

240.

Na osnovu člana 95 tačka 3 Ustava Crne Gore donosim

U K A Z
O PROGLAŠENJU ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Proglašavam **Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju**, koji je donijela Skupština Crne Gore 24. saziva, na sjednici drugog vanrednog zasijedanja u 2012. godini, dana 29. februara 2012. godine.

Broj: 01-272/2

Podgorica, 05. marta 2012. godine

Predsjednik Crne Gore,
Filip Vujanović, s.r.

Na osnovu člana 82 stav 1 tačka 2 i člana 91 stav 2 Ustava Crne Gore, Skupština Crne Gore 24. saziva, na sjednici drugog vanrednog zasijedanja u 2012. godini, dana 29. februara 2012. godine, donijela je

Z A K O N
O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 1

U Zakonu o zdravstvenom osiguranju („Službeni list RCG“, br. 39/04 i 23/05) u članu 2 stav 1 tačka 3 riječ „dobrovoljnog“ zamjenjuje se riječju „dopunskog“.

Član 2

Član 4 mijenja se i glasi:

„Dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se na principu dobrovoljnosti obezbjeđuje pokriće troškova zdravstvene zaštite do pune cijene tih troškova iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.“

Član 3

U članu 6 stav 1 poslije tačke 5 dodaju se dvije nove tačke koje glase:

„ 6) doplata je novčana razlika između cijene zdravstvene usluge i iznosa kojeg obezbjeđuje obavezno zdravstveno osiguranje;

7) društvo za osiguranje je pravno lice koje obavlja djelatnosti dopunskog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom.“

Član 4

U članu 8 stav 1 tačka 3 mijenja se i glasi:

„3) profesionalna vojna lica i civilna lica na službi u Vojski Crne Gore;“.

U tač. 5, 19 i 20 riječi: „ako nijesu osigurani po drugom osnovu;“ brišu se.

U tač. 6, 8 i 9 riječi: „Srbije i“ brišu se.

U tački 14 riječi: „ako nijesu osigurana po drugom osnovu;“ brišu se.

Tačka 22 briše se.

U tački 23 riječi: „a nijesu osigurana po drugom osnovu;“ brišu se.

U tački 24 riječi: „ako nijesu obavezno osigurani po drugom osnovu;“ brišu se.

Dosadašnje tač. 23, 24 i 25 postaju tač. 22, 23 i 24.
Stav 2 briše se.

Član 5

Poslije člana 8 dodaje se novi član koji glasi:

„Član 8a

Ako osiguranik iz člana 8 ovog zakona ispunjava uslove za sticanje svojstva osiguranika po više osnova osiguranja, osnov osiguranja utvrđuje se po sljedećem redosljedu:

- 1) osiguranje po osnovu zaposlenja;
- 2) osiguranje po osnovu samostalnog obavljanja profesionalne djelatnosti-preduzetnici;
- 3) osiguranje po osnovu bavljenja poljoprivrednom djelatnošću;
- 4) osiguranje po osnovu korišćenja socijalno zaštitnih prava;
- 5) osiguranje po osnovu nezaposlenosti;
- 6) osiguranja po drugim osnovima osiguranja iz člana 8 ovog zakona.“

Član 6

Poslije člana 15 dodaje se novi član koji glasi:

„Član 15a

Za ostvarivanje prava iz člana 15 ovog zakona osiguranici moraju da imaju staž osiguranja u obaveznom zdravstvenom osiguranju u svojstvu osiguranika, u skladu sa ovim zakonom, u trajanju od najmanje dva mjeseca bez prekida ili četiri mjeseca sa prekidima u posljednjih 12 mjeseci prije početka korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: prethodno osiguranje).

Članovi porodice osiguranika ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovom da osiguranik po osnovu koga ostvaruju ta prava ispunjava uslove u pogledu prethodnog osiguranja.

Članovi porodice osiguranika do navršene 18. godine života ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i ako nijesu ispunjeni uslovi iz stava 2 ovog člana.

Osiguranik i članovi porodice osiguranika ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i ako nijesu ispunjeni uslovi iz stava 2 ovog člana u slučaju hitne medicinske pomoći, povrede na radu ili profesionalne bolesti.“

Član 7

U članu 16 stav 1 tačka 2 riječi: „u cilju utvrđivanja, praćenja i provjeravanja zdravstvenog stanja“ brišu se.

Tačka 4 mijenja se i glasi:

„ 4) liječenje van Crne Gore;“.

U stavu 2 riječi: „15 godina “ zamjenjuju se riječima: „18 godina“.

Član 8

Poslije člana 16 dodaju se tri nova člana koji glase:

„Član 16a

Osiguranim licima obezbjeđuju se zdravstvene usluge u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za:

- 1) mjere prevencije i ranog otkrivanja bolesti;
- 2) preglede, dijagnostiku i liječenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
- 3) obavezne vakcinacije prema programu, imunoprofilaksu i hemioprofilaksu;
- 4) prevenciju bolesti usta i zuba za djecu, učenike i studente, a najkasnije do navršene 26. godine života, žena u toku trudnoće, lica oboljelih od epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, mentalno oboljelih

i lica ometenih u razvoju u skladu sa kriterijumima regulisanim posebnim propisima, slijepih i gluvonijemih lica;

5) preglede, dijagnostiku i liječenje, lijekove, medicinska sredstva i medicinsko tehnička pomagala i transplantaciju tkiva i organa za djecu do 18 godina života;

6) preglede, dijagnostiku i liječenje, lijekove, medicinska sredstva i medicinsko tehnička pomagala učenika i studenata do kraja školovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života;

7) troškove smještaja i ishrane pratioca djeteta do pete godine života u bolnici ili u ustanovi za specijalizovanu rehabilitaciju;

8) preglede, dijagnostiku i liječenje na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, medicinski dio specijalizovane rehabilitacije, medicinska sredstva i medicinsko-tehnička pomagala, kućno liječenje kod hroničnih stanja i kućnu fizioterapiju i lijekove za sljedeća stanja, bolesti i njihove komplikacije:

- žena u toku trudnoće i porođaja,

- lica oboljelih od HIV i zaraznih bolesti, malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, cistične fibroze, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, mišićne distrofije, cerebralne paralize, paraplegije i kvadriplegije, hronične bubrežne insuficijencije (dijaliza), sistemskih autoimunih bolesti, lica sa uređenim nedostatkom gornjih ili donjih ekstremiteta, kao i lica sa teškim oštećenjem od najmanje 70% u smislu posebnih propisa,

- mentalno oboljelih lica i lica ometenih u razvoju u skladu sa kriterijumima regulisanim posebnim propisima,

- slijepih i gluvonijemih lica;

9) preglede, dijagnostiku i liječenje bolesti usta i zuba za djecu, učenike i studente, a najkasnije do navršene 26. godine života, za žene u toku trudnoće, za lica starija od 65 godina života, za lica mentalno oboljela i lica ometena u razvoju u skladu sa kriterijumima regulisanim posebnim propisima;

10) preglede, liječenje i medicinsku rehabilitaciju u vezi sa povredama na radu i profesionalnim bolestima;

11) mobilne ortodonske aparate i, u medicinski opravdanim slučajevima, fiksne aparate za djecu do 18 godina života i mobilnu i fiksnu protetiku za lica starija od 65 godina života;

12) tri pokušaja IVF (in vitro fertilizacije);

13) patronažne i kućne posjete kod akutnih stanja;

14) hitnu medicinsku pomoć;

15) hitnu stomatološku pomoć;

16) hitne prevoze sanitetskim kolima;

17) lijekove sa osnovne liste lijekova.

Član 16b

Iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranim licima obezbjeđuje se plaćanje 80 % od cijene zdravstvene usluge za:

- bolničko liječenje;

- intenzivnu njegu u bolničkom liječenju;

- preglede, dijagnostiku i liječenje u specijalističkim ambulancama na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite;

- preglede, dijagnostiku i liječenje van Crne Gore;

- postupke u vezi sa uzimanjem i presađivanjem djelova ljudskog tijela;

- dnevnu bolnicu;

- medicinsku rehabilitaciju u specijalizovanim ustanovama za obavljanje medicinske rehabilitacije;

- preglede i liječenje bolesti usta i zuba prije operacije srca, transplantacije organa i kod malignih oboljenja maksilofacijalne regije (prijeoperativni tretman);

- opturatore i resekcione proteze kod malignih oboljenja maksilofacijalnog predjela;

- medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam i medicinsko-tehnička pomagala;

- kućno liječenje hroničnih stanja;
- ambulatnu rehabilitaciju;
- promjenu pola iz medicinskih razloga;
- troškove smještaja i ishrane pratioca djeteta od pete do desete godine života u bolnici ili u ustanovi za specijalizovanu rehabilitaciju;
- prevoz sanitetskim kolima i sredstvom vazdušnog saobraćaja za osigurano lice i pratioca koji nije hitan;
- fizioterapeutske usluge kod kućnog liječenja;
- lijekove sa dopunske liste lijekova.

Razliku do punog iznosa cijene zdravstvene usluge iz stava 1 ovog člana (u daljem tekstu: doplata) plaća osigurano lice prilikom korišćenja zdravstvene usluge.

Za osigurana lica u dopunskom zdravstvenom osiguranju doplatu obezbjeđuje Fond ili društvo za osiguranje.

Davalac zdravstvene usluge dužan je da osiguranom licu za izvršenu zdravstvenu uslugu izda račun, koji obavezno sadrži podatke o iznosu koji se obezbjeđuje iz obaveznog osiguranja i iznosu doplate koju plaća osigurano lice.

Kriterijume za utvrđivanje medicinskih razloga za promjenu pola propisuje organ državne uprave nadležan za poslove zdravlja (u daljem tekstu:Ministarstvo).

Član 16c

Zdravstvene usluge iz člana 16b ovog zakona osiguranim licima obezbjeđuju se u punom iznosu cijene iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, i to:

- borcima, vojnim invalidima, civilnim invalidima rata, članovima njihovih porodica, korisnicima prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, kao i žrtvama kasetne municije;

- osiguranim licima starijim od 65 godina života;
- korisnicima socijalno zaštitnih prava i članovima njihovih porodica;
- primaocima najniže penzije i članovima njihovih porodica;
- djeci iz člana 12 st. 3 i 4 i člana 13 ovog zakona;
- nezaposlenim licima koja su na evidenciji nezaposlenih lica;
- davaocima tkiva i organa;
- dobrovoljnim davaocima krvi koji su krv dali najmanje deset puta.“

Član 9

U članu 17 u uvodnoj rečenici stava 1 riječ „zdravlja“ briše se.

U tački 6 riječi: „lica sa duševnim poremećajima i nedovoljno mentalno razvijenih lica“ zamjenjuju se riječima: „lica mentalno oboljela i lica ometena u razvoju“.

Poslije stava 1 dodaju se dva nova stava koji glase:

„Vlada, na predlog Ministarstva, utvrđuje osnovnu listu lijekova, koja sadrži lijekove koji su od posebnog značaja za zdravlje osiguranih lica i koji se propisuju i izdaju na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja, dopunsku listu lijekova, koja sadrži lijekove koji se ne nalaze na osnovnoj listi lijekova i listu medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam i njihove standarde.

Kriterijume za utvrđivanje lista lijekova iz stava 2 ovog člana propisuje Vlada, na predlog Ministarstva.“

Član 10

Poslije člana 18 dodaje se novi član koji glasi:

„Član 18a

Iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne obezbjeđuje se zdravstvena zaštita za sljedeće zdravstvene usluge:

- 1) liječenje akutnog pijanstva i trovanja alkoholom;
- 2) prekid trudnoće iz nemedicinskih razloga;
- 3) sterilizaciju, osim ako je medicinski indikovana;

- 4) pravo na pratioca kod bolničkog liječenja i medicinske rehabilitacije, osim za lica iz člana 16b stav 1 alineja 14 ovog zakona;
- 5) neobaveznu imunizaciju i imunizacije koje su vezane za putovanje u inostranstvo ili za obavljanje određenog posla;
- 6) stomatološke usluge, osim za slučajeve iz čl. 16a i 16b ovog zakona;
- 7) dijagnostiku i liječenje seksualne disfunkcije ili seksualne neadekvatnosti;
- 8) dijagnostiku i liječenje koji su u fazi istraživanja, odnosno eksperimenta, liječenje uz primjenu lijekova i medicinskih sredstava koji su u fazi kliničkih ispitivanja, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju, lijekove i medicinsko-tehnička pomagala koji nijesu pruženi u skladu sa prihvaćenim standardima medicinske, stomatološke i farmaceutske prakse;
- 9) lijekove koji nijesu na osnovnoj ili dopunskoj listi lijekova;
- 10) refrakcione operacije za skidanje dioptrije ako se poboljšanje vida može postići naočarima;
- 11) zahvate estetske rekonstruktivne hirurgije, osim estetske rekonstrukcije kongenitalnih anomalija kod djece, rekonstrukcije dojke nakon mastektomije i estetske rekonstrukcije nakon teških ozljeđivanja u cilju sprječavanja invaliditeta;
- 12) hirurško ili invazivno liječenje gojaznosti;
- 13) liječenje medicinskih komplikacija koje nastaju kao posljedica korišćenja zdravstvene zaštite van utvrđenih standarda;
- 14) specifičnu zdravstvenu zaštitu zaposlenih koja se ostvaruje na osnovu ugovora između poslodavca i zdravstvene ustanove;
- 15) posebni lični komfor i udobnost smještaja i lične njege za vrijeme bolničkog liječenja;
- 16) metode i postupke alternativne, komplementarne i tradicionalne medicine;
- 17) preglede za procjenu zdravstvene sposobnosti profesionalnih sportista;
- 18) terapije hipnozom, elektrohipnozom, elektroslip terapije, elektronarkoze i narko-sinteze;
- 19) druge vrste zdravstvenih usluga koje nijesu utvrđene kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom.“

Član 11

U članu 19 stav 1 tačka 2 briše se.

U tački 3 riječi: „standarde za“ brišu se.

Dosadašnja tačka 3 postaje tačka 2.

Stav 2 mijenja se i glasi:

“ Na akte iz stava 1 tač. 1 i 2 ovog člana saglasnost daje Ministarstvo“.

U stavu 3 riječi: „tač. 1 i 3“ zamjenjuje se riječima: „tač. 1 i 2“.

Član 12

Član 20 briše se.

Član 13

U članu 25 stav 1 riječi: „4 i“ zamjenjuju se riječima: „4,6, 7 i“.

U stavu 2 tačka 5 poslije riječi „davanja“ dodaje se riječ „krvi,“.

Član 14

Član 26 mijenja se i glasi:

„Naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad do 60 dana obračunava i isplaćuje poslodavac.

Naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad poslije isteka 60 dana obračunava i isplaćuje poslodavac, a Fond je refundira poslodavcu.

Naknada koju Fond refundira poslodavcu iznosi 70 % od osnova za naknadu, osim za slučajeve iz člana 28 stav 3 ovog zakona, za koje naknada iznosi 100 % od osnova za naknadu.

Naknada iz stava 2 ovog člana ne refundira se korisnicima sredstava iz sektora javne potrošnje (budžeta Crne Gore i budžetskih fondova)“.

Član 15

Član 27 mijenja se i glasi:

„Osnov za obračun naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad je prosjek osnovne zarade uvećane po osnovu vremena provedenog na radu za svaku započetu godinu radnog staža, koju je zaposleni ostvario u posljednjih 12 mjeseci koje prethode mjesecu u kome je nastupila privremena spriječenost za rad.

Ukoliko nije moguće utvrditi osnov za naknadu, kao osnov za naknadu se uzima iznos zarade u smislu stava 1 ovog člana koju bi zaposleni ostvario da je radio.

Naknada zarade iz st.1 i 2 ovog člana ne može biti veća od prosječne zarade zaposlenih u Crnoj Gori u prethodnoj godini, po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike, osim za privremene spriječenosti za rad propisane članom 28 stav 3 ovog zakona.“

Član 16

U članu 28 stav 3 riječi: „kao i za slijepa lica i hendikepirana lica“ zamjenjuju se riječima: „kao i za lica sa malignim oboljenjima, lica sa invaliditetom i lica sa mentalnim oboljenjima.“

Član 17

U članu 32 stav 1 poslije riječi: „privremenu spriječenost za rad“ dodaju se zarez i riječi: „kriterijume za utvrđivanje trajanja privremene spriječenosti za rad“.

Član 18

U članu 34 stav 3 mijenja se i glasi:

„Svojstvo osiguranog lica dokazuje se propisanom ispravom (u daljem tekstu: zdravstvena knjižica) koju izdaje Fond.“

Poslije stava 3 dodaje se novi stav koji glasi:

“Način izdavanja, zamjene i cijenu koštanja zdravstvene knjižice utvrđuje Fond“.

U stavu 4 riječi: „u rokovima iz člana 67 ovog zakona“ zamjenjuju se riječima: „u skladu sa posebnim propisima“.

U stavu 5 riječi: „u stavu 4 ovog člana“ zamjenjuje se riječima: „u stavu 5 ovog člana“.

Dosadašnji st. 4 i 5 postaju st. 5 i 6.

Član 19

Čl. 35 do 50 brišu se.

Član 20

U članu 51 poslije stava 1 dodaje se novi stav koji glasi:

„Postupak ostvarivanja prava iz stava 1 ovog člana uređuje se opštim aktom Fonda.“

Član 21

Član 52 mijenja se i glasi:

„Osiguranik se upućuje radi liječenja van Crne Gore ako oboljenje od kojeg boluje nije moglo da se uspješno liječi u Crnoj Gori.

Osiguranik ostvaruje prava iz stava 1 ovog člana u skladu sa propisom Ministarstva.“

Član 22

Član 53 briše se.

Član 23

U članu 56 stav 1 poslije riječi „vještačenja“ dodaju se riječi: „za medicinska pitanja“.

Član 24

U članu 58 stav 2 mijenja se i glasi:

„Način vođenja evidencije i podaci koji se vode u evidenciji iz stava 1 ovog člana, obrazac zdravstvene knjižice, način njenog korišćenja i drugi obrasci utvrđuju se aktom Fonda“.

Član 25

Podnaslov „4. Lično učešće osiguranih lica u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite“ i čl. 59, 60 i 61 brišu se.

Član 26

U članu 72 poslije stava 3 dodaje se novi stav koji glasi:

„U slučajevima iz st. 1, 2 i 3 ovog člana Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete i neposredno od društva za osiguranje kod koga su ova lica osigurana od odgovornosti za štetu prouzrokovanu trećim licima, po propisima o osiguranju.“

Član 27

U članu 78 stav 1 riječi: „u određenom roku“ zamjenjuju se riječima: „u roku od 30 dana.“

Član 28

Poslije člana 78 dodaje se novi član koji glasi:

„Član 78a

Poslodavci, zdravstvene ustanove, društva za osiguranje, nadležni državni organi, kao i druga pravna lica koja, na osnovu zakona, u obavljanju redovne djelatnosti prikupljaju podatke i vode evidencije, dužni su da Fondu dostave podatke od značaja za naknadu štete u skladu sa ovim zakonom.“

Član 29

Naziv poglavlja „III DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE“ mijenja se i glasi: „III DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE“.

Član 30

Član 79 mijenja se i glasi:

„Dopunsko zdravstveno osiguranje obezbjeđuje i sprovodi Fond.

Poslove dopunskog zdravstvenog osiguranja može obavljati i društvo za osiguranje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje djelatnost osiguranja i ovim zakonom.“

Član 31

Član 80 mijenja se i glasi:

„Osigurano lice u dopunskom zdravstvenom osiguranju može biti samo lice koje ima status osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

Osigurano lice u dopunskom zdravstvenom osiguranju je fizičko lice koje sa Fondom ili društvom za osiguranje zaključi ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Poslodavci za svoje zaposlene mogu obezbijediti dopunsko zdravstveno osiguranje i o tome zaključuju ugovor sa Fondom ili društvom za osiguranje.

Ugovorom iz st. 2 i 3 ovog člana osigurano lice obezbjeđuje dopunsko osiguranje i za člana porodice.“

Član 32

Član 81 mijenja se i glasi:

„Dopunsko zdravstveno osiguranje sprovodi se tako:

- da se sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao i finansijsko poslovanje vode odvojeno od sredstava obaveznog i drugih vrsta zdravstvenih i drugih osiguranja;
 - da se izrađuje poseban bilans za dopunsko zdravstveno osiguranje;
 - da se sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja mogu koristiti samo za obezbjeđenje tog oblika osiguranja;
 - da su davaoci zdravstvenih usluga koji imaju zaključene ugovore za pružanje zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dužni da zaključe ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sa Fondom ili društvom za osiguranje koje sprovodi to osiguranje i obezbjeđuje podatke za sprovođenje tog osiguranja;
 - da su obveznici uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje dužni da vrše uplate premija dopunskog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica koja su zaključila taj ugovor sa Fondom ili društvom za osiguranje;
 - da se vode posebne evidencije o osiguranim licima, pruženim uslugama i cijenama pruženih usluga i knjigovodstvo isplaćenih naknada troškova zdravstvenih usluga.
- Za obezbjeđivanje i razmjenu podataka davaoci zdravstvenih usluga mogu sa Fondom ili društvom za osiguranje ugovoriti naknadu do 0,5% od bruto obračunatih usluga za dopunsko zdravstveno osiguranje.
- Za administriranje i uplatu premija obveznici uplate doprinosa mogu sa Fondom ili društvom za osiguranje ugovoriti naknadu do 0,5% od bruto obračunatih premija osiguranja.“

Član 33

Član 82 briše se.

Član 34

Član 83 mijenja se i glasi:

„Društvo za osiguranje je dužno da prije početka sprovođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja obavijesti Ministarstvo.

Fond ili društvo za osiguranje koje sprovodi dopunsko zdravstveno osiguranje obavezni su da:

- zaključe ugovore o dopunskom zdravstvenom osiguranju pod istim uslovima sa svakim licem koje to želi, a koje je obavezno zdravstveno osigurano u skladu sa ovim zakonom;
- omogućće da u ostvarivanju prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja sva osigurana lica budu ravnopravna;
- zaključe ugovor o dopunskom osiguranju za najmanje dvije godine;
- svakom osiguranom licu za vrijeme trajanja dopunskog osiguranja obezbijede pokriće troškova zdravstvene zaštite saglasno članu 16b ovog zakona.

Premija dopunskog zdravstvenog osiguranja u Fondu ili društvu za osiguranje mora biti jednaka za sva osigurana lica osim u slučaju kolektivnog osiguranja, kad se mogu odobriti popusti do 5% premije osiguranja.

Visinu premije dopunskog zdravstvenog osiguranja utvrđuje Fond, odnosno društvo za osiguranje uz saglasnost Ministarstva.

Bliže uslove i način korišćenja zdravstvenih usluga iz dopunskog zdravstvenog osiguranja, postupak, način plaćanja, iznos doplate, kao i obrazac računa za izvršenu zdravstvenu uslugu utvrđuje Ministarstvo.“

Član 35

Član 84 mijenja se i glasi:

„Fond, odnosno društvo za osiguranje ne mogu raskinuti ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, osim u slučaju neplaćanja premije osiguranja, u skladu sa ugovorom.

Osigurano lice može raskinuti ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju nakon isteka 12 mjeseci od dana zaključenja ugovora.

U slučaju raskida ugovora otkazni rok za obje ugovorne strane je 60 dana.“

Član 36

Član 85 mijenja se i glasi:

„Dopunsko zdravstveno osiguranje osigurana lica ostvaruju ukoliko imaju status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa ovim zakonom, u trajanju od najmanje dva mjeseca.

U slučaju prestanka dopunskog zdravstvenog osiguranja dužeg od 30 dana, staž osiguranja iz stava 1 ovog člana teče ponovo.“

Član 37

Član 86 briše se.

Član 38

U članu 88 stav 1 tačka 2 mijenja se i glasi:

“ 2) sprovodi postupak javnih nabavki za potrebe javnih zdravstvenih ustanova, u skladu sa zakonom“.

U tački 3 riječi: „i vrši kontrolu prijavljivanja i odjavljivanja osiguranih lica“ brišu se.

Tačka 9 mijenja se i glasi:

„9) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, godišnji plan javnih nabavki za javne zdravstvene ustanove, usvaja nacrt godišnjeg finansijskog plana i završni račun sa izvještajem o poslovanju u skladu sa zakonom.“

Tačka 10 mijenja se i glasi:

„10) vrši kontrolu izvršenja ugovora, cijena zdravstvenih usluga i kontrolu trošenja sredstava od strane davalaca zdravstvenih usluga.“

U tački 12 riječ „dobrovoljno“ briše se.

U tački 13 riječ „obaveznog“ briše se.

Poslije stava 1 dodaju se dva nova stava koji glase:

„Godišnji plan javnih nabavki za javne zdravstvene ustanove donosi se u skladu sa Planom godišnjih potreba za lijekovima, medicinskim sredstvima i opremom, u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Ministarstvo i organ državne uprave nadležan za poslove finansija daju saglasnost na Plan javnih nabavki za javne zdravstvene ustanove.“

Član 39

U članu 90 stav 2 mijenja se i glasi:

„Upravni odbor Fonda ima sedam članova koje imenuje i razrješava Vlada, i to:

- 1) jednog člana na predlog reprezentativne sindikalne organizacije;
- 2) jednog člana na predlog reprezentativnog udruženja poslodavaca;
- 3) jednog člana na predlog Saveza udruženja penzionera;
- 4) jednog člana na predlog Ljekarske i Farmaceutске komore;
- 5) tri člana na predlog Ministarstva.“

Poslije stava 2 dodaju se dva nova stava koji glase:

„Ako ima više reprezentativnih sindikalnih organizacija, člana Upravnog odbora iz stava 2 tačka 1 ovog člana predlaže reprezentativna sindikalna organizacija koja ima veći broj članova.

Ako ima više reprezentativnih udruženja poslodavaca, člana Upravnog odbora iz stava 2 tačka 2 ovog člana predlaže reprezentativno udruženje koje ima veći procenat zaposlenih u privredi Crne Gore.“

Dosadašnji st. 3 i 4 postaju st. 5 i 6.

Član 40

U članu 91 stav 1 tačka 2 mijenja se i glasi:

„2) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, godišnji plan javnih nabavki za javne zdravstvene ustanove, usvaja nacrt godišnjeg finansijskog plana i završni račun sa izvještajem o poslovanju u skladu sa zakonom.“

Poslije tačke 4 dodaje se nova tačka koja glasi:

„4a) utvrđuje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja.“

Član 41

U članu 93 stav 2 poslije riječi: „organizuje se“ dodaju se riječi: „u centrali i podružnim jedinicama“.

U stavu 4 poslije riječi „Ministarstvo“ briše se tačka i dodaju riječi: „i organ državne uprave nadležan za poslove finansija.“

Član 42

Čl. 97 i 98 brišu se.

Član 43

U članu 99 stav 1 mijenja se i glasi:

„ Za pružanje zdravstvene zaštite iz člana 16 ovog zakona Fond zaključuje ugovore u skladu sa ovim zakonom.“

U stavu 2 riječ „komisije“ zamjenjuje se riječju „komore“.

Na kraju alineje 1 dodaju se riječi: „starosnu strukturu i gravitaciono područje na kojem davalac usluga pruža zdravstvene usluge“.

Poslije alineje 1 dodaju se dvije nove alineje koje glase:

„- indikatore za praćenje kvaliteta zdravstvenih usluga, prava osiguranih lica i troškova zdravstvenih usluga i lijekova;

- obavezu razmjene podataka između Fonda i davalaca zdravstvenih usluga.“

Dosadašnje al. 2, 3 i 4 postaju al. 4, 5 i 6.

Član 44

U članu 100 poslije stava 1 dodaje se novi stav koji glasi:

„Za zdravstvene usluge koje se ne mogu obezbijediti u okviru Mreže zdravstvenih ustanova Fond može, u skladu sa kriterijumima iz stava 1 ovog člana, da zaključi ugovor i sa zdravstvenim ustanovama van Mreže, na osnovu javnog poziva i uz prethodnu saglasnost Ministarstva.“

Stav 2 mijenja se i glasi:

„Davaoci zdravstvenih usluga koji su zainteresovani za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvenih usluga sa Fondom dužni su da na način i u rokovima predviđenim aktom iz člana 99 stav 2 ovog zakona dostave podatke o:

- obimu, vrsti i strukturi izvršenih usluga iz prethodne godine;
- obimu, vrsti i strukturi usluga planiranih za sljedeće dvije godine;
- kadrovskim i materijalnim uslovima za izvršenje usluga;
- namjenama i trošenju sredstava iz ugovora;
- poboljšanju obima i kvaliteta zdravstvene zaštite osiguranih lica;
- preduzetim mjerama i postignutim rezultatima u poboljšanju kvaliteta zdravstvene zaštite osiguranih lica na nerazvijenim i manje razvijenim područjima;
- druge podatke koje po potrebi može tražiti Fond.“

U stavu 5 riječ „ustanova“ zamjenjuje se riječju „usluga“.

Dosadašnji st. 2, 3, 4, 5 i 6 postaju st. 3, 4, 5, 6 i 7.

Član 45

Poslije člana 100 dodaje se novi član koji glasi:

„Član 100a

Radi obezbjeđivanja zdravstvene zaštite iz člana 16 stav 1 tačka 8 ovog zakona Fond, saglasno članu 100 ovog zakona, zaključuje ugovor sa isporučiocima medicinsko tehničkih pomagala.“

Član 46

U članu 101 na kraju stava 1 briše se tačka i dodaju riječi: „i zdravstvenim ustanovama van Crne Gore“.

Član 47

U članu 102 stav 1 mijenja se i glasi:

„Ugovori se zaključuju do 31. marta tekuće godine za tu i narednu godinu.“

Član 48

U članu 103 poslije stava 2 dodaje se novi stav koji glasi:

„Bliži način, postupak, sadržaj i mjere kontrole iz stava 1 ovog člana uređuju se opštim aktom Fonda, na koji saglasnost daje Ministarstvo.

Član 49

Poslije člana 103 dodaje se novi član koji glasi:

„Član 103 a

Za rješavanje sporova između Fonda i davalaca zdravstvenih usluga u vezi sa sprovođenjem ugovora o pružanju zdravstvenih usluga može se osnovati arbitraža.

Svaka strana u sporu može zahtijevati osnivanje arbitraže u roku od sedam dana od nastanka spora.

Arbitraža se osniva sporazumom između strana u sporu.

Arbitraža ima pet članova i sastavljena je od dva predstavnika Fonda, jednog predstavnika davaoca zdravstvenih usluga, jednog predstavnika Ljekarske ili Farmaceutске komore i jednog predstavnika Ministarstva.

Postupak pred arbitražom je hitan, a odluka se donosi u roku od 30 dana od dana osnivanja arbitraže, većinom glasova članova arbitraže.

Dok traje postupak pred arbitražom rokovi za pokretanje sudskog postupka miruju.

Odluka arbitraže je obavezujuća za strane u sporu.

Strana u sporu nezadovoljna odlukom arbitraže može pokrenuti sudski postupak, koji ne zadržava izvršenje odluke.“

Član 50

U članu 105 uvodnoj rečenici stava 1 riječi: „ili poslodavac“ brišu se.

Poslije tačke 1 dodaje se nova tačka koja glasi:

„1a) Fondu ne dostavi podatke iz člana 78a ovog zakona.“

Tač. 2 i 3 brišu se.

Poslije stava 1 dodaju se dva nova stava koji glase:

„Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom od 100 eura do 2.000 eura.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se preduzetnik novčanom kaznom od 200 eura do 6.000 eura“.

Član 51

Poslije člana 108 dodaju se šest novih članova koji glase:

„Član 108 a

Fond će početi sa sprovođenjem dopunskog zdravstvenog osiguranja u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 108 b

Odredbe čl. 16a i 16b ovog zakona primjenjivaće se od dana uvođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja od strane Fonda.

Do uvođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja, u smislu stava 1 ovog člana, primjenjivaće se Odluka o učešću osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite („Službeni list RCG“, br. 34/91 i 19/93).

Član 108 c

Odredba člana 85 ovog zakona primjenjivaće se poslije godinu dana od dana kada Fond počne da sprovodi dopunsko zdravstveno osiguranje.

Član 108 d

Akti iz člana 17 stav 3 ovog zakona donijeće se u roku od deset mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do donošenja akata iz stava 1 ovog člana primjenjivaće se Lista lijekova i Lista medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam na teret obaveznog osiguranja.

Član 108 e

Podzakonski akti za sprovođenje ovog zakona donijeće se u roku od deset mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 108 f

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

Danom imenovanja članova Upravnog odbora, u smislu stava 1 ovog člana, prestaje sa radom dosadašnji Upravni odbor.“

Član 52

Poslije člana 116 dodaje se novi član koji glasi:

„Član 116 a

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaje da važi Odluka o obimu i sadržaju obaveznih vidova zdravstvene zaštite („Službeni list RCG“, broj 46/90)“.

Član 53

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

Broj 28-2/12-1/17

EPA 774 XXIV

Podgorica, 29. februara 2012. godine

Skupština Crne Gore 24. saziva

Predsjednik,

Ranko Krivokapić, s.r.