

На основу члана 70. став 1. тачка 2. Устава Републике Српске и члана 116. Пословника Народне скупштине Републике Српске („Службени гласник Републике Српске“, број 10/96), Народна скупштина Републике Српске, на Седмој седници одржаној 15. јула 1999. године, донела је

ЗАКОН

О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

I - ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Овим законом уређује се систем обавезног и проширеног здравственог осигурања, права из осигурања, начин остваривања права и начела приватног здравственог осигурања.

Члан 2.

Обавезним здравственим осигурањем обухваћени су сви грађани Републике Српске и друга лица у складу са законом.

Члан 3.

Остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђује Фонд здравственог осигурања Републике Српске (у даљем тексту: Фонд) и послодавци под условима утврђеним овим законом и актима Фонда.

Члан 4.

Права из здравственог осигурања су:

- здравствена заштита,
- накнада плате за време привремене неспособности за рад, и
- друга права утврђена законом и актима Фонда.

Права из здравственог осигурања не могу се преносити на друга лица, не могу се уговором мењати нити се могу наслеђивати.

Члан 5.

Осигурана лица остварују здравствену заштиту у здравственим установама и другим организацијама са којима Фонд здравственог осигурања закључи уговор.

Члан 6.

Средства за здравствену заштиту осигураних лица обезбеђују се у Фонду здравственог осигурања уплатом доприноса осигураника, других обвезника доприноса и из других извора утврђених законом.

Члан 7.

Здравствена заштита у смислу овог закона подразумева мере којима се:

- унапређује здравље,
- спречавају и сузбијају болести и повреде,
- рано откривају обољења и благовремено лече,
- спречава онеспособљеност и врши оспособљавање за животне и радне функције после болести и повреда.

Члан 8.

Сва осигурана лица имају једнака права на здравствену заштиту.

Законом и актима Фонда се утврђује које групе осигураника и мере здравствене заштите имају приоритет, у остваривању здравствене заштите и друге погодности због посебног социјално-медицинског статуса и на основу других критеријума утврђених законом.

Члан 9.

Обавезно здравствено осигурање проводи Фонд здравственог осигурања Републике Српске као самостална организација којом управљају осигураници у складу са овим законом и другим прописима којима се регулишу одређена питања из организације и финансирања здравственог осигурања.

Фонд је правно лице.

Надзор над законитошћу рада Фонда врши министарство надлежно за послове здравља.

II - ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

1. Осигурана лица

а) Осигураници

Члан 10.

Обавезно осигурана лица према овом закону (у даљем тексту: осигураници) су:

1. лице у радном односу (у даљем тексту: осигураник-радник);
2. лице које самостално, у складу са законом обавља привредну или професионалну делатност као основно занимање (у даљем тексту: осигураник самосталних делатности);
3. лице које обавља свештеничку дужност или верску службу (у даљем тексту: осигураник верски службеник);
4. лице које обавља пољопривредну делатност (у даљем тексту: осигураник земљорадник);
5. лице коме је признато право на здравствено осигурање према Закону о правима бораца, ратних војних инвалида и породица погинулих бораца;
6. запослени за чијим радом је престала потреба док остварују накнаду према прописима о радним односима;
7. незапослено лице које је завршило средње, више и високо образовање док је редовно пријављено Републичком заводу за запошљавање;
8. ванредни студент док је редовно пријављен Републичком заводу за запошљавање;
9. корисник пензије и права на новчану накнаду у вези са преквалификацијом или доквалификацијом и запошљавањем, које је ово право остварило према прописима о пен- зијском и инвалидском осигурању;
10. држављанин Републике Српске који у целости или делимично остварује пензију и инвалиднину од иностраног исплатиоца док има пребивалиште на територији Републике, ако међународним споразумом није другачије одређено;
11. лице које је корисник сталне новчане помоћи и лице смештено у установу социјалне заштите, ако нису осигурана по другом основу;
12. избегло и расељено лице, ако није осигурано по другом основу;

13. страни држављанин који се школује на територији Републике Српске, ако међународним споразумом није другачије одређено;
14. и друга лица за која је уплаћен допринос за здравствено осигурање.

Члан 11.

Осигураник-радник, у смислу овог закона је:

1. лице запослено у предузећу и код других домаћих правних и физичких лица;
2. активни официр, односно активни подофицир и војно лице по уговору;
3. лице запослено код осигураника самосталне делатности;
4. лице изабрано или именовано на одговарајућу функцију, ако за тај рад прима плату;
5. лице запослено у организацији или код послодавца упућено на рад у иностранство, под условом да није обавезно осигурано по прописима државе у коју је упућено на рад и ако међународним уговором није другачије одређено;
6. држављанин Републике Српске који је на територији Републике запослен код страних или међународних организација, страних конзуларних или дипломатских представништава и других страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није другачије одређено;
7. страни држављанин и лице без држављанства које је на територији Републике Српске запослено код страних правних или физичких лица, као и код међународних организација или установа, сталних дипломатских или конзуларних представништава, ако је такво осигурање предвиђено међународним уговором.

Члан 12.

Осигураник самосталних делатности, у смислу овог закона је:

1. занатлија, угоститељ, превозник и друго лице које обавља привредну услужну или другу делатност, ако је делатност коју обавља регистрована у складу са прописима;
2. оснивач, односно власник предузећа, радње или њиховог дела који у њима обавља одређене послове, под условом да није обавезно осигуран по другом основу.

Члан 13.

Осигураником земљорадником, у смислу овог закона, сматра се лице које се бави пољопривредном делатношћу као јединим главним занимањем, ако по основу обављања, те делатности остварује средства за живот и под условом да није осигуран по другом основу.

б) Чланови породице осигураника

Члан 14.

Права из здравственог осигурања обезбеђују се и члановима породице лица из члана 10. тачка 1. до 3. и тачка 5. до 14. као и члановима домаћинстава из члана 10. тачка 4. овог закона, ако не остварују права из здравственог осигурања по неком другом основу.

Чланови породице, у смислу овог закона су:

1. чланови уже породице: брачни друг и деца рођена у браку или ван брака, усвојена и пасторчад, ако испуњавају услове из овог закона;
2. чланови шире породице које осигураник издржава.

Општим актом Фонда утврђује се ко се сматра чланом шире породице и услови под којима се сматра да га осигураник издржава.

Домаћинством, у смислу овог закона, сматра се заједница живота, привређивања и трошења средстава остварених радом њених чланова без обзира на сродство.

Члан 15.

Брачни друг осигураника има права из здравственог осигурања док је у браку са осигураником.

Разведени брачни друг коме је судском одлуком утврђено право на издржавање има права из здравственог осигурања, ако је у моменту развода био старији од 45 година (жена), односно 55 година (мушкарац) или без обзира на године живота ако му је у време развода утврђена неспособност за рад у смислу прописа о пензијском и инвалидском осигурању.

Члан 16.

Дете осигураника има права из здравственог осигурања до навршених 15 година, односно до навршене 26 године живота, ако је на редовном школовању, односно до навршених 27 година живота ако је за време редовног школовања био на одслужењу војног рока.

Дете из става 1. овог члана које је због болести прекинуло редовно школовање има права из здравственог осигурања и после старосне границе утврђене у ставу 1. овог члана, али најдуже онолико времена колико је трајао прекид школовања због болести.

Ако дете из става 1. овог члана постане неспособно за самосталан живот и рад у смислу прописа о инвалидском осигурању пре него што истекну рокови за редовно школовање, има права из здравственог осигурања док таква неспособност траје.

Дете из става 1. овог члана које постане неспособно за самосталан живот и рад у смислу прописа о инвалидском осигурању и после узраста утврђеном у ставу 1. овог члана, има права из здравственог осигурања док таква неспособност траје, ако га осигураник издржава због тога што нема сопствених прихода за издржавање.

Деци осигураника која су старија од 15 година, а не налазе се на редовном школовању, обезбеђују се права из здравственог осигурања под условима који су општим актом Фонда утврђени за чланове шире породице.

- в) Лица којима се обезбеђују права из здравственог осигурања у случају повреде на раду и професионалне болести

Члан 17.

Права из здравственог осигурања утврђена овим законом само за случај повреде на раду и професионалног обољења, обезбеђују се:

1. ученицима и студентима који се у складу са законом налазе на обавезном производном раду, професионалној пракси или практичној настави;
2. лицима која раде волонтерски у складу са прописима о радним односима;
3. лицима за време омладинског радног ангажовања посредством задруге ученика, студената и незапослене омладине;
4. лицима за време учешћа у јавним радовима које организује политичко-територијална заједница;
5. лицима која се налазе на стручном оспособљавању, доквалификацији или преквалификацији по упућу надлежног Републичког завода за запошљавање;

6. лицима која у складу са прописима о радним односима обављају привремене или повремене послове.
- г) Лица којима се обезбеђује здравствена заштита на основу закључених међународних уговора у складу са одредбама овог закона

Члан 18.

Држављани земаља са којима је закључен међународни уговор о социјалном (здравственом) осигурању, остварују здравствену заштиту у обиму који је утврђен уговором.

2. Права из обавезног здравственог осигурања

Права из обавезног здравственог осигурања су:

- а) здравствена заштита,
- б) накнада плате за време привремене неспособности за рад.
- а) Здравствена заштита

Члан 19.

Здравствена заштита обухвата:

1. Медицинске мере и поступке за унапређивање здравља, спречавање, сузбијање и рано откривање болести и других поремећаја здравља;
2. Лекарске прегледе и друге врсте медицинске помоћи у циљу утврђивања, праћења и проверавања здравственог стања;
3. Лечење оболелих и повређених и друге врсте медицинске помоћи;
4. Превенцију и лечење болести уста и зуба;
5. Медицинску рехабилитацију у болничким и ванболничким установама;
6. Лекове, помоћни материјал који служи за примену лекова и санитарски материјал потребан за лечење;
7. Протезе, ортопедска и друга помагала, помоћне и санитарне справе, стоматолошке протетске помоћ и стоматолошке материјале.

Члан 20.

Обим, садржај и начин остваривања здравствене заштите из претходног члана утврђује Фонд уз мишљење мини-старства надлежног за послове здравља.

Члан 21.

Здравственом заштитом у смислу члана 19. овог закона не сматрају се:

1. медицинска испитивања ради утврђивања здравственог стања, телесног оштећења и инвалидности у поступцима код других организација и органа, осим испитивања по упуту лекара, односно лекарске комисије;
2. здравствени прегледи ради запошљавања, уписа у средње и више школе, факултете и курсеве, добијање уверења за возачке дозволе, за судске и друге спорове и у другим случајевима када се преглед не обавља у циљу здравствене заштите;
3. преглед запослених упућених на рад у иностранство од стране организација као и мере превентивне здравствене заштите за приватна путовања у иностранство и здравствени преглед за та путовања.

Члан 22.

Осигурана лица остварују здравствену заштиту код доктора породичне медицине, консултативних и дијагностичких служби у дому здравља, апотеци, у болници, клиници и специјализованим болницама.

Одређене услуге се остварују у Заводу за заштиту здравља Републике Српске и другим организацијама.

Члан 23.

Доктор породичне медицине проводи мере из члана 19. тачка 1, 2. и 3. овог закона.

Делокруг рада и услове за рад доктора породичне медицине прописује министарство надлежно за послове здравља у складу са законом.

Члан 24.

Осигурана лица могу на терет Фонда користити здравствену заштиту у здравственим установама на основу упута доктора породичне медицине, осим у случајевима хитне медицинске помоћи.

Осигурана лица користе зубо-здравствену заштиту, као и услуге хигијенско-епидемиолошке службе без упута доктора породичне медицине.

Доктор породичне медицине је дужан да уз упут из става 1. овог члана, обезбеди потребну медицинску документацију у складу са Законом о здравственој заштити.

Члан 25.

Рехабилитацију у специјализованим установама као продужено болничко лечење, осигурана лица могу користити на основу упута надлежне лекарске комисије.

Члан 26.

Коришћење здравствене заштите у иностранству регулише Фонд својим актима у складу са законом.

Члан 27.

Осигурана лица користе здравствену заштиту у најближој здравственој установи на територији на којој имају пребивалиште.

Лицу које је осигурано као власник предузећа, односно радње или по основу самосталног обављања привредне или друге делатности обезбеђују се права из здравственог осигурања према седишту предузећа, односно радње, односно према месту обављања делатности.

Члан 28.

Права из обавезног здравственог осигурања може остваривати лице којем је утврђен статус осигураног лица.

Својство осигураног лица утврђује Фонд на основу пријаве за здравствено осигурање, а доказује се прописаном исправом (у даљем тексту: здравствена књижица).

Оверу здравствене књижице врши надлежна служба Фонда на основу доказа да је обвезник доприноса уплатио све доспеле обавезе по основу доприноса за здравствено осигурање до 10. у месецу за протекли месец.

Под подмиривањем доспелих обавеза од стране приватних послодаваца подразумева се да је послодавац измирио све обавезе за себе и за запослене раднике до 10. у месецу за протекли месец.

Лица која не могу доказати својство осигураника, односно осигураног лица на начин утврђен у овом члану, приликом коришћења права из здравственог осигурања дужна су сама сносити настале трошкове, осим у случају хитне медицинске помоћи.

Члан 29.

Здравствена заштита осигураним лицима обезбеђује се у складу са стандардима медицинских услуга које прописује министарство надлежно за послове здравља.

б) Накнада плата за време привремене неспособности за рад

Члан 30.

Привремену неспособност за рад утврђује овлашћени лекар појединац до 30 дана, а преко 30 дана надлежне лекарске комисије.

Општим актом Фонда утврдиће се начин именовања и надлежности стручно-медицинских органа из претходног става.

Члан 31.

Право на накнаду нето плате за време привремене неспособности за рад имају осигураници запослени у државним и приватним предузећима и установама.

Накнаду плате за првих 120 дана привремене неспособности за рад обезбеђује послодавац из својих средстава, а након тога најдуже до 12 месеци накнаду нето плате обезбеђује Фонд.

Члан 32.

Основ за обрачун накнаде плате за време привремене неспособности за рад је нето плата коју би радник остварио да је био на раду, с тим што не може бити већи од нето плате која служи као основ за обрачун и уплату доприноса за здравствено осигурање.

Члан 33.

Накнада плате за време привремене неспособности за рад одређује се најмање 70% од основа за накнаду из претходног члана, с тим да не може бити већа од 90% од плате коју би осигураник остварио да је био на раду.

Члан 34.

Фонд својим актима ближе уређује начин утврђивања нето накнаде која се исплаћује на терет Фонда и друга питања у вези са накнадом нето плате.

Општим актима државних предузећа, приватних предузећа и установа ближе се утврђују питања у вези исплате накнада плате на терет послодавца.

Члан 35.

Накнада плате припада осигураницима у складу са одредбама овог закона ако су:

1. услед болести или повреде привремено неспособни за рад,
2. спречени да раде због медицинског испитивања,
3. изоловани као клицоноше или због појаве заразе у њиховој околини,
4. одређени да негују оболелог члана уже породице под условима утврђеним овим законом односно актом Фонда,
5. спречени да раде због добровољног давања ткива и органа.

Члан 36.

Накнада плате осигуранику из члана 31. овог закона због неге оболелог члана уже породице млађег од 15 година припада најдуже до 15 дана у току календарске године, а ако је оболели члан уже породице старији од 15 година најдуже до 7 дана у току календарске године.

Члан 37.

Накнада плате, у складу са овим законом, припада од првог дана привремене неспособности за рад и за сво време трајања, али само за време за које би осигураник примао плату да није наступила привремена неспособност за рад.

Ако је привремена неспособност за рад настала због повреде на раду или професионалног обољења накнада плате припада осигуранику од првог дана спречености за рад и за сво време њеног трајања на терет послодавца.

Право на накнаду плате престаје када решење о утврђеној инвалидности према прописима о инвалидском осигурању постане правоснажно.

Члан 38.

У случају дужег трајања привремене неспособности за рад проузроковане болешћу или повредом, а најкасније до истека једне године непрекидне неспособности за рад, доктор породичне медицине је дужан да радника са потребном медицинском документацијом упути надлежном органу за оцену радне способности, односно инвалидности према прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

Организација пензијског и инвалидског осигурања дужна је да изврши оцену радне способности, односно инвалидности у року од 60 дана од дана подношења захтева за оцену радне способности, а за то време накнаду нето плате обезбеђује Фонд.

Истеком рока из претходног става накнаду плате обезбеђује надлежна организација за пензијско и инвалидско осигурање.

Члан 39.

Осигуранику не припада накнада плате:

1. ако је намерно проузроковао неспособност за рад,
2. ако је неспособност за рад проузроковао пијанством,
3. ако се за време привремене неспособности за рад бави привредном или другом активношћу којом остварује приход,
4. ако је намерно спречавао оздрављење,
5. ако се без оправданог разлога не подвргне лечењу, осим ако за лечење није потребан пристанак предвиђен посебним прописима,
6. ако се без оправданог разлога не јави лекару за оцену способности или се не одазове на лекарски, односно комисијски преглед у заказано време.

Осигуранику не припада накнада плате од дана када су утврђене околности из става 1. овог члана па све док трају те околности или њихове последице.

Ако се чињенице из става 1. овог члана утврде после остваривања права на накнаду, исплата накнаде осигуранику се обуставља.

Накнада плате не припада лицима на издржавању казне затвора и лицима према којима се спроводи мера безбедности обавезног психијатријског лечења и чувања у здравственој установи као и обавезног лечења алкохоличара и наркомана у здравственој установи.

Члан 40.

Сва правна и физичка лица дужна су Фонду доставити све податке у вези са пријавом и одјавом на здравствено осигурање, а ради остваривања права и обавеза из обавезног здравственог осигурања.

Рок за подношење пријаве на осигурање, одјаве и друге промене у току осигурања је 8 дана од дана када су се стекли услови за пријаву, одјаву, односно пријаву промене.

Лице за које послодавац не поднесе пријаву на обавезно здравствено осигурање може захтевати од Фонда да призна то својство.

Ако Фонд лицу за које је поднета пријава на здравствено осигурање, не призна својство осигураног лица или му то својство призна по неком другом основу, дужно је да о томе донесе решење.

Фонд општим актом ближе уређује начин пријављивања на здравствено осигурање, начин одјаве са осигурања и промене у осигурању.

Члан 41.

У поступку остваривања права утврђених овим законом примењују се одредбе Закона о општем управном поступку, ако овим законом није другачије одређено.

О правима утврђеним овим законом у првом степену решава надлежна служба Фонда где је осигураник, односно осигурано лице пријављено на осигурање, а у другом степену Фонд.

Члан 42.

Против коначног акта Фонда може се покренути управни спор у року од 30 дана од дана пријема акта.

Члан 43.

Фонд води евиденцију у вези са остваривањем права из здравственог осигурања.

Фонд прописује евиденције у вези са остваривањем права из здравственог осигурања, податке који се у њима воде, обавезе у вези са остваривањем права из здравственог осигурања, образац здравствене књижице и поступак за њено издавање и коришћење.

Лично учешће у трошковима здравствене заштите осигураних лица

Члан 44.

Осигурана лица учествују у трошковима коришћења здравствене заштите.

Скупштина Фонда утврђује висину учешћа осигураних лица у трошковима коришћења здравствене заштите, као и категорије осигураних лица које не подлежу личном учешћу у трошковима коришћења здравствене заштите.

При утврђивању висине учешћа у трошковима коришћења здравствене заштите скупштина Фонда узима у обзир следеће критеријуме: тежина болести, висина трошкова испитивања и лечења и имовно стање осигураних лица.

Члан 45.

Личном учешћу у трошковима здравствене заштите не подлежу:

1. жене у току трудноће и до годину дана старости рођеног детета,
2. деца до навршених 15 година живота,
3. оболели од одређених заразних болести,
4. стара лица у складу са Законом.

Члан 46.

Личног учешћа у трошковима здравствене заштите ослобођена су осигурана лица код спровођења следећих мера:

- унапређивање здравља код појединаца и група становништва;
- спречавању и сузбијању болести и повреда према посебном програму;
- откривања и сузбијања фактора ризика одређених болести према посебном програму.

Програме за провођење мера из овог члана доноси министарство надлежно за послове здравље.

III - ОРГАНИЗАЦИЈА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 47.

Обавезно здравствено осигурање спроводи се преко јединственог и самосталног Фонда.

Органи Фонда су: скупштина, извршни одбор, надзорни одбор и директор.

Члан 48.

Фондом обавезног здравственог осигурања управљају осигураници преко својих представника у скупштини Фонда обавезног здравственог осигурања.

Број чланова скупштине Фонда утврђује се статутом Фонда које бирају осигураници у сразмери са учешћем свог доприноса у Фонду.

Влада Републике Српске даје сагласност на статут Фонда.

Члан 49.

Скупштина Фонда у складу са законом и статутом Фонда врши следеће послове:

- доноси статут Фонда, уз претходну сагласност Владе,
- доноси планове и програме,
- стара се о ефикасном раду и пословању Фонда,
- усваја извештај о пословању и годишњи обрачун,
- утврђује критерије за финансирање здравственог осигурања и здравствене заштите,
- доноси одлуке, решења и друга акта на основу овлашћења и Закона,
- уређује послове и начин коришћења здравствене заштите у иностранству,
- утврђује висину доприноса осигураника на основу одлуке Владе о укупним средствима за здравствену заштиту која се остварују у оквиру здравственог осигурања,
- разматра и усваја минимални пакет основне здравствене заштите на основу расположивих средстава, уз претходну сагласност Владе,
- у заједници са здравственом комором одлучује о ценама здравствених услуга и начину уговарања између Фонда и здравствених установа,
- именује радна тела у циљу унапређења здравственог осигурања и здравствене заштите на појединим подручјима,
- бира извршни одбор и надзорни одбор,
- доноси пословник о свом раду,
- врши и друге послове утврђене законом и статутом Фонда.

Члан 50.

Извршни одбор је извршни орган скупштине Фонда.

Организација Фонда, број чланова, делокруг рада извршног и надзорног одбора утврђује се статутом Фонда.

Члан 51.

Директор Фонда представља Фонд, руководи Фондом и обавља друге послове утврђене законом и статутом Фонда.

Директора Фонда именује Влада Републике Српске.

IV - ФИНАНСИРАЊЕ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 52.

Приход Фонда чине средства:

1. доприноса за обавезно и проширено здравствено осигурање,
2. из буџета,
3. донација,
4. из уступљеног дела посебног пореза на промет алкохола и дувана, других отровних и опојних материја,
5. по конвенцијама,
6. из регреса,
7. из других средстава у складу са законом.

Члан 53.

Обвезници плаћања доприноса су:

1. за осигураника радника - организација, односно послодавац код кога се осигураник налази у радном односу;
2. осигураник самосталне делатности - сам за себе;
3. за осигураника верског службеника - верска заједница у Републици;
4. за осигураника земљорадника - носилац земљорадничког домаћинства и остала лица којима је утврђен катастарски приход на основу обрачуна који врши надлежни орган општине;
5. за лица из члана 10. тачка 5. овог закона - надлежни државни орган за питање бораца, ратних војних инвалида и породица погинулих бораца;
6. за лица из члана 10. тачка 6, 7. и 8. овог закона - Републички завод за запошљавање;
7. за корисника пензије и остале осигуранике из члана 10. тачка 9. овог закона - надлежни орган пензијског и инвалидског осигурања;
8. осигураници из члана 10. тачка 10. овог закона - сами за себе ако није другачије одређено међународним споразумом;
9. за лица из члана 10. тачка 11. овог закона - општина на којој осигураник има пребивалиште;
10. за избегла и расељена лица - надлежни државни орган за питања избеглих и расељених лица;
11. осигураници - страни држављани који се школују на територији Републике Српске - сами за себе, ако није другачије одређено међународним споразумом;

12. за лица из члана 17. овог закона - организација, односно установа која их је ангажовала.

Члан 54.

Скупштина Фонда доноси одлуку о основицама и стопама доприноса за здравствено осигурање.

При утврђивању стопа доприноса скупштина Фонда, планирана средства за текућу годину усклађује са одлуком Владе Републике Српске о укупним средствима која се у тој години могу утрошити за здравствену заштиту, у оквиру здравственог осигурања.

У случају да укупно одобрена средства нису довољна за покривање законом утврђених права, Влада Републике Српске доноси одлуку о начину покрића недостајућих средстава.

Члан 55.

Допринос за здравствено осигурање из буџета за лица за које здравствено осигурање плаћа надлежни државни орган не може бити мањи од просечног доприноса по једном осигураном лицу у претходној години.

Члан 56.

При распоређивању средстава Фонда у текућој години скупштина Фонда дужна је да првенствено обезбеди средства за здравствене приоритете, примарну здравствену заштиту и основни пакет здравствене заштите.

Члан 57.

Фонд образује резерву.

Резерва Фонда образује се:

1. издвајањем одређеног процента из средстава оствареним доприносом у висини коју одреди извршни одбор скупштине Фонда;
2. издвајањем вишка дела прихода над расходима оствареног у претходној години.

Издавање за резерве врши се док резерве не достигну висину од 5% од расхода Фонда у претходној години.

Средства резерви Фонда могу се користити у току године за извршавање текућих обавеза Фонда.

Члан 58.

Односи између Фонда и здравствених установа (државних и приватних), у вези са пружањем здравствене заштите осигураним лицима, регулишу се уговором.

Члан 59.

Уговором из претходног члана овог закона уређују се нарочито: врста, обим и квалитет здравствених услуга које се пружају осигураним лицима Фонда, плаћање уговорених услуга, односно програма здравствене заштите, начин обрачунавања услуга, начин решавања спорних питања и друга међусобна права и обавезе уговорача.

Здравствене услуге пружене осигураним лицима у хитним случајевима плаћају се здравственој установи и у случају када није закључен уговор о пружању здравствених услуга.

Члан 60.

Фонд уговара услуге примарне здравствене заштите са доктором породичне медицине.

Фонд уговара са домом здравља консултативне услуге специјалиста и лабораторијске услуге које се врше по упуту доктора породичне медицине.

Фонд уговара здравствене услуге специјалистичких служби и услуга болничког лечења са болницама на свом подручју, које се врше по упуту доктора породичне медицине.

Фонд уговара услуге високо специјализоване здравствене заштите, односно услуге за које су потребна сложена дијагностичка испитивања и лечење са клиничким центром, специјалним болницама, заводима и институтима.

Фонд уговара са апотекама и апотекарским установама издавање лекова на рецепт утврђених позитивном листом лекова.

Члан 61.

Цене здравствених услуга утврђује Фонд и Здравствена комора Републике Српске.

Фонд и Здравствена комора утврђују јединствен ценовник здравствених услуга и лекова који усваја скупштина Фонда, а примењује се приликом пружања здравствених услуга без упута надлежног доктора породичне медицине и када се ради о услугама пруженим осигураницима проширеног и приватног осигурања.

У случају да се Фонд и Здравствена комора не сложе око питања цена здравствених услуга и других питања из заједничке надлежности спор решава арбитражна комисија коју образује министарство надлежно за послове здравља, а чине је по један представник из Фонда, Здравствене коморе и по један представник министарства надлежног за послове здравља и државног органа надлежног за послове финансија.

Комисија одлучује већином гласова.

V - НАКНАДА ШТЕТЕ У СПРОВОЂЕЊУ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 62.

Осигураник коме је на терет Фонда извршена исплата на коју није имао право, дужан је да врати примљени износ:

1. ако је на основу нетачних података за које је знао или морао знати да су нетачни или на други противправан начин остварио право из здравственог осигурања, односно примање на које није имао право или га је остварио у већем обиму него што му припада;
2. ако је остварио примање, а није пријавио настале промене које утичу на губитак или обим неког права, а знао је или је морао знати за те промене;
3. ако је примио новчане исплате у износу већем од онога који му је одређен решењем.

Рокови застарелости потраживања из претходног става овог члан почињу тећи од дана када је у управном поступку решењем којим је утврђено да исплаћено примање не припада осигуранику или му припада у мањем обиму, односно од дана када је извршена последња неправилна исплата.

Члан 63.

Фонд има право да захтева накнаду штете од лица које је проузроковало болест, повреду или смрт осигураника.

За штету коју је Фонд у случајевима из става 1. овог члана проузроковао радник на раду или у вези са радом, одговара предузеће, односно послодавац код кога радник ради у тренутку проузроковања штете.

Фонд има право, у случају из става 2. овог члана да захтева накнаду штете и непосредно од радника ако је штету проузрковао намерно.

Члан 64.

Фонд има право да захтева накнаду штете од предузећа, односно послодавца, ако су болест, повреда или смрт болесника настали услед тога што нису спроведене мере заштите на раду или друге мере за заштиту грађана.

Фонд има право да захтева накнаду штете од предузећа, односно послодавца и када је штета настала услед тога што је радник ступио на рад без прописаног претходног здравственог прегледа, а касније се здравственим прегледом утврди да радник према свом здравственом стању није био способан за рад на одређеном послу.

Члан 65.

Фонд има право да захтева накнаду штете од предузећа, односно послодавца:

1. ако је штета настала услед тога што нису дати подаци или што су дати неистинити подаци о чињеницама од којих зависи стицање или одређивање права;
2. ако је исплата извршена на основу неистинитих података у пријави о ступању радника на посао или што није поднесена пријава о променама које утичу на губитак или обим права или ако је пријава поднесена после, прописаног рока.

Фонд има право да захтева накнаду штете од осигураника који је дужан сам да подноси пријаве или да даје одређене податке у вези са здравственим осигурањем, ако је штета настала услед тога што пријава није поднета или нису дати подаци или су дати неистинити подаци.

Члан 66.

Фонд има право да захтева накнаду штете од лекара који незаконито утврди спреченост за рад осигураника, ако је због тога Фонд исплатио накнаду.

Ако је штета из става 1. овог члана настала због незаконитог рада лекарских комисија за штету одговарају чланови лекарске комисије.

Фонд има право на накнаду штете, од лекара односно организације која обавља здравствену делатност, ако штета настане због неправилног лечења осигураника односно осигураног лица.

Члан 67.

Висина накнаде штете утврђује се према трошковима с тим у вези, новчаним накнадама исплаћеним осигуранику по одредбама овог закона и другим давањима на терет Фонда.

Члан 68.

Фонд има право да захтева накнаду трошкова лечења за своје осигуранике непосредно од заједнице осигурања имовине и лица која је настала употребом моторног возила осигураног код те заједнице.

Члан 69.

Према одредбама члана 62. до 67. овог закона накнаду штете може захтевати и предузеће и други послодавац који претрпи штету у спровођењу здравственог осигурања својих радника, као и други носиоци здравственог осигурања.

На накнаду штете Фонду, предузећу, послодавцима и другим носиоцима здравственог осигурања, коју претрпе у спровођењу здравственог осигурања, примењују се одредбе Закона о облигационим односима.

Члан 70.

Када Фонд утврди да му је у спровођењу здравственог осигурања проузрокована штета, позваће лице које је штету проузроковало да у одређеном року штету надокнади.

Ако у постављеном року штета не буде надокнађена захтев за накнаду штете Фонд може остварити тужбом код надлежног суда

VI - ПРОШИРЕНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Члан 71.

Фонд може осигуравати грађане Републике Српске и друга лица за права која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, за ослобађање учешћа у личним трошковима за здравствену заштиту, за остваривање здравствене заштите изнад прописаних права и друге здравствене услуге.

Члан 72.

Проширено здравствено осигурање могу обезбедити и предузећа и друга правна лица за своје запослене.

Члан 73.

Скупштина Фонда својим актом утврђује услове и начин коришћења права из проширеног здравственог осигурања.

Члан 74.

Средства из проширеног здравственог осигурања воде се на посебном рачуну.

Члан 75.

Директор Фонда врши управне и друге послове из проширеног осигурања у складу са статутом и одлуком скупштине Фонда о условима и начину коришћења права из проширеног здравственог осигурања.

VII - ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Члан 76.

Грађани Републике Српске и друга лица могу се осигурати код приватне агенције за здравствено осигурање за права из здравственог осигурања и права која нису обухваћена обавезним и проширеним здравственим осигурањем.

Члан 77.

Услове за оснивање приватне организације здравственог осигурања, обавезе према осигураницима и начела организације прописије министарство надлежно за послове здравља.

Члан 78.

Приватне агенције здравственог осигурања уговарају пружање здравствених услуга директно са здравственим установама на основу јединствених цена здравствених услуга које утврђује Фонд и здравствене коморе.

Члан 79.

Надзор над законитошћу рада приватне агенције за здравствено осигурање врши министарство надлежно за послове здравља.

VIII - КОНТРОЛА И РЕВИЗИЈА

Члан 80.

Фонд врши контролу обрачуна и наплате доприноса и у том смислу има следећа овлашћења:

1. врши контролу и ревизију плата запослених и осталих личних примања која су од утицаја на утврђивање и висину доприноса за здравствено осигурање;
2. врши контролу и ревизију законитости и правилности обрачуна и благовременог плаћања доприноса;
3. испоставља платни налог ради принудне наплате доприноса кад утврди да обвезник уплате доприноса није своју обавезу уплате доприноса извршио на време и у целости,
4. врши обрачун камата за обвезнике доприноса који не уплате допринос у року доспелости према овом закону, по каматној стопи прописаној Законом о порезима на доходак грађана.

Члан 81.

У поступку контроле и ревизије из претходног члана, овлашћени контролор - ревизор Фонда има право да:

1. врши преглед пословних књига и друге документације;
2. контролише исплате са жиро-рачуна, текућих рачуна, девизних рачуна и готовинске исплате и плаћене доприносе;
3. привремено одузима поједине пословне књиге, документа и друга доказна средства од значаја за утврђивање обавезе уплате доприноса;
4. захтева помоћ радника најближег органа унутрашњих послова, ако без његове помоћи не може да изврши контролу и ревизију;
5. утврђује идентитет обвезника уплате доприноса и запослених који обављају делатност;
6. узима писмене изјаве од обвезника и сведока о чињеницама од значаја за утврђивање и наплату доприноса;
7. врши и друге послове неопходне за откривање и санкционисање избегавања обрачуна и уплате доприноса.

О утврђеном стању након контроле или ревизије, овлашћени контролор Фонда саставља записник.

IX - КАЗНЕНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 82.

Новчаном казном од 3.000 КМ до 15.000 КМ казниће се предузеће, односно здравствена установа, а одговорно лице новчаном казном од 200 КМ до 1.500 КМ:

1. ако противно одредбама овог закона ускрати или ограничи права која осигуранику припадају по овом закону;
2. ако прошири право осигураника или омогући неко право лицу коме то право по овом закону не припада уопште или не припада у том обиму;

3. ако не води или неуредно води прописане евиденције о осигураницима;
4. ако ускрати давање појединих података Фонду или да нетачне податке и обавештења о осигураном лицу или спречи преглед пословних књига или евиденција које се односе на здравствено осигурање;
5. ако не поднесе пријаву на здравствено осигурање осигураника, одјаву, или промену пријаве, или ове пријаве поднесе по истеку прописаног рока, или поднесе неуредну пријаву, или пријаву са нетачним подацима о осигуранику;
6. ако ускрати потребну медицинску помоћ лицу које има право на здравствену заштиту по овом закону;
7. ако намерно спречи осигурано лице у остваривању права по овом закону или му помогне у противзаконитом коришћењу права из здравственог осигурања;
8. ако намерно омогући коришћење права из здравственог осигурања по овом закону лицу које нема на то право.

Новчаном казном од 1.000 КМ до 9.000 КМ казниће се приватни послодавац за прекршаје из овог члана.

Члан 83.

Новчаном казном од 100 КМ до 1.500 КМ казниће се осигурано лице:

1. ако свесно проузрокује неспособност за рад;
2. ако намерно спречи оздрављење или оспособљавање за рад;
3. ако за време боловања остварује зараду или се бави приватном делатношћу.

Х - ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 84.

Ступањем на снагу овог закона Фонд преузима имовину и запослене раднике Јавног фонда за здравствено осигурање Републике Српске.

Члан 85.

Фонд је дужан да усагласи своју организацију и опште акте у року од 6 месеци од дана ступања на снагу овог закона.

Члан 86.

До доношења аката из претходног члана примењиваће се одговарајући општи акти који су на снази на територији Републике Српске у моменту ступања на снагу овог закона.

Члан 87.

Даном ступања на снагу овог закона престаје да важи Закон о здравственом осигурању („Службени гласник Републике Српске“, бр. 12/93 и 14/94).

Члан 88.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Српске“.

Број: 01-604/99
15. јула 1999. године

Председник
Народне скупштине,
Петар Ђокић, с.р.