



Na osnovi članka 22 Statuta Brčko distrikta Bosne i Hercegovine (Službeni glasnik Brčko distrikta Bosne i Hercegovine, broj 3/07), Skupština Brčko distrikta Bosne i Hercegovine na 73. redovitoj sjednici održanoj 29. srpnja 2008. godine, usvaja

ZAKON

O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU BRČKO DISTRIKTA BOSNE I HERCEGOVINE

Članak 1

U Zakonu o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta Bosne i Hercegovine (Službeni glasnik Brčko distrikta Bosne i Hercegovine, brojevi: 1/02, 7/02 i 19/07), u članku 6 stavku 2, tekst: „iz članka 18 ovog članka“ zamjenjuje se tekstom: „iz članka 18 ovoga zakona“.

Članak 2

Članak 13 mijenja se i glasi:

„Članak 13

- (1) Za određene rizike u provođenju zdravstvenog osiguranja u Distriktu mogu se uvesti posebni oblici zdravstvenog osiguranja:
 - a) osiguranje za slučaj nesreće ili profesionalnog oboljenja;
 - b) osiguranje u svrhu troškova naknade plaće;
 - c) drugi oblici.
- (2) Posebni oblici zdravstvenog osiguranja će se urediti pravilnikom kojeg donosi Fond zdravstvenog osiguranja, nakon pribavljenog mišljenja Odjela za zdravstvo.“

Članak 3

U članku 18 stavak 1 točka 12, riječi: „policijски službenici i vatrogascи“ zamjenjuju se riječima: „policijски službenici, vatrogascи i razmineri“.

Članak 4

Članak 21 mijenja se i glasi:

„Članak 21

- (1) Zdravstvena zaštita propisana ovim zakonom provodi se kao:
 - a) primarna zdravstvena zaštita,
 - b) specijalističko-konzultativna zdravstvena zaštita,
 - c) bolnička zdravstvena zaštita.
- (2) Zdravstvena zaštita obuhvaća:
 - a) hitnu medicinsku pomoć;
 - b) preventivnu zdravstvenu zaštitu osiguranih osoba, i to:
 - 1) prevenciju zaraznih bolesti;

- 2) prevenciju bolesti usta i zuba;
 - 3) prevenciju psihijatrijskih i neuroloških oboljenja koja potencijalno dovode u opasnost živote bolesnika ili drugih osoba;
 - 4) prevenciju malignih oboljenja;
 - 5) prevenciju AIDS-a;
 - 6) prevenciju tuberkuloze;
 - 7) obveznu imunizaciju protiv dječjih zaraznih bolesti;
 - 8) osiguranje higijensko-epidemiološkog minimuma u svim uvjetima življenja;
 - 9) medicinske - sistematske preglede u smislu određivanja, praćenja i potvrde zdravstvenog statusa, osim preventivnih zdravstvenih pregleda koje na temelju zakona i drugih propisa osigurava poslodavac;
- c) ambulantno i stacionarno liječenje;
 - d) medicinsku rehabilitaciju, kao nastavak bolničkog liječenja;
 - e) ortopedska i druga pomagala;
 - f) lijekove koji su utvrđeni esencijalnom listom lijekova;
 - g) pravo na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu na temelju odredaba ovog zakona, međudržavnih sporazuma o socijalnom osiguranju i na temelju njih donesenih provedbenih akata.“

Članak 5

U članku 22 iza stavka 1 dodaju se stavci 2, 3 i 4, koji glase:

- “(2) Do donošenja osnovnog paketa zdravstvenih usluga iz stavka 1 ovog članka, zdravstvena zaštita se provodi kroz plan i program mjera zdravstvene zaštite koje donosi Odjel za zdravstvo.
- (3) Provedbeni akt o opsegu realizacije plana i programa iz stavka 2 ovog članka, uz prethodnu suglasnost Odjela za zdravstvo, donosi Fond zdravstvenog osiguranja sukladno s financijskim planom za svaku godinu, a najkasnije do 31. 12. tekuće godine za iduću godinu.
- (4) U slučaju nedonošenja provedbenog akta iz stavka 3 ovog članka do 31.12. tekuće godine za iduću godinu, u prvom kvartalu iduće godine primjenjuje se provedbeni akt iz prethodne godine.”

Članak 6

Članak 24 se briše.

Članak 7

U dosadašnjem članku 25 stavak 2 mijenja se i glasi:

- „(2) Standarde i normative zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja donosi Fond zdravstvenog osiguranja, uz prethodno pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo“.

Iza stavka 2 ovog članka dodaju se novi stavci 3 i 4 koji glase:

- „(3) Standarde iz stavka 2 ovog članka odobrava Skupština Distrikta.
- (3) Pravilnik o načinu realizacije obveznog zdravstvenog osiguranja donosi Fond zdravstvenog osiguranja, uz prethodno pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.“

Članak 8

U dosadašnjem članku 28 stavak 2 mijenja se i glasi:

„(2) Osnove, kriterije i standarde za uređenje pitanja iz stavka 1 ovog članka, određuje Fond zdravstvenog osiguranja, uz prethodno pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.“

Članak 9

U dosadašnjem članku 31 stavak 1 riječ: „uspješno“ se briše.

U stavku 3 ovog članka tekst: „Pravilnik iz stavka 2“ zamjenjuje se tekstem: „Propise iz stavaka 1 i 2“.

Članak 10

U dosadašnjem članku 35 stavak 1 u alineji 5, riječi: „kontrolor Fonda zdravstvenog osiguranja“ zamjenjuju se riječima: „Fond zdravstvenog osiguranja“.

Članak 11

U članku 36 stavak 1 mijenja se i glasi:

„(1) Naknada plaće se obračunava od osnovice plaće koju čini prosječno isplaćena neto plaća osiguranika za broj sati redovnog rada bez dodataka, u posljednja tri mjeseca koja prethode mjesecu u kojem nastupi slučaj na temelju kojeg se stječe pravo na naknadu.“

Članak 12

U dosadašnjem članku 37 stavak 2 vrši se ispravak označavanja točaka na način da točka „12.“ postaje točka „a“, točka „13.“ postaje točka „b“ i točka „14.“ postaje točka „c“.

Stavak 3 ovog članka mijenja se i glasi:

„(3) Najviši i najniži iznos naknade plaće utvrđuje se aktom Fonda zdravstvenog osiguranja.“

Iza stavka 3 ovoga članka dodaje se novi stavak 4 koji glasi:

„(4) Provedbene propise o načinu realizacije prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz poglavlja pod nazivom: „b) novčane naknade“ koje obuhvaća odredbe od članka 32. do članka 39., donosi Fond zdravstvenog osiguranja“.

Članak 13

Dosadašnji članak 38 mijenja se i glasi:

„Članak 38

(1) U slučaju spriječenosti za rad navedene u članku 37 stavak 2 točka a), pravne i fizičke osobe osiguravaju u cijelosti iz vlastitih izvora sredstva za realizaciju prava iz članka 37, stavak 2 točka a) ovoga zakona.

(2) Pravne i fizičke osobe mogu se reosigurati za slučaj rizika iz stavka 1 ovog članka.“

Članak 14

U dosadašnjem članku 39, riječi: „odnosno za vrijeme prva tri mjeseca rodiljskog dopusta“ se brišu.

Iza stavka 1 ovog članka dodaje se novi stavak 2 koji glasi:

„(2) Način ostvarivanja prava i izvršavanja obveza poslodavca iz stavka 1 ovog članka utvrđuje Fond zdravstvenog osiguranja svojim aktom, uz pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.“

Članak 15

U članku 40 stavak 3 mijenja se i glasi:

„(3) Plaćanje troškova prijevoza uređuje se aktom Fonda zdravstvenog osiguranja.“

Članak 16

U dosadašnjem članku 42 stavak 1 mijenja se i glasi:

„(1) Visinu, kriterije i način korištenja naknade putnih troškova iz članka 40 stavak 1 ovog zakona, za svaku financijsku godinu utvrđuje Fond zdravstvenog osiguranja, uz suglasnost Odjela za zdravstvo.“

Stavak 2 ovoga članka se briše, a stavak 3 postaje stavak 2.

Članak 17

Poglavlje Zakona pod nazivom: „d) Ostale naknade“ i dosadašnji članak 43 se brišu.

Članak 18

U dosadašnjem članku 45 stavak 1 iza riječi: „osiguranika“ dodaju se riječi: „najkasnije u roku od osam dana od dana nastanka promjene“.

Članak 19

U dosadašnjem članku 46 stavak 1 iza riječi: „u zdravstvenoj ustanovi/privatnoj praksi“ dodaju se riječi: „sa kojima je Fond zdravstvenog osiguranja zaključio ugovor“.

U stavku 3 ovog članka riječi: „kontrolor Fonda zdravstvenog osiguranja“ zamjenjuju se riječima: „Fond zdravstvenog osiguranja“, a tekst: „48 sati“ zamjenjuje se riječima: „pet dana“.

U stavku 5 ovoga članka iza riječi: „nadzor“ dodaju se riječi: „koji se propisuje aktom Fonda zdravstvenog osiguranja“.

Iza stavka 5 ovoga članka dodaje se novi stavak 6 koji glasi:

„(6) Ukoliko privremena spriječenost za rad traje dulje od 30 dana, ovlašteni liječnik je dužan uputiti osiguranika na liječničko povjerenstvo koje imenuje Fond zdravstvenog osiguranja uz prethodnu suglasnost Odjela za zdravstvo.“

Dosadašnji stavak 6 ovog članka postaje stavak 7 i mijenja se i glasi:

„(7) Nadzor iz stavka 5 ovog članka vrši Fond zdravstvenog osiguranja i pravna ili fizička osoba kod koje je osiguranik zaposlen za razdoblje za koje oni plaćaju naknadu plaće na teret svojih sredstava, u slučaju kad postoji sumnja u zlouporabu prava na naknadu plaće, u smislu članka 35 stavak 1 ovog zakona.“

Postojeći stavak 7 postaje stavak 8.

Članak 20

U dosadašnjem članku 48 stavak 1 tekst: „točka 3“ zamjenjuju se tekstem „točka c“.

Članak 21

U dosadašnjem članku 52 stavak 4 riječi: „tri dana“ zamjenjuju se riječima: „pet dana“.

Članak 22

U dosadašnjem članku 54 riječ: „općem“ se briše.

Članak 23

U dosadašnjem članku 71 točka 13 se briše.

Članak 24

Dosadašnji članak 72 se briše.

Članak 25

U dosadašnjem članku 73 stavak 2 riječi: „uz suglasnost Skupštine Distrikta“ se brišu.

Članak 26

Dosadašnji članak 77 mijenja se i glasi:

„Članak 77

Obveznici obračunavanja i plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje su:

- a) poduzeća i druge pravne i fizičke osobe, koji obavljaju gospodarsku i negospodarsku djelatnost, za svoje zaposlene, neovisno od toga radi li se o tuzemnim ili stranim radnicima, u javnom ili privatnom sektoru, profitnom ili neprofitnom;
- b) samozaposlene osobe, same za sebe;
- c) poljoprivrednici sami za sebe i za članove svoje obitelji, ukoliko nisu osigurani po drugoj osnovi;
- d) osobe zaposlene u inozemstvu, za članove svojih obitelji koji žive na prostoru Distrikta, ako nisu osigurane po nekoj drugoj osnovi, što je regulirano međudržavnim sporazumima o socijalnom osiguranju;
- e) Fond mirovinsko-invalidskog osiguranja, za korisnike mirovina i korisnike drugih prava po osnovi mirovinsko-invalidskog osiguranja;
- f) Mjerodavno tijelo za pitanja branitelja, za osobe kojima je priznat status vojnog, mirnodopskog ili civilnog invalida rata, za korisnike obiteljske invalidnine ako nisu osigurani po drugoj osnovi;

- g) Mjerodavno tijelo za policijske službenike, vatrogasce i razminere;
- h) studentske i omladinske zadruge, za osobe koje su angažirane na povremene poslove za slučaj ozljede na radu ili profesionalnog oboljenja, ako nisu osigurane po nekoj drugoj osnovi;
- i) mjerodavno tijelo uprave Distrikta, za osobe u stanju socijalne potrebe;
- j) mjerodavno tijelo uprave Distrikta za učenike/studente koji nisu osigurani po drugoj osnovi i za učenike/studente koji obavljaju pripravnički staž koji je vezan za njihovo školovanje;
- k) Zavod za zapošljavanje, za osobe koje su registrirane u Zavodu za zapošljavanje, ako nisu osigurane po drugoj osnovi, sukladno propisima iz oblasti zapošljavanja u Distriktu;
- l) autorske agencije, udruga građana, druge profesionalne i športske udruge, organizatori športskih i drugih javnih manifestacija, za sudionike tih manifestacija, za članove njihovih udruga koja se bave profesionalnom ili drugom djelatnošću kojom ostvaruju prihode, za vrhunske športaše koje kao takve rangira Športski savez Distrikta ili Olimpijski komitet BiH, ako nisu osigurani po drugoj osnovi;
- m) osobe koje imaju privremeno boravište i rade u Distriktu, a zaposleni su kod stranog poslodavca i nemaju osiguranje kod stranog fonda zdravstvenog osiguranja ili druge ustanove mjerodavne za realizaciju zdravstvenog osiguranja;
- n) osoba koja je na području Distrikta zaposlena kod pravne ili fizičke osobe kao što je međunarodna organizacija i ustanova ili strano diplomatsko ili konzularno predstavništvo, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;
- o) druge osobe sukladno s propisima iz oblasti zdravstvenog osiguranja.“

Članak 27

U dosadašnjem članku 79 stavak 1 mijenja se i glasi:

"(1) Pregled poslovnih knjiga s ciljem kontrole obračuna i uplate doprinosa za zdravstveno osiguranje vrši mjerodavna inspeksijska služba Direkcije za financije Distrikta sukladno zakonu“.

U stavku 3 ovog članka tekst: „iz stavaka 1 i 2 ovog članka“ zamjenjuju se tekстом: „iz stavka 2 ovog članka“.

Članak 28

U dosadašnjem članku 81 stavak 2 mijenja se i glasi:

„(2) Sredstvima proračuna Distrikta financiraju se:

- a) povećani troškovi zdravstvene zaštite izazvani većim odstupanjima u odnosu na planirana sredstva zdravstvenog osiguranja zbog određenih izvanrednih ili drugih otežanih uvjeta provedbe zdravstvene zaštite;
- b) troškovi dijalize, suzbijanje epidemija i slično;
- c) troškovi transplantacije tijela osiguranika Distrikta;
- d) troškovi zdravstvene zaštite osoba starijih od 65 godina iznad razine obveznog zdravstvenog osiguranja;
- e) troškovi zdravstvene zaštite osoba s nepoznatim prebivalištem;
- f) troškovi razvoja znanstveno-istraživačke djelatnosti, statističkih istraživanja u oblasti zdravstva koji su od interesa za Distrikt;
- g) razvoj zdravstveno-informacijskih sustava u Distriktu i povezivanje s drugim informacijskim sustavima u BiH;

- h) doprinosi za zdravstveno osiguranje osoba koje su registrirane u Zavodu za zapošljavanje Distrikta, a koje ne primaju novčanu naknadu za vrijeme nezaposlenosti;
- i) doprinosi za zdravstveno osiguranje osoba iz točke 4 Sporazuma o implementaciji entitetskih obveza iz Konačne arbitražne odluke za Brčko koje se odnose na zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje od 24. 10. 2000. godine;
- j) doprinosi za zdravstveno osiguranje ili troškovi zdravstvene zaštite stanovnika Distrikta koji su obuhvaćeni socijalnim programima i mjerama socijalne politike Vlade Distrikta.“

Članak 29

U dosadašnjem članku 95 stavak 2 mijenja se i glasi:

(2) „Prošireno zdravstveno osiguranje, sukladno ovom zakonu počinje funkcionirati u roku od 24 mjeseca od uređenja sustava obveznog zdravstvenog osiguranja.“

U stavku 4 ovog članka riječi: „Odjel za zdravstvo je dužan“ zamjenjuju se riječima: „Odjel za zdravstvo i Fond zdravstvenog osiguranja su dužni“.

Članak 30

Dosadašnji članak 99 mijenja se i glasi:

„Članak 99

Osnovni paket usluga iz obveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utvrđuje se u roku od 24 mjeseca od stupanja na snagu ovog zakona.“

Članak 31

Ovaj zakon stupa na snagu 8. (osmog) dana od dana objavljivanja u Službenom glasniku Brčko distrikta BiH.

Broj: 01-02-151/08
Brčko, 29. srpnja 2008. godine

PREDSJEDNIK
SKUPŠTINE BRČKO DISTRIKTA BiH
Prof. dr. Milan Tomić, v.r.