

Crna Gora
VLADA CRNE GORE
Broj: 08-1904
Podgorica, 28. avgust 2015. godine

CRNA GORA SKUPŠTINA CRNE GORE	
PRIMLJENO: 3. IX	20 15 GOD.
KLASIFIKACIONI BROJ: 28-2/15-3	
VEZA:	
EPA: 902 KAV	
SKRAĆENICA:	PRILOG:

PREDSJEDNIKU SKUPŠTINE CRNE GORE

PODGORICA

Vlada Crne Gore, na sjednici od 30. jula 2015. godine, utvrdila je **PREDLOG 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 dr **BUDIMIR ŠEGRT**, ministar zdravlja i **GORICA SAVOVIĆ**, generalna direktorica Direktorata za upravljanje zdravstvom.

PREDSJEDNIK
Milo Đukanović, s.r.

ZAKON O
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. OSNOVNE ODREDBE

Član 1

Ovim zakonom uređuju se uslovi i način ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja, prava i obaveze osiguranika i drugih lica (u daljem tekstu: osigurana lica), dopunsko zdravstveno osiguranje, finansiranje, kao i druga 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 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 ostale su neisplaćene zbog 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 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

Osiguranci, u smislu ovog zakonu, 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) državljanici 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) nezaposlena lica koja ostvaruju pravo na novčanu naknadu, u skladu sa propisima o zapošljavanju;

- 12) nezaposlena lica koja ne ostvaruju pravo na novčanu naknadu, u skladu sa propisima o zapošljavanju, kao i lica koja nijesu zaposlena i ne nalaze se na evidenciji Zavoda za zapošljavanje Crne Gore;
- 13) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;
- 14) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, članovi njihovih porodica i korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 15) korisnici socijalno-zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 16) 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;
- 17) osnivači, odnosno vlasnici privrednih društava i preduzetnici koji po tom osnovu nijesu u radnom odnosu;
- 18) poljoprivrednici i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta;
- 19) sveštenici, vjerski službenici, monasi i monahinje.

Lica iz stava 1 tačka 12 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 privrednih društava 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 popisuje 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 redoslijedu osiguranja, po osnovu:

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

Član 8

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

Član 9

Lica koja nemaju svojstvo osiguranika ni po jednom osnovu iz člana 6 ovog zakona, a imaju prebivalište, 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 i usvojena, kao i druga 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 11

Prava iz zdravstvenog osiguranja zadržava razvedeni bračni drug, kao član porodice, ako:

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

Član 12

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.

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 13

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 je uređena zdravstvena zaštita.

Član 14

Za ostvarivanje prava iz člana 13 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 prava iz obaveznog zdravstvenog 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.

1. Pravo na zdravstvenu zaštitu

Član 15

Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvata:

- 1) promociju zdravlja;
- 2) prevenciju zdravlja;
- 3) dijagnostiku, preglede i liječenje, uključujući mjere rane identifikacije i sprječavanja 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 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 navršениh 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 asistiranе 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 desete 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 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 17

Zdravstvena zaštita iz člana 16 ovog zakona, na primarnom nivou, obezbjeđuje se u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

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, urođenih nedostataka gornjih ili donjih ekstremiteta, smetnji u razvoju, u skladu sa kriterijumima koji su propisani posebnim propisima.

Član 20

Obim prava zdravstvene zaštite iz člana 16 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 12 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) licima sa invaliditetom sa najmanje 70% tjelesnog oštećenja;
- 6) licima oboljelim 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, kao i lica sa mentalnim oboljenjima, licima sa urođenim nedostatkom gornjih ili donjih ekstremiteta, licima sa fizičkim i intelektualnim poteškoćama u rastu i razvoju, u skladu sa kriterijumima koji su propisani posebnim propisima, slijepim i gluvonijemim licima.

Član 21

Zdravstvenom zaštitom, u smislu člana 16 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 pregled za ta putovanja.

Član 22

Osigurano lice ima pravo na lijekove sa osnovne i doplatne liste lijekova.

Osnovna lista lijekova sadrži farmakoekonomski prihvatljive lijekove za liječenje svih bolesti koji su u potpunosti obuhvaćeni sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja (cijena lijeka).

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

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

Na iznos razlike do punog iznosa cijene lijeka na doplatnoj listi lijekova osiguranik se ne može osigurati u dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Član 23

Ljekovi se stavljaju na osnovnu i doplatnu listu lijekova (u daljem tekstu: Lista lijekova), odnosno skidaju sa Liste lijekova, primjenom kriterijuma koje propisuje Vlada Crne Gore (u daljem tekstu: Vlada).

Ispunjenost kriterijuma za stavljanje na Listu lijekova, cijeni komisija koju obrazuje Ministarstvo.

Aktom iz stava 1 ovog člana, uređuje se i način i postupak stavljanja, odnosno skidanja lijeka sa Liste lijekova, nadležnosti komisije iz stava 2 ovog člana, način utvrđivanja cijena lijekova, kao i visina troškova postupka za stavljanje lijeka na Listu lijekova.

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

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

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;
- 5) pratioca 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-konsultativna i bolnička zdravstvena zaštita 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.

2. Zdravstvena zaštita osiguranih lica u inostranstvu

Član 26

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 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 otputovalo 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 ljeakarski nadzor.

Bliže uslove, način i postupak ostvarivanja zdravstvene zaštite osiguranih lica iz čl. 26 i 27 ovog zakona utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

3. Prekogranična zdravstvena zaštita

Član 29

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

Član 30

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.

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:

- 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.

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

Član 31

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 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

pojednog 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 32

Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:

- 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.

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

Član 33

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 34

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.

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.

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 36

Informacije o ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz člana 30 ovog zakona, osiguranim licima pruža Fond.

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

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

Član 37

Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad imaju osiguranici iz člana 6 stav 1 tač. 1, 2, 4, 5, 6, 7 i 9 ovog zakona.

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;
- 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 ljeekarski pregled u drugo mjesto, odnosno dok traje bolničko liječenje.

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

Izabrani tim ili izabrani doktor koji utvrdi privremenu spriječenost za rad suprotno stavu 2 ovog člana čini težu povredu radne obaveze.

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.

Ukoliko 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, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), HIV i karantinskih bolesti i psihoze.

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 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.

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 poslodavaca.

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 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.

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 o penzijskom i invalidskom osiguranju.

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.

Pravo na naknadu zarade prestaje kada rješenje o utvrđenoj invalidnosti postane pravosnažno, u skladu sa propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Član 45

Osiguraniku ne pripada naknada zarade, ako:

- 1) je namjerno 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 namjerno spriječavao 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 napusti Cmu Goru, 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.

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. 37 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.

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.

III. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

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 49

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

Bliži način ostvarivanja prava iz stava 1 ovog člana, propisuje Ministarstvo.

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 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 je uređen 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 i drugostepena ljekarska komisija koju obrazuje Ministarstvo.

Način rada, sastav i ovlaštenja 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

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.

IV. FINANSIRANJE OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 57

Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje se iz:

- 1) doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje;
- 2) Budžeta Crne Gore;
- 3) sredstava po međunarodnim konvencijama;
- 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.

1. Naknada štete u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 59

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 60

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 o osiguranju.

Član 61

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

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca i kada 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 62

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 posao 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 63

Fond ima pravo na naknadu štete od 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 komisije, za štetu odgovaraju članovi te komisije.

Fond ima pravo na naknadu štete od doktora, odnosno zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu djelatnost, ako mu nastane šteta zbog nepravilnog liječenja osiguranika.

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

Član 64

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.

Pri utvrđivanju visine štete ne uzimaju se u obzir iznosi plaćenih doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 65

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 66

Kada se utvrdi da je u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja prouzrokovana šteta, Fond poziva lice koje je 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 67

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.

V. DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 68

Dopunsko zdravstveno osiguranje obezbjeđuje i sprovodi Fond.

Poslove dopunskog zdravstvenog osiguranja može da obavlja i društvo za osiguranje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje djelatnost osiguranja i ovim zakonom.

Član 69

Osigurano lice u dopunskom zdravstvenom osiguranju može biti samo lice koje ima status osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

Osigurano lice u dopunskom zdravstvenom osiguranju je fizičko lice koje sa Fondom ili društvom za osiguranje zaključi ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Poslodavci za svoje zaposlene mogu da obezbijede dopunsko zdravstveno osiguranje i o tome zaključe ugovor sa Fondom ili društvom za osiguranje.

Ugovorom iz st. 2 i 3 ovog člana osigurano lice obezbjeđuje dopunsko zdravstveno osiguranje i za članove porodice.

Član 70

Dopunsko zdravstveno osiguranje sprovodi se tako, da:

- 1) se sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao i finansijsko poslovanje vode odvojeno od sredstava obaveznog zdravstvenog i drugih vrsta osiguranja;

- 2) se izrađuje poseban finansijski izvještaj za dopunsko zdravstveno osiguranje;
- 3) se sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja mogu koristiti samo za obezbjeđenje tog oblika osiguranja;
- 4) su davaoci zdravstvenih usluga koji imaju zaključene ugovore za pružanje zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dužni da zaključe ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sa Fondom ili društvom za osiguranje koje sprovodi to osiguranje i obezbjeđuje podatke za sprovođenje tog osiguranja;
- 5) su poslodavci dužni da vrše uplate premija dopunskog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica koja su zaključila ugovor sa Fondom ili društvom za osiguranje;
- 6) se vode posebne evidencije o osiguranim licima, pruženim uslugama i cijenama pruženih usluga i knjigovodstvo isplaćenih naknada troškova zdravstvenih usluga.

Za obezbjeđivanje i razmjenu podataka davaoci zdravstvenih usluga mogu sa Fondom ili društvom za osiguranje da ugovore naknadu do 0,5% od bruto obračunatih usluga za dopunsko zdravstveno osiguranje.

Za administriranje i uplatu premija obveznici uplate doprinosa mogu sa Fondom ili društvom za osiguranje da ugovore naknadu do 0,5% od bruto obračunatih premija osiguranja.

Član 71

Društvo za osiguranje je dužno da prije početka sprovođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja obavijesti Ministarstvo.

Fond ili društvo za osiguranje koje sprovodi dopunsko zdravstveno osiguranje obavezni su da:

- 1) zaključe ugovore o dopunskom zdravstvenom osiguranju pod istim uslovima sa svakim licem koje to želi, a koje je obavezno zdravstveno osigurano u skladu sa ovim zakonom;
- 2) omoguće da u ostvarivanju prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja sva osigurana lica budu ravnopravna;
- 3) zaključe ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju za najmanje dvije godine;
- 4) svakom osiguranom licu za vrijeme trajanja dopunskog zdravstvenog osiguranja obezbijede pokriće troškova zdravstvene zaštite saglasno članu 18 ovog zakona;
- 5) svakom osiguranom licu u dopunskom zdravstvenom osiguranju izdaju identifikacionu karticu.

Premija dopunskog zdravstvenog osiguranja u Fondu ili društvu za osiguranje mora biti jednaka za sva osigurana lica osim u slučaju kolektivnog osiguranja, kad se mogu odobriti popusti do 5% premije osiguranja.

Visinu premije dopunskog zdravstvenog osiguranja utvrđuje Fond, odnosno društvo za osiguranje, uz saglasnost Ministarstva.

Bliže uslove za zaključivanje ugovora o dopunskom osiguranju, način korišćenja zdravstvenih usluga iz dopunskog zdravstvenog osiguranja, način plaćanja, iznos premije osiguranja, obrazac polise, sadržinu računa i obrazac identifikacione kartice, utvrđuje Fond uz saglasnost Ministarstva.

Član 72

Fond, odnosno društvo za osiguranje ne mogu raskinuti ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, osim u slučaju neplaćanja premije osiguranja, u skladu sa ugovorom.

Osigurano lice može raskinuti ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju nakon isteka 12 mjeseci od dana zaključenja ugovora.

U slučaju raskida ugovora otkazni rok za obje ugovorne strane je 60 dana.

Član 73

Dopunsko zdravstveno osiguranje osigurana lica ostvaruju ukoliko imaju status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa ovim zakonom, u trajanju od najmanje dva mjeseca.

U slučaju prestanka dopunskog zdravstvenog osiguranja dužeg od 30 dana, staž osiguranja iz stava 1 ovog člana teče ponovo.

VI. FOND

1. Organizacija i način rada Fonda

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 75

Organi Fonda su Upravni odbor i direktor.

Upravni odbor upravlja radom Fonda.

Upravni odbor ima sedam članova koje imenuje i razrješava Vlada, i to:

- 1) četiri člana na predlog Ministarstva;
- 2) jednog člana na predlog reprezentativnog sindikata;
- 3) jednog člana na predlog reprezentativnog udruženja poslodavaca;
- 4) jednog člana na predlog Ljekarske, Farmaceutске i Stomatološke komore.

Ukoliko ima više reprezentativnih sindikalnih organizacija, člana Upravnog odbora iz stava 3 tačka 2 ovog člana predlaže reprezentativna sindikalna organizacija koja ima veći broj članova.

Ukoliko ima više reprezentativnih udruženja poslodavaca, člana Upravnog odbora iz stava 3 tačka 3 ovog člana predlaže reprezentativno udruženje koje ima veći procenat zaposlenih u privredi Crne Gore.

Predsjednika i zamjenika predsjednika Upravnog odbora bira Upravni odbor iz reda članova Upravnog odbora.

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 obavezanim 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;
- 6) vrši i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Član 77

Direktor organizuje rad i poslovanje Fonda, predstavlja i zastupa Fond, izvršava odluke Upravnog odbora i odgovoran je za zakonitost rada Fonda, rukovodi stručnom službom, predlaže opšte akte i vrši druge poslove, u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Direktora Fonda imenuje i razrješava Upravni odbor, na osnovu javnog konkursa i uz prethodnu saglasnost Vlade.

Direktor Fonda se imenuje na period od četiri godine i isto lice može biti direktor najviše dva puta uzastopno.

Član 78

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

Stručna služba iz stava 1 ovog člana, organizuje se u centrali i područnim jedinicama na način koji obezbeđuje efikasno obavljanje djelatnosti Fonda i ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 79

Statutom Fonda uređuje se naročito: organizacija i način rada Fonda, način rada i odlučivanja organa upravljanja i direktora, uslovi za imenovanje 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 osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja objavljuju se u "Službenom listu Crne Gore".

Član 80

Rad Fonda je javan.

Fond je dužan da, najmanje jedanput godišnje, a najkasnije do 31. marta tekuće godine, podnese Vladi izvještaj o radu za prethodnu godinu.

Član 81

Nadzor nad zakonitošću i cjelishodnošću rada Fonda vrši Ministarstvo, u skladu sa posebnim zakonom.

2. Odnos Fonda i davalaca zdravstvenih usluga

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 86

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 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 88

Ugovorima koji se zaključuju između Fonda i davalaca zdravstvenih usluga, uređuju se naročito: vrsta, obim, mjere za obezbjeđivanje 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 89

Fond vrši kontrolu izvršenja ugovora zaključenih sa davaocima zdravstvenih usluga.

Kontrolu iz stava 1 ovog člana vrše službena lica po ovlašćenju direktora 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, na koji saglasnost daje Ministarstvo.

Član 90

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 Ljekarske, Stomatološke ili Farmaceutске komore i jednog predstavnika Ministarstva.

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 91

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

Poslove inspekcijskog nadzora vrši organ uprave nadležan za poslove inspekcijskog nadzora, preko zdravstvene inspekcije.

VIII. KAZNENA ODREDBA

Član 92

Novčanom kaznom od 1.000 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, odgovorno lice u državnom organu, organu državne uprave i lokalne samouprave, kao i fizičko lice - poslodavac novčanom kaznom u iznosu od 100 eura do 2.000 eura.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i poslodavac - preduzetnik novčanom kaznom od 150 eura do 6.000 eura.

IX. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 93

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 propisi koji su donijeti na osnovu Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list RCG", broj 39/04 i "Službeni list CG", broj 14/12).

Član 94

Lista lijekova iz člana 23 ovog zakona, donijeće se u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 95

Liste iz člana 24 ovog zakona, donijeće se u roku od godinu dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 96

Akta za sprovođenje ovog zakona, Fond će donijeti u roku od godinu dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 97

Imenovanje članova Upravnog odbora Fonda, u skladu sa ovim zakonom, izvršiće se u roku od 60 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Danom imenovanja članova Upravnog odbora, u smislu stava 1 ovog člana, prestaje sa radom dosadašnji Upravni odbor.

Član 98

Direktor Fonda nastavlja sa radom do isteka mandata na koji je izabran.

Član 99

Postupci koji su započeti prije stupanja na snagu ovog zakona, završiće se prema propisima po kojima su započeti.

Član 100

Fond će početi sa sprovođenjem dopunskog zdravstvenog osiguranja od 1. januara 2016. 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

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 2017. godine.

Član 102

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaje da važi Zakon o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list RCG", broj 39/04 i "Službeni list CG", broj 14/12) i član 176 Zakona o izmjenama i dopunama zakona kojima su propisane novčane kazne za prekršaje ("Službeni list CG", broj 40/11).

Član 103

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 Zakona o zdravstvenom osiguranju sadržan je u odredbi člana 16 stav 1 tačka 5 i člana 67 Ustava Crne Gore kojim je predviđeno da je socijalno osiguranje obavezno, da država obezbjeđuje materijalnu sigurnost licu koje je nesposobno za rad i nema sredstava za život.

II. RAZLOZI ZA DONOŠENJE ZAKONA

Crna Gora se svrstava među države sa socijalnim zdravstvenim osiguranjem (Bismarkov model) u čijoj osnovi je princip solidarnosti koji pretpostavlja da svaki član zajednice, prema svojim ekonomskim mogućnostima, daje doprinos za pokrivanje troškova liječenja za sve članove zajednice kada za to imaju potrebu. Važećim Zakonom iz 2004. uspostavljen je normativni okvir reforme sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, koji je, po ugledu na evropske zemlje, prilagodio sistem ekonomskim promjenama, budući da su ograničena sredstva za finansiranje zdravstvene zaštite i visoki troškovi zdravstvene zaštite u prethodnom periodu doveli do neadekvatne raspodjele finansijskog rizika i objektivno smanjili pristup korišćenju zdravstvene zaštite. Široko utvrđena prava, starenje stanovništva i uvođenje novih tehnologija u medicini, uz limitirane resurse, u osnovi su smanjila mogućnost korišćenja zdravstvene zaštite. Zbog posebnog značaja zdravlja, kao bitnog osnova kvalitetnog i punog života svakog građanina, sve države se suočavaju sa stalnim izazovima planiranja, razvijanja i unapređivanja zdravstvenog sistema, kako bi se obezbijedilo da se zdravstvena zaštita učini što efikasnijom, dostupnijom i kvalitetnijom, a da se ne smanji garantovani obim te zaštite, u uslovima ograničenih sredstava. Javni sistemi moraju da posluju u okvirima raspoloživih sredstava, pa se u uslovima brzog razvoja novih tehnologija i novih lijekova postavljaju ozbiljna pitanja o tome kako realizovati pravičnost i jednakost u ostvarivanju prava kod liječenja svih bolesnika u javnim sistemima zdravstvene zaštite.

Zbog toga se i u evropskim državama često pristupa izmjenama odgovarajućih mehanizama za veću ekonomsku i finansijsku efikasnost zdravstvenih sistema i permanentnim dograđivanjem i modernizacijom sistema brine za usklađenost prava sa raspoloživim izvorima, i zaštitu socijalnih vrijednosti kao što su solidarnost, socijalna pravičnost i univerzalan pristup pravima iz zdravstvene zaštite.

Ni Crna Gora nije pošteđena navedenih izazova i u dosadašnjoj primjeni Zakona o zdravstvenom osiguranju koji je imao izmjenu u 2012. godini, uočeno je da je potrebno pristupiti određenim intervencijama kako bi se doprinijelo finansijskoj održivosti sistema zdravstvenog osiguranja.

Potreba promjena u farmaceutskoj politici i približavanja zdravstvenih usluga u ovom segmentu zdravstvene djelatnosti je, takođe, jedan od razloga za donošenje Predloga zakona, kao i obaveza transponovanja evropskih propisa u nacionalni pravni milje te, s tim u vezi, prenošenja Direktive 2011/24 EU o primjeni prava pacijenata prilikom prekograničnog pružanja zdravstvene zaštite.

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

Predlog zakona je djelimično usklađen sa Direktivom 2011/24 EU o primjeni prava pacijenata prilikom prekograničnog pružanja zdravstvene zaštite

IV. OBJAŠNJENJE OSNOVNIH PRAVNIH INSTITUTA

Odredbama čl. 1 do 12 Predloga definisan je predmet zakona, načela na kojima se zasniva sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, data su pojašnjenja pojedinih pojmova i utvrđena lica koja ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Odredbom člana 6 precizirani su osiguranici na način da se postiže univerzalna pokrivenost građana pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kroz prepoznavanje osnova osiguranja za široki krug lica.

Odredbama l. 13 do 56 Predloga definisana su osnovna prava iz obaveznog osiguranja i to: pravo na zdravstvenu zaštitu, pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad, pravo na naknadu putnih troškova u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite

Bliže se utvrđuje sadržaj prava na zdravstvenu zaštitu, a u skladu sa konceptom reformskih promjena i značajem prevencije i promocije zdravlja, propisuje se da se zdravstvena zaštita na primarnom nivou ostvaruje u potpunosti na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Predlog zakona zadržava koncept dopunskog osiguranja koji je uveden izmjenama iz 2012. godine, modifikujući ga u smislu bolje zaštite osiguranika u obaveznom zdravstvenom osiguranju, na način da se osiguranjem u dopunskom osiguranju osigurava od rizika troška skupih zdravstvenih procedura. Tako je precizirano koja se zdravstvena zaštita u ustanovama na sekundarnom i tercijarnom nivou ostvaruje na teret obaveznog zdravstvenog sistema, u iznosu od 80% od cijene zdravstvene usluge. Razliku do punog iznosa cijene zdravstvene usluge plaća osigurano lice prilikom korišćenja zdravstvene usluge. Bliže se uređuje način plaćanja razlike cijene zdravstvene usluge i cijene koju plaća osiguranik, odnosno sredstava osiguranja. Istim članom se precizira da osiguranik može da se osigura u dopunskom osiguranju, za navedeni iznos razlike.

Odredbama čl. 20 i 21 Predloga propisano je 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 posebno se vodi računa o zaštiti vulnerabilnih lica. Ovakvim normiranjem obezbjeđuje se efikasnost i finansijska stabilnost obaveznog zdravstvenog osiguranja, ali i dostupnost zdravstvenim uslugama. Definisanje 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. Takođe, precizirano je šta se ne smatra zdravstvenom zaštitom i koje zdravstvene usluge se ne plaćaju iz sredstava obaveznog osiguranja.

Odredbom čl. 22 i 23 Predloga propisana je značajna novina u načinu ostvarivanja prava osiguranih lica na lijekove sa Liste lijekova, koja, pored osnovne liste sadrži i doplatnu listu. Osnovna lista sadrži lijekove koji se osiguranicima obezbjeđuju u potpunosti na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, a doplatna lista lijekova obuhvata lijekove koji su terapijska paralela (terapijska alternativa) lijekovima sa osnovne liste i osiguraniku se obezbjeđuju u visini cijene lijeka sa osnovne liste. Razliku do punog iznosa cijene lijeka na doplatnoj listi plaća osigurano lice prilikom korišćenja zdravstvene usluge. Na iznos razlike u cijeni sa osnovne i doplatne liste, osiguranik se ne može osigurati u dopunskom osiguranju. Na ovaj način osigurano lice učestvuje u izboru lijeka, a stvaraju se uslovi proširenja Liste lijekova sa većim brojem lijekova, te proširenje terapijskih mogućnosti i unapređenje dostupnosti i mogućnost biranja lijeka iz terapijske grupe.

Odredbama čl. 26 do 36 Predloga, utvrđuje se pravo na ostvarivanje zdravstvene zaštite zaposlenih u inostranstvu, kao i članova njihovih porodica. Posebno je uređena prekogranična zdravstvena zaštita, na koji način je prenijeta Direktiva o pravu pacijenata na prekograničnu zdravstvenu zaštitu i bliže se uređuje način ostvarivanja tog prava. Pod ovom zdravstvenom zaštitom podrazumijeva se pravo na upućivanje na liječenje, pravo na korišćenje zdravstvene zaštite za vrijeme privremenog boravka u državama, kao i pravo na drugu zdravstvenu zaštitu, u skladu s odredbama propisa Europske unije, Direktive 2011/24/EU, ovog zakona, međunarodnih ugovora, te opštih akata Fonda.

Odredbama čl. 37 do 46 Predloga uređuje se pravo osiguranika na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad. Ovim odredbama propisano je da se naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad određuje u visini od najmanje 70% od osnovice, propisuju slučajevi kada se naknada zarade određuje u visini 100% od osnovice. Preciznije je definisan osnov za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad, jasnije su definisane osnovne bolesti za koje naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad iznosi 100%, proširen je obuhvat osoba sa invaliditetom kod kojih je nadoknada 100 %, bez obzira na osnov, a ujednačen je princip da svaka privremena spriječenost za rad, u prvih 60 dana pada na teret poslodavca, uz izuzetak održavanja trudnoće. Propisano je da bliži način ostvarivanja prava osiguranika na privremenu spriječenost za rad, kriterijume za utvrđivanje trajanja privremene spriječenosti za rad i ostvarivanja prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Članom 47 Predloga propisuje se pravo na naknadu troškova prevoza po osnovu ostvarivanja zdravstvene zaštite u drugom mjestu. U načinu ostvarivanju ovog prava nema promjena u odnosu na dosadašnja rješenja.

Odredbama čl. 48 do 56 Predloga propisan je način ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja. Osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu kod izabranog tima ili izabranog doktora, u registrovanim zdravstvenim ustanovama i kod drugih subjekata sa kojima Fond zaključuje ugovor, u skladu sa zakonom, a osiguranik se upućuje radi liječenja van Crne Gore ako oboljenje od kojeg boluje nije moglo da se uspješno liječi u Crnoj Gori. Postupak ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu propisuje Ministarstvo. O priznavanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje Fond, po pravilu, bez donošenja rješenja. U postupku ostvarivanja prava utvrđenih ovim zakonom primjenjuju se odredbe zakona kojim je uređen upravni postupak, ako ovim zakonom nije drukčije određeno. O pravima utvrđenim ovim

zakonom u prvom stepenu odlučuje Fond, a u drugom stepenu Ministarstvo. Protiv konačnog rješenja iz stava 1 ovog člana može se pokrenuti upravni spor.

Odredbama čl. 57 i 58 Predloga utvrđuje se finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja. Novina u Predlogu je opredjeljivanje posebnih sredstava za liječenje rijetkih bolesti, sprovođenje transplantacionih programa i odobravanje lijekova koji nijesu na Listi lijekova, a prikupljaju se iz prihoda Fonda od naknada štete, kamata, dividendi, renti, Budžeta Crne Gore, donacija, kao i drugih izvora. Način upravljanja sredstvima, način i uslove za dodjelu navedenih sredstava, utvrđuje Vlada, na predlog Ministarstva, a odluku o dodjeli sredstava, na predlog posebnih komisija, donosi Ministarstvo.

Odredbama čl. 59 do 67 Predloga propisuje se način naknade štete u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja. Fond ima pravo na naknadu štete od osiguranika kome je na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja izvršena isplata na koju nije imao pravo, verzija člana - 39/2004 od lica koje je prouzrokovalo bolest, povredu ili smrt osiguranika, a za takvu štetu koju je Fondu prouzrokovao zaposleni na radu ili u vezi sa radom odgovara poslodavac kod koga je zaposleni radio u trenutku prouzrokovanja štete, odnosno zaposleni ako je štetu prouzrokovao namjerno. Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca, ako su bolest, povreda ili smrt osiguranika nastali usljed toga što nijesu sprovedene mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana. Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete i od doktora koji nezakonito utvrdi privremenu spriječenost za rad osiguranika, ako je zbog toga Fond isplatio naknadu zarade, od nadležne komisije, zbog nezakonitog rada, kao i od doktora, odnosno zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu djelatnost, ako nastane šteta zbog nepravilnog liječenja osiguranika. Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete i neposredno od osiguravajućeg društva koja je nastala upotrebom motornog vozila.

Odredbama čl. 68 do 73 Predloga se uređuje dopunsko zdravstveno osiguranje kojim građanin može sebi i članovima svoje porodice obezbjediti, premijom osiguranja, u okviru utvrđenih standarda, zdravstvene usluge koje su precizirane Predlogom, uz učešće sredstava zdravstvenog osiguranja do punog iznosa cijene usluge. Sprovođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja sprovode Fond i društva za osiguranje. Način i uslove korišćenja prava iz dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, visinu i način uplate premija utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva, a drugo pravno lice u skladu sa posebnim zakonom.

Odredbama čl. 74 do 90 Predloga uređuje se organizacija Fonda za zdravstveno osiguranje, kao pravnog lica koje vrši javna ovlašćenja u rješavanju o pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđenim Predlogom.

Kontrola i javnost rada Fonda obezbjeđuje se kroz obavezno informisanje Vlade o radu Fonda, nadzor nad zakonitošću i cjelishodnošću rada Fonda vrši Ministarstvo. Predlogom se definiše broj i struktura članova Upravnog odbora, direktora imenuje i razrješava Vlada, utvrđuju se sredstva rezervi u Fondu za pokriće gubitaka Fonda. Ukoliko su sredstva rezervi nedovoljna za pokriće gubitaka Fonda, a time se dovede u pitanje ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, propisana je obaveza države da garantuje ostvarivanje ovih prava. Fond je aktivni subjekt u obezbjeđenju utvrđenog obima prava osiguranika na zdravstvenu zaštitu, putem zaključivanja ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga. Za sprovođenje utvrđenog obima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Fond

neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama utvrđenim Mrežom zdravstvenih ustanova, u skladu sa posebnim zakonom, a za zdravstvene usluge koje se ne mogu obezbijediti u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori sa kojima Fond ima zaključene ugovore, Fond neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama van Crne Gore. Za zdravstvene usluge koje se ne mogu obezbijediti u okviru Mreže zdravstvenih ustanova, Fond može da zaključi ugovore i sa zdravstvenim ustanovama van Mreže, na osnovu javnog poziva. Za upućivanje javnog poziva iz stava 1 ovog člana prethodnu saglasnost daje Ministarstvo. Fond vrši kontrolu trošenja sredstava koja je zdravstvena ustanova ostvarila na osnovu ugovora sa Fondom. Kontrolu iz stava 1 ovog člana vrše službena lica po ovlašćenju direktora Fonda. Bliži način, postupak, sadržaj i mjere kontrole uređuju se aktom Fonda, na koji saglasnost daje Ministarstvo.

Odredbama člana 91 Predloga uređuje se nadzor nad sprovođenjem ovog zakona i propisa donijetih na osnovu ovog zakona vrši Ministarstvo. Poslove inspekcijskog nadzora vrši organ uprave nadležan za poslove inspekcijskog nadzora, preko zdravstvene inspekcije.

Odredbom člana 92 Predloga propisana je kaznena odredba za poslodavce koji ne obračunaju i ne isplate naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad.

Odredbama čl. 93 do 103 Predloga regulišu se odgovarajuća pitanja prelaznog režima.

V. PROCJENA FINANSIJSKIH SREDSTAVA ZA SPROVOĐENJE ZAKONA

Za sprovođenje ovog zakona nijesu potrebna dodatna sredstva.

TABELA USKLAĐENOSTI

1. Identifikacioni broj (IB) nacrt/predloga propisa		1.1. Identifikacioni broj izjave o usklađenosti i datum utvrđivanja nacrt/predloga propisa na Vladi		
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 zdravstvenom osiguranju		Proposal for 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
Direktiva 2011/24				
<p>Član 1</p> <p>Predmet i područje primjene</p> <p>1. Ovom se Direktivom utvrđuju pravila za olakšavanje pristupa bezbjednoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti te promoviše saradnja na području zdravstvene zaštite između država članica uz potpuno poštovanje nacionalnih nadležnosti pri organizaciji i pružanju zdravstvene zaštite. Ovom se Direktivom takođe pokušava pojasniti njen odnos prema postojećem okviru o usklađivanju sistema socijalne sigurnosti, Uredbi (EZ) br. 883/2004, radi primjene prava pacijenata.</p>	<p>Član 29</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>Član 30</p> <p>Prekogranična zdravstvena zaštita se ostvaruje u skladu sa načelima univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti u skladu sa ovim zakonom,</p>	Djelimično usklađeno	Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite	III kvartal 2018

<p>2. Ova se Direktiva primjenjuje na pružanje zdravstvene zaštite pacijentima, bez obzira na to kako je organizovana, kako se pruža i finansira.</p> <p>3. Ova se Direktiva ne primjenjuje na:</p> <p>(a) usluge u području dugoročne koristi čija je svrha pomoći ljudima koji traže pomoć pri obavljanju rutinskih, svakodnevnih poslova;</p> <p>(b) dodjelu organa i njihovu dostupnost radi transplantacije organa;</p> <p>(c) izuzev poglavlja IV., programe javnog cijepljenja protiv infektivnih bolesti čiji je isključivi cilj zaštita zdravlja stanovništva na državnom području države članice, a podliježu posebnim mjerama planiranja i primjene.</p> <p>4. Ova Direktiva ne utie na zakone i druge propise u državama članicama koji se odnose na organizaciju i finansiranje zdravstvene zaštite u situacijama koje nijesu u vezi sa prekograničnom zdravstvenom zaštitom. Konkretno, ni jedna odredba ove Direktive ne obavezuje državu članicu da nadoknadi troškove zdravstvene zaštite koju su pružili pružaoci zdravstvene zaštite sa poslovnim nastanjenjem na njenom državnom području ako ti pružaoci nijesu dio sistema socijalne sigurnosti ili javnog zdravstvenog sistema te države članice.</p>	<p>zakonom države liječenja, kao i standardima 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 32</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 			
--	---	--	--	--

	<p>na moguću dobrobit zdravstvene zaštite; – 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>Član 2</p> <p>Odnos prema drugim odredbama Unije</p> <p>1. Ova se Direktiva 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 lijekova za ljudsku upotrebu i njihovo uvrštenje u nacionalne sisteme zdravstvenog osiguranja</p> <p>(b) Direktivu Savjeta 90/385/EEZ od 20. juna 1990. o usklađivanju zakonodavstava država članica o aktivnim medicinskim implantatima Direktivu Savjeta 93/42/EEZ od 14. juna 1993. o medicinskim proizvodima³ i Direktivu 98/79/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 27. oktobra 1998. o <i>in vitro</i> dijagnostičkim medicinskim proizvodima⁴;</p> <p>(c) Direktivu 95/46/EZ i Direktivu 2002/58/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 12. jula 2002. o obradi ličnih podataka i zaštiti privatnosti u području elektroničkih komunikacija⁵;</p> <p>(d) Direktivu 96/71/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 16. decembra 1996. o upućivanju radnika</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

<p>u okviru pružanja usluga</p> <p>(e) Direktivu 2000/31/EZ;</p> <p>(f) Direktivu Savjeta 2000/43/EZ od 29. juna 2000. o provođenju načela jednakog postupanja prema licima bez obzira na njihovo rasno ili etničko porijeklo¹;</p> <p>(g) Direktivu 2001/20/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 4. aprila 2001. o usklađivanju zakonodavstava i drugih propisa država članica koji se odnose na provođenje dobre kliničke prakse prilikom provođenja kliničkih ispitivanja lijekova za ljudsku upotrebu;</p> <p>(h) Direktivu 2001/83/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 6. novembra 2001. o zakoniku Zajednice o lijekovima za ljudsku upotrebu;</p> <p>(i) Direktivu 2002/98/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 27. januara 2003. o utvrđivanju standarda kvaliteta i bezbjednosti za prikupljanje, ispitivanje, preradu, čuvanje i promet ljudske krvi i krvnih sastojaka</p> <p>(j) Uredbu (EZ) br. 859/2003;</p> <p>(k) Direktivu 2004/23/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 31. marta 2004. o utvrđivanju standarda kvaliteta i beznjednosti za postupke davanja, prikupljanja, testiranja, čuvanja"skladištenja i distribucije ljudskih tkiva i ćelija¹;</p> <p>(l) Uredbu (EZ) br. 726/2004 Evropskog parlamenta i Savjeta od 31. marta 2004. o utvrđivanju postupaka</p>				
---	--	--	--	--

<p>Zajednice za odobravanje primjene i postupaka nadzora nad primjenom lijekova koji se koriste u humanoj i veterinarskoj medicini, te uspostavi Evropske agencije za lijekove</p> <p>(m) Uredbu (EZ) br. 883/2004 i Uredbu (EZ) br. 987/2009 Evropskog parlamenta i Savjeta od 16. septembra 2009. o utvrđivanju postupka provođenja Uredbe (EZ) br. 883/2004 o koordinaciji sisema socijalne sigurnosti ;</p> <p>(n) Direktivu 2005/36/EZ;</p> <p>(o) Uredbu (EZ) br. 1082/2006 Evropskog parlamenta i Savjeta od 5. jula 2006. o Evropskoj grupaciji za teritorijalnu saradnju (EGTS)</p> <p>(p) Uredbu (EZ) br. 1338/2008 Evropskog parlamenta i Savjeta od 16. decembra 2008. o statističkim podacima Zajednice o javnom zdravlju i zdravlju i bezbjednosti na radnom mjestu ;</p> <p>(q) Uredbu (EZ) br. 593/2008 Evropskog parlamenta i Savjeta od 17. juna 2008. o pravu koje se primjenjuje na ugovorne obaveze (Rim I), Uredbu (EZ) br. 864/2007 Evropskog parlamenta i Savjeta od 11. jula 2007. o pravu koje se primjenjuje na vanugovornu odgovornost (Rim II) i ostala pravila Unije o međunarodnom privatnom pravu, posebno pravila koja se odnose na sudsku nadležnost i primjenjivo pravo;</p> <p>(r) Direktivu 2010/53/EU Evropskog parlamenta i Savjeta od 7. jula 2010. o standardima kvaliteta i bezbjednosti ljudskih organa namijenjenih transplantaciji ;</p> <p>(s) Uredbu (EU) br. 1231/2010.</p>				
<p>Član 3</p> <p>Definicije</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Potpuno usklađeno</p>	<p>Navedena definicija je prenijeta u član 1 Zakona o zdravstvenoj</p>	

<p>Za potrebe ove Direktive primjenjuju se sljedeće definicije:</p> <p>(a) „zdravstvena zaštita“ znači zdravstvene usluge koje pružaju zdravstveni stručnjaci pacijentima radi procjene, održavanja ili liječenja njihovog zdravstvenog stanja, uključujući propisivanje, izdavanje na recept i davanje lijekova i medicinskih proizvoda;</p>			<p>zaštiti ("Službeni list RCG", br. 39/2004 i "Službeni list CG", br. 14/2010)</p>	
<p>(b) „osigurano lice“ znači:</p> <p>i. lica, uključujući članove njihovih porodica i njihove nadživjele članove na koje se primjenjuje Uredba (EZ) br. 883/2004 i koji su osigurana lica u smislu člana 1 tačke (c) te Uredbe;</p> <p>ii. državljani trećih zemalja na koje se odnosi Uredba (EZ) br. 859/2003 ili Uredba (EU) br. 1231/2010, odnosno koji ispunjavaju udlove zakonodavstva države članice u čijem sistemu ostvaruju pravo na povlastice;</p>	<p>Član 6</p> <p>Osiguranci, u smislu ovog zakonu, su:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, 	<p>Potpuno usklađeno</p>		

	<p>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;</p> <p>6) stranci koji u Crnoj Gori rade kod domaćih pravnih, odnosno fizičkih lica, na osnovu posebnih ugovora i sporazuma o međunarodno – tehničkoj saradnji;</p> <p>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;</p> <p>8) stranci koji su u Crnoj Gori zaposleni kod stranih diplomatskih i konzularnih predstavništava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom;</p> <p>9) preduzetnici i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje;</p>			
--	--	--	--	--

	<p>10) lica koja obavljaju privremene i povremene poslove, kao i poslove po posebnom ugovoru o radu, u skladu sa zakonom;</p> <p>11) nezaposlena lica koja ostvaruju pravo na novčanu naknadu, u skladu sa propisima o zapošljavanju;</p> <p>12) nezaposlena lica koja ne ostvaruju pravo na novčanu naknadu, u skladu sa propisima o zapošljavanju, kao i lica koja nijesu zaposlena i ne nalaze se na evidenciji Zavoda za zapošljavanje;</p> <p>13) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;</p> <p>14) 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>15) korisnici socijalno-zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;</p> <p>16) državljani Crne Gore i stranci sa stalnim boravkom, koji primaju penziju ili drugu naknadu isključivo od inostranog nosioca osiguranja, ako</p>			
--	---	--	--	--

	<p>međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;</p> <p>17) osnivači, odnosno vlasnici privrednih društava i preduzetnici koji po tom osnovu nijesu u radnom odnosu;</p> <p>18) poljoprivrednici i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta;</p> <p>19) sveštenici, vjerski službenici, monasi i monahinje.</p>			
<p>(c) „država članica čijem sistemu osigurano lice pripada“ znači:</p> <p>i. za lica iz tačke (b) podtačke i., država članica nadležna za davanje prethodnog odobrenja osiguranom licu za odgovarajuće liječenje van države članice boravišta prema uredbama (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 prema Uredbi (EZ) br. 859/2003 ili Uredbi (EU) br. 1231/2010. Ako ni jedna država članica nije nadležna prema tim uredbama, država članica čijem sistemu osigurano lice pripada je država članica u kojoj je lice osigurano ili ima pravo na davanje za slučaj bolesti prema zakonodavstvu te države članice;</p> <p>(d) „država članica liječenja“ znači država članica na čijem je državnom području stvarno pružena zdravstvena zaštita pacijentu. U slučaju telemedicine, smatra se da je zdravstvena zaštita</p>	<p>Član 32</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>	Neusklađeno	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	III kvartal 2018

<p>pružena u državi članici u kojoj pružaoc zdravstvene zaštite ima poslovno nastanjenje;</p> <p>(e) „prekogranična zdravstvena zaštita“ znači zdravstvena zaštita pružena ili propisana u državi članici koja se razlikuje od države članice čijem sistemu osigurano lice pripada;</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>	Nema odgovarajuće odredbe	Potpuno usklađeno	Navedena odredba direktive regulisana je članom 81 Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službeni list RCG", br. 39/2004 i "Službeni list CG", br. 14/2010)	
<p>(g) „pružalac zdravstvene zaštite“ znači svako fizičko ili pravno lice ili bilo koji subjekat koji zakonito pruža zdravstvenu zaštitu na državnom području države članice;</p>	Nema odgovarajuće odredbe	Potpuno usklađeno	Navedena definicija je prenijeta u član 9 stav 1 tačka 7 Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službeni list RCG", br. 39/2004 i "Službeni list CG", br. 14/2010)	
<p>(h) „pacijent“ znači svako fizičko lice koja želi da dobije ili dobije zdravstvenu zaštitu u državi članici;</p>	Nema odgovarajuće odredbe	Potpuno usklađeno	Navedena definicija je prenijeta u član 1 stav 1 Zakona o pravima pacijenata ("Službeni list CG, br. 40/2010)	
<p>(i) „lijek“ znači lijek prema definiciji iz Direktive 2001/83/EZ;</p>	Nema odgovarajuće odredbe	Nije relevantno		

<p>(j) „medicinski proizvod“ znači proizvod prema definiciji iz Direktive 90/385/EEZ, Direktive 93/42/EEZ ili Direktive 98/79/EZ;</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Nije relevantno</p>		
<p>(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;</p>	<p>Član 30</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> <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>Neusklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o priznavanju medicinskih recepata izdatih u drugoj državi</p>	<p>I kvartal 2018</p>

<p>(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;</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Potpuno usklađeno</p>	<p>Navedena definicija je prenijeta u član 9 stav 1 tačka 16 Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službeni list RCG", br. 39/2004 i "Službeni list CG", br. 14/2010)</p>	
<p>(m) „zdravstveni kartoni” znači sva dokumentacija koja sadrži podatke, procjene i sve vrste informacija o stanju pacijenta i kliničkim zahvatima tokom postupka zdravstvene zaštite.</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Nije relevantno</p>		
<p style="text-align: center;">Član 4</p> <p>Odgovornosti države članice liječenja</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 liječenja;</p> <p>(b) standardima i smjernicama o kvalitetu i bezbjednosti koje je utvrdila država članica liječenja; i</p> <p>(c) zakonodavstvom Unije o standardima bezbjednosti.</p> <p>2. Država članica liječenja obezbjeđuje:</p> <p>(a) da pacijenti na svoj zahtjev dobiju od nacionalne kontaktne tačke iz člana 6. odgovarajuće informacije o standardima i smjernicama iz stava 1. tačke (b)</p>	<p style="text-align: center;">Član 30</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> <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; 	<p>Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	<p>III kvartal 2018</p>

<p>ovog člana, uključujući odredbe o nadzoru i procjeni pružaoca zdravstvene zaštite, informacije o tome koji pružaoci zdravstvene zaštite podliježu tim standardima i smjernicama te informacije o mogućnostima koje postoje za lica sa invaliditetom za pristup bolnicama;</p> <p>(b) da pružaoci zdravstvene zaštite pružaju sve bitne informacije kako bi pacijentima omogućili donošenje informisane odluke, uključujući informacije o mogućnostima liječenja, dostupnosti, kvalitetu i bezbjednosti zdravstvene zaštite koju pružaju u državi članici liječenja te da izdaju jasne račune i jasne informacije o cijenama, kao i o stanju stvari u vezi sa njihovim odobrenjem ili prijavom, o njihovom osiguravajućem pokriću ili drugim načinima lične ili skupne zaštite s obzirom na profesionalnu odgovornost. U mjeri u kojoj pružaoci zdravstvene zaštite pacijentima koji su stalno nastanjeni u državi članici liječenja već pružaju odgovarajuće informacije o tim temama, ovom se Direktivom 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 pritužbi kako bi mogli da potraže pravnu zaštitu u skladu sa zakonodavstvom države članice liječenja ako pretrpe štetu proizašlu iz zdravstvene zaštite koju su dobili;</p> <p>(d) da su sistemi osiguranja profesionalne odgovornosti ili jemstva, ili sličnog mehanizma koji je istovjetan ili u biti uporediv s obzirom na svoju svrhu te primjeren prirodi i obimu rizika uvedeni za liječenje koje se pruža na njihovom državnom području;</p>	<p>- hitnu medicinsku pomoć, u skladu sa zakonom; i</p> <p>- pravo na priznavanje recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi.</p> <p>Postupak, uslove i način priznavanja recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi propisuje Ministarstvo.</p> <p style="text-align: center;">Član 32</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>			
--	---	--	--	--

(e) da je zaštićeno temeljno pravo na privatnost u vezi sa obradom ličnih podataka u skladu sa nacionalnim mjerama kojima se provode propisi Unije o zaštiti ličnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ;

(f) da radi obezbjeđenja kontinuiteta koristi pacijenti koji su primili terapiju imaju pravo na pisani ili elektronski zdravstveni karton te terapije i dobijanje barem jednog primjerka toga kartona u skladu sa i podložno nacionalnim mjerama kojima se provode odredbe Unije o zaštiti ličnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ.

3. Načelo zabrane diskriminacije s obzirom na nacionalnost primjenjuje se na pacijente iz drugih država članica.

Ovim se ne dovodi u pitanje mogućnost da država članica liječenja, u slučajevima kada za to postoje prevladavajući razlozi od opšteg interesa, kao što su zahtjevi u pogledu planiranja u vezi sa ciljem osiguranja dovoljne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude kvalitetnog liječenja u određenoj državi članici ili željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne rasipanje finansijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala, donese mjere koje se odnose na dostupnost liječenja sa ciljem ispunjavanja svoje temeljne odgovornosti za osiguranje dovoljne i trajne dostupnosti zdravstvene zaštite na svojem državnom području. Te se mjere ograničavaju na ono što je nužno i razmjerno i ne smiju predstavljati sredstvo svojevoljne diskriminacije te moraju biti unaprijed javno dostupne.

<p>4. Države članice osiguravaju da pružaoци zdravstvene zaštite na njihovom državnom području primjenjuju isti cjenovik usluga za zdravstvenu zaštitu za pacijente iz drugih država članica kao i za domaće pacijente u sličnim zdravstvenim situacijama ili da naplaćuju cijenu izračunatu prema objektivnim, nediskriminirajućim kriterijumima ako ne postoji uporediva cijena za domaće pacijente.</p> <p>Ovim se stavom ne dovodi u pitanje nacionalno zakonodavstvo kojim se pružaoцима zdravstvene zaštite dozvoljava da utvrde vlastite cijene, pod uslovom da se time ne diskriminišu pacijenti iz drugih država članica.</p> <p>5. Ova Direktiva nema uticaj na zakone i druge propise u državama članicama o upotrebi jezika. Države članice mogu odlučiti da će pružati informacije i na jezicima koji nisu službeni jezici u određenoj državi članici.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 5</p> <p>Odgovornosti države članice čijem sisemu osigurano lice pripada</p> <p>Država članica čijem sisemu osigurano lice pripada garantuje:</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 u vezi sa dobijanjem zdravstvene zaštite, posebno u pogledu odredaba i uslova za</p>	<p style="text-align: center;">Član 30</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.</p> <p>Pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu osigurana lica ostvaruju u obimu prava iz obaveznog zdravstvenog</p>	<p>Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	<p>III kvartal 2018</p>

<p>naknadu troškova u skladu sa članom 7 stavom 6 i postupaka za dostupnost i utvrđivanje tih prava te za priziv i pravnu zaštitu ako 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 imaju pacijenti na temelju ove Direktive i prava koja proizlaze iz Uredbe (EZ) br. 883/2004;</p> <p>(c) da u slučajevima kada je pacijent dobio prekograničnu zdravstvenu zaštitu i kada se zdravstveno praćenje pokaže nužnim, isto zdravstveno praćenje bude dostupno kao što bi bilo dostupno da je ta zdravstvena zaštita pružena na njezinom državnom području;</p> <p>(d) da pacijenti koji podnose zahtjev za dobijanje ili dobijaju prekograničnu zdravstvenu zaštitu imaju daljinski pristup svojim zdravstvenim kartonima ili da dobiju barem kopiju tih kartona u skladu sa i podložno nacionalnim mjerama kojima se provode propisi Unije o zaštiti ličnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ.</p>	<p>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>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 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</p>			
--	--	--	--	--

kvalitetom ili bezbjednošću, osim zdravstvene zaštite koja podliježe propisima Evropske unije kojim se obezbjeđuje minimalan rizik kvaliteta i bezbjednosti.

Član 32

Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:

- 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.

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

Član 33

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 style="text-align: center;">Član 34</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 zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori čiji je osnivač država, a nema pravo na naknadu putnih troškova.</p>			
<p style="text-align: center;">Član 6</p> <p>Nacionalne kontaktne tačke za prekograničnu zdravstvenu zaštitu</p> <p>1. Svaka država članica određuje jednu ili više nacionalnih kontaktnih tačaka 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 kontaktne tačke savjetuju sa organizacijama pacijenata, pružaocima zdravstvene zaštite i osiguravaocima za zdravstveno osiguranje.</p> <p>2. Nacionalne kontaktne tačke olakšavaju razmjenu informacija iz stava 3 i tijesno sarađuju međusobno i sa Komisijom. Nacionalne kontaktne tačke pružaju pacijentima na njihov zahtjev podatke za kontakt sa</p>	<p style="text-align: center;">Član 36</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 style="text-align: center;">Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o vrstama informacija, kao i načinu pružanja i razmjene sa drugim državama</p>	<p style="text-align: center;">III kvartal 2018</p>

<p>nacionalnim kontaktnim tačkama u drugim državama članicama.</p> <p>3. Kako bi omogućili pacijentima da iskoriste svoja prava u vezi sa prekograničnom zdravstvenom zaštitom, nacionalne kontaktne tačke u državi članici liječenja pružaju pacijentima informacije o pružiocima zdravstvene zaštite, uključujući, na zahtjev, informacije o posebnom pravu pružaoca da pruži usluge ili primijeni bilo kakva ograničenja u svojoj djelatnosti, informacije iz člana 4 stava 2 tačke (a) te informacije o pravima pacijenata, postupcima podnošenja pritužbi i mehanizmima za traženje pravne zaštite prema zakonodavstvu te države članice, kao i o pravnim i administrativnim mogućnostima koje su na raspolaganju za rješavanje sporova, uključujući i one u slučaju štete proizašle iz prekogranične zdravstvene zaštite.</p> <p>4. Nacionalne kontaktne tačke u državi članici čijem sistemu pripadaju pružaju pacijentima i zdravstvenim stručnjacima informacije iz člana 5. tačke (b).</p> <p>5. Informacije iz ovog člana moraju biti lako dostupne i dostavljaju se elektronskim sredstvima i u oblicima dostupnim licima sa invaliditetom, prema potrebi.</p>				
<p>Član 7</p> <p>Opšta načela nadoknade troškova</p> <p>1. Ne dovodeći u pitanje Regulativu (EZ) br. 883/2004 i podložno odredbama članova 8. i 9., država članica čijem sistemu osigurano lice pripada obezbjeđuje nadoknadu troškova nastalih</p>	<p>Član 32</p> <p>Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:</p> <p>– se zdravstvena zaštita može pružiti kod davalaca zdravstvenih usluga sa kojim Fond ima zaključen ugovor, u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir</p>	<p>Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja</p>	<p>III kvartal 2018</p>

<p>osiguranom licu koje je dobilo prekograničnu zdravstvenu zaštitu ako je dotična zdravstvena zaštita uvršćena u povlastice na koje osigurano lice ima pravo u državi članici čijem sistemu pripada.</p> <p>2. Odstupajući od odredaba stava 1.</p> <p>(a) ako je država članica navedena na popisu u Prilogu IV. Regulative (EZ) br. 883/2004 i u skladu sa tom Regulativom je priznala prava na davanje za slučaj bolesti za penzionere i njihove porodice koji su stalno nastanjeni u drugoj državi članici, ona im pruža zdravstvenu zaštitu na temelju ove Direktive o svom trošku kada borave na njenom državnom području u skladu sa svojim zakonodavstvom kao da su ta lica stalno nastanjena u državi članici navedenoj na popisu 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 državnom području 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 skladu sa odredbama, uslovima, kriterijumima za ispunjavanje uslova te 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 osigurano lice pripada je da na lokalnom, regionalnom ili nacionalnom nivou odredi zdravstvenu zaštitu za koju osiguranik ima pravo na pokriće troškova i visinu tih troškova koji će biti pokriveni, bez obzira</p>	<p>zdravstveno stanje i očekivani tok bolesti;</p> <p>– se osigurano lice, prema kliničkoj procjeni, 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 style="text-align: center;">Član 34</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 zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori čiji je osnivač država, a nema pravo na naknadu putnih troškova.</p>		<p>prekogranične zdravstvene zaštite</p>	
--	---	--	--	--

<p>na to gdje se pruža zdravstvena zaštita.</p> <p>4. Troškove prekogranične zdravstvene zaštite nadoknađuje ili direktno plaća država članica čijem sistemu osigurano lice pripada do visine troškova koje bi pokrila država članica čijem sistemu osigurano lice pripada da je ta zdravstvena zaštita pružena na njenom državnom području, s tim da se stvarni troškovi pružene zdravstvene zaštite ne mogu uvećati.</p> <p>U slučajevima kada ukupan trošak prekogranične zdravstvene zaštite premašuje visinu troškova koji bi bili pokriveni da je zdravstvena zaštita pružena na njezinom državnom području, država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada ipak može odlučiti da nadoknadi ukupan trošak.</p> <p>Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada može odlučiti da će nadoknaditi i druge povezane troškove, poput troškova smještaja i putovanja, ili dodatne troškove koji mogu nastati licima sa invaliditetom zbog jednog ili više invaliditeta pri dobijanju zdravstvene zaštite u skladu sa nacionalnim zakonodavstvom i pod uslovom da se dostavi potrebna dokumentacija u kojoj su navedeni ti troškovi.</p> <p>5. Države članice mogu donijeti propise u skladu sa Ugovorom o funkcionisanju Evropske unije sa ciljem osiguravanja da pacijenti imaju ista prava pri dobijanju zdravstvene zaštite koja bi imali da su dobili zdravstvenu zaštitu u sličnoj situaciji u državi članici čijem sistemu pripadaju.</p> <p>6. Za potrebe stava 4. države članice moraju imati transparentan mehanizam za izračunavanje troškova</p>				
--	--	--	--	--

prekogranične zdravstvene zaštite koje osiguranom licu nadoknađuje država članica čijem ssistemu pripadaju. Taj se mehanizam mora temeljiti na objektivnim, nediskriminirajućim i unaprijed poznatim kriterijumima, a primjenjuje se na odgovarajućoj (lokalnom, regionalnom ili nacionalnom) administrativnom nivou.

7. Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada može za pacijenta koji traži nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite, uključujući zdravstvenu zaštitu dobijenu putem telemedicinskih sredstava, propisati iste uslove, kriterijume za udovoljavanje uslovima te 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 njenom državnom području. To može uključivati procjenu zdravstvenog stručnjaka ili upravitelja zdravstvene zaštite koji pruža usluge za državni sistem socijalne sigurnosti ili nacionalni zdravstveni sistem države članice čijem sistemu osigurana lica pripadaju, poput doktora opštee prakse ili doktora primarne zaštite kod kojeg je pacijent prijavljen ako je to nužno za određivanje pojedinog pacijentovog prava na zdravstvenu zaštitu. Međutim, nikakvi uslovi, kriterijumi za udovoljavanje uslovima te regulatorne i administrativne formalnosti propisani prema ovom stavu ne smiju biti diskriminirajući niti predstavljati prepreku slobodnom kretanju pacijenata, usluga ili roba, osim ako to nije objektivno opravdano zahtjevima u pogledu planiranja u vezi sa ciljem osiguranja potrebne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude liječenja u dotičnoj državi članici ili sa željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje finansijskih i

<p>tehničkih sredstava te ljudskih potencijala.</p> <p>8. Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada ne smije uslivljavati nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite prethodnim odobrenjem, osim u slučajevima navedenim u članu 8.</p> <p>9. Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada može ograničiti primjenu pravila o nadoknadi troškova za prekograničnu zdravstvenu zaštitu na temelju prevladavajućih razloga od opšteg interesa, kao što su zahtjevi u pogledu planiranja u vezi sa ciljem osiguranja potrebne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude liječenja u određenoj državi članici ili sa željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje finansijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala.</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 odobrenjem.</p> <p>11. Odluka da se ograniči primjena ovog člana u skladu sa stavu 9. ograničava se na ono što je nužno i razmjerno te ne smije predstavljati sredstvo svojevoljne diskriminacije ili neopravdanu prepreku slobodnom kretanju roba, lica ili usluga. Države članice obavještavaju Komisiju o svim odlukama o ograničavanju nadoknade troškova zbog navedenih u stavu 9.</p>				
<p>Član 8</p> <p>Zdravstvena zaštita koja može biti podložna</p>	<p>Član 31</p> <p>Planirana zdravstvena zaštita iz</p>	<p>Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići</p>	<p>III kvartal 2018</p>

<p>prethodnom odobrenju</p> <p>1. Država članica čijem sistemu pripadaju može predvidjeti sistem prethodnog odobrenja za nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite u skladu s ovim članom i članom 9. Sistem prethodnog odobrenja, uključujući kriterijume i primjenu tih kriterijuma te pojedine odluke o tome da se uskrati prethodno odobrenje ograničavaju se na ono što je nužno i srazmjerno cilju koji treba postići i ne smiju predstavljati sredstvo svojevoljne diskriminacije ili neopravdanu prepreku slobodnom kretanju pacijenata.</p> <p>2. Zdravstvena zaštita koja može biti podložna prethodnom odobrenju ograničava se na zdravstvenu zaštitu koja:</p> <p>(a) je uslovljena zahtjevima u pogledu planiranja koji se odnose na cilj osiguranja potrebne i stalne dostupnosti uravnotežene ponude kvalitetnoga liječenja u određenoj državi članici ili na želju da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje finansijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala 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 stanovništvo; ili</p> <p>(c) koju pruža pružaoc zdravstvene zaštite koji bi, zavisno od pojedinog slučaja, mogao dati povoda za</p>	<p>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 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 32</p> <p>Prethodno odobrenje Fond neće izdati, ako:</p> <p>– 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;</p> <p>– se osigurano lice, prema kliničkoj procjeni, 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>donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	
---	--	--	--	--

<p>ozbiljnu i posebnu zabrinutost u vezi sa kvalitetom ili bezbjednosti te zdravstvene zaštite, uz izuzetak zdravstvene zaštite koja podliježe zakonodavstvu Unije kojim se osigurava minimalni nivo bezbjednosti i kvaliteta u cijeloj Uniji.</p> <p>Države članice obavještavaju Komisiju o kategorijama zdravstvene zaštite iz tačke (a).</p> <p>3. S obzirom na zahtjeve osiguranog lica za prethodnim odobrenjem radi dobijanja prekogranične zdravstvene zaštite država članica čijem sistemu pripadaju utvrđuje jesu li ispunjeni uslovi propisani Uredbom (EZ) br. 883/2004. Ako su ti uslovi ispunjeni, prethodno odobrenje daje se u skladu sa tom Uredbom, 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 u tom području mogu izvršiti kliničku procjenu. Ako se unutar države članice čijem sistemu pripada ne mogu pronaći stručnjaci ili ako je mišljenje stručnjaka neuvjerljivo, država članica čijem sistemu pripada može tražiti naučni savjet.</p> <p>5. Ne dovodeći u pitanje stavk 6. tačke od (a) do (c), država članica čijem sistemu osigurano lice pripada ne smije uskratiti prethodno odobrenje kada pacijent ima pravo na dotičnu zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 7, a kada se ta zdravstvena zaštita ne može pružiti na njenom državnom području u roku koji je medicinski opravdan na temelju objektivne medicinske procjene pacijentovog zdravstvenog stanja, historij i vjerovatnog toka pacijentove bolesti, pacijentovog stepena bola i/ili</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>Član 33</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>Član 34</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 zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori čiji je osnivač država, a nema pravo na naknadu putnih troškova.</p>			
--	--	--	--	--

<p>prirode pacijentova invaliditeta u trenutku kada je zahtjev za odobrenje podnesen ili obnovljen.</p> <p>6. Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada može uskratiti prethodno odobrenje iz sljedećih razloga:</p> <p>(a) pacijent će prema kliničkoj procjeni nedvosmisleno biti izložen riziku koji se u pogledu bezbjednosti pacijenta ne može smatrati prihvatljivim, uzimajući u obzir potencijalnu dobit tražene prekogranične zdravstvene zaštite za pacijenta;</p> <p>(b) šira javnost će nedvosmisleno biti izložena velikom bezbjednosnom riziku zbog predmetne prekogranične zdravstvene zaštite;</p> <p>(c) tu zdravstvenu zaštitu pruža pružatelj zdravstvene zaštite koji daje povoda za ozbiljnu i posebnu zabrinutost u vezi sa poštovanjem standarda i smjernica o kvalitetu zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenta, 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 liječenja;</p> <p>(d) ta se zdravstvena zaštita može pružiti na njenom državnom području u roku koji je medicinski opravdan uzimajući u obzir sadašnje zdravstveno stanje i vjerojatni tijek bolesti svakog navedenog pacijenta.</p> <p>7. Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada objavljuje koja zdravstvena zaštita podliježe prethodnom odobrenju za potrebe ove Direktive,</p>				
--	--	--	--	--

<p>kao i sve bitne informacije o sistemu prethodnog odobrenja.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 9.</p> <p>Administrativni postupci u vezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom</p> <p>1. Država članica čijem sistemu 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 utemeljeni na objektivnim, nediskriminirajućim kriterijumima koji su nužni i srazmjerni cilju koji treba ostvariti.</p> <p>2. Svaki administrativni postupak koji ima svojstva iz stava 1 mora biti lako dostupan, a informacije koje se odnose na takav postupak objavljuju se na odgovarajućem nivou. Takvim se postupkom mora osigurati objektivno i nepristrano 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) brzinu i karakteristične okolnosti.</p> <p>4. Države članice obezbjeđuju da se pojedine odluke u vezi sa korišćenjem prekogranične zdravstvene zaštite i nadoknadom troškova zdravstvene zaštite</p>	<p style="text-align: center;">Član 32</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. 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.</p> <p>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>Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	<p>III kvartal 2018</p>

<p>nastalih u drugoj državi članici prikladno obrazlože i da, zavisno o pojedinom slučaju, podliježu reviziji te da se mogu osporiti u sudskom postupku, što uključuje mogućnost privremenih mjera.</p> <p>5. Ovom se Direktivom ne dovodi u pitanje pravo država članica da pacijentima ponude dobrovoljni sistem prethodnog obavješćavanja pri čemu nakon tog obavješćenja pacijent dobije pisanu potvrdu iznosa koji će se nadoknaditi na temelju procjene. Pri toj se procjeni uzima u obzir klinički slučaj pacijenta i navode se medicinski postupci koji će se vjerovatno primijeniti.</p> <p>Države članice mogu odabrati primjenu mehanizama finansijskog poravnjanja između nadležnih institucija kako je predviđeno Uredbom (EZ) br. 883/2004. Ako država članica čijem sistemu osigurano lice pripada ne primjenjuje takve mehanizme, ona obezbjeđuje da pacijenti dobiju nadoknadu troškova bez nepotrebnog odlaganja.</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;">Član 10</p> <p>Uzajamna pomoć i saradnja</p> <p>1. Države članice pružaju uzajamnu pomoć kada je potrebna za sprovođenje ove Direktive, uključujući saradnju u pogledu standarda i smjernica o kvalitetu i bezbjednosti te razmjenu informacija, posebno između svojih nacionalnih kontaktnih tačaka u skladu sa članom 6., uključujući informacije o odredbama o nadzoru i uzajamnoj pomoći radi pojašnjenja sadržaja računa.</p> <p>2. Države članice olakšavaju saradnju u pružanju</p>	<p style="text-align: center;">Član 32</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>Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite</p>	<p>III kvartal 2018</p>

<p>prekogranične zdravstvene zaštite na regionalnom i lokalnom nivou, kao i putem informatičkih i komunikacionih tehnologija te druge oblike prekogranične saradnje.</p> <p>3. Komisija podstiče države članice, a posebno susjedne zemlje, da međusobno sklapaju sporazume. Komisija takođe podstiče države članice da sarađuju u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite u pograničnim područjima.</p> <p>4. Države članice liječenja obezbjeđuju da se informacije o pravu na obavljanje djelatnosti zdravstvenih stručnjaka navedenih u nacionalnim ili lokalnim registrima uspostavljenim na njihovom državnom području na zahtjev stave na raspolaganje nadležnim tijelima drugih država članica za potrebe prekogranične zdravstvene zaštite u skladu sa poglavljima II. i III. i s nacionalnim mjerama kojima se sprovode odredbe Unije o zaštiti ličnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ te s načelom pretpostavke nedužnosti. Razmjena informacija odvija se preko informatičkog sistema unutarnjeg tržišta uvedenog na temelju Odluke Komisije 2008/49/EZ od 12. decembra 2007. o provedbi informacionog sistema unutrašnjeg tržišta s obzirom na zaštitu ličnih podataka ¹.</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>Član 36</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>Član 11</p> <p>Priznavanje recepata izdatih u drugoj državi članici</p> <p>1. Ako je lijek odobren za promet na njihovom državnom području u skladu sa Direktivom 2001/83/EZ ili Uredbom (EZ) br. 726/2004, države članice obezbjeđuju da se recepti izdati za taj lijek u drugoj državi članici za imenovanog pacijenta mogu</p>	<p>Član 30 (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; 	<p>Djelimično usklađeno</p>	<p>Potpuna usklađenost će se postići donošenjem Pravilnika o bližim uslovima, načinu i postupku ostvarivanja prekogranične</p>	<p>III kvartal 2018</p>

<p>koristiti na njihovom državnom području u skladu sa njihovim nacionalnim zakonodavstvom koje je na snazi i da su sva ograničenja u pogledu priznavanja pojedinih recepata zabranjena, osim ako su:</p> <p>(a) ograničena na ono što je nužno i srazmjerno da bi se zaštitilo zdravlje ljudi i nediskriminirajuća; ili</p> <p>(b) utemeljena na zakonitim i opravdanim dvojbama u pogledu vjerodostojnosti, sadržaja ili razumljivosti pojedinog recepta.</p> <p>Priznavanje takvih recepata ne utiče na nacionalna pravila kojima se uređuje propisivanje i izdavanje lijekova na recept ako su ta pravila spojiva s pravom Unije, uključujući generičke i druge zamjenske lijekove. Priznavanje recepata ne utiče na pravila o nadoknadi troškova lijekova. Nadoknada troškova lijekova obuhvaćena je poglavljem III. ove Direktive.</p> <p>Priznavanje recepata posebno nema uticaj na pravo farmaceuta, na temelju nacionalnih pravila, da iz etičkih razloga odbije izdavanje lijeka koji je propisan u drugoj državi članici u slučajevima kada bi farmaceut imao pravo da odobri izdavanje lijeka da je recept izdat u državi članici čijem sistemu osigurano lice pripada.</p> <p>Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada preduzima sve potrebne mjere, uz priznavanje recepta, kako bi se osigurao kontinuitet liječenja u slučajevima kada je recept izdat u državi članici liječenja za lijekove ili medicinske proizvode koji su u državi članici čijem sistemu osigurano lice pripada dostupni i izdaju se na recept.</p> <p>Ovaj se stav takođe primjenjuje na medicinske</p>	<p>- hitnu medicinsku pomoć, u skladu sa zakonom; i</p> <p>- pravo na priznavanje recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi.</p> <p>Postupak, uslove i način priznavanja recepata za lijekove koji su izdati u drugoj državi propisuje Ministarstvo.</p> <p style="text-align: center;">Član 32</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>zdravstvene zaštite</p>	
---	---	--	----------------------------	--

uređaje koji se na zakonit način stavljaju na tržište u odgovarajućoj državi članici.

2. Radi pojednostavljenja provedbe stava 1. Komisija usvaja:

(a) mjere kojima se zdravstvenom stručnjaku omogućava provjera ispravnosti recepta i da li je recept izdao u drugoj državi članici pripadnik uređene zdravstvene djelatnosti koji je za to pravno ovlašten, tako da se izradi netaksativni popis elemenata koje treba uključiti u recepte i koji moraju biti jasno prepoznatljivi u svim oblicima recepata, uključujući elemente pomoću kojih će se olakšati kontakt, ako je potreban, između strane koja je propisala lijek i strane koja ga izdaje kako bi se omogućilo potpuno razumijevanje postupka liječenja, uz dužno poštovanje zaštite podataka;

(b) smjernice kojima se pruža potpora državama članicama u razvoju interoperabilnosti e-recepata;

(c) mjere za pojednostavljenje ispravnog označivanja lijekova ili medicinskih proizvoda koji su propisani u jednoj državi članici a izdaju se u drugoj, uključujući mjere za rješavanje pitanja zabrinutosti u pogledu bezbjednosti pacijenta u vezi sa njihovom zamjenom u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti u slučajevima kada zakonodavstvo države članice u kojoj se izdaje proizvod dozvoljava takvu zamjenu. Komisija razmatra, među ostalim, upotrebu međunarodnog generičkog naziva i doziranje lijekova;

(d) mjere za olakšavanje razumljivosti informacija koje se pružaju pacijentima u vezi sa receptom i sadržanim uputstvima o upotrebi proizvoda, uključujući podatke o aktivnoj supstanci i doziranju.

<p>Komisija donosi mjere iz tačke (a) najkasnije do 25. decembra 2012., a mjere iz tačaka (c) i (d) Komisija donosi najkasnije do 25. oktobra 2012.</p> <p>3. Mjere i smjernice iz tačaka od (a) do (d) stava 2. usvajaju se u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16. stava 2.</p> <p>4. Pri usvajanju mjera ili smjernica na temelju stava 2. Komisija uzima u obzir razmjernost svih troškova pridržavanja tih mjera ili smjernica, kao i moguće koristi od njih.</p> <p>5. Za potrebe stava 1. Komisija takođe donosi, putem delegiranih akata u skladu sa članom 17. i podložno uslovima članova 18. i 19., a najkasnije do 25. oktobra 2012., mjere za isključenje određenih kategorija lijekova ili medicinskih proizvoda iz priznavanja recepata predviđenog ovim članom kada je to potrebno radi zaštite javnog zdravlja.</p> <p>6. Stav 1. ne primjenjuje se na lijekove koji podliježu posebnom medicinskom receptu predviđenim u članu 71. stavu 2. Direktive 2001/83/EZ.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 12</p> <p>Evropske referentne mreže</p> <p>1. Komisija podupire države članice u razvoju evropskih referentnih mreža između pružaoca zdravstvene zaštite i stručnih centara u državama članicama, posebno u području rijetkih bolesti. Mreže moraju biti utemeljene na dobrovoljnom učešću svojih članova koji sudjeluju i doprinose aktivnostima mreža u skladu sa zakonodavstvom</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

države članice u kojoj članovi imaju poslovni nastan te moraju uvijek biti otvorene za nove pružaoce zdravstvene zaštite koji bi im se htjeli pridružiti, pod uslovom da ti pružaoци zdravstvene zaštite ispune sve tražene uslove i kriterijume iz stava 4.

2. Evropske referentne mreže moraju imati najmanje tri od dolje navedenih ciljeva:

(a) pomoć u ostvarivanju mogućnosti evropske saradnje koja se odnosi na visokospecijalizovanu zdravstvenu zaštitu za pacijente i sisteme zdravstvene zaštite korišćenjem inovacija u medicinskoj nauci i zdravstvenim tehnologijama;

(b) doprinos ponudi i razmjeni znanja o sprječavanju bolesti;

(c) omogućavanje poboljšanja dijagnoze i pružanja kvalitetne, pristupačne i isplative zdravstvene zaštite za sve pacijente sa zdravstvenim stanjem koje zahtijeva posebno udruživanje stručnih saznanja u medicinskim područjima gdje su stručna saznanja rijetka;

(d) maksimalno iskorištavanje ekonomične upotrebe sredstava i ljudskih potencijala njihovim udruživanjem prema potrebi;

(e) jačanje istraživanja, epidemiološkog nadzora poput registara i pružanje usavršavanja za zdravstvene stručnjake;

(f) olakšavanje mobilnosti stručnih saznanja, virtuelno ili fizički, izrada, razmjena i prenošenje podataka, spoznaja i najbolje prakse te podsticanje napretka u dijagnozi i liječenju rijetkih bolesti unutar i izvan

<p>mreža;</p> <p>(g) podsticanje razvoja kvalitetnih i sigurnih kriterijuma te pomoć u razvoju i prenošenju najbolje prakse unutar i izvan mreže;</p> <p>(h) pomoć državama članicama sa nedovoljnim brojem pacijenata sa posebnim zdravstvenim stanjem ili onima koje nemaju tehnologiju ili stručno znanje za pružanje visokospecijalizovanih usluga najvišeg kvaliteta.</p> <p>3. Države članice podstiču se da olakšaju razvoj evropskih referentnih mreža:</p> <p>(a) povezivanjem odgovarajućih pružaoca zdravstvene zaštite i stručnih centara diljem svojeg nacionalnog područja i obezbjeđivanjem pružanja informacija odgovarajućim pružaocima zdravstvene zaštite i stručnim centrima diljem svog nacionalnog područja;</p> <p>(b) podsticanjem sudjelovanja pružaoca zdravstvene zaštite i stručnih centara u evropskim referentnim mrežama.</p> <p>4. Za potrebe stava 1. Komisija:</p> <p>(a) donosi popis određenih kriterijuma i uslova koje moraju ispuniti evropske referentne mreže te uslova i kriterijuma koji se traže od pružaoca zdravstvene zaštite koji se žele pridružiti evropskoj referentnoj mreži. Tim se kriterijumima i uslovima obezbjeđuje, među ostalim, da evropske referentne mreže:</p> <p>i. imaju stručno znanje i iskustvo da postave dijagnozu, prate i vode pacijente sa pokazateljima</p>				
--	--	--	--	--

<p>dobrih rezultata u mjeri u kojoj je to potrebno;</p> <p>ii. provode multidisciplinarni pristup;</p> <p>iii. pružaju visok nivo stručnog znanja i sposobne su da izrade smjernice dobre prakse te provođenje krajnjih mjera i kontrolu kvaliteta;</p> <p>iv. daju doprinos istraživanju;</p> <p>v. organizuju poslove poučavanja i obuke; te</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) olakšava razmjenu informacija i stručnih spoznaja u vezi sa osnivanjem evropskih referentnih mreža i njihovim ocjenjivanjem.</p> <p>5. Komisija usvaja mjere iz stava 4. tačke (a) putem delegiranih akata u skladu sa članom 17. i podložno uslovima članova 18. i 19. Mjere iz stava 4. tačaka (b) i (c) usvajaju se u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16. stav 2.</p> <p>6. Mjere usvojene na temelju ovog člana ne služe za usklađivanje zakona i drugih propisa država članica i tim se mjerama u potpunosti poštuju odgovornosti država članica za organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga i medicinske njege.</p>				
<p>Član 13</p> <p>Rijetke bolesti</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

<p>Komisija pomaže državama članicama pri saradnji na razradi dijagnoze i proširenju kapaciteta liječenja, posebno putem nastojanja da se:</p> <p>(a) zdravstveni stručnjaci upoznaju sa sredstvima koja su im na raspolaganju na nivou Unije kako bi im se pomoglo da ispravno dijagnostifikuju rijetke bolesti, a posebno sa bazom podataka Orphanet i s evropskim referentnim mrežama;</p> <p>(b) pacijenti, zdravstveni stručnjaci i tijela odgovorna za finansiranje zdravstvene zaštite upoznaju sa mogućnostima koje Uredba (EZ) br. 883/2004 pruža za upućivanje pacijenata sa rijetkim bolestima u druge države članice, čak i za dijagnozu i liječenja koja nisu dostupna u državi članici čijem sistemu pripadaju.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 14</p> <p>E-zdravstvo</p> <p>1. Unija podupire i olakšava saradnju i razmjenu informacija među državama članicama koje djeluju u sklopu dobrovoljne mreže koja povezuje državna tijela odgovorna za e-zdravstvo, a koja su imenovale države članice.</p> <p>2. Ciljevi mreže e-zdravstva su:</p> <p>(a) djelovanje u smjeru pružanja održivih ekonomskih i socijalnih naknada evropskih sistema e-zdravstva te usluga i interoperabilnih aplikacija radi postizanja visokog nivoa povjerenja i bezbjednosti, unapređenja kontinuiteta zdravstvene</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

<p>zaštite i osiguranja pristupačnosti sigurne i kvalitetne zdravstvene zaštite;</p> <p>(b) izrada smjernica o:</p> <p>i. netaksativnom popisu podataka koje treba uključiti u sažetke o pacijentima i koje zdravstveni stručnjaci mogu međusobno razmjenjivati kako bi se omogućio kontinuitet prekogranične zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata; i</p> <p>ii. učinkovitim metodama za omogućavanje korišćenja medicinskih podataka za javno zdravstvo i istraživanje;</p> <p>(c) potpora državama članicama u razvoju zajedničkih mjera za identifikaciju i utvrđivanje vjerodostojnosti radi pojednostavljenja mogućnosti prenošenja podataka u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.</p> <p>Ciljevi iz tačaka (b) i (c) preduzimaju se uz dužno poštovanje načela zaštite podataka kako je navedeno posebno u direktivama 95/46/EZ i 2002/58/EZ.</p> <p>3. Komisija u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16. stava 2. usvaja potrebne mjere za osnivanje, upravljanje i transparentno funkcionisanje te mreže.</p>				
<p>Član 15</p> <p>Saradnja na procjeni zdravstvene tehnologije</p> <p>1. Unija podupire i olakšava saradnju i razmjenu naučnih podataka među državama članicama u okviru dobrovoljne mreže koja povezuju državna</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

tijela ili institucije odgovorne za procjenu zdravstvene tehnologije, a koja su imenovale države članice. Države članice dostavljaju Komisiji njihova imena i podatke za kontakt. Članovi takve mreže za procjenu zdravstvene tehnologije sudjeluju i doprinose aktivnostima mreže u skladu sa zakonodavstvom države članice u kojoj imaju poslovni nastan. Mreža mora biti utemeljena na načelu dobrog upravljanja, uključujući transparentnost, objektivnost, nezavisnost stručnog znanja, pravičnost postupka i odgovarajuća savjetovanja sa dionicima.

2. Ciljevi mreže za procjenu zdravstvene tehnologije su:

(a) potpora saradnji između državnih tijela ili institucija;

(b) potpora državama članicama u pružanju objektivnih, pouzdanih, pravovremenih, transparentnih, uporedivih i prenosivih informacija o relativnoj efikasnosti kao i, kada je to potrebno, o kratkoročnim i dugoročnim efektima zdravstvenih tehnologija, te omogućavanje efektivne razmjene tih informacija između državnih tijela ili institucija;

(c) pomoć u analizi prirode i vrste podataka koji se mogu razmjenjivati;

(d) izbjegavanje udvostručavanja procjena.

3. Kako bi se ispunili ciljevi navedeni u stavu 2., mreža za ocjenu zdravstvene tehnologije može dobiti potporu Unije. Potpora se može odobriti kako bi se:

<p>(a) doprinijelo finansiranju administrativne i tehničke pomoći;</p> <p>(b) pružila potpora saradnji između država članica u razvoju i razmjeni metodologija za procjenu zdravstvenih tehnologija, uključujući procjenu relativne efektivnosti;</p> <p>(c) doprinijelo finansiranju pružanja prenosivih naučnih podataka za upotrebu u nacionalnom izvještavanju i analizama slučajeva koje naručuje mreža;</p> <p>(d) olakšala saradnja između mreže i drugih relevantnih institucija i tijela Unije;</p> <p>(e) olakšalo savjetovanje sa dionicima 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 te mreže.</p> <p>5. Postupci za odobravanje potpore, uslovima kojima ona može biti podložna i iznos potpore usvajaju se u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16. stav 2. Samo ona tijela i institucije u mreži koje su države članice učesnice imenovale kao korisnike ispunjavaju uslove za potporu Unije.</p> <p>6. Odluke o proračunskim sredstvima potrebnim za mjere predviđene u ovom članu donose se svake godine u sklopu postupka usvajanja proračuna.</p> <p>7. Mjere koje se donose na temelju ovog člana ne utlu na nadležnosti država članica pri odlučivanju o provedbi zaključaka procjene zdravstvene tehnologije i ne služe za usklađivanje zakona ili</p>				
---	--	--	--	--

<p>drugih propisa država članica, a njima se u potpunosti poštuju odgovornosti država članica za organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga i medicinske njege.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 16</p> <p style="text-align: center;">Odbor</p> <p>1. Komisiji pomaže Odbor koji se sastoji od predstavnika država članica i kojim predsjedava predstavnik Komisije.</p> <p>2. U slučaju poziva na ovaj stav, primjenjuju se članovi 5. i 7. Odluke 1999/468/EZ uzimajući u obzir odredbe njenog člana 8.</p> <p>Rok predviđen u članu 5. stavu 6. Odluke 1999/468/EZ utvrđuje se na tri mjeseca.</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		
<p style="text-align: center;">Član 17</p> <p style="text-align: center;">Postupak delegiranja</p> <p>1. Ovlašćenja za donošenje delegiranih akata iz člana 11. stav 5. i člana 12. stav 5. dodjeljuju se Komisiji na rok od pet godina računajući od 24. aprila 2011. Komisija sastavlja izvještaj o delegiranim ovlašćenjima najkasnije šest mjeseci prije kraja petogodišnjeg razdoblja. Delegirana ovlašćenja produžavaju se automatski za jednako vremensko razdoblje, osim ako ga Evropski parlament opozove u skladu sa članom 18.</p> <p>2. Čim donese delegirani akt, Komisija istovremeno o tome obavještava Evropski parlament i Savjet.</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

<p>3. Ovlašćenja za donošenje delegiranih akata dodjeljuju se Komisiji podložno uslovima utvrđenim u članovima 18. i 19.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 18</p> <p style="text-align: center;">Opoziv delegiranih ovlašćenja</p> <p>1. Evropski parlament ili Savjet mogu u svakom trenutku opozvati delegirana ovlašćenja iz člana 11. stav 5. i član 12. stav 5.</p> <p>2. Institucija koja je započela unutrašnji postupak odlučivanja o tome hoće li opozvati delegirana ovlašćenja nastoji da obavijesti drugu instituciju i Komisiju u razumnom roku prije donošenja konačne odluke navodeći delegirana ovlašćenja koja bi mogla podlijegati opozivu i moguće razloge za opoziv.</p> <p>3. Odlukom o opozivu prestaju delegirana ovlašćenja navedena u toj odluci. Ona proizvodi pravna dejstva odmah ili na kasniji datum koji je u njoj naveden. Ona ne utiče na valjanost delegiranih akata koji su već na snazi. Objavljuje se u <i>Službenom listu Evropske unije</i>.</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		
<p style="text-align: center;">Član 19</p> <p style="text-align: center;">Prigovori na delegirane akte</p> <p>1. Evropski parlament i Savjet mogu da ulože prigovor na delegirani akt u roku od dva mjeseca od dana obavještenja.</p> <p>Na inicijativu Evropskog parlamenta ili Savjeta taj se rok produžava za dva mjeseca.</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

<p>2. Ako nakon isteka roka iz stava 1. ni Evropski parlament ni savjet ne ulože prigovor na delegirani akt, on se objavljuje u <i>Službenom listu Evropske unije</i> i stupa na snagu na dan koji je u njemu naveden.</p> <p>Delegirani akt može se objaviti u <i>Službenom listu Evropske unije</i> i stupiti na snagu prije isteka tog roka 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 delegirani akt u roku iz stava 1., on ne stupa na snagu. Institucija koja ulaže prigovor navodi razloge za prigovor na delegirani akt.</p>				
<p style="text-align: center;">Član 20</p> <p style="text-align: center;">Izveštaji</p> <p>1. Do 25. oktobraa 2015., a nakon toga svake tri godine Komisija sastavlja izvještaj o primjeni ove Direktive i dostavlja ga Evropskom parlamentu i Savjetu.</p> <p>2. Izvještaj uključuje posebno podatke o kretanjima pacijenata, finansijskim dimenzijama mobilnosti pacijenata, provođenju člana 7. stav 9. i člana 8. te o funkcionisanju evropskih referentnih mreža i nacionalnih kontaktnih tačaka. U tom cilju Komisija obavlja procjenu sistema i postupaka uvedenih u državama članicama s obzirom na zahtjeve ove Direktive i ostalog zakonodavstva Unije koje se odnosi na mobilnost pacijenata.</p> <p>Države članice pružaju Komisiji pomoć i sve raspoložive podatke radi obavljanja procjene i izrade</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

<p>Izvještaja.</p> <p>3. Države članice i Komisija imaju mogućnost da se obrate Administrativnoj komisiji osnovanoj na temelju člana 71. Uredbe (EZ) br. 883/2004 kako bi pokrenuli pitanje finansijskih posljedica primjene ove Direktive po države članice koje su se odlučile za nadoknadu troškova na temelju fiksnih iznosa u slučajevima obuhvaćenim članom 20. stav 4. i članom 27. stav 5. te Uredbe.</p> <p>Komisija prati efekte člana 3. tačka (c) podtačka i. i člana 8. ove Direktive i redovno izvještava o njima. Prvi izvještaj podnosi se do 25. oktobra 2013. Na temelju tih izvještaja Komisija prema potrebi daje predloge za ublažavanje nerazmjernosti.</p>				
<p>Član 21 Prenošenje</p> <p>Države članice donose zakone i druge propise potrebne za usklađivanje sa ovom Direktivom do 25. oktobra 2013. One o tom odmah obavještavaju Komisiju.</p> <p>Kada države članice donose ove odredbe, te odredbe prilikom njihove službene objave sadrže upućivanje na ovu Direktivu ili se uz njih navodi takvo upućivanje. Načine tog upućivanja utvrđuju države članice.</p> <p>2. Države članice dostavljaju Komisiji tekst glavnih odredaba nacionalnog prava koje donesu na području na koje se odnosi ova Direktiva.</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		
<p>Član 22 Stupanje na snagu</p>	<p>Nema odgovarajuće odredbe</p>	<p>Neprenosivo</p>		

Ova Direktiva stupa na snagu dvadesetog dana od dana objave u <i>Službenom listu Evropske unije</i> .				
<p style="text-align: center;">Član 23 Adresati</p> <p>Ova je Direktiva upućena državama članicama. Sastavljeno u Strasbouru 9. marta 2011.</p>	Nema odgovarajuće odredbe	Neprenosivo		

32011L0024

Direktiva 2011/24/EU Evropskog parlamenta i Savjeta

od 9. marta 2011.

o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti

DONIJELI SU OVU DIREKTIVU:

POGLAVLJE I.

OPŠTE ODREDBE

Član 1

Predmet i područje primjene

1. Ovom se Direktivom utvrđuju pravila za olakšavanje pristupa bezbjenoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti te promoviše saradnja na području zdravstvene zaštite između država članica uz potpuno poštovanje nacionalnih nadležnosti pri organizaciji i pružanju zdravstvene zaštite. Ovom se Direktivom takođe pokušava pojasniti njen odnos prema postojećem okviru o usklađivanju sistema socijalne sigurnosti, Uredbi (EZ) br. 883/2004, radi primjene prava pacijenata.

2. Ova se Direktiva primjenjuje na pružanje zdravstvene zaštite pacijentima, bez obzira na to kako je organizovana, kako se pruža i finansira.

3. Ova se Direktiva ne primjenjuje na:

(a) usluge u području dugoročne koristi čija je svrha pomoći ljudima koji traže pomoć pri obavljanju rutinskih, svakodnevnih poslova;

(b) dodjelu organa i njihovu dostupnost radi transplantacije organa;

(c) izuzev poglavlja IV., programe javnog cijepljenja protiv infektivnih bolesti čiji je isključivi cilj zaštita zdravlja stanovništva na državnom području države članice, a podliježu posebnim mjerama planiranja i primjene.

4. Ova Direktiva ne utječe na zakone i druge propise u državama članicama koji se odnose na organizaciju i finansiranje zdravstvene zaštite u situacijama koje nijesu u vezi sa prekograničnom zdravstvenom zaštitom. Konkretno, ni jedna odredba ove Direktive ne obavezuje državu članicu da nadoknadi troškove zdravstvene zaštite koju su pružili pružaoci

zdravstvene zaštite sa poslovnim nastanjenjem na njenom državnom području ako ti pružaoci nijesu dio sistema socijalne sigurnosti ili javnog zdravstvenog sistema te države članice.

Član 2

Odnos prema drugim odredbama Unije

1. Ova se Direktiva primjenjuje ne dovodeći u pitanje:

- (a) Direktivu Savjeta 89/105/EEZ od 21. decembra 1988. o transparentnosti mjera kojima se uređuje određivanje cijena lijekova za ljudsku upotrebu i njihovo uvrštenje u nacionalne sisteme zdravstvenog osiguranja ¹;
- (b) Direktivu Savjeta 90/385/EEZ od 20. juna 1990. o usklađivanju zakonodavstava država članica o aktivnim medicinskim implantatima ², Direktivu Savjeta 93/42/EEZ od 14. juna 1993. o medicinskim proizvodima ³ i Direktivu 98/79/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 27. oktobra 1998. o *in vitro* dijagnostičkim medicinskim proizvodima ⁴;
- (c) Direktivu 95/46/EZ i Direktivu 2002/58/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 12. jula 2002. o obradi ličnih podataka i zaštiti privatnosti u području elektroničkih komunikacija ⁵;
- (d) Direktivu 96/71/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 16. decembra 1996. o upućivanju radnika u okviru pružanja usluga ¹;
- (e) Direktivu 2000/31/EZ;
- (f) Direktivu Savjeta 2000/43/EZ od 29. juna 2000. o provođenju načela jednakog postupanja prema licima bez obzira na njihovo rasno ili etničko porijeklo ²;
- (g) Direktivu 2001/20/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 4. aprila 2001. o usklađivanju zakonodavstava i drugih propisa država članica koji se odnose na provođenje dobre kliničke prakse prilikom provođenja kliničkih ispitivanja lijekova za ljudsku upotrebu ³;
- (h) Direktivu 2001/83/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 6. novembra 2001. o zakoniku Zajednice o lijekovima za ljudsku upotrebu ⁴;
- (i) Direktivu 2002/98/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 27. januara 2003. o utvrđivanju standarda kvaliteta i bezbjednosti za prikupljanje, ispitivanje, preradu, čuvanje i promet ljudske krvi i krvnih sastojaka ⁵;

¹ SL L 40, 11.2.1989., str. 8.

² SL L 189, 20.7.1990., str. 17.

³ SL L 169, 12.7.1993., str. 1.

¹ SL L 18, 21.1.1997., str. 1.

² SL L 180, 19.7.2000., str. 22.

³ SL L 121, 1.5.2001., str. 34.

⁴ SL L 311, 28.11.2001., str. 67.

⁵ SL L 33, 8.2.2003., str. 30.

(j) Uredbu (EZ) br. 859/2003;

(k) Direktivu 2004/23/EZ Evropskog parlamenta i Savjeta od 31. marta 2004. o utvrđivanju standarda kvaliteta i bezbjednosti za postupke davanja, prikupljanja, testiranja, čuvanja skladištenja i distribucije ljudskih tkiva i ćelija ¹;

(l) Uredbu (EZ) br. 726/2004 Evropskog parlamenta i Savjeta od 31. marta 2004. o utvrđivanju postupaka Zajednice za odobravanje primjene i postupaka nadzora nad primjenom lijekova koji se koriste u humanoj i veterinarskoj medicini, te uspostavi Evropske agencije za lijekove ²;

(m) Uredbu (EZ) br. 883/2004 i Uredbu (EZ) br. 987/2009 Evropskog parlamenta i Savjeta od 16. septembra 2009. o utvrđivanju postupka provođenja Uredbe (EZ) br. 883/2004 o koordinaciji sisema socijalne sigurnosti ³;

(n) Direktivu 2005/36/EZ;

(o) Uredbu (EZ) br. 1082/2006 Evropskog parlamenta i Savjeta od 5. jula 2006. o Evropskoj grupaciji za teritorijalnu saradnju (EGTS) ⁴;

(p) Uredbu (EZ) br. 1338/2008 Evropskog parlamenta i Savjeta od 16. decembra 2008. o statističkim podacima Zajednice o javnom zdravlju i zdravlju i bezbjednosti na radnom mjestu ⁵;

(q) Uredbu (EZ) br. 593/2008 Evropskog parlamenta i Savjeta od 17. juna 2008. o pravu koje se primjenjuje na ugovorne obaveze (Rim I) ⁶, Uredbu (EZ) br. 864/2007 Evropskog parlamenta i Savjeta od 11. jula 2007. o pravu koje se primjenjuje na vanugovornu odgovornost (Rim II) ⁷ i ostala pravila Unije o međunarodnom privatnom pravu, posebno pravila koja se odnose na sudsku nadležnost i primjenjivo pravo;

(r) Direktivu 2010/53/EU Evropskog parlamenta i Savjeta od 7. jula 2010. o standardima kvaliteta i bezbjednosti ljudskih organa namijenjenih transplantaciji ⁸;

(s) Uredbu (EU) br. 1231/2010.

Član 3

Definicije

Za potrebe ove Direktive primjenjuju se sljedeće definicije:

¹ SL L 102, 7.4.2004., str. 48.

² SL L 136, 30.4.2004., str. 1.

³ SL L 284, 30.10.2009., str. 1.

⁴ SL L 210, 31.7.2006., str. 19.

⁵ SL L 354, 31.12.2008., str. 70.

⁶ SL L 177, 4.7.2008., str. 6.

⁷ SL L 199, 31.7.2007., str. 40.

⁸ SL L 207, 6.8.2010., str. 14.

(a) „zdravstvena zaštita” znači zdravstvene usluge koje pružaju zdravstveni stručnjaci pacijentima radi procjene, održavanja ili liječenja njihovog zdravstvenog stanja, uključujući propisivanje, izdavanje na recept i davanje lijekova i medicinskih proizvoda;

(b) „osigurano lice” znači:

i. lica, uključujući članove njihovih porodica i njihove nadživjele članove na koje se primjenjuje Uredba (EZ) br. 883/2004 i koji su osigurana lica u smislu člana 1 tačke (c) te Uredbe;

i

ii. državljani trećih zemalja na koje se odnosi Uredba (EZ) br. 859/2003 ili Uredba (EU) br. 1231/2010, odnosno koji ispunjavaju udlove zakonodavstva države članice u čijem sistemu ostvaruju pravo na povlastice;

(c) „država članica čijem sistemu osigurano lice pripada” znači:

i. za lica iz tačke (b) podtačke i., država članica nadležna za davanje prethodnog odobrenja osiguranom licu za odgovarajuće liječenje van države članice boravišta prema uredbama (EZ) br. 883/2004 i (EZ) br. 987/2009;

ii. za lica iz tačke (b) podtačke ii., država članica nadležna za davanje prethodnog odobrenja osiguranom licu za odgovarajuće liječenje u drugoj državi članici prema Uredbi (EZ) br. 859/2003 ili Uredbi (EU) br. 1231/2010. Ako ni jedna država članica nije nadležna prema tim uredbama, država članica čijem sistemu osigurano lice pripada je država članica u kojoj je lice osigurano ili ima pravo na davanje za slučaj bolesti prema zakonodavstvu te države članice;

(d) „država članica liječenja” znači država članica na čijem je državnom području stvarno pružena zdravstvena zaštita pacijentu. U slučaju telemedicine, smatra se da je zdravstvena zaštita pružena u državi članici u kojoj pružaoc zdravstvene zaštite ima poslovno nastanjenje;

(e) „prekogranična zdravstvena zaštita” znači zdravstvena zaštita pružena ili propisana u državi članici koja se razlikuje od države članice čijem sistemu osigurano lice pripada;

(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;

(g) „pružalac zdravstvene zaštite” znači svako fizičko ili pravno lice ili bilo koji subjekat koji zakonito pruža zdravstvenu zaštitu na državnom području države članice;

(h) „pacijent” znači svako fizičko lice koja želi da dobije ili dobije zdravstvenu zaštitu u državi članici;

(i) „lijek” znači lijek prema definiciji iz Direktive 2001/83/EZ;

(j) „medicinski proizvod” znači proizvod prema definiciji iz Direktive 90/385/EEZ, Direktive 93/42/EEZ ili Direktive 98/79/EZ;

(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;

(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;

(m) „zdravstveni kartoni” znači sva dokumentacija koja sadrži podatke, procjene i sve vrste informacija o stanju pacijenta i kliničkim zahvatima tokom postupka zdravstvene zaštite.

POGLAVLJE II.

ODGOVORNOSTI DRŽAVA ČLANICA U POGLEDU PREKOGRANIČNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 4

Odgovornosti države članice liječenja

1. Uzimajući u obzir načela univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti, prekogranična zdravstvena zaštita pruža se u skladu sa:

(a) zakonodavstvom države članice liječenja;

(b) standardima i smjernicama o kvalitetu i bezbjednosti koje je utvrdila država članica liječenja;

(c) zakonodavstvom Unije o standardima bezbjednosti.

2. Država članica liječenja obezbjeđuje:

(a) da pacijenti na svoj zahtjev dobiju od nacionalne kontaktne tačke iz člana 6. odgovarajuće informacije o standardima i smjernicama iz stava 1. tačke (b) ovog člana, uključujući odredbe o nadzoru i procjeni pružaoca zdravstvene zaštite, informacije o tome koji pružaoci zdravstvene zaštite podliježu tim standardima i smjernicama te informacije o mogućnostima koje postoje za lica sa invaliditetom za pristup bolnicama;

(b) da pružaoci zdravstvene zaštite pružaju sve bitne informacije kako bi pacijentima omogućili donošenje informisane odluke, uključujući informacije o mogućnostima liječenja, dostupnosti, kvalitetu i bezbjednosti zdravstvene zaštite koju pružaju u državi članici liječenja te da izdaju

jasne račune i jasne informacije o cijenama, kao i o stanju stvari u vezi sa njihovim odobrenjem ili prijavom, o njihovom osiguravajućem pokriću ili drugim načinima lične ili skupne zaštite s obzirom na profesionalnu odgovornost. U mjeri u kojoj pružaoci zdravstvene zaštite pacijentima koji su stalno nastanjeni u državi članici liječenja već pružaju odgovarajuće informacije o tim temama, ovom se Direktivom pružaoci zdravstvene zaštite ne obavezuju na pružanje iscrpnijih informacija pacijentima iz drugih država članica;

(c) da su za pacijente uvedeni transparentni postupci i mehanizmi za podnošenje pritužbi kako bi mogli da potraže pravnu zaštitu u skladu sa zakonodavstvom države članice liječenja ako pretrpe štetu proizašlu iz zdravstvene zaštite koju su dobili;

(d) da su sistemi osiguranja profesionalne odgovornosti ili jemstva, ili sličnog mehanizma koji je istovjetan ili u biti uporediv s obzirom na svoju svrhu te primjeren prirodi i obimu rizika uvedeni za liječenje koje se pruža na njihovom državnom području;

(e) da je zaštićeno temeljno pravo na privatnost u vezi sa obradom ličnih podataka u skladu sa nacionalnim mjerama kojima se provode propisi Unije o zaštiti ličnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ;

(f) da radi obezbjeđenja kontinuiteta koristi pacijenti koji su primili terapiju imaju pravo na pisani ili elektronski zdravstveni karton te terapije i dobijanje barem jednog primjerka toga kartona u skladu sa i podložno nacionalnim mjerama kojima se provode odredbe Unije o zaštiti ličnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ.

3. Načelo zabrane diskriminacije s obzirom na nacionalnost primjenjuje se na pacijente iz drugih država članica.

Ovim se ne dovodi u pitanje mogućnost da država članica liječenja, u slučajevima kada za to postoje prevladavajući razlozi od opšteg interesa, kao što su zahtjevi u pogledu planiranja u vezi sa ciljem osiguranja dovoljne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude kvalitetnog liječenja u određenoj državi članici ili željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne rasipanje finansijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala, donese mjere koje se odnose na dostupnost liječenja sa ciljem ispunjavanja svoje temeljne odgovornosti za osiguranje dovoljne i trajne dostupnosti zdravstvene zaštite na svojem državnom području. Te se mjere ograničavaju na ono što je nužno i razmjerno i ne smiju predstavljati sredstvo svojevolsjne diskriminacije te moraju biti unaprijed javno dostupne.

4. Države članice osiguravaju da pružaoci zdravstvene zaštite na njihovom državnom području primjenjuju isti cjenovik usluga za zdravstvenu zaštitu za pacijente iz drugih država članica kao i za domaće pacijente u sličnim zdravstvenim situacijama ili da naplaćuju cijenu izračunatu prema objektivnim, nediskriminirajućim kriterijumima ako ne postoji uporediva cijena za domaće pacijente.

Ovim se stavom ne dovodi u pitanje nacionalno zakonodavstvo kojim se pružaocima zdravstvene zaštite dozvoljava da utvrde vlastite cijene, pod uslovom da se time ne diskriminišu pacijenti iz drugih država članica.

5. Ova Direktiva nema uticaj na zakone i druge propise u državama članicama o upotrebi jezika. Države članice mogu odlučiti da će pružati informacije i na jezicima koji nisu službeni jezici u određenoj državi članici.

Član 5

Odgovornosti države članice čijem sisemu osigurano lice pripada

Država članica čijem sisemu osigurano lice pripada garantuje:

(a) da se trošak zdravstvene zaštite nadoknadi u skladu sa poglavljem III.;

(b) da su uvedeni mehanizmi za pružanje informacija pacijentima na njihov zahtjev o pravima koja imaju u toj državi članici u vezi sa dobijanjem zdravstvene zaštite, posebno u pogledu odredaba i uslova za naknadu troškova u skladu sa članom 7 stavom 6 i postupaka za dostupnost i utvrđivanje tih prava te za priziv i pravnu zaštitu ako 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 imaju pacijenti na temelju ove Direktive i prava koja proizlaze iz Uredbe (EZ) br. 883/2004;

(c) da u slučajevima kada je pacijent dobio prekograničnu zdravstvenu zaštitu i kada se zdravstveno praćenje pokaže nužnim, isto zdravstveno praćenje bude dostupno kao što bi bilo dostupno da je ta zdravstvena zaštita pružena na njezinom državnom području;

(d) da pacijenti koji podnose zahtjev za dobijanje ili dobijaju prekograničnu zdravstvenu zaštitu imaju daljinski pristup svojim zdravstvenim kartonima ili da dobiju barem kopiju tih kartona u skladu sa i podložno nacionalnim mjerama kojima se provode propisi Unije o zaštiti ličnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ.

Član 6

Nacionalne kontaktne tačke za prekograničnu zdravstvenu zaštitu

1. Svaka država članica određuje jednu ili više nacionalnih kontaktnih tačaka 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 kontaktne tačke savjetuju sa organizacijama pacijenata, pružaocima zdravstvene zaštite i osiguravaocima za zdravstveno osiguranje.

2. Nacionalne kontaktne tačke olakšavaju razmjenu informacija iz stava 3 i tijesno sarađuju međusobno i sa Komisijom. Nacionalne kontaktne tačke pružaju pacijentima na njihov zahtjev podatke za kontakt sa nacionalnim kontaktnim tačkama u drugim državama članicama.

3. Kako bi omogućili pacijentima da iskoriste svoja prava u vezi sa prekograničnom zdravstvenom zaštitom, nacionalne kontaktne tačke u državi članici liječenja pružaju

pacijentima informacije o pružaocima zdravstvene zaštite, uključujući, na zahtjev, informacije o posebnom pravu pružaoca da pruži usluge ili primijeni bilo kakva ograničenja u svojoj djelatnosti, informacije iz člana 4 stava 2 tačke (a) te informacije o pravima pacijenata, postupcima podnošenja pritužbi i mehanizmima za traženje pravne zaštite prema zakonodavstvu te države članice, kao i o pravnim i administrativnim mogućnostima koje su na raspolaganju za rješavanje sporova, uključujući i one u slučaju štete proizašle iz prekogranične zdravstvene zaštite.

4. Nacionalne kontaktne tačke u državi članici čijem sistemu pripadaju pružaju pacijentima i zdravstvenim stručnjacima informacije iz člana 5. tačke (b).

5. Informacije iz ovog člana moraju biti lako dostupne i dostavljaju se elektronskim sredstvima i u oblicima dostupnim licima sa invaliditetom, prema potrebi.

POGLAVLJE III.

NADOKNADA TROŠKOVA PREKOGRANIČNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 7

Opštaa načela nadoknade troškova

1. Ne dovodeći u pitanje Uredbu (EZ) br. 883/2004 i podložno odredbama članova 8. i 9., država članica čijem sistemu osigurano lice pripada obezbjeđuje nadoknadu troškova nastalih osiguranom licu koje je dobilo prekograničnu zdravstvenu zaštitu ako je dotična zdravstvena zaštita uvršćena u povlastice na koje osigurano lice ima pravo u državi članici čijem sistemu pripada.

2. Odstupajući od odredaba stava 1.:

(a) ako je država članica navedena na popisu u Prilogu IV. Uredbi (EZ) br. 883/2004 i u skladu sa tom Uredbom je priznala prava na davanje za slučaj bolesti za penzionere i njihove porodice koji su stalno nastanjeni u drugoj državi članici, ona im pruža zdravstvenu zaštitu na temelju ove Direktive o svom trošku kada borave na njenom državnom području u skladu sa svojim zakonodavstvom kao da su ta lica stalno nastanjena u državi članici navedenoj na popisu u tom Prilogu;

(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. Uredbe (EZ) br. 883/2004, a pruža se na državnom području države članice koja je prema toj Uredbi i Uredbi (EZ) br. 987/2009 na kraju odgovorna za nadoknadu troškova, troškove pokriva ta država članica. Ta država članica može pokriti troškove zdravstvene zaštite u skladu sa odredbama, uslovima, kriterijumima za ispunjavanje uslovsu te regulatornim i administrativnim formalnostima koje je odredila, pod uslovom da su oni u skladu sa Ugovorom o funkcionisanju Evropske unije.

3. Na državi članici čijem sistemu osigurano lice pripada je da na lokalnom, regionalnom ili nacionalnom nivou odredi zdravstvenu zaštitu za koju osiguranik ima pravo na pokriće troškova i visinu tih troškova koji će biti pokriveni, bez obzira na to gdje se pruža zdravstvena zaštita.

4. Troškove prekogranične zdravstvene zaštite nadoknađuje ili direktno plaća država članica čijem sistemu osigurano lice pripada do visine troškova koje bi pokrila država članica čijem sistemu osigurano lice pripada da je ta zdravstvena zaštita pružena na njenom državnom području, s tim da se stvarni troškovi pružene zdravstvene zaštite ne mogu uvećati.

U slučajevima kada ukupan trošak prekogranične zdravstvene zaštite premašuje visinu troškova koji bi bili pokriveni da je zdravstvena zaštita pružena na njezinom državnom području, država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada ipak može odlučiti da nadoknadi ukupan trošak.

Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada može odlučiti da će nadoknaditi i druge povezane troškove, poput troškova smještaja i putovanja, ili dodatne troškove koji mogu nastati licima sa invaliditetom zbog jednog ili više invaliditeta pri dobijanju zdravstvene zaštite u skladu sa nacionalnim zakonodavstvom i pod uslovom da se dostavi potrebna dokumentacija u kojoj su navedeni ti troškovi.

5. Države članice mogu donijeti propise u skladu sa Ugovorom o funkcionisanju Evropske unije sa ciljem osiguravanja da pacijenti imaju ista prava pri dobijanju zdravstvene zaštite koja bi imali da su dobili zdravstvenu zaštitu u sličnoj situaciji u državi članici čijem sistemu pripadaju.

6. Za potrebe stava 4. države članice moraju imati transparentan mehanizam za izračunavanje troškova prekogranične zdravstvene zaštite koje osiguranom licu nadoknađuje država članica čijem sistemu pripadaju. Taj se mehanizam mora temeljiti na objektivnim, nediskriminirajućim i unaprijed poznatim kriterijumima, a primjenjuje se na odgovarajućoj (lokalnom, regionalnom ili nacionalnom) administrativnom nivou.

7. Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada može za pacijenta koji traži nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite, uključujući zdravstvenu zaštitu dobijenu putem telemedicinskih sredstava, propisati iste uslove, kriterijume za udovoljavanje uslovima te 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 njenom državnom području. To može uključivati procjenu zdravstvenog stručnjaka ili upravitelja zdravstvene zaštite koji pruža usluge za državni sistem socijalne sigurnosti ili nacionalni zdravstveni sistem države članice čijem sistemu osigurana lica pripadaju, poput doktora opšte prakse ili doktora primarne zaštite kod kojeg je pacijent prijavljen ako je to nužno za određivanje pojedinog pacijentovog prava na zdravstvenu zaštitu. Međutim, nikakvi uslovi, kriterijumi za udovoljavanje uslovima te regulatorne i administrativne formalnosti propisani prema ovom stavu ne smiju biti diskriminirajući niti predstavljati prepreku slobodnom kretanju pacijenata, usluga ili roba, osim ako to nije objektivno opravdano zahtjevima u pogledu planiranja u vezi sa ciljem osiguranja potrebne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude liječenja u dotičnoj državi članici ili sa željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje finansijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala.

8. Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada ne smije uslivljavati nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite prethodnim odobrenjem, osim u slučajevima navedenim u članu 8.

9. Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada može ograničiti primjenu pravila o nadoknadi troškova za prekograničnu zdravstvenu zaštitu na temelju prevladavajućih razloga od opšteg interesa, kao što su zahtjevi u pogledu planiranja u vezi sa ciljem osiguranja potrebne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude liječenja u određenoj državi članici ili sa željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje finansijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala.

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 odobrenjem.

11. Odluka da se ograniči primjena ovog člana u skladu sa stavu 9. ograničava se na ono što je nužno i razmjerno te ne smije predstavljati sredstvo svojevoljne diskriminacije ili neopravdanu prepreku slobodnom kretanju roba, lica ili usluga. Države članice obavještavaju Komisiju o svim odlukama o ograničavanju nadoknade troškova zbog navedenih u stavu 9.

Član 8

Zdravstvena zaštita koja može biti podložna prethodnom odobrenju

1. Država članica čijem sistemu pripadaju može predvidjeti sistem prethodnog odobrenja za nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite u skladu s ovim članom i članom 9. Sistem prethodnog odobrenja, uključujući kriterijume i primjenu tih kriterijuma te pojedine odluke o tome da se uskrati prethodno odobrenje ograničavaju se na ono što je nužno i srazmjerno cilju koji treba postići i ne smiju predstavljati sredstvo svojevoljne diskriminacije ili neopravdanu prepreku slobodnom kretanju pacijenata.

2. Zdravstvena zaštita koja može biti podložna prethodnom odobrenju ograničava se na zdravstvenu zaštitu koja:

(a) je uslovljena zahtjevima u pogledu planiranja koji se odnose na cilj osiguranja potrebne i stalne dostupnosti uravnotežene ponude kvalitetnoga liječenja u određenoj državi članici ili na želju da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje finansijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala i:

i. uključuje smještaj određenog pacijenta u bolnici preko noći u trajanju od najmanje jedne noći; ili

ii. zahtijeva upotrebu visokospecijalizovane i skupe medicinske infrastrukture ili medicinske opreme;

(b) uključuje postupke liječenja koji predstavljaju poseban rizik za pacijenta ili stanovništvo; ili

(c) koju pruža pružatelj zdravstvene zaštite koji bi, zavisno od pojedinog slučaja, mogao dati povoda za ozbiljnu i posebnu zabrinutost u vezi sa kvalitetom ili bezbjednosti te zdravstvene zaštite, uz izuzetak zdravstvene zaštite koja podliježe zakonodavstvu Unije kojim se osiguruje minimalni nivo bezbjednosti i kvaliteta u cijeloj Uniji.

Države članice obavještavaju Komisiju o kategorijama zdravstvene zaštite iz tačke (a).

3. S obzirom na zahtjeve osiguranog lica za prethodnim odobrenjem radi dobivanja prekogranične zdravstvene zaštite država članica čijem sistemu pripadaju utvrđuje jesu li ispunjeni uslovi propisani Uredbom (EZ) br. 883/2004. Ako su ti uslovi ispunjeni, prethodno odobrenje daje se u skladu sa tom Uredbom, osim ako pacijent ne zahtijeva drugačije.

4. Kada pacijent koji je obolio ili za kojeg se sumnja da je obolio od rijetke bolesti podnese zahtjev za prethodno odobrenje, stručnjaci u tom području mogu izvršiti kliničku procjenu. Ako se unutar države članice čijem sistemu pripada ne mogu pronaći stručnjaci ili ako je mišljenje stručnjaka neuvjerljivo, država članica čijem sistemu pripada može tražiti naučni savjet.

5. Ne dovodeći u pitanje stavk 6. tačke od (a) do (c), država članica čijem sistemu osigurano lice pripada ne smije uskratiti prethodno odobrenje kada pacijent ima pravo na dotičnu zdravstvenu zaštitu u skladu sa članom 7, a kada se ta zdravstvena zaštita ne može pružiti na njenom državnom području u roku koji je medicinski opravdan na temelju objektivne medicinske procjene pacijentovog zdravstvenog stanja, historij i vjerovatnog toka pacijentove bolesti, pacijentovog stepena bola i/ili prirode pacijentova invaliditeta u trenutku kada je zahtjev za odobrenje podnesen ili obnovljen.

6. Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada može uskratiti prethodno odobrenje iz sljedećih razloga:

(a) pacijent će prema kliničkoj procjeni nedvosmisleno biti izložen riziku koji se u pogledu bezbjednosti pacijenta ne može smatrati prihvatljivim, uzimajući u obzir potencijalnu dobrobit tražene prekogranične zdravstvene zaštite za pacijenta;

(b) šira javnost će nedvosmisleno biti izložena velikom bezbjednosnom riziku zbog predmetne prekogranične zdravstvene zaštite;

(c) tu zdravstvenu zaštitu pruža pružatelj zdravstvene zaštite koji daje povoda za ozbiljnu i posebnu zabrinutost u vezi sa poštovanjem standarda i smjernica o kvalitetu zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenta, 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 liječenja;

(d) ta se zdravstvena zaštita može pružiti na njenom državnom području u roku koji je medicinski opravdan uzimajući u obzir sadašnje zdravstveno stanje i vjerojatni tijek bolesti svakog navedenog pacijenta.

7. Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada objavljuje koja zdravstvena zaštita podliježe prethodnom odobrenju za potrebe ove Direktive, kao i sve bitne informacije o sistemu prethodnog odobrenja.

Član 9.

Administrativni postupci u vezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom

1. Država članica čijem sistemu 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 utemeljeni na objektivnim, nediskriminirajućim kriterijumima koji su nužni i srazmjerni cilju koji treba ostvariti.

2. Svaki administrativni postupak koji ima svojstva iz stava 1 mora biti lako dostupan, a informacije koje se odnose na takav postupak objavljuju se na odgovarajućem nivou. Takvim se postupkom mora osigurati objektivno i nepristrano rješavanje zahtjeva.

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:

(a) konkretno zdravstveno stanje;

(b) brzinu i karakteristične okolnosti.

4. Države članice obezbjeđuju da se pojedine odluke u vezi sa korišćenjem prekogranične zdravstvene zaštite i nadoknadom troškova zdravstvene zaštite nastalih u drugoj državi članici prikladno obrazlože i da, zavisno o pojedinom slučaju, podliježu reviziji te da se mogu osporiti u sudskom postupku, što uključuje mogućnost privremenih mjera.

5. Ovom se Direktivom ne dovodi u pitanje pravo država članica da pacijentima ponude dobrovoljni sistem prethodnog obavještanja pri čemu nakon tog obavještenja pacijent dobije pisanu potvrdu iznosa koji će se nadoknaditi na temelju procjene. Pri toj se procjeni uzima u obzir klinički slučaj pacijenta i navode se medicinski postupci koji će se vjerovatno primijeniti.

Države članice mogu odabrati primjenu mehanizama finansijskog poravnanja između nadležnih institucija kako je predviđeno Uredbom (EZ) br. 883/2004. Ako država članica čijem sistemu osigurano lice pripada ne primjenjuje takve mehanizme, ona obezbjeđuje da pacijenti dobiju nadoknadu troškova bez nepotrebnog odlaganja.

POGLAVLJE IV.

SARADNJA U PODRUČJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Član 10

Uzajamna pomoć i saradnja

1. Države članice pružaju uzajamnu pomoć kada je potrebna za sprovođenje ove Direktive, uključujući saradnju u pogledu standarda i smjernica o kvalitetu i bezbjednosti te razmjenu informacija, posebno između svojih nacionalnih kontaktnih tačaka u skladu sa članom 6., uključujući informacije o odredbama o nadzoru i uzajamnoj pomoći radi pojašnjenja sadržaja računa.
2. Države članice olakšavaju saradnju u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite na regionalnom i lokalnom nivou, kao i putem informatičkih i komunikacionih tehnologija te druge oblike prekogranične saradnje.
3. Komisija podstiče države članice, a posebno susjedne zemlje, da međusobno sklapaju sporazume. Komisija takođe podstiče države članice da sarađuju u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite u pograničnim područjima.
4. Države članice liječenja obezbjeđuju da se informacije o pravu na obavljanje djelatnosti zdravstvenih stručnjaka navedenih u nacionalnim ili lokalnim registrima uspostavljenim na njihovom državnom području na zahtjev stave na raspolaganje nadležnim tijelima drugih država članica za potrebe prekogranične zdravstvene zaštite u skladu sa poglavljima II. i III. i s nacionalnim mjerama kojima se sprovode odredbe Unije o zaštiti ličnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ te s načelom pretpostavke nedužnosti. Razmjena informacija odvija se preko informatičkog sistema unutarnjeg tržišta uvedenog na temelju Odluke Komisije 2008/49/EZ od 12. decembra 2007. o provedbi informacionog sistema unutrašnjeg tržišta s obzirom na zaštitu ličnih podataka ¹.

Član 11

Priznavanje recepata izdatih u drugoj državi članici

1. Ako je lijek odobren za promet na njihovom državnom području u skladu sa Direktivom 2001/83/EZ ili Uredbom (EZ) br. 726/2004, države članice obezbjeđuju da se recepti izdati za taj lijek u drugoj državi članici za imenovanog pacijenta mogu koristiti na njihovom državnom području u skladu sa njihovim nacionalnim zakonodavstvom koje je na snazi i da su sva ograničenja u pogledu priznavanja pojedinih recepata zabranjena, osim ako su:

(a) ograničena na ono što je nužno i srazmjerno da bi se zaštitilo zdravlje ljudi i nediskriminirajuća; ili

(b) utemeljena na zakonitim i opravdanim dvojabama u pogledu vjerodostojnosti, sadržaja ili razumljivosti pojedinog recepta.

Priznavanje takvih recepata ne utiče na nacionalna pravila kojima se uređuje propisivanje i izdavanje lijekova na recept ako su ta pravila spojiva s pravom Unije, uključujući generičke i

¹ SL L 13, 16.1.2008., str. 18.

druge zamjenske lijekove. Priznavanje recepata ne utiče na pravila o nadoknadi troškova lijekova. Nadoknada troškova lijekova obuhvaćena je poglavljem III. ove Direktive.

Priznavanje recepata posebno nema uticaj na pravo farmaceuta, na temelju nacionalnih pravila, da iz etičkih razloga odbije izdavanje lijeka koji je propisan u drugoj državi članici u slučajevima kada bi farmaceut imao pravo da odbije izdavanje lijeka da je recept izdat u državi članici čijem sistemu osigurano lice pripada.

Država članica čijem sistemu osigurano lice pripada preduzima sve potrebne mjere, uz priznavanje recepta, kako bi se osigurao kontinuitet liječenja u slučajevima kada je recept izdat u državi članici liječenja za lijekove ili medicinske proizvode koji su u državi članici čijem sistemu osigurano lice pripada dostupni i izdaju se na recept.

Ovaj se stav takođe primjenjuje na medicinske uređaje koji se na zakonit način stavljaju na tržište u odgovarajućoj državi članici.

2. Radi pojednostavljenja provedbe stava 1. Komisija usvaja:

(a) mjere kojima se zdravstvenom stručnjaku omogućava provjera ispravnosti recepta i da li je recept izdao u drugoj državi članici pripadnik uređene zdravstvene djelatnosti koji je za to pravno ovlašten, tako da se izradi netaksativni popis elemenata koje treba uključiti u recepte i koji moraju biti jasno prepoznatljivi u svim oblicima recepata, uključujući elemente pomoću kojih će se olakšati kontakt, ako je potreban, između strane koja je propisala lijek i strane koja ga izdaje kako bi se omogućilo potpuno razumijevanje postupka liječenja, uz dužno poštovanje zaštite podataka;

(b) smjernice kojima se pruža potpora državama članicama u razvoju interoperabilnosti e-recepata;

(c) mjere za pojednostavljenje ispravnog označivanja lijekova ili medicinskih proizvoda koji su propisani u jednoj državi članici a izdaju se u drugoj, uključujući mjere za rješavanje pitanja zabrinutosti u pogledu bezbjednosti pacijenta u vezi sa njihovom zamjenom u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti u slučajevima kada zakonodavstvo države članice u kojoj se izdaje proizvod dozvoljava takvu zamjenu. Komisija razmatra, među ostalim, upotrebu međunarodnog generičkog naziva i doziranje lijekova;

(d) mjere za olakšavanje razumljivosti informacija koje se pružaju pacijentima u vezi sa receptom i sadržanim uputstvima o upotrebi proizvoda, uključujući podatke o aktivnoj supstanci i doziranju.

Komisija donosi mjere iz tačke (a) najkasnije do 25. decembra 2012., a mjere iz tačaka (c) i (d) Komisija donosi najkasnije do 25. oktobra 2012.

3. Mjere i smjernice iz tačaka od (a) do (d) stava 2. usvajaju se u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16. stava 2.

4. Pri usvajanju mjera ili smjernica na temelju stava 2. Komisija uzima u obzir razmjernost svih troškova pridržavanja tih mjera ili smjernica, kao i moguće koristi od njih.

5. Za potrebe stava 1. Komisija takođe donosi, putem delegiranih akata u skladu sa članom 17. i podložno uslovima članova 18. i 19., a najkasnije do 25. oktobra 2012., mjere za isključenje određenih kategorija lijekova ili medicinskih proizvoda iz priznavanja recepata predviđenog ovim članom kada je to potrebno radi zaštite javnog zdravlja.

6. Stav 1. ne primjenjuje se na lijekove koji podliježu posebnom medicinskom receptu predviđenim u članu 71. stavu 2. Direktive 2001/83/EZ.

Član 12

Evropske referentne mreže

1. Komisija podupire države članice u razvoju evropskih referentnih mreža između pružaoca zdravstvene zaštite i stručnih centara u državama članicama, posebno u području rijetkih bolesti. Mreže moraju biti utemeljene na dobrovoljnom učešću svojih članova koji sudjeluju i doprinose aktivnostima mreža u skladu sa zakonodavstvom države članice u kojoj članovi imaju poslovni nastan te moraju uvijek biti otvorene za nove pružaoce zdravstvene zaštite koji bi im se htjeli pridružiti, pod uslovom da ti pružaoci zdravstvene zaštite ispune sve tražene uslove i kriterijume iz stava 4.

2. Evropske referentne mreže moraju imati najmanje tri od dolje navedenih ciljeva:

(a) pomoć u ostvarivanju mogućnosti evropske saradnje koja se odnosi na visokospecijalizovanu zdravstvenu zaštitu za pacijente i sisteme zdravstvene zaštite korišćenjem inovacija u medicinskoj nauci i zdravstvenim tehnologijama;

(b) doprinos ponudi i razmjeni znanja o sprječavanju bolesti;

(c) omogućavanje poboljšanja dijagnoze i pružanja kvalitetne, pristupačne i isplative zdravstvene zaštite za sve pacijente sa zdravstvenim stanjem koje zahtijeva posebno udruživanje stručnih saznanja u medicinskim područjima gdje su stručna saznanja rijetka;

(d) maksimalno iskorištavanje ekonomične upotrebe sredstava i ljudskih potencijala njihovim udruživanjem prema potrebi;

(e) jačanje istraživanja, epidemiološkog nadzora poput registara i pružanje usavršavanja za zdravstvene stručnjake;

(f) olakšavanje mobilnosti stručnih saznanja, virtuelno ili fizički, izrada, razmjena i prenošenje podataka, spoznaja i najbolje prakse te podsticanje napretka u dijagnozi i liječenju rijetkih bolesti unutar i izvan mreža;

(g) podsticanje razvoja kvalitetnih i sigurnih kriterijuma te pomoć u razvoju i prenošenju najbolje prakse unutar i izvan mreže;

(h) pomoć državama članicama sa nedovoljnim brojem pacijenata sa posebnim zdravstvenim stanjem ili onima koje nemaju tehnologiju ili stručno znanje za pružanje visokospecijalizovanih usluga najvišeg kvaliteta.

3. Države članice podstiču se da olakšaju razvoj evropskih referentnih mreža:

(a) povezivanjem odgovarajućih pružaoca zdravstvene zaštite i stručnih centara diljem svojeg nacionalnog područja i obezbjeđivanjem pružanja informacija odgovarajućim pružaocima zdravstvene zaštite i stručnim centrima diljem svog nacionalnog područja;

(b) podsticanjem sudjelovanja pružaoca zdravstvene zaštite i stručnih centara u evropskim referentnim mrežama.

4. Za potrebe stava 1. Komisija:

(a) donosi popis određenih kriterijuma i uslova koje moraju ispuniti evropske referentne mreže te uslova i kriterijuma koji se traže od pružaoca zdravstvene zaštite koji se žele pridružiti evropskoj referentnoj mreži. Tim se kriterijumima i uslovima obezbjeđuje, među ostalim, da evropske referentne mreže:

i. imaju stručno znanje i iskustvo da postavе dijagnozu, prate i vode pacijente sa pokazateljima dobrih rezultata u mjeri u kojoj je to potrebno;

ii. provode multidisciplinarni pristup;

iii. pružaju visok nivo stručnog znanja i sposobne su da izrade smjernice dobre prakse te provođenje krajnjih mjera i kontrolu kvaliteta;

iv. daju doprinos istraživanju;

v. organizuju poslove poučavanja i obuke; te

vi. tijesno saraduju sa drugim stručnim centrima i mrežama na nacionalnom i međunarodnom nivou;

(b) izrađuje i objavljuje kriterijume za osnivanje i ocjenjivanje evropskih referentnih mreža;

(c) olakšava razmjenu informacija i stručnih spoznaja u vezi sa osnivanjem evropskih referentnih mreža i njihovim ocjenjivanjem.

5. Komisija usvaja mjere iz stava 4. tačke (a) putem delegiranih akata u skladu sa članom 17. i podložno uslovima članova 18. i 19. Mjere iz stava 4. tačaka (b) i (c) usvajaju se u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16. stav 2.

6. Mjere usvojene na temelju ovog člana ne služe za usklađivanje zakona i drugih propisa država članica i tim se mjerama u potpunosti poštuju odgovornosti država članica za organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga i medicinske njege.

Član 13

Rijetke bolesti

Komisija pomaže državama članicama pri saradnji na razradi dijagnoze i proširenju kapaciteta liječenja, posebno putem nastojanja da se:

(a) zdravstveni stručnjaci upoznaju sa sredstvima koja su im na raspolaganju na nivou Unije kako bi im se pomoglo da ispravno dijagnostifikuju rijetke bolesti, a posebno sa bazom podataka Orphanet i s evropskim referentnim mrežama;

(b) pacijenti, zdravstveni stručnjaci i tijela odgovorna za finansiranje zdravstvene zaštite upoznaju sa mogućnostima koje Uredba (EZ) br. 883/2004 pruža za upućivanje pacijenata sa rijetkim bolestima u druge države članice, čak i za dijagnozu i liječenja koja nisu dostupna u državi članici čijem sistemu pripadaju.

Član 14

E-zdravstvo

1. Unija podupire i olakšava saradnju i razmjenu informacija među državama članicama koje djeluju u sklopu dobrovoljne mreže koja povezuje državna tijela odgovorna za e-zdravstvo, a koja su imenovale države članice.

2. Ciljevi mreže e-zdravstva su:

(a) djelovanje u smjeru pružanja održivih ekonomskih i socijalnih naknada evropskih sistema e-zdravstva te usluga i interoperabilnih aplikacija radi postizanja visokog nivoa povjerenja i bezbjednosti, unapređenja kontinuiteta zdravstvene zaštite i osiguranja pristupačnosti sigurne i kvalitetne zdravstvene zaštite;

(b) izrada smjernica o:

i. netaksativnom popisu podataka koje treba uključiti u sažetke o pacijentima i koje zdravstveni stručnjaci mogu međusobno razmjenjivati kako bi se omogućio kontinuitet prekogranične zdravstvene zaštite i bezbjednosti pacijenata; i

ii. učinkovitim metodama za omogućavanje korišćenja medicinskih podataka za javno zdravstvo i istraživanje;

(c) potpora državama članicama u razvoju zajedničkih mjera za identifikaciju i utvrđivanje vjerodostojnosti radi pojednostavljenja mogućnosti prenošenja podataka u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

Ciljevi iz tačaka (b) i (c) preduzimaju se uz dužno poštovanje načela zaštite podataka kako je navedeno posebno u direktivama 95/46/EZ i 2002/58/EZ.

3. Komisija u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16. stava 2. usvaja potrebne mjere za osnivanje, upravljanje i transparentno funkcionisanje te mreže.

Član 15

Saradnja na procjeni zdravstvene tehnologije

1. Unija podupire i olakšava saradnju i razmjenu naučnih podataka među državama članicama u okviru dobrovoljne mreže koja povezuju državna tijela ili institucije odgovorne za procjenu zdravstvene tehnologije, a koja su imenovale države članice. Države članice dostavljaju Komisiji njihova imena i podatke za kontakt. Članovi takve mreže za procjenu zdravstvene tehnologije sudjeluju i doprinose aktivnostima mreže u skladu sa zakonodavstvom države članice u kojoj imaju poslovni nastan. Mreža mora biti utemeljena na načelu dobrog upravljanja, uključujući transparentnost, objektivnost, nezavisnost stručnog znanja, pravičnost postupka i odgovarajuća savjetovanja sa dionicima.

2. Ciljevi mreže za procjenu zdravstvene tehnologije su:

(a) potpora saradnji između državnih tijela ili institucija;

(b) potpora državama članicama u pružanju objektivnih, pouzdanih, pravovremenih, transparentnih, uporedivih i prenosivih informacija o relativnoj efikasnosti kao i, kada je to potrebno, o kratkoročnim i dugoročnim efektima zdravstvenih tehnologija, te omogućavanje efektivne razmjene tih informacija između državnih tijela ili institucija;

(c) pomoć u analizi prirode i vrste podataka koji se mogu razmjenjivati;

(d) izbjegavanje udvostručavanja procjena.

3. Kako bi se ispunili ciljevi navedeni u stavu 2., mreža za ocjenu zdravstvene tehnologije može dobiti potporu Unije. Potpora se može odobriti kako bi se:

(a) doprinijelo finansiranju administrativne i tehničke pomoći;

(b) pružila potpora saradnji između država članica u razvoju i razmjeni metodologija za procjenu zdravstvenih tehnologija, uključujući procjenu relativne efektivnosti;

(c) doprinijelo finansiranju pružanja prenosivih naučnih podataka za upotrebu u nacionalnom izvještavanju i analizama slučajeva koje naručuje mreža;

(d) olakšala saradnja između mreže i drugih relevantnih institucija i tijela Unije;

(e) olakšalo savjetovanje sa dionicima o radu mreže.

4. Komisija u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16. stav 2. usvaja potrebne mjere za osnivanje, upravljanje i transparentno funkcionisanje te mreže.

5. Postupci za odobravanje potpore, uslovima kojima ona može biti podložna i iznos potpore usvajaju se u skladu sa regulatornim postupkom iz člana 16. stav 2. Samo ona tijela i institucije u mreži koje su države članice učesnice imenovale kao korisnike ispunjavaju uslove za potporu Unije.

6. Odluke o proračunskim sredstvima potrebnim za mjere predviđene u ovom članu donose se svake godine u sklopu postupka usvajanja proračuna.

7. Mjere koje se donose na temelju ovog člana ne uti na nadležnosti država članica pri odlučivanju o provedbi 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.

POGLAVLJE V.

PROVEDBENE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 16

Odbor

1. Komisiji pomaže Odbor koji se sastoji od predstavnika država članica i kojim predsjedava predstavnik Komisije.

2. U slučaju poziva na ovaj stav, primjenjuju se članovi 5. i 7. Odluke 1999/468/EZ uzimajući u obzir odredbe njenog člana 8.

Rok predviđen u članu 5. stavu 6. Odluke 1999/468/EZ utvrđuje se na tri mjeseca.

Član 17

Postupak delegiranja

1. Ovlašćenja za donošenje delegiranih akata iz člana 11. stav 5. i člana 12. stav 5. dodjeljuju se Komisiji na rok od pet godina računajući od 24. aprila 2011. Komisija sastavlja izvještaj o delegiranim ovlaštenjima najkasnije šest mjeseci prije kraja petogodišnjeg razdoblja. Delegirana ovlašćenja produžavaju se automatski za jednako vremensko razdoblje, osim ako ga Evropski parlament opozove u skladu sa članom 18.

2. Čim donese delegirani akt, Komisija istovremeno o tome obavještava Evropski parlament i Savjet.

3. Ovlašćenja za donošenje delegiranih akata dodjeljuju se Komisiji podložno uslovima utvrđenim u članovima 18. i 19.

Član 18

Opoziv delegiranih ovlašćenja

1. Evropski parlament ili Savjet mogu u svakom trenutku opozvati delegirana ovlašćenja iz člana 11. stav 5. i član 12. stav 5.

2. Institucija koja je započela unutrašnji postupak odlučivanja o tome hoće li opozvati delegirana ovlašćenja nastoji da obavijesti drugu instituciju i Komisiju u razumnom roku prije donošenja konačne odluke navodeći delegirana ovlašćenja koja bi mogla podlijegati opozivu i moguće razloge za opoziv.

3. Odlukom o opozivu prestaju delegirana ovlašćenja navedena u toj odluci. Ona proizvodi pravna dejstva odmah ili na kasniji datum koji je u njoj naveden. Ona ne utiče na valjanost delegiranih akata koji su već na snazi. Objavljuje se u *Službenom listu Evropske unije*.

Član 19

Prigovori na delegirane akte

1. Evropski parlament i Savjet mogu da ulože prigovor na delegirani akt u roku od dva mjeseca od dana obavještenja.

Na inicijativu Evropskog parlamenta ili Savjeta taj se rok produžava za dva mjeseca.

2. Ako nakon isteka roka iz stava 1. ni Evropski parlament ni savjet ne ulože prigovor na delegirani akt, on se objavljuje u *Službenom listu Evropske unije* i stupa na snagu na dan koji je u njemu naveden.

Delegirani akt može se objaviti u *Službenom listu Evropske unije* i stupiti na snagu prije isteka tog roka ako su i Evropski parlament i Savjet obavijestili Komisiju o svojoj namjeri da ne ulažu prigovore.

3. Ako Evropski parlament ili Savjet ulože prigovor na delegirani akt u roku iz stava 1., on ne stupa na snagu. Institucija koja ulaže prigovor navodi razloge za prigovor na delegirani akt.

Član 20

Izvještaji

1. Do 25. oktobra 2015., a nakon toga svake tri godine Komisija sastavlja izvještaj o primjeni ove Direktive i dostavlja ga Evropskom parlamentu i Savjetu.

2. Izvještaj uključuje posebno podatke o kretanjima pacijenata, finansijskim dimenzijama mobilnosti pacijenata, provođenju člana 7. stav 9. i člana 8. te o funkcionisanju evropskih referentnih mreža i nacionalnih kontaktnih tačaka. U tom cilju Komisija obavlja procjenu sistema i postupaka uvedenih u državama članicama s obzirom na zahtjeve ove Direktive i ostalog zakonodavstva Unije koje se odnosi na mobilnost pacijenata.

Države članice pružaju Komisiji pomoć i sve raspoložive podatke radi obavljanja procjene i izrade izvještaja.

3. Države članice i Komisija imaju mogućnost da se obrate Administrativnoj komisiji osnovanoj na temelju člana 71. Uredbe (EZ) br. 883/2004 kako bi pokrenuli pitanje finansijskih posljedica primjene ove Direktive po države članice koje su se odlučile za nadoknadu troškova na temelju fiksnih iznosa u slučajevima obuhvaćenim članom 20. stav 4. i članom 27. stav 5. te Uredbe.

Komisija prati efekte člana 3. tačka (c) podtačka i. i člana 8. ove Direktive i redovno izvještava o njima. Prvi izvještaj podnosi se do 25. oktobra 2013. Na temelju tih izvještaja Komisija prema potrebi daje predloge za ublažavanje nerazmjernosti.

Član 21

Prenošenje

Države članice donose zakone i druge propise potrebne za usklađivanje sa ovom Direktivom do 25. oktobra 2013. One o tom odmah obavještavaju Komisiju.

Kada države članice donose ove odredbe, te odredbe prilikom njihove službene objave sadrže upućivanje na ovu Direktivu ili se uz njih navodi takvo upućivanje. Načine tog upućivanja utvrđuju države članice.

2. Države članice dostavljaju Komisiji tekst glavnih odredaba nacionalnog prava koje donesu na području na koje se odnosi ova Direktiva.

Član 22

Stupanje na snagu

Ova Direktiva stupa na snagu dvadesetog dana od dana objave u *Službenom listu Evropske unije*.

Član 23

Adresati

Ova je Direktiva upućena državama članicama.

Sastavljeno u Strasbouru 9. marta 2011.

Za Evropski parlament
Predsjednik
J. BUZEK
Za Savjet
Predsjednik
GYŐRI E.

IZVJEŠTAJ O SPROVEDENOJ ANALIZI PROCJENE UTICAJA PROPISA

NAZIV PROPISA

PREDLOG ZAKONA O
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Zakonom o zdravstvenom osiguranju iz 2004. godine, uspostavljen je normativni okvir reforme sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, koji je, po ugledu na evropske zemlje, prilagodio sistem ekonomskim promjenama, budući da su ograničena sredstva za finansiranje zdravstvene zaštite i visoki troškovi zdravstvene zaštite u prethodnom periodu doveli do neadekvatne raspodjele finansijskog rizika i objektivno smanjili pristup korišćenju zdravstvene zaštite.

Široko utvrđena prava, starenje stanovništva i uvođenje novih tehnologija u medicini, uz limitirane resurse, u osnovi su smanjila mogućnost korišćenja zdravstvene zaštite.

Zbog posebnog značaja zdravlja, kao bitnog osnova kvalitetnog života svakog građanina, sve države se suočavaju sa stalnim izazovima planiranja, razvijanja i unapređivanja zdravstvenog sistema, kako bi se obezbijedilo da se zdravstvena zaštita učini što efikasnijom, dostupnijom i kvalitetnijom, a da se ne smanji garantovani obim te zaštite, u uslovima ograničenih sredstava. Crna Gora nije pošteđena navedenih izazova. Javni sistemi posluju u okvirima raspoloživih sredstava, pa se u uslovima brzog razvoja novih tehnologija i novih lijekova postavljaju ozbiljna pitanja o tome kako realizovati pravičnost i jednakost u ostvarivanju prava kod liječenja u javnom sistemu zdravstvene zaštite.

U dosadašnjoj primjeni Zakona o zdravstvenom osiguranju, koji je izmijenjen 2012. godine, uočeno je da je potrebno pristupiti određenim intervencijama kako bi se doprinijelo finansijskoj održivosti sistema zdravstvenog osiguranja. Osim toga, potreba promjena u farmaceutskoj politici i racionalniji pristup raspodjeli sredstava a približavanje zdravstvenih usluga u ovom segmentu zdravstvene djelatnosti su, takođe, razlozi donošenja predmetnog propisa, kao i obaveza transponovanja propisa EU koji uređuju prekograničnu zdravstvenu zaštitu u nacionalni pravni milje.

Primjenom ovog propisa nema oštećenih subjekata.

Ne donošenje ovog propisa doveo bi se u pitanje proces reformi u zdravstvenom sistemu i stvaranje mehanizma za veću ekonomsku i finansijsku održivost i efikasnost zdravstvenog sistema.

Osnovni ciljevi koji se postižu donošenjem ovog propisa su, stvoriti mehanizme za veću ekonomsku i finansijsku održivost, dostupniju zdravstvenu zaštitu racionalnijim rasporedom opredjeljenih sredstava, a da se ne smanjuje obavezni "paket usluga", na teret sredstava zdravstvenog osiguranja.

Cilj je da se obaveznim zdravstvenim osiguranjem kao dijelom sistema socijalnog osiguranja kojim se, na načelima obaveznosti, uzajamnosti i solidarnosti, svim osiguranim licima obezbijedi pravo na zdravstvenu zaštitu, pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad i pravo na naknadu putnih troškova u vezi korišćenja zdravstvene zaštite.

Dopunsko zdravstveno osiguranje kod ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje dodatna sredstva i predstavlja vid učešća građana u troškovima zdravstvene zaštite. Zakonom se precizira način ostvarivanja ovog vida osiguranja. Sa takvim uređenjem postići će se veća sigurnost osiguranih lica, zabrana njihove negativne selekcije na osnovu godina starosti, pola, stanja bolesti, odnosno obezbjeđenje jednakih prava za sklapanje ugovora o osiguranju za sva osigurana lica.

Crna Gora je na putu ka Evropskoj uniji preuzela obavezu harmonizacije nacionalnog zakonodavstva sa pravnom tekovinom Evropske unije, pa je u tom cilju ovim propisom uređena prekogranična zdravstvena zaštita.

Odredbama ovog propisa utvrđeno je da se lijekovi sa osnovne liste lijekova obezbjeđuju osiguranicima na teret sredstava Fonda, u cjelosti, a doplatna lista sadrži lijekove koji su terapijska paralela (terapijska alternativa) lijekovima sa osnovne liste i osiguraniku se obezbjeđuje u visini cijene lijeka sa osnovne liste. Na ovaj način daje se mogućnost pacijentima da učestvuju u izboru lijeka.

Osnivanjem zasebnog fonda za rijetke bolesti, transplantaciju i lijekove koji nijesu na listi lijekova, stvaraju se preduslovi za posebnu brigu države prema pacijentima.

U smislu razloga za predlaganje ovih zakonskih rješenja i ostvarenja njihovih dijelova, kao i prevazilaženja postojećih problema, analizom opcije "status quo" i predloženih izmjena, pristupilo se donošenju novog zakona, jer postojeća zakonska rješenja nijesu dovoljna osnova za nastavak reformi za ostvarivanje efikasne, dostupne i kvalitetne zdravstvene zaštite svih građana i održivosti zdravstvenog sistema u vremenu opterećenom globalnom ekonomskom krizom. Donošenjem ovog zakona stvaraju se normativni uslovi za finansijski održivi sistem zdravstvenog osiguranja.

Zbog posebnog značaja zdravlja, kao bitnog osnova kvalitetnog života svakog građanina, Crna Gora se suočava sa stalnim izazovima planiranja, razvijanja i unapređivanja zdravstvenog sistema, kako bi obezbijedila da se zdravstvena zaštita učini što efikasnijom, dostupnijom i kvalitetnijom, a da se ne smanji garantovani obim te zaštite, u uslovima ograničenih sredstava.

Javni sistem posluje u okvirima raspoloživih sredstava, pa se u uslovima brzog razvoja novih tehnologija i novih lijekova postavljaju ozbiljna pitanja o tome kako realizovati pravičnost i jednakost u ostvarivanju prava kod liječenja u javnom sistemu zdravstvene zaštite.

Razlozi za donošenje novog zakona su između ostalog i stalno rastuće potrebe stanovništva za zdravstvenom zaštitom koja je uslovljena porastom opšte i zdravstvene kulture, starenjem populacije, pojavom i primjenom savremenih naučnih i stručnih dostignuća i

tehnologija u pružanju zdravstvene zaštite u vremenu opterećenom opštom ekonomskom krizom.

Bez donošenja ovog zakona izostalo bi normativno uređenje nastavka reformskog procesa, posebno u oblasti farmaceutske djelatnosti, što bi imalo negativnog uticaja na ostvarivanje efikasne, dostupne i kvalitetne zdravstvene zaštite svih građana.

Predložena zakonska rješenja imajuće pozitivnog uticaja na sve građane, kao i vulnerabilni dio stanovništva, jer im obezbjeđuje ostvarivanje efikasnog, dostupnog i kvalitetnog zdravstvenog osiguranja, uz stvaranje uslova za održivog zdravstvenog sistema u vremenu opterećenom globalnom ekonomskom krizom. Takođe, treba istaći značajnu novinu u načinu ostvarivanja prava osiguranih lica na lijekove sa Liste lijekova, koja, pored osnovne liste sadrži i dopunsku listu. Osnovna lista sadrži lijekove koji se osigurancima obezbjeđuju u potpunosti na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Dopunska lista lijekova obuhvata lijekove koji su terapijska paralela (terapijska alternativa) lijekovima sa osnovne liste i osiguraniku se obezbjeđuju u visini cijene lijeka sa osnovne liste. Razliku do punog iznosa cijene lijeka na dopunskoj listi plaća osigurano lice prilikom korišćenja zdravstvene usluge. Na iznos razlike u cijeni sa osnovne i dopunske liste, osiguranik se ne može osigurati u dopunskom osiguranju. Na ovaj način osigurano lice učestvuje u izboru lijeka, a stvaraju se uslovi za proširenje Liste lijekova sa većim brojem lijekova, te proširenje terapijskih mogućnosti i unarjednja dostupnosti i mogućnosti biranja lijeka iz terapijske grupe.

Propisano je da Vlada utvrđuje obim prava iz zdravstvenog osiguranja koji se svim osigurancima obezbjeđuje pod jednakim uslovima, u skladu sa finansijskim mogućnostima i programom zdravstvene zaštite. U utvrđivanju obima posebno se vodi računa o zaštiti vulnerabilnih lica, čije su potrebe u mjeri mogućeg posebno prepoznate i koje ostavljaju zdravstvene usluge bez obaveza dopunskog osiguranja koje su ovim zakonom. Ovakvim nomiranjem obezbjeđuje se efikasnost i finansijska stabilnost obaveznog zdravstvenog osiguranja, ali i dostupnost zdravstvenim uslugama. Definisanje 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.

Utvrđeno je pravo na zdravstvenu zaštitu zaposlenih u inostranstvu, kao i članova njihovih porodica.

Posebno je uređena prekogranična zdravstvena zaštita, na koji način je transponovana Direktiva o pravu pacijenta na prekograničnu zdravstvenu zaštitu. Pod ovom zdravstvenom zaštitom podrazumijeva se pravo na upućivanje na liječenje, pravo na korišćenje zdravstvene zaštite za vrijeme privremenog boravka u drugim državama.

Takođe, uređeno je da se pacijent može poslati na liječenje van Crne Gore, ako oboljenje od koga boluje ne može da se uspješno liječi u Crnoj Gori.

Uređeno je pravo osiguranika na naknadu zarade za vrijeme privremene sprječivosti za rad.

Novina je osnivanje posebnog fonda za liječenje rijetkih bolesti, transplantaciju i lijekove

koji nijesu na listi lijekova. Takva sredstva će se obezbjeđivati iz prihoda Fonda za dravstveno osiguranje od naknada štete, kamata, dividendi, renti, budžeta Crne Gore, donacija, kao i drugih izvora, uz propisivanje uslova koji će obezbjediti transparentnost i jednaku dostupnost tih sredstava.

Propisano je i dopunsko zdravstveno osiguranje. Na taj način građanin može sebi i članovima porodice obezbjediti, premijom osiguranja u okviru utvrđenih standarda zdravstvene usluge koje su propisane ovim zakonom uz učešće sredstava zdravstvenog osiguranja do punog iznosa cijene usluge. Dopunsko osiguranje sprovodiće Fond za zdravstveno osiguranje i osiguravajuća društva. Dopunsko zdravstveno osiguranje kod ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje pokrivenost troškova usluga iznad iznosa koji ide na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja, do punog iznosa cijene tih usluga. Zakonom se precizira način ostvarivanja ovog vida osiguranja. Sa takvim uređenjem postići će se veća sigurnost osiguranih lica, zabrana njihove negativne selekcije na osnovu godina starosti, pola, stanja bolesti, odnosno obezbjeđenje jednakih prava za sklapanje ugovora o osiguranju za sva osigurana lica.

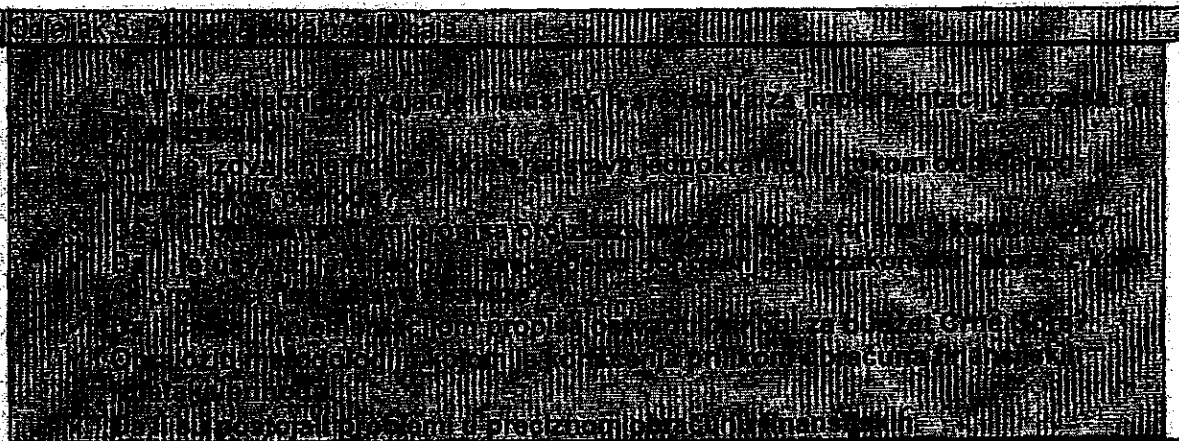
Odredbe ovog propisa nalažu odvojeno vođenje prihoda i rashoda dopunskog osiguranja i odvojeni prikaz poslovnog rezultata u Fondu, odnosno društvima za osiguranje koja sprovode to osiguranje. Isto tako postavljen je i zahtjev davaocima zdravstvenih usluga koji moraju da obezbjeđuju podatke potrebne za izvođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja. Postavlja se uslov dopunskog osiguranja, na način da ga mogu koristiti samo lica osigurana u obaveznom zdravstvenom osiguranju. Dopunsko osiguranje već je po svojoj definiciji samo plaćanje jednog dijela zdravstvene usluge iz drugog izvora, osim iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Takođe, utvrđuju se obaveze društvima za osiguranje u vidu uslova za zaključivanje ugovora o dopunskom osiguranju i visini premije, te reguliše raskidanje ugovora i uvodi prethodno osiguranje kao uslov dopunskog osiguranja.

Predloženi zakon određuje jednako učešće za sva osiguranike, odnosno obavezu Fonda da ima za sve svoje osiguranike iz dopunskog zdravstvenog osiguranja jednake premije, i da su dužni sa njima zaključiti ugovore o osiguranju bez ikakvih uslova. Sa druge strane osigurana lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju su podstaknuta za rano sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Zdravstveni sektor nije izvor potrošnje, već izvor investicije u ostvarivanju socijalnog, ekonomskog razvoja i ukupnog razvoja društva. Crna Gora se uključila u jedinstveni međunarodni proces zdravstvenog razvoja, kroz sprovođenje mjera zdravstvene politike.

Predložena zakonika rješenja odvijace se u okviru postojećih kapaciteta i ne zahtijevaju formiranje novih privrednih subjekata, niti imaju uticaja na opterećenja ili biznis barijere.



U izradi Predloga zakona o zdravstvenom osiguranju nije končana eksterna ekspertiza. U skladu sa članom 7 Uredbe o postupku i načinu sprovođenja javne rasprave u pripremi zakona („Službeni list CG“ br. 12/12), Ministarstvo zdravlja je uputilo javni poziv zainteresovanoj javnosti (građanima, stručnim i naučnim institucijama, zdravstvenim ustanovama, državnim organima, organima lokalne uprave, nevladinim organizacijama, medijima i drugim zainteresovanim subjektima za pitanja koja se uređuju ovim zakonom) da se uključi u postupak pripreme Predloga zakona o zdravstvenom osiguranju i dostave svoje inicijative, predloge, sugestije i komentare u pisanom i elektronskom obliku Ministarstvu zdravlja, pri čemu je objavljena i Radna verzija nacrtu. Tokom ostavljenog perioda dostavljeni su određeni predlozi, sugestije i data mišljenja koja su razmatrana, a obrazloženje se daje kroz izvještaj o sprovedenoj raspravi. Takođe, u skladu sa članom 9 i 11 Uredbe o postupku i načinu sprovođenja javne rasprave u pripremi zakona, Ministarstvo zdravlja je uputilo javni poziv građanima, zdravstvenim ustanovama, Ljekarskoj komori, stručnim i naučnim institucijama, Crvenom krstu Cme Gore, državnim organima, organima lokalne uprave, nevladinim organizacijama, medijima i drugim zainteresovanim subjektima za učešće u raspravi o tekstu Nacrta zakona o zdravstvenom osiguranju, učešćem u raspravi na okruglom stolu. Na taj način subjektima je data mogućnost za dostavljanje predloga, sugestija i komentara u pisanom i elektronskom obliku.

Ne postoji prepreka za implementaciju propisa.

Ministarstvo zdravlja će pratiti sprovođenje i kontrolu aktivnosti na različitim nivoima zdravstvene zaštite praćenjem indikatora kvaliteta zdravstvene zaštite, potrošnje lijekova i zadovoljstva pacijenata.

Monitoring i evaluaciju primjene propisa vrši će Ministarstvo zdravlja i Fond za zdravstveno osiguranje.

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

Podgorica,

11.06.2015

