

Na temelju članka 8 Zakona o Službenom glasniku Brčko distrikta BiH („Službeni glasnik Brčko distrikta BiH“ brojevi 1/00 i 17/04) i Odluke o davanju ovlasti Zakonodavnom povjerenstvu Skupštine Brčko distrikta BiH broj 01-02-218/17 od 13. 9. 2017. godine, Zakonodavno povjerenstvo Skupštine Brčko distrikta BiH na 87. sjednici održanoj 25. 2. 2020. godine utvrdilo je pročišćeni tekst Zakona o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta Bosne i Hercegovine („Službeni glasnik Brčko distrikta BiH“ broj 01/02), s izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta BiH („Službeni glasnik Brčko distrikta BiH“ broj 07/02 , 19/07, 02/08, 34/08 i 34/19)

Broj: 01-02-209-02/20

Brčko, 25. 2. 2020. godine

PREDSJEDATELJ ZAKONODAVNOG POVJERENSTVA

Ljubiša Lukić, v. r.

Z A K O N O Z D R A V S T V E N O M O S I G U R A N J U B R Č K O D I S T R I K T A B O S N E I H E R C E G O V I N E P R O Č I Š Ć E N I T E K S T

I OSNOVNE ODREDBE

Članak 1

1. Zdravstveno osiguranje, kao dio socijalnog osiguranja građana, jedinstveni je sustav u okviru koga građani ulaganjem sredstava na načelima uzajamnosti i solidarnosti, u okviru Brčko Distrikta Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Distrikt) osiguravaju realizaciju prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava proizašlih iz zdravstvenog osiguranja na način utvrđen ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu zakona, pod uvjetom da je plaćen propisani doprinos.

Članak 2

Za potrebe ovog zakona slijedeći termini imaju značenje:

1. „obvezno zdravstveno osiguranje“ predstavlja vid osiguranja koje je obvezujuće za sva zaposlene i druge osobe određene ovim zakonom, kojima se nakon uplate propisanog doprinosa

osigurava zdravstvena zaštita na razini osnovnog paketa usluga, kao i druga prava određena ovim zakonom;

2. „prošireno zdravstveno osiguranje“ predstavlja vid dodatnog osiguranja koje se odnosi na usluge izvan osnovnog paketa usluga, a osigurava se putem Fonda zdravstvenog osiguranja Distrikta;

3. „dobrovoljno zdravstveno osiguranje“ predstavlja poseban vid osiguranja kojim se osobama za koja se ne može jasno odrediti kategorija osiguranja osiguraju usluge istovjetne uslugama obveznog zdravstvenog osiguranja;

4. „član obitelji“ podrazumijeva supružnika (drugog člana bračnog para) i djecu rođenu u braku, izvan braka, usvojenu, pastorčad ili djecu uzetu na izdržavanje;

5. „primarna zdravstvena zaštita“ predstavlja skup aktivnosti obiteljskog liječnika, stomatološku zaštitu, hitnu medicinsku pomoć, zdravstvenu zaštitu žena i djece, specijalističku, dijagnostičku, farmaceutsku djelatnost i zaštitu mentalnog zdravlja;

6. „specijalističko konzultativna zaštita“ predstavlja skup mjera, aktivnosti i postupaka u svrhu dijagnosticiranja, medicinskog tretmana i rehabilitacije bolesnika kojima, imaju i u vidu prirodu oboljenja i druge okolnosti, bolničko liječenje nije neophodno;

7. „bolnička zdravstvena zaštita“ predstavlja mjere, aktivnosti i postupke poduzete u svrhu dijagnosticiranja, tretmana i medicinske rehabilitacije bolesnika u odgovarajućim stacionarnim zdravstvenim ustanovama;

8. „pravilnik“ predstavlja skup internih pravila Fonda zdravstvenog osiguranja Distrikta koja reguliraju zdravstvenu zaštitu, novčane naknade i druga prava, kao i odnose između davatelja zdravstvenih usluga i Fonda zdravstvenog osiguranja i druga pitanja u vezi s tim, u skladu s ovim zakonom.

Članak 3

(1) Doprinosi za zdravstveno osiguranje osoba iz članka 18. plaćaju se na osnovu mjesta prebivališta po propisima Brčko Distrikta BiH.

(2) U okviru Distrikta sredstva za zdravstveno osiguranje mogu se ulagati i na dobrovoljnoj osnovi.

(3) Stanovnici Distrikta upućeni na rad u inozemstvo su obvezno osigurani i imaju pravo na usluge regulirane ovim zakonom.

Članak 4

Pod uvjetima određenim ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu zakona, građani Distrikta imaju pravo na zdravstveno osiguranje koje obuhvata:

1. Obvezno zdravstveno osiguranje

2. Prošireno zdravstveno osiguranje
3. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Članak 5

- (1) Realizaciju prava iz zdravstvenog osiguranja Distrikt osigurava putem posebne ustanove koja se formira odlukom Skupštine Distrikta, a koja će poslovati pod imenom: Fond zdravstvenog osiguranja Brčko Distrikta Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Fond zdravstvenog osiguranja).
- (2) Odlukom iz stavka 1 ovog članka odredit će se organizacija, djelokrug rada, način upravljanja i druga pitanja u vezi s funkcioniranjem Fonda zdravstvenog osiguranja i izvršenje prava i obveza određenih ovim zakonom.

Članak 6

- (1) Pravo na obvezno zdravstveno osiguranje imaju sve zaposlene osobe i druge osobe koje obavljaju određene djelatnosti ili imaju određeno svojstvo, propisano ovim zakonom.
- (2) Obvezno zdravstveno osiguranje se odnosi na sve osobe iz članka 18 ovog zakona (u daljem tekstu osiguranici).
- (3) Pravo na obvezno zdravstveno osiguranje imaju i članovi obitelji osiguranika, kad je to određeno ovim zakonom.

Članak 7

- (1) Obveznim zdravstvenim osiguranjem osigurava se osiguranicima i članovima njihovih obitelji, pod uvjetima propisanim ovim zakonom, pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade i pomoći određene ovim zakonom.
- (2) Opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja određuje se ovim zakonom i na osnovu njega donesenim propisima.

Članak 8

- (1) Obvezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje zasnivaju se na načelima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika u okviru Distrikta.
- (2) Obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje se također mogu zasnivati na principima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika Distrikta sa osiguranicima iz Entiteta Bosne i Hercegovine: Federacije Bosne i Hercegovine i Republike Srpske (u daljem tekstu: Entiteti), kao i uzajamnosti i solidarnosti Fonda zdravstvenog osiguranja Distrikta s istovjetnim Fondovima- Zavodima u Entitetima, a u skladu s ovim zakonom i na osnovu njega zaključenim ugovorima.

Članak 9

- (1) Sve osigurane osobe su ravnopravne u ostvarivanju svojih prava iz zdravstvenog osiguranja.
- (2) Prava koja osiguranici imaju po ovom zakonu, ne mogu se ugovorom mijenjati ili prenositi na druge osobe, niti se mogu nasljeđivati.

- (3) Izuzetno od stavka 2 ovog članka, mogu se nasljeđivati novčana primanja koja su dospjela za isplatu, a koja su ostala neisplaćena uslijed smrti osiguranika.

Članak 10

Osiguranici sudjeluju u snošenju troškova korištenja određenih vidova zdravstvene zaštite, kada je to određeno ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu ovog zakona.

Članak 11

Vidovi zdravstvene zaštite i prava koja nisu obuhvaćena obveznim ili dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, mogu se ostvariti proširenim zdravstvenim osiguranjem.

Članak 12

- (1) Sredstva za realizaciju prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se iz doprinosa od kojih se obrazuju sredstva Fonda zdravstvenog osiguranja, u skladu s ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu ovog zakona. Sredstva se mogu ostvarivati i iz drugih izvora određenih zakonom i drugim propisima donesenim na osnovu zakona (porezi, premije, obveze, sredstva iz proračuna Distrikta).
- (2) Sredstva za realizaciju proširenog zdravstvenog osiguranja, osiguravaju se iz dodatnih doprinosa osiguranika, u skladu sa ovim zakonom.
- (3) Sredstva za dobrovoljno zdravstveno osiguranje osiguravaju građani osobno ili putem poduzeća, institucija ili na neki drugi način na koji sami odluče da udružuju sredstva za ovo osiguranje, u skladu s ovim zakonom.

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 14

Prava iz zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na teret Fonda zdravstvenog osiguranja samo ukoliko se koriste na način utvrđen zakonom i propisima donesenim na osnovu zakona.

Članak 15

(1) U cilju ostvarivanja prava iz obveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i osiguranja sredstava za prošireno zdravstveno osiguranje građana, Fond zdravstvenog osiguranja vodi odvojene/posebne račune za svaki vid osiguranja, u skladu sa odredbama zakona.

(2) Sredstva s posebnog računa iz stavka 1, ovog članka moraju se namjenski trošiti.

(3) Nije dozvoljeno međusobno prelivanje sredstava između računa.

Članak 16

(1) Fond zdravstvenog osiguranja obvezan je organizirati praćenje ostvarivanja i korištenja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, praćenje uplata i potrošnje pojedinačno, po obveznicima, koriste i kompatibilne dijelove informacionih sistema u Federaciji Bosne i Hercegovine i Republici Srpskoj, ukoliko su odgovarajući.

(2) Stavak 1 ovog članka shodno se primjenjuje i na dobrovoljno i prošireno zdravstveno osiguranje.

Članak 17

(1) Fond zdravstvenog osiguranja pokriva troškove pruženih usluga onim zdravstvenim institucijama davateljima usluga sa kojima je zaključio ugovor o pružanju usluga zdravstvene zaštite njegovim osiguranicima.

(2) Davatelji usluga sa kojima Fond zdravstvenog osiguranja nije zaključio ugovor, pružene usluge naplaćuju neposredno od pacijenata, a u skladu sa odobrenim cjenikom usluga.

II OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. Osigurane osobe

a) Osiguranici

Članak 18

(1) U skladu sa ovim zakonom, osiguranici su:

1. osobe koje su zaposlena kod pravnih ili fizičkih osoba, osobe izabrane ili imenovane za obavljanje određenih dužnosti u organima i institucijama Distrikta, ukoliko za svoj rad primaju plaću,

2. osobe koje osobnim radom samostalno obavljaju poslove u privatnom sektoru (samozaposleni) u vidu zanimanja ili profesionalne djelatnosti,
3. osobe koje imaju privremeno boravište i rade u Distriktu, a zaposlene su kod stranog poslodavca i nemaju osiguranje kod stranog fonda zdravstvenog osiguranja ili druge ustanove nadležne za realizaciju zdravstvenog osiguranja,
4. osobe koje se nakon završenog školovanja nalaze na obveznom praktičnom radu, ako rade puno radno vrijeme,
5. poljoprivrednici/farmeri koji obavljaju poljoprivredne poslove u Distriktu, kao svoje jedino ili glavno zanimanje, poljoprivrednici koji su iznajmili svoje poljoprivredno zemljište i osobe koje su uzele zemljište u zakup, ukoliko nisu osigurane po drugom osnovu,
6. korisnici mirovina koji žive u Distriktu,
7. korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju i zaposlenje u skladu s odredbama zakona o mirovinsko -invalidskom osiguranju,
8. korisnici mirovina i invalidnine s prebivalištem na prostoru Distrikta, koji to pravo isključivo ostvaruju iz stranih mirovinsko - invalidskih osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno,
9. nezaposlene osobe, registrirane u nadležnoj službi za zapošljavanje u Distriktu,
10. osobe s prebivalištem u Distriktu, kojima je priznat status vojnog, mirnodopskog ili civilnog invalida rata ili status korisnika obiteljske invalidnine, u skladu s pozitivnim propisima, ako nisu osigurana po nekom drugom osnovu,
11. osobe koje su korisnici socijalne pomoći,
12. policijski službenici vatrogasci i razmineri i
13. druge osobe određene posebnim propisima.

(2) Državljanima zemalja sa kojima je sklopljen Međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju (zdravstveno osiguranje) ostvaruju zdravstvenu zaštitu u opsegu koji je utvrđen ugovorom.

b) Članovi obitelji osiguranika

Članak 19

(1) Članovi obitelji osiguranika koji su korisnici prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja su: njegov supružnik i djeca.

(2) Djeca iz stavka 1 ovog članka imaju prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja do navršene 15 godine života, a ako redovno pohađaju školu, sveučilište ili neku drugu obrazovnu ustanovu, do završetka školovanja, a najduže do navršenih 27 godina.

(3) Djeca osiguranika koja su zbog povrede ili bolesti prekinula redovno školovanje, imaju pravo na zdravstveno osiguranje u toku trajanja liječenja bolesti ili povrede.

(4) Djeca osiguranika koja postanu trajno ili privremeno nesposobna za rad prije 15 godina starosti ili u toku perioda redovnog školovanja, imaju pravo na zdravstveno osiguranje tokom trajanja njihove nesposobnosti, a u skladu s posebnim propisima.

2. Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 20

(1) Obveznim zdravstvenim osiguranjem pod određenim uvjetima i slučajevima određenih ovim zakonom, osigurava se:

- zdravstvena zaštita
- novčane naknade i
- druga prava određena zakonom.

(2) članovima obitelji osiguranika osigurava se:

- zdravstvena zaštita i
- druga prava određena zakonom.

a) zdravstvena zaštita

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 22

- (1) Opseg i vrstu usluga iz članka 21 ovog zakona koje spadaju u osnovni paket usluga, određuje Fond zdravstvenog osiguranja, a odobrava ga Skupština Distrikta nakon pribavljenog mišljenja Odjela za zdravstvo.
- (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 ne donošenja 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 23

Zdravstvena zaštita iz članka 21 ovog zakona, ne uključuje usluge koje nemaju za cilj poboljšanje zdravstvenog stanja osiguranika.

Članak 24

Članak 24 brisan Zakonom o izmjenama i dopunama Zakon o zdravstvenom osiguranju u Brčko distriktu BiH (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH broj 34/08)

Članak 25

(1) Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćenu obveznim zdravstvenim osiguranjem podrazumijeva osiguranje zdravstvenih standarda za sve osiguranike, pod jednakim uvjetima, zadovoljavaju i potrebe primarne, specijalističko-konzultativne i bolničke zdravstvene zaštite, uključujući i odgovarajuću medicinsku rehabilitaciju kao nastavak bolničkog liječenja.

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

(3) Standarde iz stavka 2 ovog članka odobrava Skupština Distrikta.

(4) Pravilnik o načinu realizacije obveznog zdravstvenog osiguranja donosi Fond zdravstvenog osiguranja, uz prethodno pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

Članak 26

Za slučaj povreda na radu ili profesionalnih oboljenja, osiguraniku se obvezno osigurava: 1. zdravstvena zaštita i sprovođenje mjera otkrivanja i prevencije povreda na radu i profesionalnih oboljenja,

2. odgovarajuća medicinska pomoć i pravo na ortopedska pomagala, ako su potrebna za liječenje i medicinsku rehabilitaciju od posljedica povrede na radu ili profesionalnih oboljenja radi uspostavljanja radne sposobnosti.

Članak 27

Zdravstvena zaštita iz članka 21 ovog zakona, pruža se osiguranicima u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama i privatnim praksama (u daljem tekstu: zdravstvene ustanove), s kojima Fond zdravstvenog osiguranja ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Članak 28

(1) Ugovor iz članka 27 ovog zakona određuje:

- vrstu, opseg i kvalitet usluga koje zdravstvena ustanova treba da pruži osiguranicima, - naknade koje Fond zdravstvenog osiguranja plaća za pružanje ugovorenih usluga, - metode obračunavanja i plaćanja usluga i - druga uzajamna prava i dužnosti ugovorenih strana.

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

(3) Osnovama, kriterijima i standardima za zaključenje ugovora predviđenim u stavku 2 ovog članka, osigurava se zakonito i pravilno uspostavljanje ugovornih odnosa između Fonda zdravstvenog osiguranja i davatelja usluga zdravstvene ustanove, utvrđuju elementi koji moraju biti uključeni u ove ugovore, metode određivanja vrste, opsega i kvaliteta usluga, metode naknada, metode kontrole pruženih usluga, vrste i kvalitet pruženih usluga i reguliraju druga pitanja u vezi s tim.

Članak 29

Uvjeti iz ugovora zaključenog između Fonda zdravstvenog osiguranja i davatelja zdravstvenih usluga na njegovom području važe, u pogledu ugovorenih naknada za pružene zdravstvene usluge, i za Fondove sa drugih područja Bosne i Hercegovine kada njihovi osiguranici koriste usluge zdravstvenih institucija na području Distrikta.

Članak 30

Zdravstvenim ustanovama s kojima Fond zdravstvenog osiguranja nije sklopio ugovor o pružanju zdravstvenih usluga, mogu se na teret Fonda zdravstvenog osiguranja isplatiti samo troškovi medicinske pomoći pružene osiguranicima u hitnim slučajevima i drugi troškovi u vezi s pružanjem te pomoći.

Članak 31

(1) Fond zdravstvenog osiguranja je dužan osigurati osiguraniku medicinsko liječenje u drugim dijelovima Bosne i Hercegovine ili u inozemstvu pod uvjetima i na način utvrđen posebnim propisima, ukoliko boluje od bolesti koja se ne može uspješno liječiti u zdravstvenim ustanovama na području Distrikta, a postoji mogućnost za liječenje bolesti u mjestu ili zemlji u koju se pacijent upućuje. Isto pravilo važi i za dijagnostičke procedure.

(2) Osiguranik ima pravo da koristi zdravstvenu zaštitu u inozemstvu u vrijeme rada odnosno boravka u inozemstvu, u skladu s posebnim pravilnikom.

(3) Propise iz stavaka 1 i 2 ovog članka donosi Fond zdravstvenog osiguranja, a odobrava Skupština Distrikta, nakon prethodno pribavljenog mišljenja Odjela za zdravstvo.

b) novčane naknade

Članak 32

(1) Osiguranici iz članka 18, točka 1, 2, 4 (u slučaju da primaju plaću za taj rad), 7 i 12 ovog zakona imaju pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad (u daljem tekstu: naknada plaće), ako su:

1. privremeno spriječeni za rad zbog povrede ili bolesti ili smješteni u bolničku ustanovu zbog medicinskog tretmana ili pregleda,

2. privremeno spriječeni za rad zbog određenog medicinskog tretmana ili pregleda koji se ne može obaviti nakon radnog vremena osiguranika,

3. izolirani kao nositelji zaraznih oboljenja ili zbog pojave zaraze u njihovoj okolini,

4. određeni da njeguju bolesnog supružnika ili djetete, pod uvjetima propisanim ovim zakonom.

(2) Osiguraniku se isplaćuje naknada plaće samo za dane za koje bi mu pripadala plaća ili kompenzacija plaće u smislu propisa o radnim odnosima i drugih propisa kojim se to regulira.

(3) Osiguranici kojima spriječenost za rad nastupi dok su na neplaćenom dopustu, imaju pravo na naknadu plaće samo po isteku neplaćenog dopusta, ako su i dalje privremeno spriječeni za rad.

Članak 33

(1) Naknada plaće u slučajevima iz članka 32 ovog zakona, osiguraniku pripada i isplaćuje se na teret poslodavca do 42-og dana privremene spriječenosti za rad, a dalje na teret Fonda zdravstvenog osiguranja, ali ne duže od 12 mjeseci od početka privremene spriječenosti za rad.

(2) Privremena spriječenost za rad traje sve dok liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - u zdravstvenoj instituciji ili privatnoj praksi, ili liječnička komisija ne odluči u skladu sa propisima da je radna sposobnost uspostavljena ili dok nadležni organ ne izda potvrdu o invalidnosti u skladu s propisima o mirovinsko invalidskom osiguranju.

Članak 34

(1) Osiguranik kome je radni odnos prestao u toku privremene spriječenosti za rad, odnosno koji je prestao sa obavljanjem djelatnosti osobnim radom, ima pravo na naknadu plaće najviše 30 dana nakon prestanka radnog odnosa, odnosno prestanka bavljenja djelatnosti osobnim radom.

(2) Izuzetno, u slučajevima privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu ili profesionalnog oboljenja, osiguranik ima pravo na naknadu plaće i nakon prestanka radnog odnosa, sve dok ne postane radno sposoban ili dok se nesposobnost ili invalidnost konačno ne potvrdi, ali ne duže od 12 mjeseci.

Članak 35

(1) Osiguranik nema pravo na naknadu plaće ako:

- namjerno prouzroči privremenu nesposobnost za rad,

- namjerno sprječava oporavak/ozdravljenje,

- prima plaću ili obavlja neki drugi posao,

- bez opravdanog razloga ne ode na zakazani liječnički pregled izabranom liječniku u primarnoj zdravstvenoj zaštiti,

- izabrani doktor medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili Fond zdravstvenog osiguranja utvrdi da se osiguranik ne pridržava uputa svog liječnika ili ako otpuće izvan mjesta boravka bez dozvole svog liječnika,

- ako se u roku od tri dana od početka bolesti, odnosno odsustva s posla, uslijed svoje krivice, ne javi izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite.

(2) Osiguraniku ne pripada naknada plaće od trenutka utvrđivanja slučajeva iz stavka 1, dok takve okolnosti traju.

Članak 36

(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.

(2) Ako osiguranik nije primio plaću za tri mjeseca koja prethode mjesecu nastupanja slučaja na osnovu kojeg stječe pravo na naknadu, naknada plaće se obračunava na osnovu prosjeka posljednje tri plaće koje je osiguranik primio.

(3) Kada osiguranik prima naknadu plaće neprekidno duže od tri mjeseca, osnovica za naknadu iz stavka 1 i 2 ovog članka se valorizira u skladu s prosječnim porastom plaća zaposlenika kod pravne ili fizičke osobe, ako je taj porast veći od 5%.

Članak 37

(1) Naknada plaće se utvrđuje u visini od 80% od osnovice za naknadu, s tim da ne može biti ispod minimalne plaće za mjesec za koji se naknada obračunava, niti iznad maksimuma određenog u smislu stavka 3 ovog članka.

(2) Naknada plaće iznosi 100% od osnovice za naknadu u slijedećim slučajevima:

- a) za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu/profesionalnog oboljenja,
- b) za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog komplikacija prouzročenih trudnoćom i porođajem i
- c) u slučaju privremene spriječenosti za rad zbog transplantacije organa i živog tkiva u korist neke druge osobe.
- d) za vrijeme dopusta s posla roditelja, posvojitelja ili skrbnika djeteta oboljelog od maligne bolesti ili drugog teškog pogoršanja zdravstvenog stanja.

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

(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 38

- (1) U slučaju spriječenosti za rad navedene u članku 37stavak 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 39

- (1) U slučaju da poslodavac ili samozaposlena osoba koristi mogućnost posebnog osiguranja-reosiguranja kod Fonda zdravstvenog osiguranja, namijenjenog za naknadu troškova plaće s posebno odvojenim dijelom/pomoćnim računom, poslodavac će dobiti povrat sredstava u iznosu od 80% od iznosa naknade plaće koji je isplatio za period od prvog do 42-og dana dopusta.
- (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.

c) putni troškovi

Članak 40

- (1) U ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, osiguranici imaju pravo na naknadu troškova prijevoza koji su u vezi sa zdravstvenom zaštitom ili troškova transporta, na teret Fonda zdravstvenog osiguranja.
- (2) Troškovi prijevoza u ambulantnom vozilu plaćaju se izravno iz Fonda zdravstvenog osiguranja. Ako je prijevoz osiguranika mogu u sjedećem položaju i bez stručne pratnje, mogu se koristiti usluge taxi službe.
- (3) Plaćanje troškova prijevoza uređuje se aktom Fonda zdravstvenog osiguranja.

Članak 41

Osiguranici imaju pravo na naknadu iz članka 40 ovog zakona, stavak 1, u slijedećim slučajevima:

- ako su upućeni doktoru medicine ili u neku zdravstvenu ustanovu, jer u mjestu u kojem rade ili žive nema liječnika odgovarajuće specijalnosti ili takve zdravstvene ustanove i

- ako ih izabranu doktor medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uputi ili pozove u mjesto van njihovog mjesta rada ili življenja.

Članak 42

- (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.

- (2) Osoba koja ide u pratnji osiguranika, na osnovu odluke liječnika primarne zdravstvene zaštite o neophodnosti pratnje, u slučaju prijevoza opisanog u članku 40 ovog zakona, ima pravo na naknadu troškova prijevoza.

Članak 43

Članak 43 brisan Zakonom o izmjenama i dopunama Zakon o zdravstvenom osiguranju u Brčko distriktu BiH (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH broj 34/08)

Članak 44

- (1) Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja može ostvariti samo osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe, to uključuje i da je doprinos plaćen.
- (2) Status osigurane osobe utvrđuje Fond zdravstvenog osiguranja, a dokazuje se posebnom ispravom koju izdaje Fond zdravstvenog osiguranja.
- (3) Provedbene propise o sadržaju i obliku isprave iz stavka 2 ovog članka donosi Fond zdravstvenog osiguranja.

Članak 45

- (1) Sve fizičke i pravne osobe koje zapošljavaju zaposlenike su obvezne dostaviti Fondu zdravstvenog osiguranja sve podatke u vezi s prijavom i odjavom osiguranika najkasnije u roku od osam dana od dana nastanka promjene u svrhu ostvarivanja prava i obveza iz obveznog zdravstvenog osiguranja i izdavanja isprave iz članka 44 ovog zakona.
- (2) Osobe za koje pravne i fizičke osobe ne dostave prijavu iz stavka 1 ovog članka, mogu zahtijevati od Fonda zdravstvenog osiguranja da im odredi status osigurane osobe, te da primora odgovornu osobu da ispuni svoje obveze.
- (3) Ako Fond zdravstvenog osiguranja ne prihvati podnesenu prijavu ili utvrdi status osigurane osobe po nekom drugom osnovu, o tome donosi pismeno rješenje koje dostavlja podnosiocu prijave i zainteresiranoj strani.
- (4) Protiv rješenja iz stavka 3 ovog članka može se podnijeti žalba Odjelu za zdravstvo.
- (5) Protiv rješenja donesenog nakon žalbe, može se pokrenuti upravni spor.

Članak 46

- (1) Privremenu spriječenost za rad utvrđuje izabrani liječnik-doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi/privatnoj praksi sa kojima je Fond zdravstvenog osiguranja zaključio ugovor.

- (2) O svom nalazu i ocjeni iz stavka 1 ovog zakona, izabrani doktor medicine informira osiguranika, odnosno pravnu ili fizičku osobu kod koje je osiguranik zaposlen i Fond zdravstvenog osiguranja.
- (3) Osiguranik, pravna ili fizička osoba kod koje je osiguranik zaposlen i Fond zdravstvenog osiguranja mogu, u roku od pet dana od primanja prijave, podnijeti žalbu na nalaz i ocjenu liječnika-doktora primarne zdravstvene zaštite.
- (4) Liječnička komisija Fonda zdravstvenog osiguranja rješava žalbu. Rješenje Komisije je konačno.
- (5) Za vrijeme privremene spriječenosti za rad osiguranika, odnosno za vrijeme korištenja prava na naknadu plaće, vrši se nadzor koji se propisuje aktom Fonda zdravstvenog osiguranja.
- (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.
- (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.
- (8) Pravilnik o postupku i kriterijima za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad donosi Fond zdravstvenog osiguranja uz prethodno pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

Članak 47

- (1) Visinu naknade plaće iz laka 32, 33 i 38 stavak 1, određuje općim aktom nadležni organ pravne/fizičke osobe u skladu s ovim zakonom i na njemu zasnovanim propisima.
- (2) U slučaju da pravna/fizička osoba plaća posebno osiguranje - reosiguranje naknade plaće iz članka 39 ovog zakona, Fond zdravstvenog osiguranja je dužan izvršiti isplatu naknade poslodavcu u roku od 45 dana od prijema zahtjeva.

Članak 48

- (1) Naknada plaće u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz članka 37, stavak 2, točka c) ovog zakona obračunava se i isplaćuje osiguraniku na teret sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja, od prvog dana korištenja prava.
- (2) Naknadu plaće iz stavka 1 ovog članka obračunava i isplaćuje pravna/fizička osoba, s tim da je Fond zdravstvenog osiguranja obvezan refundirati isplaćenu naknadu u periodu od 45 dana od prijema zahtjeva za povrat sredstava.
- (3) Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na naknadu plaće iz stavka 1 ovog članka donosi Fond zdravstvenog osiguranja uz prethodno pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

Članak 49

Naknadu plaće zbog povrede na radu ili profesionalnog oboljenja obračunava i isplaćuje u skladu s člankom 37 stavak 2 ovog zakona pravna/fizička osoba kod koje je osiguranik zaposlen,

iz svojih sredstava. Naknada se obračunava i isplaćuje od momenta povređivanja, odnosno nastanka profesionalnog oboljenja pa nadalje, sve dok osiguranik ne postane radno sposoban, odnosno dok kompetentno tijelo ne utvrdi njegov invaliditet.

Članak 50

(1) O pravima na naknadu plaće odlučuje se na osnovu nalaza i ocjene izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite ili liječničke komisije, bez donošenja posebnog rješenja, izuzev u slučaju kada osiguranik izričito traži izdavanje pismenog rješenja.

(2) U slučaju kada pravna / fizička osoba kod koje je osiguranik zaposlen nije utvrdila naknadu plaće na način, u visini i u roku utvrđenim ovim zakonom i provedbenim propisima donesenim na osnovu ovog zakona, osiguranik ima pravo uložiti prigovor nadležnom organu Fonda zdravstvenog osiguranja. Do donošenja konačne odluke, Fond zdravstvenog osiguranja je dužan osigurati isplatu naknade suglasno članku 36 ovog zakona, s tim da je pravna/fizička osoba dužna vratiti isplaćenu naknadu u roku od 30 dana od dana prijema naknade za privremenu spriječenost za rad.

Članak 51

(1) Ako bolovanje od iste bolesti traje bez prekida ili sa prekidima ukupno 12 mjeseci u tijekom dvije kalendarske godine, izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite obavezan je uputiti osiguranika nadležnom organu mirovinsko - invalidskog osiguranja koji vrši ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti, najkasnije u roku od 60 dana od prijema prijedloga izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite.

(2) Ako nadležni organ za mirovinsko - invalidsko osiguranje ne donese odluku o radnoj sposobnosti i invalidnosti u propisanom roku, Fond zdravstvenog osiguranja će nastaviti da isplaćuje naknadu plaće osiguraniku, ali je nadležni organ za mirovinsko - invalidsko osiguranje obavezan da izvrši povrat sredstava naknade Fondu zdravstvenog osiguranja u roku od 30 dana od prijema zahtjeva za povrat sredstava.

(3) Predstavnik Fonda zdravstvenog osiguranja sudjeluje, kao član, u radu nadležnog tijela mirovinsko invalidsko osiguranje za ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti .

Članak 52

(1) Kada se utvrdi postojanje činjenica iz članka 35, stavka 1 ovog članka, Fond zdravstvenog osiguranja ili pravna/fizička osoba koja isplaćuje naknadu iz svojih sredstava obustavlja plaćanje te naknade.

(2) Akt o obustavi plaćanja naknade plaće iz stavka 1 ovog članka izdaje kontrolor Fonda zdravstvenog osiguranja ili pravna/fizička osoba iz stavka 1 ovog članka.

(3) Akt iz stavka 2 ovog članka izdaje se u pismenom obliku, u dva primjerka, od kojih jedan ide osiguraniku, a drugi ide Fondu zdravstvenog osiguranja ili pravnoj/fizičkoj osobi koja vrši isplatu naknade plaće iz svojih sredstava, uz izvješće.

(4) Osiguranik kome je obustavljena isplata naknade plaće, ima pravo da zahtijeva, u roku od pet dana od prijema odluke, da Fond zdravstvenog osiguranja ili pravna/fizička osoba koja vrši isplatu naknade na teret svojih sredstava o tome odluči rješenjem.

(5) O ponovnom uspostavljanju isplate naknade plaće obustavljene u skladu s odredbama ovog zakona, na zahtjev osiguranika, odlučuje Fond zdravstvenog osiguranja ili pravna/ fizička osoba koja je vršila isplatu naknade iz svojih sredstava, ukoliko se za to steknu uvjeti.

Članak 53

(1) Zbog zaštite prava iz ovog zakona, osiguraniku se u Fondu zdravstvenog osiguranja, osigurava dvostupnost rješavanja u postupku koji je pokrenuo.

(2) Drugostupanjsko rješenje Fonda zdravstvenog osiguranja je konačno i protiv njega se može pokrenuti upravni spor pred Osnovnim sudom Distrikta.

Članak 54

U postupku rješavanja prava iz zdravstvenog osiguranja primjenjuje se Zakon o upravnom postupku, ukoliko ovim zakonom nije drugačije propisano.

Članak 55

(1) U ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja u skladu s odredbama ovog zakona, osiguranik ima pravo slobodnog izbora obiteljskog liječnika -doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite.

(2) Osiguranik i članovi njegove obitelji biraju svog obiteljskog liječnika-doktora medicine i doktora stomatologije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za period od najmanje godinu dana. Svi osiguranici trebaju biti registrirani kod svog liječnika.

(3) Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor obiteljskog liječnika-doktora medicine i doktora stomatologije donosi Fond zdravstvenog osiguranja uz suglasnost Odjela za zdravstvo.

4. Naknada štete

Članak 56

Osiguranik je obavezan nadoknaditi Fondu zdravstvenog osiguranju štetu prouzročenu u sljedećim slučajevima:

1. ako je ostvario primanja iz sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja na osnovu netočnih ili neistinitih podataka za koje je znao ili morao znati da su netočni ili neistiniti ili je primio sredstva na drugi ilegalan način ili je ostvario sredstva veća od onih koja mu pripadaju,

2. ako je ostvario primanja iz sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja zbog toga to nije prijavio promjenu koja utiče na gubitak ili opseg prava, a znao je za to ili izbjegavao pomenutu promjenu.

Članak 57

(1) Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete prouzročenu od osoba koje su izazvale bolest, povredu ili smrt osiguranika.

(2) Za štetu koju je Fondu zdravstvenog osiguranja u slučajevima iz stavka 1 ovog članka počinio radnik na radu ili u vezi s radom, odgovara pravna/fizička osoba, osim ako se dokaže da je radnik postupao pravilno.

(3) Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan u slučajevima iz stavka 2 ovog članka zahtijevati naknadu štete i neposredno od radnika ukoliko je štetu prouzročio namjerno. U tom slučaju radnik i pravna/fizička osoba odgovaraju solidarno za pričinjenu štetu.

Članak 58

Osiguranik kome je iz sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja isplaćen novčani iznos na koji nije imao pravo, obvezan je vratiti primljeni iznos suglasno odredbama zakona i pravilima Fonda zdravstvenog osiguranja.

Članak 59

(1) Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete prouzročenu od strane pravne/fizičke osobe u sljedećim slučajevima:

1. ako je šteta nastala zbog toga to nisu dati podaci, ili to su dati netočni ili neistiniti podaci o činjenicama od kojih zavisi opseg i stjecanje prava,

2. ako je isplata izvršena na osnovu netočnih ili neistinitih podataka navedenih u prijavi pri zasnivanju radnog odnosa,

3. ako je isplata izvršena zbog toga to nije podnesena prijava o promjenama koje utiču na gubitak ili na opseg prava radnika ili nije podnesena prijava-odjava o prestanku radnog odnosa ili je prijava-odjava podnesena nakon propisanog roka.

(2) Osiguranici koji su obvezni sami dostaviti podatke koji se odnose na njihova prava i obveze, dužni su u slučajevima iz stavka 1 ovog članka nadoknaditi Fondu zdravstvenog osiguranja štetu koja je nastala zbog toga što prijava nije podnesena ili su dati netočni podaci u slučajevima iz stavka 1 ovog članka.

(3) Za štetu u slučajevima iz stavka 1 ovog članka, odgovorna su pravne/fizičke osobe, osim ako dokažu da su u datim okolnostima postupila kako je trebalo. U slučajevima iz stavka 2 ovog članka, za štetu odgovaraju osiguranici ako su znali ili morali znati da su dati podaci netočni ili neistiniti ili ako su morali znati za promjenu koja utiče na gubitak ili opseg prava, a te promjene nisu prijavili.

Članak 60

- (1) Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan tražiti naknadu prouzročene štete od pravnih/fizičkih osoba ako su bolest, povreda ili smrt radnika nastali zbog toga to nisu provedene mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana.
- (2) Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu prouzročene štete od pravne/fizičke osobe i kada je šteta nastala zbog toga to je radnik stupio na rad bez propisanog prethodnog liječničkog pregleda, a kasnije se utvrdi da ta osoba, shodno svom zdravstvenom stanju nije bila sposobna za rad na određenim poslovima.

Članak 61

Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu prouzročene štete u slučajevima iz članka 57 ovog zakona i neposredno od pravne osobe za osiguranje imovine i osoba kod koje su osobe koje su odgovorne za štetu osigurane od odgovornosti za štetu prouzročenu trećim osobama, prema propisima o obveznom osiguranju ovog rizika.

Članak 62

- (1) Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete iz članka 57 ovog zakona, kada je šteta nastala upotrebom motornog vozila, neposredno od pravne osobe za osiguranje imovine i osoba kod koje je štetnik sklopio ugovor o obveznom osiguranju od odgovornosti za štete učinjene trećim osobama.
- (2) Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete prouzročene upotrebom vozila kojim se koristila, odnosno kojim je upravljala osoba bez potrebnih ovlaštenja, od pravne osobe za osiguranje iz stavka 1 ovog članka ili neposredno od osobe koja je upravljala vozilom, a isti su dužni naknaditi štetu.
- (3) Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete prouzročene upotrebom motornog vozila za koje nije sklopljen ugovor o osiguranju ili upotrebom nepoznatog vozila, od pravne osobe za osiguranje imovine i osoba koja obavlja osiguranje vozila u mjestu nastanka štete.
- (4) U slučajevima iz stavka 3 ovog članka, pravna osoba za osiguranje imovine i osoba obvezno je isplatiti naknadu kao da je bio sklopljen ugovor o osiguranju.

Članak 63

- (1) Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete prouzročene upotrebom na području Distrikta vozila sa inozemnom registracijom za koje postoji valjana međunarodna isprava ili dokaz o postojanju osiguranja od bilo koje pravne osobe za osiguranje imovine i osoba sa sjedištem na prostoru Distrikta, a takva pravna osoba je dužna naknaditi Fondu zdravstvenog osiguranja nastalu štetu, dok će naknadu štete od takvog vozila, nastalu upotrebom izvan područja Distrikta, Fond zdravstvenog osiguranja zahtijevati u skladu s

propisima o osiguranju od autoodgovornosti koji se primjenjuju na području gdje se nezgoda dogodila.

- (2) Štetu prouzročenu Fondu zdravstvenog osiguranja upotrebom na području Distrikta vozila sa stranom registracijom koje nije osigurano, nadoknađuje pravna osoba za osiguranje imovine i osoba sa sjedištem u Distriktu, dok će štetu nastalu upotrebom takvih vozila izvan područja Distrikta, Fond zdravstvenog osiguranja zahtijevati u skladu s propisima o osiguranju od autoodgovornosti koji se primjenjuju na području gdje se nezgoda dogodila.

Članak 64

Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete nastalu u slučajevima predviđenim ovim zakonom, bez obzira na to što je šteta nastala isplatom davanja koja kao pravo pripadaju osiguraniku iz sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja.

Članak 65

Pri utvrđivanju prava na naknadu štete prouzročenu Fondu zdravstvenog osiguranja, primjenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obveznim odnosima, kao i posebni propisi o naknadi štete.

Članak 66

(1) Potraživanja naknade štete, u smislu odredbi ovog zakona, su subjekt zastarijevanja istekom rokova propisanih Zakonom o obveznim odnosima.

(2) Rokovi zastare potraživanja naknade štete u smislu ovog zakona počinju teći:

1. u slučajevima iz članka 56 i 59, stavak 1 ovog zakona, od dana kada je postalo konačno rješenje kojim je utvrđeno da osiguranik nema pravo na isplaćeno primanje ili da mu je pravo na isplatu pripadalo u manjem opsegu;

2. u slučajevima iz članka 57 i 60 ovog zakona, od dana kada je postalo izvršno rješenje kojim je priznato pravo na primanja iz sredstava Fonda zdravstvenog osiguranja;

3. u drugim slučajevima kada se zahtijeva naknada za pojedina isplaćena davanja iz članka 62 ovog zakona, od dana izvršene isplate svakog pojedinog davanja.

Članak 67

(1) Kada se utvrdi da je nastala šteta, Fond zdravstvenog osiguranja će uz navođenje dokaza pozvati osiguranika, pravnu/fizičku osobu, pravna osoba za osiguranje imovine i osoba ili neka druga osoba koja je dužna naknaditi štetu, da u određenom roku naknadi štetu.

(2) Ako šteta ne bude naknađena u određenom roku, Fond zdravstvenog osiguranja ostvaruje svoja potraživanja tužbom kod nadležnog suda.

(3) Fond zdravstvenog osiguranja ima pravo na kamatu po stopi propisanoj zakonom počev od dana nastanka štete.

- (4) Fond zdravstvenog osiguranja nema pravo, bez izričitog pristanka osiguranika ostvariti naknadu štete od njega obustavljaju i mu isplatu i zadržavaju i naknadu na koju osiguranik ima pravo.

III PROŠIRENO I DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 68

(1) U cilju ostvarenja prava osiguranika na prošireno zdravstveno osiguranje, posebnom odlukom Skupštine Distrikta, a na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja i uz pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo, odredit će se vrsta i opseg prava i pogodnosti koje se osiguravaju po osnovu proširenog zdravstvenog osiguranja, stope i visina doprinosa za prošireno zdravstveno osiguranje, uvjeti i način prijave, te metode praćenja ostvarenja prava iz ovog osiguranja i druga pitanja u vezi s tim.

(3) Sredstva ostvarena po osnovu proširenog osiguranja vodi će se odvojeno od ostalih sredstava i bit će namijenjena isključivo za implementaciju prava iz proširenog zdravstvenog osiguranja.

(4) Sve administrativne i druge poslove u vezi s proširenim osiguranjem vodit će nadležne službe Fonda zdravstvenog osiguranja.

Članak 69

(1) Proširenim osiguranjem osiguranici za sebe i članove svojih obitelji osiguravaju dodatna prava na zdravstvenu zaštitu koja nisu obuhvaćena obveznim zdravstvenim osiguranjem, odnosno šira prava od onih određenih kao osnovni paket usluga.

(2) Fondovi proširenog zdravstvenog osiguranja financiraju se kroz premije proširenog zdravstvenog osiguranja iz sredstava građana, poduzeća ili drugih pravnih osoba.

Članak 70

(1) Osobe koje nisu obuhvaćene obveznim osiguranjem mogu u cilju ostvarenja prava iz zdravstvenog osiguranja dobrovoljno plaćati doprinos utvrđen posebnom odlukom Skupštine Distrikta donesenom na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja.

(2) Nakon uplate doprinosa za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, Fond zdravstvenog osiguranja je dužan takvim osobama osigurati prava istovjetna pravima osiguranika po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(3) Prava iz stavka 2 ovog članka obuhvaćena dobrovoljnim osiguranjem ostvaruju se na način i u postupku predviđenom za ostvarenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(4) Odredbe ovog zakona koje se odnose na obveze osiguranika, prava i obveze Fonda zdravstvenog osiguranja prema osiguranicima, davateljima usluga i trećim osobama koje se

odnose na obvezno zdravstveno osiguranje, shodno se primjenjuju i u slučaju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

IV FINANCIRANJE

1. Financiranje obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 71

Sredstva za financiranje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se iz:

1. doprinosa na plaće radnika zaposlenih kod pravnih osoba i poduzetnika,
2. doprinosa fizičkih osoba, vlasnika-osnivača pravnih osoba i poduzetnika,
3. doprinosa na mirovine, invalidnine i druge naknade iz mirovinsko - invalidskog osiguranja,
4. doprinosa za nezaposlene osobe prijavljene kod nadležne službe za zapošljavanje,
5. doprinosa koji se plaća na stalnu financijsku pomoć i za osobe smještene u ustanovama socijalne zaštite,
6. doprinosa od samostalnog obavljanja estradnih djelatnosti, izdavanja CD-ova, audio i video kazeta, karata za sportske događaje i drugih javnih priredbi,
7. doprinosa na prihod od autorskih prava, патената i tehničkih unapređenja,
8. doprinosa na dohodak od poljoprivrednih djelatnosti ili drugih prihoda ostvarenih obavljanjem poljoprivredne djelatnosti, kao i zakupa poljoprivrednog zemljišta,
9. naknada za zdravstvenu zaštitu članova obitelji osiguranika zaposlenih u inozemstvu i osoba koje primaju mirovine iz inozemstva,
10. sredstava proračuna Distrikta,
11. sredstava osobnog udjela osiguranika u pokrivanju troškova zdravstvene zaštite,
12. donacija, pomoći, kamata, dividende, pristojbi i drugih oblika prihoda.

Članak 72

Članak 72 brisan Zakonom o izmjenama i dopunama Zakon o zdravstvenom osiguranju u Brčko distriktu BiH (Službeni glasnik Brčko distrikta BiH broj 34/08)

Članak 73

- (1) Sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se u Fondu zdravstvenog osiguranja u skladu s namjenama.
- (2) Upravni odbor Fonda zdravstvenog osiguranja, donosi godišnji plan prihoda i rashoda za financiranje potreba iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, polaze i od raspoloživih sredstava,

utvrđenih standarda zdravstvene zaštite i programa mjera za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao polazne točke.

(3) Fond zdravstvenog osiguranja je obavezan preuzeti potrebne mjere za osiguranje dodatnih sredstava radi ostvarenja prava iz obaveznog osiguranja, ukoliko raspoloživa sredstva nisu dovoljna za pokriće rashoda obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(4) U cilju ostvarivanja dodatnih sredstava za pokriće rashoda obaveznog zdravstvenog osiguranja Fond zdravstvenog osiguranja može, uz suglasnost Skupštine Distrikta, udružiti dio sredstava s proračunom Distrikta ili pravnom osobom za osiguranje ili reosiguranje.

(5) Visina i način udruživanja sredstava, kriterije i način njihovog udruživanja, kao i kriterije i postupak njihovog trošenja, određuju se posebnim ugovorom koji strane iz stavka 4 ovog članka zaključuju.

(6) Mjere iz stavka 3 ovog članka Fond zdravstvenog osiguranja poduzima uz prethodnu suglasnost Skupštine Distrikta.

2. Osnovica i način obračunavanja doprinosa

Članak 74

Osnovicu, način obračunavanja i uplate doprinosa na sredstva iz članka 71 utvrđuje Skupština Distrikta na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja i uz pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

Članak 75

(1) Stope za utvrđivanje visine doprinosa na sredstva iz članka 71 ovog zakona svojom odlukom utvrđuje Skupština Distrikta, na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja i uz pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

(2) Osnov za donošenje odluke iz stavka 1 ovog članka je plan potrebnih sredstava za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđen od strane Upravnog odbora Fonda zdravstvenog osiguranja, polaze i od utvrđenih standarda zdravstvene zaštite i predviđenog programa mjera za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Članak 76

(1) Na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja, Skupština Distrikta će za svaku godinu odrediti najniži i najviši iznos na koji se obračunava doprinos za zdravstveno osiguranje.

(2) Doprinosi se neće obračunavati na iznose ispod najnižeg, niti iznad najvišeg iznosa koje odredi Skupština. U slučaju kada osiguranik radi na više radnih mjesta, kod jednog ili više poslodavaca, doprinosi se obračunavaju na svaki od ostvarenih prihoda, s tim što ukupan iznos na koji se obračunava doprinos ne može biti ispod niti iznad iznosa iz stavka 1 ovog članka.

3. Obveznici doprinosa

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 78

(1) Ostale osobe, izuzev osoba iz članka 77 ovog zakona, mogu sami, na dobrovoljnoj osnovi postati obveznici i plaćati doprinos za dobrovoljno osiguranje, na osnovu obračuna Fonda zdravstvenog osiguranja.

(2) Obveznici doprinosa za prošireno osiguranje su osobe koje se prijave na to osiguranje i koja plaćaju propisani iznos doprinosa.

Članak 79

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

(3) Fond zdravstvenog osiguranja će svojim općim aktom, donesenim uz suglasnost Odjela za zdravstvo, odrediti način kontrole iz stavka 2 ovog članka.

(4) Ako se utvrdi da obveznik doprinosa za obvezno ili dobrovoljno osiguranje nije uplatio doprinos, obustavlja mu se dalje pružanje zdravstvene zaštite, osim hitne medicinske pomoći, dok se obvezniku doprinosa iz proširenog osiguranja obustavljaju usluge iz dodatnog paketa.

(5) Pravo ponovnog korištenja zdravstvene zaštite se uspostavlja sa danom potpunog izmirenja nastalog duga Fondu zdravstvenog osiguranja.

Članak 80

Naplata doprinosa zastarijeva za 5 godina, isključuju i godinu za koju je dospjela obaveza plaćanja.

4. Sredstva proračuna

Članak 81

(1) Sredstva iz proračuna Distrikta iz članka 73, stavak 4 ovog zakona koja se udružuju u cilju osiguranja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, kao i sredstva koja se mogu udružiti za osiguranje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odobrava Skupština Distrikta na osnovu zahtjeva koji utvrđuje Upravni odbor Fonda zdravstvenog osiguranja, koriste i kao polaznu točku plan potrebnih sredstava za sprovođenje tih vidova zdravstvenog osiguranja.

(2) Sredstvima proračuna Distrikta financiraju se:

- a) povećani troškovi zdravstvene zaštite izazvani većim od stupanjima 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.

5. Osobni udjel osiguranika

Članak 82

(1) Osobni udjel-participacija osiguranika može se utvrditi za određene vidove zdravstvene zaštite i određene usluge zdravstvene zaštite, a na osnovu propisa koje donosi Skupština Distrikta, na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja i uz pribavljeno mišljenje Odjela za zdravstvo.

(2) Pri donošenju propisa o visini, kriteriju i načinu udjela osiguranika u korištenju zdravstvene zaštite, uzimaju se u obzir socijalni status i opseg raspoloživih sredstava za financiranje obveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

(3) Osobe čiji mjesečni prihod iznosi ili je niži od minimalne plaće zaposlenika Distrikta oslobođeni su participacije, kao i trudnice i osobe starije od 65 godina.

(4) Skupština Distrikta može, na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja, odrediti osobni udjel osiguranika u pokriću troškova zdravstvene zaštite, nezavisno od broja, vrste ili cijene zdravstvene usluge pružene obvezniku doprinosa (udjel po glavi osiguranika). Visinu udjela po osiguraniku, uključujući i članove njihovih obitelji, Skupština utvrđuje godišnje, na prijedlog Fonda zdravstvenog osiguranja, imajući u vidu ukupno ostvarena sredstva po osnovu doprinosa za zdravstveno osiguranje, ukupna sredstva neophodna za osiguranje utvrđene razine zdravstvene zaštite svih osiguranika Distrikta, kao i druge elemente iz stavka 2 ovog članka. Sredstva ovog vida osobnog udjela-participacije vode se posebno po svakom osiguraniku i uplaćuju na poseban pod-račun Fonda zdravstvenog osiguranja.

V OBVEZE

1. Fond zdravstvenog osiguranja

Članak 83

(1) Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan da posluju i efikasno osigura racionalno trošenje sredstava, da svima osigura jednak pristup zdravstvenoj zaštiti, kao i tretman u skladu sa dostignutim stupnjem znanstvenih saznanja i kvaliteta osiguranja.

(2) Da bi ispunio obveze iz stavka 1 ovog članka, Fond zdravstvenog osiguranja sklapa ugovore o pružanju usluga zdravstvene zaštite sa zdravstvenim ustanovama koje su dio mreže Distrikta, a pod određenim uvjetima i s drugim zdravstvenim ustanovama, uključujući i one izvan područja Distrikta (u daljem tekstu: davatelji usluga).

(3) Kao preduvjet za akreditaciju i sklapanje ugovora, davatelji usluga moraju ispuniti potrebne kriterije u pogledu kvaliteta usluga koje su pokrivena osiguranjem. Kriterije za ocjenu kvaliteta zdravstvenih usluga utvrđuje Fond zdravstvenog osiguranja u suradnji s liječničkom komorom.

(4) U cilju ostvarenja efikasnog poslovanja, Fond zdravstvenog osiguranja redovno informira osiguranike o propisanim obvezama prilikom korištenja zdravstvenih usluga kod njihovih obiteljskih liječnika-doktora medicine, koji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti moraju biti prva kontakt osoba u sustavu zdravstvene zaštite, čak i kada se radi o hitnom slučaju.

(5) Osiguranik mora biti adekvatno informiran da pružene medicinske usluge neće biti pokrivena, ukoliko osiguranik nema službenu uputnicu za konkretnog davatelja medicinskih usluga.

(6) Osiguranik mora biti informiran o uslugama koje spadaju pod obvezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje u okviru osnovnog paketa usluga, kao i o uslugama koje izlaze iz osnovnog paketa, a koje mogu biti pokrivena proširenim zdravstvenim osiguranjem.

(7) Fond zdravstvenog osiguranja je obvezan izdati zdravstvenu iskaznicu svakoj osiguranoj osobi. Iskaznica se izdaje osiguraniku onog trenutka kada počinje osiguranje. Fond zdravstvenog osiguranja konstantno prati pokrivenost osiguranjem, a u slučaju prekida istog, oduzima zdravstvenu iskaznicu osiguraniku kako bi spriječio njenu zlouporabu.

2. Davatelji usluga

a) obiteljski liječnik- doktor medicine

Članak 84

(1) Obiteljski liječnik je obvezan redovno izvještavati Fond zdravstvenog osiguranja o svim činjenicama bitnim za ostvarenje prava osiguranika i članova njihovih obitelji iz oblasti zdravstvene zaštite, u rokovima i na način propisan od strane Fonda zdravstvenog osiguranja.

(2) Obiteljski liječnik ima ulogu filtera-trijažera u cijelom sustavu i dužan je ispunjavati sve obveze koje se odnose na šemu usluga obiteljskog liječnika i mjere osiguranja kvaliteta.

(3) Obiteljski liječnik je obvezan voditi protokol o anamnezi, dijagnozi i tretmanu, kao i razlozima zbog kojih smatra da je pacijenta potrebno poslati drugom davatelju usluga, odnosno u drugu zdravstvenu instituciju.

b) Specijalisti

Članak 85

(1) Specijalisti su obvezni da pruže usluge zahtijevane od obiteljskog liječnika. Nakon određivanja dijagnoze, specijalist je dužan da kontaktira obiteljskog liječnika i informira ga o prijedlogu za nastavak tretmana.

(2) Ako pacijent konzultira specijalistu bez uputnice od strane obiteljskog liječnika, specijalist je dužan prije pružene usluge informirati pacijenta da sve pružene usluge treba da pokrije o svom trošku.

c) Bolnica

Članak 86

(1) Bolnica je obvezna da pruži usluge zahtijevane od strane obiteljskog liječnika. Nakon tretmana u bolnici, bolnički liječnik je dužan da kontaktira obiteljskog liječnika i informira ga o nastavku tretmana. Na isti način bolnički liječnik je dužan postupiti i u slučaju rehabilitacije nakon hospitalizacije.

(2) Ako pacijent ode na konsultacije u bolnicu bez uputnice od strane obiteljskog liječnika, bolnica je dužna informirati pacijenta da sve usluge koje će biti pružene moraju biti plaćene o njegovom trošku. Naplatu troškova od pacijenta, bolnica ne traži samo u hitnim slučajevima.

3. Osiguranici

Članak 87

(1) Prilikom dolaska u ustanovu u kojoj treba da se pruži zdravstvena usluga, osiguranici su obvezni predati zdravstvenu iskaznicu. Nakon unošenja potrebnih podataka o osiguraniku i tretmanu, zdravstvena iskaznica se vraća osiguraniku. Ukoliko pacijent nije pokriven osiguranjem, obavezan je odmah vratiti iskaznicu Fondu zdravstvenog osiguranja.

(2) Osiguranik je obavezan registrirati članove svoje obitelji, u skladu s pravilnikom izdanim od strane Fonda zdravstvenog osiguranja.

(3) Osiguranik kome je bez prethodne uputnice od obiteljskog liječnika pružena zdravstvena usluga kod specijaliste, dužan je sam snositi troškove pruženih usluga.

(4) U slučaju kada se uspješan tretman ne može osigurati u ustanovama Distrikta i kada se tretman mora nastaviti izvan Distrikta, osiguranik prolazi proceduru upućivanja u skladu s pravilima Fonda zdravstvenog osiguranja i odlukama liječničke komisije, kojoj je to dato u nadležnost. Ako osiguranik nakon odobrenja liječničke komisije izabere drugog davatelja usluga, odnosno zdravstvenu ustanovu koja nema ugovor s Fondom zdravstvenog osiguranja, razliku

troškova u odnosu na troškove koji bi nastali u ustanovi u koju je upućen, plaća osiguranik osobno.

VI KAZNENE ODREDBE

Članak 88

Novčanom kaznom u iznosu od 2.000 KM do 5.000 KM kaznit će se pravna/fizička osoba za prekršaj u slijedećim slučajevima:

1. ako ne obračuna, odnosno ne uplati doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje iz plaća radnika (članak 71, točka 1),
2. ako ne informira Fond zdravstvenog osiguranja, odnosno ne dostavi prijavu o povredi na radu /profesionalnom oboljenju, u propisanom roku,
3. ako onemogućí pregled i nadzor ili finansijsku kontrolu poslovanja (članak 79, stavak 1).

Članak 89

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 1.000 KM do 3.000 KM kaznit će se pravna osoba za prekršaj:

1. ako ne obračuna, odnosno ne plati doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje korisnika mirovina i korisnika drugih prava na osnovu mirovinsko-invalidskog osiguranja (članak 71, točka 3),
2. ako ne obračuna, odnosno ne uplati doprinose za obvezno zdravstveno osiguranje za nezaposlene, uredno prijavljene osobe (članak 71, točka 4) i
3. ako ne obračuna, odnosno ne uplati doprinose za osobe smještene u ustanove socijalne skrbi i za osobe koje primaju stalnu novčanu pomoć (članak 71, točka 5).

(2) Za prekršaj iz stavka 1 ovog članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 500 KM do 1.000 KM i odgovorna osoba u toj pravnoj osobi.

Članak 90

Novčanom kaznom u iznosu od 500 KM do 1.000 KM kaznit će se za prekršaj osoba:

1. ako ne uplati doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje koji je obvezno samo uplatiti,
2. ako onemogućí inspekciju i nadzor ili finansijsku kontrolu poslovanja (članak 79).

Članak 91

Novčanom kaznom u iznosu od 300 do 1.000 KM kaznit će se poljoprivrednik, odnosno poljoprivredno domaćinstvo u slučaju da:

1. ne izvrši uplatu za obvezno zdravstveno osiguranje koje je obavezan/obvezno sam/o da uplati (članak 71),

2. ako ne dostavi nadležnoj pravnoj osobi podatke u vezi s prijavom i odjavom osigurane osobe, zbog ostvarivanja prava i obveza iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Članak 92

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 1.000 KM do 3.000 KM kaznit će se pravna/fizička osoba u slučaju da ne dostavi Fondu zdravstvenog osiguranja sve podatke u prijavi i odjavi u vezi s prijavom i odjavom osiguranih osoba, u svrhu ostvarivanja prava i obveza iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Za prekršaj iz stavka 1 ovog članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 300 KM do 1.000 KM i odgovorna osoba u pravnoj osobi.

Članak 93

Novčanom kaznom u iznosu od 1.000 KM do 3.000 KM kaznit će se izabrani liječnik-doktor medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti/privatnoj praksi za prekršaj u slučaju da odobri korištenje bolovanja osiguranoj osobi kada za to nema osnova.

Članak 94

Novčanom kaznom u iznosu od 300 KM do 1.000 KM kaznit će se osigurana osoba za prekršaj ukoliko:

- namjerno prekorači privremenu spriječenost za rad,
- sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljenje za rad,
- obavlja drugu djelatnost za vrijeme spriječenosti za rad,
- ne odgovori na poziv za liječnički pregled izabranog liječničkog-doktora medicine primarne zdravstvene zaštite,
- bez opravdanog razloga ne pridržava se uputa za liječenje,
- bez dozvole svog liječnika napusti mjesto gdje živi ili ne obavijesti izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite o svom stanju u roku od tri dana od dana kada je oboljelo,
- ako ostvari pravo na naknadu putnih troškova vezanih za medicinski tretman, kada za to nema pravnog osnova (članak 41) i
- ako koristi ispravu kojom dokazuje status osigurane osobe na način suprotan odredbama ovog zakona i propisa donesenih na osnovu ovog zakona.

VII PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 95

(1) Obvezno zdravstveno osiguranje uspostavljeno u skladu s ovim zakonom počinje funkcionirati od 1. ožujka 2002. godine do kada je Odjel za zdravstvo dužan osigurati sve potrebne preduvjete za funkcioniranje Fonda zdravstvenog osiguranja.

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

(3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu s ovim zakonom, počinje funkcionirati 1. ožujka 2002. godine.

(4) O pravima i obvezama proizašlim iz ovog zakona Odjel za zdravstvo i Fond zdravstvenog osiguranja su dužni na adekvatan način informirati sve subjekte uključene u financiranje zdravstvenog osiguranja, uključujući i osiguranike.

Članak 96

Do uspostavljanja Fonda za zdravstveno osiguranje, sve poslove iz njegove nadležnosti određene ovim zakonom obaviti će Odjel za zdravstvo.

Članak 97

U roku od 6 mjeseci od početka funkcioniranja obveznog zdravstvenog osiguranja, organi i institucije određene ovim zakonom su dužni:

- zaključiti ugovore s davateljima zdravstvenih usluga i usluga prijevoza,
- donijeti Pravilnik iz članka 25 ovog zakona i druge prateće akte,
- stvoriti preduvjete za uspostavu sustava osiguranja-reosiguranja naknade plaće iz članka 39 ovog zakona,
- odrediti najniži i najviši iznos na koji se, prema članku 76 ovog zakona, obračunava doprinos,
- izvršiti kalkulaciju potrebnih iznosa za individualno sudjelovanje po osiguraniku i odrediti visinu osobnog udjela osiguranika u snošenju troškova zdravstvenih usluga koje treba da budu dodatno pokriveno individualnim udjelom (iznos će biti fiksna godišnja suma, uplaćena direktno Fondu zdravstvenog osiguranja),
- prekinuti protok novca između davatelja zdravstvenih usluga i osiguranih osoba, sem u propisanim slučajevima,
- stvoriti preduvjete za akreditaciju novih davatelja usluga.

Članak 98

Do implementacije sustava obiteljske medicine primjenjivat će se postojeća procedura koja se odnosi na sustav upućivanja, određena od strane Odjela za zdravstvo.

Članak 99

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

Članak 100

Doprinosi na poljoprivredni prihod, kao i oni koji se odnose na iznajmljivanje zemljišta, platit će se kao fiksni mjesečni iznos sve dok nadležni organ Distrikta ne obavi razrez poreza na poljoprivredno zemljište.

Članak 101

(1) Stupanjem na snagu ovog zakona prestaju se primjenjivati na području Distrikta zakoni Entiteta iz oblasti zdravstvene zaštite koji su se do tada primjenjivali, kao i na njima zasnovani podzakonski akti.

(2) Do donošenja pratećih propisa određenih ovim zakonom, primjenjivat će se postojeći propisi u dijelu u kome nisu u suprotnosti s odredbama ovog zakona.

Članak 102

Zakon o zdravstvenom osiguranju Brčko distrikta Bosne i Hercegovine stupio je na snagu 7. veljače 2002. godine, a njegove izmjene i dopune 1. srpnja 2002. godine, 17. srpnja 2007. godine, 20. veljače 2008. godine 27. kolovoza 2008. godine i 1. siječnja 2020. godine.