

Na osnovu člana 95 tačka 3 Ustava Crne Gore donosim

U K A Z

O PROGLAŠENJU ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

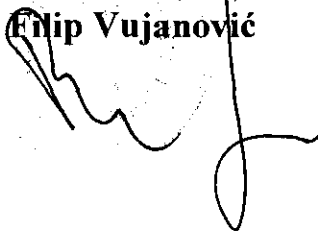
Proglašavam **Zakon o zdravstvenom osiguranju**, koji je donijela Skupština Crne Gore 25. saziva, na drugoj sjednici drugog redovnog (jesenjeg) zasijedanja u 2015. godini, dana 28. decembra 2015. godine.

Broj: 01- 64/2

Podgorica, 20.01.2016. godine

PREDSJEDNIK CRNE GORE

Đilip Vujanović



Na osnovu člana 82 stav 1 tačka 2 Ustava Crne Gore i Amandmana IV stav 1 na Ustav Crne Gore, Skupština Crne Gore 25. saziva, na drugoj sjednici drugog redovnog (jesenjeg) zasijedanja u 2015. godini, dana 28. decembra 2015. godine, donijela je

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

Pojedini izrazi upotrijebljeni u ovom zakonu imaju sljedeće značenje:

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

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

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

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

5) **doplata** je novčana razlika između cijene ostvarene zdravstvene usluge i iznosa koji se obezbjeđuje iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

6) **društvo za osiguranje** je pravno lice koje obavlja dopunsko zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom;

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

Član 6

Osiguranici, u smislu ovog zakona, su:

- 1) zaposlena lica, u skladu sa zakonom;
- 2) izabrana ili imenovana lica, ako za obavljanje funkcije ostvaruju zaradu;
- 3) članovi odbora direktora u privrednom društvu i drugom pravnom licu i članovi upravnih odbora u javnim preduzećima i ustanovama koji za svoj rad primaju naknadu;
- 4) državljani Crne Gore koji su u Crnoj Gori zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija i ustanova, stranih konzularnih ili diplomatskih predstavništava ili kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;
- 5) lica upućena na rad u inostranstvo, a koja su zaposlena u privrednom društvu ili drugom pravnom licu čije je sjedište u Crnoj Gori, koje obavlja djelatnost u inostranstvu, ako nijesu obavezno osigurana po propisima države u koju su upućeni i ako međunarodnim ugovorom nije drukčije uređeno;
- 6) stranci koji u Crnoj Gori rade kod domaćih pravnih, odnosno fizičkih lica, na osnovu posebnih ugovora i sporazuma o međunarodno – tehničkoj saradnji;
- 7) stranci koji su u Crnoj Gori zaposleni kod međunarodnih organizacija i ustanova i drugih stranih pravnih i fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, odnosno ako nijesu osigurana po propisima druge države;
- 8) stranci koji su u Crnoj Gori zaposleni kod stranih diplomatskih i konzularnih predstavništava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom;
- 9) preduzetnici i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje;
- 10) lica koja obavljaju privremene i povremene poslove, kao i poslove po posebnom ugovoru o radu, u skladu sa zakonom;
- 11) lica koja nijesu u radnom odnosu;
- 12) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;
- 13) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, članovi njihovih porodica i korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 14) korisnici socijalno-zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 15) državljani Crne Gore i stranci sa stalnim boravkom, koji primaju penziju ili drugu naknadu isključivo od inostranog nosioca osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;
- 16) osnivači, odnosno vlasnici privrednih društava i preduzetnici koji po tom osnovu nijesu u radnom odnosu;
- 17) poljoprivrednici i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta;
- 18) vjerska lica i vjerski službenici.

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

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

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

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

Član 7

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

- 1) zaposlenja;
- 2) samostalnog obavljanja djelatnosti-preduzetnici;
- 3) bavljenja poljoprivrednom djelatnošću;
- 4) korišćenja socijalno-zaštitnih prava;
- 5) nezaposlenosti;
- 6) druga osnova 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, usvojena djeca kao i djeca bez roditeljskog staranja, ako ih osiguranik izdržava, u skladu sa zakonom;
- članovi šire porodice: roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i usvojilac), baba, djed, unučad, braća i sestre, ako su trajno i potpuno nesposobni za rad, u smislu posebnih propisa, i ako ih osiguranik izdržava.

Član 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 stav 1 tačka 2 ovog zakona osiguranik mora da ima staž osiguranja u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa ovim zakonom, u trajanju od najmanje dva mjeseca bez prekida ili četiri mjeseca sa prekidima u posljednjih 12 mjeseci prije početka korišćenja ovog prava, dok prava iz člana 13 stav 1 tač. 1 i 3 stiže danom osiguranja.

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

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

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

1. Pravo na zdravstvenu zaštitu

Član 15

Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvata:

- 1) promociju zdravlja;
- 2) prevenciju bolesti;
- 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 (ortodonticija), 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 petnaeste godine života, u bolnici ili u ustanovi za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, kao i djece do 18 godina života, u bolnici, koja su oboljela od malignih bolesti, djece do 18 godina života, u bolnici i ustanovama za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, koja imaju oštećenja mišića i neuromuskularne bolesti, plegični sindrom, oštećenje sluha, vida i govora sa više od 70% tjelesnog oštećenja, intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autistične poremećaje, psihoze i epilepsiju;

18) preglede, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju zbog povrede na radu i profesionalne bolesti.

Član 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, Hepatitis B i Hepatitis C, 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 Crne Gore (u daljem tekstu: 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) lica sa invaliditetom sa najmanje 70% tjelesnog oštećenja;
- 6) lica oboljelih od malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, cistične fibroze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), sistemskih autoimunih bolesti, HIV i zaraznih bolesti, kao i lica sa mentalnim oboljenjima, licima sa urođenim nedostatkom gornjih ili donjih ekstremiteta, lica sa fizičkim i intelektualnim poteškoćama u rastu i razvoju, u skladu sa kriterijumima koji su propisani posebnim propisima, slijepih i gluvonijemih lica.

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.

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.

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 ovlaštenjima 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, osim za izdavanje uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti nezaposlenog lica u svrhu zapošljavanja;

5) pratioca kod bolničkog liječenja i specijalizovane medicinske rehabilitacije, osim za lica iz člana 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, njega i vremena, u skladu sa zakonom;
- 17) zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojim Fond nema zaključen ugovor;
- 18) zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje u zdravstvenim ustanovama i kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima Fond ima zaključen ugovor, a koju osiguranik ne ostvari na način i po postupku propisanim ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu ovog zakona;
- 19) specijalističko-konsultativnu i bolničko zdravstvenu zaštitu koja se ostvaruje mimo utvrđenih lista čekanja, u skladu sa ovim zakonom;
- 20) metode i postupke alternativne i tradicionalne medicine;
- 21) preglede za procjenu zdravstvene sposobnosti profesionalnih sportista;
- 22) terapije hipnozom, elektrohipnozom, elektroslip terapije, elektronarkoze i narko-sinteze;
- 23) dobijanje drugog stručnog mišljenja van Crne Gore.

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 državi 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 ljekarski 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 propisuje 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 pojedinog slučaja, mogla da predstavlja poseban rizik u vezi sa kvalitetom ili bezbjednošću, osim zdravstvene zaštite koja podliježe propisima Evropske unije kojim se obezbjeđuje minimalan rizik kvaliteta i bezbjednosti.

Član 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 ljekarski pregled u drugo mjesto, odnosno dok traje bolničko liječenje.

Privremenu spriječenost za rad do 15 dana utvrđuje izabrani tim ili izabrani doktor, a poslije 15 dana nadležna ljekarska 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, sistemskih auto imunih bolesti, 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.

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

Naknada iz stava 1 ovog člana ne refundira se potrošačkim jedinicama budžeta Crne Gore i državnim fondovima, kao i potrošačkim jedinicama nad kojima te potrošačke jedinice vrše nadzor.

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

Član 42

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

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

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

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

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

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 utvrđenih na osnovu međunarodnih konvencija;
- 4) naknada štete, kamata, dividendi, renti;
- 5) drugih izvora, u skladu sa zakonom.

Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja koriste se za:

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

Član 58

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

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

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

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 o tome, u pisanoj formi.

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) omogućće 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 ovlaštenja 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) tri člana na predlog Ministarstva;
- 2) jednog člana na predlog reprezentativnog sindikata;
- 3) jednog člana na predlog reprezentativnog udruženja poslodavaca;
- 4) dva člana na predlog Ljekarske, Farmaceutske 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 obaveznim zdravstvenim osiguranjem i način plaćanja;
- 4) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje i razvoj zdravstvenog osiguranja u državi;
- 5) utvrđuje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja uz saglasnost Ministarstva, u skladu sa ovim zakonom;
- 6) vrši i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Član 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 Vlada na predlog ministra zdravlja.

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 obezbjeđuje efikasno obavljanje djelatnosti Fonda i ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 79

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

Na statut Fonda saglasnost daje Vlada.

Statut i drugi opšti akti Fonda kojima se uređuju prava i obaveze 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: 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 ovlaštenju 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 u iznosu 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 preduzetnik - poslodavac novčanom kaznom u iznosu 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 30 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

Direktora Fonda imenovaće Vlada na predlog ministra zdravlja, u skladu sa ovim zakonom, u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Danom izbora direktora iz stava 1 ovog člana prestaje mandat direktora izabranog u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju („Službeni list RCG”, broj 39/04 i „Službeni list CG”, broj 14/12).

Član 99

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

Član 100

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

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

Član 101

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

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

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

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”.

Broj: 28-2/15-3/38

EPA 902 XXV

Podgorica, 28.decembar 2015.godine

SKUPŠTINA CRNE GORE 25. SAZIVA

PREDSEDNIK
Ranko Krivokapić