

ZAKON

O OBAVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

("Službeni list Crne Gore", br. 006/16 od 22.01.2016, 002/17 od 10.01.2017, 022/17 od 03.04.2017, 013/18 od 28.02.2018, 067/19 od 11.12.2019)

I. OSNOVNE ODREDBE

Član 1

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

Član 2

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

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

Član 3

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

Nasljeđuju se prava na novčane naknade koje su dospjele za isplatu, a 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;
- 2a) osigurana lica su osiguranici, članovi porodice osiguranika i druga lica u skladu sa ovim zakonom;
- 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) 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) državljan 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 se nalaze na evidenciji nezaposlenih lica Zavoda za zapošljavanje Crne Gore i ostvaruju novčanu naknadu u skladu sa zakonom kojim je uređeno zapošljavanje;
- 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) državljani Crne Gore zaposleni u inostranstvu, ako za to vrijeme nijesu obavezno osigurani kod stranog nosioca osiguranja ili ako prava iz zdravstvenog osiguranja, po propisima te države, ne mogu ostvariti ili koristiti van njene teritorije, a neposredno prije odlaska u inostranstvo su bili osigurani u Crnoj Gori, odnosno ako su prije odlaska u inostranstvo imali prebivalište u Crnoj Gori;
- 17) poljoprivrednici i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta;
- 18) vjerska lica i vjerski službenici;
- 19) crnogorski državljani koji imaju prebivalište u Crnoj Gori i stranci sa odobrenim stalnim boravkom u Crnoj Gori koji obavljaju poslove po osnovu ugovora o djelu, odnosno poslove po osnovu autorskog ugovora, kao i poslove po osnovu drugih ugovora po osnovu kojih za izvršeni posao ostvaruju naknadu;
- 20) lica koja su u pritvoru, na izdržavanju kazne zatvora, kao i lica kojima je izrečena mjera obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi i obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana, koji nijesu osigurani ni po jednom osnovu iz stava 1 tač. 1 do 19 ovog člana ili člana 9 ovog zakona, upisom u evidenciju osiguranika Fonda.

Pored osiguranika iz stava 1 ovog člana, svojstvo osiguranika stiču i crnogorski državljani koji imaju prebivalište u Crnoj Gori i stranci sa odobrenim stalnim boravkom u Crnoj Gori, koji nijesu osigurani ni po jednom osnovu iz stava 1 tač. 1 do 20 ovog člana ili člana 9 ovog zakona, kao i azilanti i stranci pod supsidijarnom zaštitom koja je odobrena u skladu sa zakonom kojim se uređuje međunarodna i privremena zaštita stranaca, upisom u evidenciju osiguranika Fonda.

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.

Svojstvo osiguranika iz stava 2 ovog člana utvrđuje se na osnovu zahtjeva i ličnog identifikacionog dokumenta.

Član 7

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

- 1) zaposlenja i penzije;
- 2) preduzetništva i samostalnog obavljanja profesionalne djelatnosti kao osnovnog zanimanja;
- 3) bavljenja poljoprivrednom djelatnošću;
- 4) korišćenja socijalno-zaštitnih prava;
- 5) drugog 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 sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju, mogu steći svojstvo osiguranika pod uslovom da su uplatili doprinos, u skladu sa posebnim zakonom.

Član 10

Svojstvo osiguranog lica stiču članovi porodice osiguranika pod uslovom da nijesu osigurani po drugom osnovu i da imaju prebivalište, odnosno odobren stalni boravak u Crnoj Gori, kao i da nemaju 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.

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

Član 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 ovog zakona stiče danom osiguranja.

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

Izuzetno od stava 1 ovog člana, osiguranik ostvaruje pravo iz člana 13 stav 1 tačka 2 ovog zakona 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 i rađanje zdravog djeteta;
- 2) prevenciju zdravlja koja uključuje preventivne programe i preglede, imunizaciju, imunoprofilaksu i hemioprofilaksu, skrininge (oportune i populacione) i posjete u kući osiguranog lica (patronažne posjete);
- 3) preglede u zdravstvenoj ustanovi i/ili u kući osiguranog lica, kao i dijagnostiku na svim nivoima zdravstvene zaštite;
- 4) liječenje na svim nivoima zdravstvene zaštite u Crnoj Gori i liječenje u inostranstvu;
- 5) bolničko liječenje;
- 6) rehabilitaciju na svim nivoima zdravstvene zaštite, uključujući i rehabilitaciju u kući osiguranog lica, kao i specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju;
- 7) kontinuiranu zdravstvenu njegu na primarnom nivou zdravstvene zaštite i tokom bolničke zdravstvene zaštite, uključujući patronažne i kućne posjete;
- 8) stomatološku zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou zdravstvene zaštite i to: promociju zdravlja kroz savjetodavni rad, prevenciju kroz preventivne programe, preventivne preglede djece do 18 godina života, dijagnostiku i liječenje djece do 18 godina života, učenika, studenata i djece bez roditeljskog staranja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, lica starijih od 67 godina života, žena u toku trudnoće i godinu dana nakon porođaja, lica sa invaliditetom koja imaju oštećenja mišića i neuromišićne bolesti, plegični sindrom, oštećenje sluha, vida i govora sa više od 70% tjelesnog oštećenja, intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autizam, psihoze, epilepsiju, preglede zbog anomalija vilica (ortodoncija), mobilne ortodontske aparate za djecu do 18 godina života, kao i fiksne aparate za djecu do 18 godina života koja imaju intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autizam, epilepsiju i oštećenja koja ograničavaju otvaranje usta;
- 9) stomatološku zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite;
- 10) hitnu medicinsku pomoć i urgentnu medicinsku pomoć, u okviru dijagnostičkih pregleda, procedura i intervencija;
- 11) dijalizu, uz sanitetski prevoz osiguranog lica od kuće do zdravstvene ustanove i nazad;
- 12) liječenje krvlju, komponentama krvi i derivatima krvi;
- 13) lijekove koji se izdaju na recept u apotekama, kao i lijekove koji se koriste za liječenje u zdravstvenoj ustanovi;
- 14) medicinska sredstva i materijale;
- 15) medicinsko-tehnička pomagala;

- 16) sanitetski prevoz na svim nivoima zdravstvene zaštite i specijalni vazdušni prevoz koji je iz medicinskih razloga opravdan i hitan;
- 17) prevoz sanitetskim kolima i sredstvima javnog linijskog prevoza u drumskom i vazdušnom saobraćaju koji nije hitan;
- 18) postupke u vezi sa uzimanjem i presađivanjem organa, tkiva i ćelija u svrhu liječenja;
- 19) tri postupka medicinski potpomognute oplodnje, i to: homologne ili heterologne intrauterine inseminacije (IUI) - unos sjemenih ćelija u matericu žene, homologne ili heterologne vantjelesne oplodnje (IVF); homologne ili heterologne intracitoplazmatske injekcije spermatozoida (ICSI) i transfera polnih ćelija i embriona u jajovod žene, kod žene do navršениh 44 godine života koja nema više od dvoje djece, pod uslovom da je jedan od bračnih, odnosno vanbračnih supružnika, kao i žena koja ne živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici crnogorski državljanin;
- 20) troškove smještaja i ishrane pratioca djece do 15 godina života, u bolnici ili u ustanovi za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, kao i djece do 18 godina života u bolnici, koja su oboljela od malignih bolesti, djece do 18 godina života u bolnici i ustanovama za specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, koja imaju oštećenja mišića i neuromišićne bolesti, plegični sindrom, oštećenje sluha, vida i govora sa više od 70% tjelesnog oštećenja, intelektualni invaliditet sa IQ 69 i manje, autizam, psihoze i epilepsiju;
- 21) preglede, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju zbog povrede na radu, profesionalne bolesti i bolesti u vezi sa radom; i
- 22) promjenu pola u skladu sa medicinskim indikacijama, koje propisuje organ državne uprave nadležan za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo).

Bliže uslove i način odobravanja i korišćenja prevoza iz stava 1 tač. 16 i 17 ovog člana propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 17

Osigurano lice učestvuje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite iz člana 16 ovog zakona (u daljem tekstu: participacija), za:

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

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

Član 18

Za izvršenu zdravstvenu uslugu iz člana 17 ovog zakona, davalac zdravstvene usluge dužan je da osiguranom licu izda dokaz o izvršenom plaćanju participacije koji, pored podataka propisanih zakonom kojim se uređuje porez na dodatu vrijednost, mora da sadrži i punu cijenu zdravstvene usluge, iznos participacije iskazan u procentu u odnosu na cijenu zdravstvene usluge i nominalni iznos participacije iskazan u eurima.

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

Član 19

Oslobođeni su od plaćanja participacije:

- 1) djeca iz člana 12 ovog zakona;
- 2) žene u toku trudnoće, porođaja i godinu dana nakon porođaja;

- 3) osigurana lica starija od 67 godina života;
- 4) davaoci organa, tkiva i ćelija u svrhu liječenja;
- 5) dobrovoljni davaoci krvi, koji su krv dali više od deset puta;
- 6) korisnici socijalno-zaštitnih prava i članovi njihovih porodica, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 7) korisnici najniže penzije u Crnoj Gori za prethodnu kalendarsku godinu, po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike i članovi njihovih porodica, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 8) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, kao i članovi njihovih porodica, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;
- 9) osiguranici iz člana 6 stav 1 tač. 11 i 20 i stav 2 ovog zakona;
- 10) slijepa i gluvonijema lica i lica sa autizmom; i
- 11) osigurana lica za liječenje osnovnog oboljenja i stanja i to: malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, cistične fibroze, intelektualnog invaliditeta sa IQ 69 i manje, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), sistemskih autoimunih bolesti, HIV i zaraznih bolesti, Hepatitisa B i Hepatitisa C, urođenih nedostataka gornjih ili donjih ekstremiteta i smetnji u razvoju.

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

Član 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 67 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 obuhvata farmakoekonomski prihvatljive lijekove za liječenje bolesti, koji se obezbjeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

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

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

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

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

Osnovnu i doplatnu listu lijekova Ministarstvo i Fond objavljuju na svojoj internet stranici.

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;
- 4) liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom.

Liste iz stava 1 tač. 1, 2, 3 i 4 ovog člana, vrste, standarde i indikacije za medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam, materijale od kojih se izrađuju medicinsko-tehnička pomagala, cijene, rokove korišćenja i uslove za obezbjeđivanje novih pomagala prije isteka rokova, indikacije za korišćenje i dužinu trajanja medicinske rehabilitacije, indikacije za liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom i dužinu trajanja liječenja, kao i bliži način i postupak ostvarivanja prava iz stava 1 ovog člana, utvrđuje Fond, uz 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 20 ovog zakona;
- 6) imunizaciju koja nije obuhvaćena Programom obaveznih imunizacija;
- 7) stomatološku zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou, osim za slučajeve iz člana 16 stav 1 tačka 8 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;
- 10) medicinsko-tehnička pomagala i medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam, ako nijesu obuhvaćena listom iz člana 24 ovog zakona;
- 10a) specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju i liječenje hiperbaričnom oksigenom terapijom koje je obavljeno mimo propisanih indikacija;
- 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;
- 18a) zdravstvenu zaštitu koja je ostvarena u zdravstvenim ustanovama van Crne Gore suprotno načinu i postupku propisanim ovim zakonom;
- 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 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 zdravstvenih ustanova u sistemu javnog zdravstva države u kojoj je pružena hitna medicinska pomoć.

Član 28

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz čl. 26 i 27 ovog zakona imaju osiguranici i članovi njihovih uži 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 recepta za lijekove koji su izdati u drugoj državi.

Postupak, uslove i način priznavanja recepta 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

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

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

Član 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, ako nijesu ostvarili pravo na penziju, u skladu sa propisima kojima se uređuje penzijsko i invalidsko osiguranje.

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

- 1) usljed bolesti ili povrede privremeno spriječeni za rad;
- 2) stavljeni pod zdravstveni nadzor ili se nad njima sprovodi karantin;
- 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; i
- 6) određeni za pratioča oboljelog lica upućenog na liječenje ili ljekarski pregled u drugo mjesto, odnosno dok traje bolničko liječenje.

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

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

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

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

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

Član 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 prijetećeg 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 prijetećeg 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 kvadruplegije, sistemskih auto

imunih bolesti, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), HIV i karantinskih bolesti i psihoze, kao i usljed njege djeteta oboljelog od malignih bolesti.

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

Član 41

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

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

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

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 koja prethode mjesecu u kojem je nastupila privremena spriječenost za rad.

Član 43

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

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 Crne Gore.

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.

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

Okolnosti iz stava 1 tačka 2 ovog člana utvrđuje poslodavac.

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

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

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

Član 46

Bliži način ostvarivanja prava osiguranika po osnovu privremene spriječenosti za rad, kriterijume za utvrđivanje trajanja privremene spriječenosti za rad i ostvarivanje prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad iz čl. 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.

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

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

Naknada troškova prevoza ne pripada osiguranom licu kada zdravstvenu zaštitu nije ostvarilo u najbližoj zdravstvenoj ustanovi ili kod drugog davaoca zdravstvenih usluga, u kojima je moglo da ostvari zdravstvenu zaštitu, kao ni osiguraniku koji je zdravstvenu zaštitu ostvario u zdravstvenoj ustanovi u mjestu zaposlenja, ukoliko za vrijeme korišćenja zdravstvene zaštite nije bio privremeno spriječen za rad.

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

III. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 48

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

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

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

Član 49

Osigurana lica zdravstvenu zaštitu ostvaruju u zdravstvenim ustanovama i kod drugih 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 redoslijedu sa liste čekanja.

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

Član 51

Za liječenje stanja, bolesti i povreda koje se ne mogu uspješno liječiti u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori, osigurano lice se upućuje u zdravstvene ustanove van Crne Gore, ukoliko postoji mogućnost uspješnog liječenja odnosno izlječenja, u skladu sa utvrđenim obimom prava na zdravstvenu zaštitu iz člana 20 ovog zakona.

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

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

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 do 4 ovog člana propisuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 52

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

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

Član 53

U postupku ostvarivanja prava utvrđenih ovim zakonom primjenjuju se odredbe zakona kojim 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 uz saglasnost Ministarstva i drugostepena ljekarska komisija koju obrazuje Ministarstvo.

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

Član 55

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

Član 56

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 2/17)

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, akciza i koncesija;
- 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

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 67/19)

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 i zdravlja 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

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 67/19)

Član 69

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 67/19)

Član 70

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 67/19)

Član 71

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 67/19)

Član 72

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 67/19)

Član 73

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 67/19)

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 ostvarenim pravima osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 5) utvrđuje prioritete u finansiranju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zdravstvenom politikom;
- 6) zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga;

- 7) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;
- 8) obezbjeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;
- 9) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, usvaja nacrt godišnjeg finansijskog plana i završni račun sa izvještajem o poslovanju, u skladu sa zakonom;
- 10) 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) donosi godišnji program rada koji sadrži podatke o ciljevima, indikatorima uspješnosti, aktivnostima koje su potrebne za realizaciju ciljeva i licima odgovornim za realizaciju;
- 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;
- 14) najmanje jednom godišnje, podnosi Vladi izvještaj o svom radu koji sadrži prikaz izvršavanja zakona i drugih propisa, podatke o realizaciji ciljeva iz programa rada, ocjenu stanja i mjera koje su preduzete za unapređenje stanja i finansijski izvještaj.

Godišnji plan javnih nabavki za zdravstvene ustanove čiji je osnivač država, donosi se u skladu sa planom godišnjih potreba za ljekovima, 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 ima predsjednika i šest članova koje imenuje i razrješava Vlada, na predlog Ministarstva.

Upravni odbor se imenuje na period od četiri godine.

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

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

Člana Upravnog odbora iz stava 4 tač. 2, 3 i 4 ovog člana, reprezentativni sindikat, reprezentativno udruženje poslodavaca, odnosno komore predlažu primjenom principa rotacije, u skladu sa njihovim posebnim sporazumom.

Član 76

Upravni odbor:

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

Član 77

Radom Fonda rukovodi direktor.

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

Nakon sprovedenog postupka javnog konkursa, za direktora Fonda, u skladu sa propisima o državnim službenicima i namještenicima, lista za izbor kandidata dostavlja se Upravnom odboru radi imenovanja.

Direktora Fonda imenuje Upravni odbor, na pet godina, na osnovu javnog konkursa.

Član 77a

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

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.

Na prava, obaveze i odgovornost zaposlenih u Fondu primjenjuju se propisi o državnim službenicima i namještenicima.

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 neposredno zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama i drugim davaocima zdravstvenih usluga iz Zdravstvene mreže, u skladu sa zakonom.

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

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

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

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

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

Član 83

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 2/17)

Član 84

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 2/17)

Član 85

Odluku o upućivanju javnog poziva iz člana 82 stav 4 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 najkasnije do 31. marta tekuće godine.

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 drugim davaocima zdravstvenih usluga iz Zdravstvene mreže i davaocima zdravstvenih usluga koji su van Zdravstvene mreže, ugovori se zaključuju na period od dvije godine.

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

Član 88

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

Član 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 inspekcijuskog nadzora vrše zdravstveni inspektori, u skladu sa zakonom.

VIII. KAZNENA ODREDBA

Član 92

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

1) osiguranom licu ne izda dokaz o izvršenom plaćanju participacije koji, pored podataka propisanih zakonom kojim se uređuje porez na dodatnu vrijednost, sadrži i punu cijenu zdravstvene usluge, iznos participacije iskazan u procentu u odnosu na cijenu zdravstvene usluge i nominalni iznos participacije iskazan u eurima (član 18 stav 1); i

2) izabrani tim ili izabrani doktor ili nadležna ljekarska komisija utvrdi privremenu spriječenost za rad na način koji nije u skladu sa članom 37 st. 3, 4 i 6 ovog zakona.

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

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

Član 92a

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

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

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

IX. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 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 93a

Propisi za sprovođenje ovog zakona uskladiće se sa ovim zakonom u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Propisi iz čl. 16, 17, 18, 19 i 82 ovog zakona donijeće se u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Danom početka primjene propisa iz člana 17 ovog zakona prestaje da se primjenjuje Odluka o učešću osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ("Službeni list RCG", br. 34/91 i 19/93).

Član 93b

Do donošenja propisa iz člana 93a stav 1 ovog zakona primjenjivaće se podzakonski akti donijeti na osnovu Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list CG", br. 6/16, 2/17, 22/17 i 13/18), ako nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 93c

Fond je dužan da uskladi svoju organizaciju, rad i opšta akta sa ovim zakonom u roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovog zakona.

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 97a

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

Danom imenovanja predsjednika i članova Upravnog odbora iz 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 98a

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

Član 99

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

Član 99a

Postupci ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji su započeti prije stupanja na snagu ovog zakona, okončaće se prema propisima po kojima su započeti.

Član 100

Fond će početi sa sprovođenjem dopunskog zdravstvenog osiguranja od 1. januara 2019. 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. jula 2019. 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 102a

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaje da važi Pravilnik o bližim uslovima, načinu utvrđivanja i dokazima za utvrđivanje statusa osiguranika zdravstvenog osiguranja koji nijesu u radnom odnosu ("Službeni list CG", broj 32/16).

Član 103

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