog zakona, Fond zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga, u skladu sa ovim zakonom, 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 nivoa davalaca zdravstvenih usluga;
- 4) broja i vrste pruženih zdravstvenih usluga;
- 5) cijena zdravstvenih usluga i programa zdravstvene zaštite;
- 6) drugih pokazatelja.

Bliže pokazatelje za izbor davalaca zdravstvenih usluga, rokove za izbor davalaca zdravstvenih usluga i zaključivanje ugovora, način plaćanja zdravstvenih usluga, postupak obračuna, kao i druga pitanja od značaja za zaključivanje ugovora, propisuje Ministarstvo, na predlog Fonda.

Član 83

Za sprovođenje utvrđenog obima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Fond neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama koje su u Zdravstvenoj mreži, u skladu sa posebnim zakonom.

Član 84

Za zdravstvene usluge koje ne mogu da se obezbijede u zdravstvenim ustanovama koje su u Zdravstvenoj mreži, Fond može da zaključi ugovore i sa zdravstvenim ustanovama van Zdravstvene mreže, na osnovu javnog poziva, uz saglasnost Ministarstva.

Pod uslovima iz stava 1 ovog člana, radi obezbjeđivanja zdravstvene zaštite iz člana 16 stav 1 tač. 4 i 13 ovog zakona, Fond može da zaključi ugovore sa davaocima specijalizovane medicinske rehabilitacije i isporučiocima medicinsko-tehničkih pomagala.

Ugovori iz st. 1 i 2 ovog člana zaključuju se do 31. marta tekuće godine.

Član 85

Odluku o upućivanju javnog poziva iz člana 84 ovog zakona, donosi Upravni odbor i imenuje komisiju za procjenu ispunjenosti uslova za zaključivanje ugovora. Na osnovu izvještaja komisije iz stava 1 ovog člana, direktor dostavlja predlog Upravnom odboru, na osnovu kojeg Upravni odbor donosi odluku o izboru davalaca zdravstvenih usluga.

Na osnovu odluke iz stava 2 ovog člana, direktor zaključuje ugovor sa davaocima zdravstvenih usluga.

Član 87

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

Sa zdravstvenim ustanovama iz člana 84 ovog zakona, ugovori se zaključuju na period od jedne godine.

Ugovori iz st. 1 i 2 ovog člana usklađuju se za svaku godinu, prema planiranim sredstvima u budžetu Fonda.

Član 100

Fond će početi sa sprovođenjem dopunskog zdravstvenog osiguranja do 1. januara 2017. godine.

Danom početka sprovođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja, prestaje da se primjenjuje Odluka o učešću osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ("Službeni list RCG", br. 34/91 i 19/93).

Član 101

Odredba člana 6 stav 1 tačka 11 ovog zakona primjenjivaće se od 1. januara 2016. godine.

Odredbe čl. 29 do 36 ovog zakona, primjenjivaće se od dana pristupanja Crne Gore Evropskoj uniji.

Odredba člana 73 ovog zakona primjenjivaće se od 1. januara 2018. godine.

IZVJEŠTAJ O SPROVEDENOJ ANALIZI PROCJENE UTICAJA PROPISA

PREDLAGAČ

Ministarstvo zdravlja

NAZIV PROPISA

PREDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA
ZAKONA O
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

1. Definisanje problema

- 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)?

Dosadašnja primjena Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni list CG“, broj 06/16) nametnula je potrebu daljeg usklađivanja propisa koji uređuju oblast zdravstvenog osiguranja sa principima socijalnog zdravstvenog osiguranja u čijoj osnovi su načela solidarnosti, obaveznosti i jednakosti osiguranika u ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u saglasnosti sa postojećom ekonomskom situacijom i opredijeljenim finansijskim sredstvima za ostvarivanje propisanih prava. Takođe, uočene su i određene nepreciznosti i nejasnoće koje su dovele do različitog tumačenja i određenih dilemma u primjeni važećeg zakona.

Nedonošenje ovog propisa doveo bi u pitanje pravilnu primjenu, odnosno ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, sa aspekta načela solidarnosti, obaveznosti i jednakosti osiguranika u ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i zbog određenih nejasnoća i nepreciznosti. Ovim izmjenama i dopunama vrši se dodatno preciziranje i pravno tehničko upodobljavanje pojedinih članova zakona.

Osnovno rješenje sadržano u ovom zakonu odnosi se na propisivanje mogućnosti da svojstvo osiguranog lica mogu steći i članovi porodice (bračni ili vanbračni drug, djeca rođena u braku ili van braka, pastorčad, usvojena djeca kao i djeca bez roditeljskog staranja, ako ih osiguranik izdržava, u skladu sa zakonom) koji imaju dozvolu za privremeni boravak radi spajanja porodice ili radi školovanja u skladu sa posebnim zakonom, pod uslovom da nemaju svojstvo osiguranog lica u drugoj državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju. Ovo je manjkavost važećeg zakona koja je uskratila pravo na zdravstveno osiguranje određenom broju građana.

Primjena ovog propisa neće dovesti do oštećenja pojedinih subjekata, jer se radi o izmjenama koje nemaju uticaja na smanjenje obima 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.

Cilj ovog zakona je dalje usklađivanje propisa koji uređuju oblast zdravstvenog osiguranja sa principima socijalnog zdravstvenog osiguranja u čijoj osnovi su načela solidarnosti, obaveznosti i jednakosti osiguranika u ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u saglasnosti sa postojećom ekonomskom situacijom i opredijeljenim finansijskim sredstvima za ostvarivanje propisanih prava. Takođe, jedan od ciljeva je i rješavanje problema u vezi sticanja svojstva osiguranog lica članova porodice (bračni ili vanbračni drug, djeca rođena u braku ili van braka, pastorčad, usvojena djeca kao i djeca bez roditeljskog staranja, ako ih osiguranik izdržava, u skladu sa zakonom) koji imaju dozvolu za privremeni boravak radi spajanja porodice ili radi školovanja u skladu sa posebnim zakonom, pod uslovom da nemaju svojstvo osiguranog lica u drugoj državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju.

Pored ovoga, ovim zakonom treba otkloniti sve dileme u tumačenju i primjeni važećeg zakona, u cilju nastupanja pogrešne primjene i odstupanja od vrste i obima prava.

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?**

U smislu razloga za predlaganje ovih zakonskih rješenja i ostvarenja njihovih ciljeva, kao i prevazilaženja postojećih problema, analizom opcije "status quo" i predloženih izmjena, pristupilo se donošenju ovog zakona, jer postojeća zakonska rješenja nijesu dovoljno precizna i jasna i mogu dovesti do određenih dilemma i pogrešne primjene.

Donošenjem ovog zakona stvaraju se normativni uslovi za finansijski održivi sistem zdravstvenog osiguranja, koji je u skladu sa važećim zakonom i nastojanjima da se zdravstvena zaštita učini što efikasnijom, dostupnijom i kvalitetnijom, a da se ne smanji garantovani obim te zaštite, u uslovima ograničenih sredstava. Ovaj princip se obezbjeđuje dodatnim preciziranjem i definisanjem pojedinih članova ovog zakona. Pored navedenog, bez donošenja ovog zakona nepravедno bi izostalo normativno uređivanje svojstva osiguranog lica članova porodice (bračni ili vanbračni drug, djeca rođena u braku ili van braka, pastorčad, usvojena djeca kao i djeca bez roditeljskog staranja, ako ih osiguranik izdržava, u skladu sa zakonom) koji imaju dozvolu za privremeni boravak radi spajanja porodice ili radi školovanja u skladu sa posebnim zakonom, pod uslovom da nemaju svojstvo osiguranog lica u drugoj državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom 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 zakonska rješenja imaće pozitivnog uticaja na sve građane, kao i vulnerabilni dio stanovništva, jer su izvršena dodatna preciziranja članova zakona koja uređuju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i na porodice koje čine i članovi - bračni ili vanbračni drug, djeca rođena u braku ili van braka, pastorčad, usvojena djeca kao i djeca bez roditeljskog staranja, ako ih osiguranik izdržava, u skladu sa zakonom, koji imaju dozvolu za privremeni boravak radi spajanja porodice ili radi školovanja u skladu sa posebnim zakonom, pod uslovom da nemaju svojstvo osiguranog lica u drugoj državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju.

Napominjemo, da je važećim zakonom propisano da Vlada utvrđuje obim prava iz zdravstvenog osiguranja koji se svim osiguranicima obezbjeđuje pod jednakim uslovima, u skladu sa finansijskim mogućnostima i programom zdravstvene zaštite. U utvrđivanju obima prava posebno se vodi računa o zaštiti vulnerabilnih lica, čije su potrebe u mjeri mogućeg posebno prepoznate. Ovakvim normiranjem obezbjeđuje se efikasnost i finansijska stabilnost obaveznog zdravstvenog osiguranja, ali i dostupnost zdravstvenim uslugama. Definisane obima utvrđenih standarda zdravstvene zaštite ima za cilj racionalnije upravljanje sredstvima i bolju kontrolu usluga koje se dobijaju za potrošena sredstva, te jednostavniju kontrolu sprovođenja zaključenih ugovora o sprovođenju zdravstvene zaštite sa zdravstvenim ustanovama. Ovim zakonom propisano je da Fond neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima iz Zdravstvene mreže, a da za zdravstvene usluge koje se ne mogu obezbijediti u zdravstvenim ustanovama u Zdravstvenoj mreži, Fond može da zaključi ugovore i sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima van Zdravstvene mreže, kao i kriterijumi za utvrđivanje usluga za koje treba zaključiti ugovore i postupak upućivanja javnog poziva za zaključivanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama van mreže.

Predložena zakonska rješenja neće izazvati dodatne troškove, a odvijace se u okviru postojećih kapaciteta i ne zahtijevaju formiranje novih privrednih subjekata, niti imaju uticaja na opterećenja ili 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 je usvajanjem propisa predviđeno donošenje podzakonskih akata iz kojih će proisteći 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? Obrazložiti.**

✓ **Da li su postojale sugestije Ministarstva finansija na inicijativu za donošenje predloga propisa?**

✓ **Da li su dobijene primjedbe implementirane u tekst propisa? Obrazložiti.**

- Za implementaciju ovog Zakona nije potrebno dodatno izdvajanje finansijskih sredstava.
- Zakon nije vremenski ograničen, ali nema dodatnog izdvajanja finansijskih sredstava iz Budžeta Crne Gore.
- Implementacijom ovog propisa ne proizilaze međunarodne finansijske obaveze.
- Budžetska sredstva se planiraju za svaku godinu važenja ovog Zakona, samim tim biće planirana i za narednu godinu.
- Ovim zakonom nije predviđeno donošenje podzakonskih akata iz kojih će proisteći finansijske obaveze.
- Implementacijom propisa neće se ostvariti prihodi za budžet Crne Gore. Usvajanjem ovog propisa ostvariće se benefiti za građane Crne Gore, kao i sve koji se nalaze na njenoj teritoriji u smislu poboljšanoг kavaliteta zdravstvene zaštite, olakšane dostupnosti zdravstvenom sistemu i dr., kao i benefiti za budžet Crne Gore koji iz toga proizilaze!
- Nije bilo obračuna troškova, jer za implementaciju ovog zakona nije potrebno dodatno izdvajanje finansijskih sredstava.
- Kako nije bilo obračuna troškova, samim tim nijesu postojali problemi u preciznom obračunu finansijskih izdataka/prihoda.
- Nijesu postojale sugestije Ministarstva finansija na inicijativu za donošenje predloga propisa.
- Kako nijesu postojale sugestije Ministarstva finansija na inicijativu za donošenje predloga propisa, tako nije bilo sugestija i primjedbi.

Napominjemo da je važeći zakon je u primjeni svega oko šest mjeseci i da nije imao uticaja na državni budžet i poslovni ambijent.

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 izradi Predloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju nije korišćena eksterna ekspertiza. Kako se radi o izmjenama i dopunama manjeg obima, koje nijesu od bitnog uticaja na ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu, niti su od uticaja na poslovni ambijent, već su izmjene pravno-tehičke prirode i obima koji omogućavaju bolju primjenu zakona, a i važeći zakon je u primjeni svega oko šest mjeseci, nije sproveden postupak javne rasprave.

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?

Ne postoji prepreka za implementaciju propisa.

Nadzor nad sprovođenjem ovog zakona vrši Ministarstvo, pri čemu poslove inspekcijskog nadzora vrši organ uprave nadležan za poslove inspekcijskog nadzora, preko zdravstvene inspekcije.

Podgorica,

28.07.2016.

MINISTAR,



Prof. dr. Budimir Šegrt