

ZAKON

O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

("Sl. list RCG", br. 39/04 od 09.04.2004, 23/05 od 12.04.2005, 29/05 od 09.05.2005 i "Sl. list Crne Gore", br. 12/07 od 14.12.2007, 13/07 od 18.12.2007, 73/10 od 10.12.2010, 39/11 od 04.08.2011, 40/11 od 08.08.2011, 14/12 od 07.03.2012)

NAPOMENA IZDAVAČA:

Danom početka primjene Zakona o objedinjenoj registraciji i sistemu izvještavanja o obračunu i naplati poreza i doprinosa (Službeni list Republike Crne Gore, br. 29/05) prestaju da važe odredbe Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list RCG", br. 39/04) koje se odnose na registraciju poreskih obveznika i osiguranika i podnošenje prijave za obračun i plaćanje poreza i doprinosa, koje su u suprotnosti sa ovim zakonom.

I OSNOVNE ODREDBE

Član 1

Zdravstvenim osiguranjem građanima se obezbjeđuje ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava, u skladu sa ovim zakonom.

Član 2

Cilj ovog zakona je da stvori uslove za:

- 1) obezbjeđivanje obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 2) stabilno finansiranje zdravstvene zaštite, usklađivanjem zdravstvene potrošnje sa realnim materijalnim mogućnostima;
- 3) uvođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Član 3

Obavezno zdravstveno osiguranje je dio sistema socijalnog osiguranja građana kojim se, na načelima obaveznosti, uzajamnosti i solidarnosti, svim građanima Crne Gore, kao i drugim licima obezbjeđuje pravo na zdravstvenu zaštitu i druga prava, u skladu sa ovim zakonom.

Ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje Fond za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Fond), u skladu sa ovim zakonom.

Član 4

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 5

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

Nasljeđivati se mogu prava na novčane naknade koje su dospjele za isplatu, a ostale su neisplaćene zbog smrti osiguranika.

Član 6

Pojedini izrazi, u smislu ovog zakona, imaju sljedeće značenje:

- 1) osigurano lice je lice koje ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu i druga prava iz zdravstvenog osiguranja pod uslovima utvrđenim ovim zakonom;
- 2) izabrani tim ili izabrani doktor podrazumijeva izabrani tim doktora medicine ili izabranog doktora medicine ili izabranog doktora stomatologije;
- 3) davaoci zdravstvenih usluga su zdravstvene ustanove i izabrani tim ili izabrani doktor;
- 4) zdravstvena knjižica je javna isprava kojom se dokazuje status osiguranog lica;
- 5) stranac je strani državljanin i lice bez državljanstva;
- 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.

II OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. Osigurana lica

Član 7

Osigurana lica koja imaju prava i obaveze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su osiguranici, članovi porodica osiguranika i druga lica, u skladu sa ovim zakonom.

1) Osiguranici

Član 8

Osiguranici, u smislu ovog zakonu, su:

- 1) lica zaposlena u privrednom društvu, drugom pravnom licu, državnom organu, organu jedinice lokalne samouprave, odnosno lokalne uprave ili kod fizičkog lica (u daljem tekstu: poslodavac);
- 2) lica koja obavljaju poslove po posebnom ugovoru o radu, u skladu sa posebnim zakonom;
- 3) profesionalna vojna lica i civilna lica na službi u Vojsci Crne Gore;
- 4) izabrana ili imenovana lica, ako za obavljanje funkcije ostvaruju zaradu;
- 5) članovi odbora direktora u privrednom društvu i drugom pravnom licu i članovi upravnih odbora u javnim preduzećima i ustanovama koji za svoj rad primaju naknadu;
- 6) državljani Crne Gore koji su u Crnoj Gori zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija i ustanova, stranih konzularnih ili diplomatskih predstavništava ili kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;
- 7) zaposlena lica upućena na rad u inostranstvo, odnosno lica koja su zaposlena u privrednom društvu ili drugom pravnom licu čije je sjedište u Crnoj Gori, a koje obavlja djelatnost u inostranstvu, ako nijesu obavezno osigurana po propisima države u koju su upućeni, odnosno u kojoj su zaposleni ili ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;
- 8) državljani Crne Gore zaposleni u inostranstvu u domaćinstvima državljana Crne Gore iz tačke 7 ovog člana;
- 9) državljani Crne Gore zaposleni u inostranstvu, ako za to vrijeme nijesu obavezno osigurani kod stranog nosioca osiguranja ili ako prava iz zdravstvenog osiguranja, po propisima te države, ne mogu ostvariti ili koristiti van njene teritorije, a neposredno prije odlaska u inostranstvo bili su osigurani u Crnoj Gori, odnosno ako su prije odlaska u inostranstvo imali prebivalište u Crnoj Gori;
- 10) stranci koji u Crnoj Gori rade kod domaćih pravnih, odnosno fizičkih lica, na osnovu posebnih ugovora i sporazuma o međunarodno - tehničkoj saradnji;
- 11) stranci koji su u Crnoj Gori zaposleni kod međunarodnih organizacija i ustanova i drugih stranih pravnih i fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, odnosno ako nijesu osigurana po propisima druge države;
- 12) stranci koji su u Crnoj Gori zaposleni kod stranih diplomatskih i konzularnih predstavništava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom;
- 13) preduzetnici i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje;
- 14) lica koja obavljaju poslove po osnovu ugovora, o djelu, odnosno poslove po osnovu autorskog ugovora, kao i poslove po osnovu drugih ugovora po osnovu kojih za izvršen posao ostvaruju naknadu;
- 15) lica za čijim je radom prestala potreba, odnosno koja su prestala da obavljaju preduzetničku djelatnost dok ostvaruju novčanu naknadu prema propisima o radu i nezaposlena lica koja ostvaruju pravo na naknadu u skladu sa propisima o zapošljavanju;
- 16) lica koja po prestanku rada ostvaruju pravo na naknadu zarade u skladu sa posebnim zakonom;
- 17) nezaposlena lica koja su na evidenciji nezaposlenih lica, a ne primaju naknadu po tom osnovu;
- 18) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;
- 19) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, članovi njihovih porodica i korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca;
- 20) korisnici socijalno zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima;

- 21) državljani Crne Gore koji primaju penziju ili invalidninu isključivo od inostranog nosioca osiguranja koji imaju prebivalište u Crnoj Gori, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;
- 22) lica koja se bave poljoprivrednom djelatnošću kao jednim ili glavnim zanimanjem u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju, kao i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta;
- 23) sveštenici i vjerski službenici (u daljem tekstu: vjerski službenici), kao i monasi i monahinje (u daljem tekstu: lica koja obavljaju vjerske funkcije);
- 24) lica koja su na izdržavanju kazne zatvora, kao i lica kojima je izrečena mjera obaveznog čuvanja i obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana.

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 redoslijedu:

- 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 9

Državljeni zemalja sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ostvaruju zdravstvenu zaštitu u obimu koji je utvrđen tim ugovorom.

2) Članovi porodice osiguranika

Član 10

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuju se i članovima porodice osiguranika, pod uslovima iz ovog zakona, ako ih ne ostvaruju po nekom od osnova iz člana 8 ovog zakona.

Članovima porodice, u smislu ovog zakona, smatraju se:

- članovi uže porodice: bračni drug i djeca rođena u braku ili van braka, usvojena, pastorčad i djeca prihvaćena na izdržavanje;
- članovi šire porodice: roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i usvojlac), unučad, braća i sestre, ako su trajno i potpuno nesposobni za samostalan život i rad u smislu posebnih propisa i ako ih osiguranik izdržava.

Član 11

Razvedeni bračni drug zadržava status osiguranika kao član porodice, ako:

- je sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, dok traje izdržavanje;
- je u vrijeme razvoda braka bio potpuno i trajno nesposoban za rad u skladu sa posebnim propisima;
- su mu sudskom odlukom povjerena djeca na čuvanje i vaspitanje, dok djeca imaju pravo na izdržavanje.

Lice iz stava 1 ovog člana ostvaruje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovom da nije osiguran po drugom osnovu i ako se prijavi Fondu u roku od 30 dana nakon razvoda braka, odnosno donošenja pravosnažne presude o izdržavanju ili sudske odluke o povjeravanju djece na čuvanje i vaspitanje.

Član 12

Dijete osiguranika ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima iz ovog zakona, do završetka obaveznog školovanja po propisima iz oblasti obrazovanja, a ako je na redovnom ili vanrednom školovanju, do kraja roka propisanog za redovno školovanje, a najkasnije do navršene 26. godine života.

Dijete iz stava 1 ovog člana, koje je zbog bolesti opravdano prekinulo školovanje, ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i za vrijeme trajanja te bolesti, a ako nastavi školovanje ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i poslije starosne granice utvrđene u stavu 1 ovog člana, ali najduže onoliko vremena koliko je trajao prekid školovanja zbog bolesti. Opravdanost prekida školovanja zbog bolesti utvrđuje se u skladu sa opštim aktom Fonda.

Ako dijete iz stava 1 ovog člana postane nesposobno za samostalan život i rad, u smislu posebnih propisa,

prije isteka roka za redovno školovanje iz stava 1 ovog člana, ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i za vrijeme dok takva nesposobnost traje.

Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje pripada i djetetu koje postane trajno nesposobno za samostalan život i rad u smislu posebnih propisa i poslije uzrasta utvrđenog u stavu 1 ovog člana, ako nema sopstvenih sredstava za izdržavanje i ako ga osiguranik izdržava.

Član 13

Djeca bez roditelja i djeca za koje je organ starateljstva utvrdio da su bez roditeljskog staranja imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Djeca koja imaju jednog ili oba roditelja imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kao djeca iz stava 1 ovog člana, ako zbog zdravstvenog stanja roditelja ili drugih okolnosti u smislu posebnih propisa roditelji nijesu u mogućnosti da se staraju o djeci i da ih izdržavaju.

Djeca iz st. 1 i 2 ovog člana imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovima utvrđenim u članu 12 ovog zakona.

Član 14

Lica koja nemaju svojstvo osiguranog lica ni po jednom osnovu iz čl. 8 do 13 ovog zakona mogu steći svojstvo osiguranog lica za sebe i članove uže porodice i obezbijediti prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovima i na način utvrđen ovim zakonom.

2. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 15

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

- 1) pravo na zdravstvenu zaštitu;
- 2) pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad;
- 3) pravo na naknadu putnih troškova u vezi korišćenja zdravstvene zaštite.

Osigurano lice ostvaruje prava iz stava 1 ovog člana na način utvrđen ovim zakonom i zakonom kojim je uređena zdravstvena zaštita.

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.

1) Pravo na zdravstvenu zaštitu

Član 16

Zdravstvena zaštita obuhvata:

- 1) medicinske mjere i postupke za unapređivanje zdravlja, sprječavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti i drugih poremećaja zdravlja;
- 2) ljekarske preglede i druge vrste medicinske pomoći;
- 3) liječenje oboljelih i povrijeđenih i druge vrste medicinske pomoći;
- 4) liječenje van Crne Gore;
- 5) prevenciju i liječenje bolesti usta i zuba;
- 6) medicinsku rehabilitaciju;
- 7) lijekove i medicinska sredstva;

- 8) medicinsko - tehnička pomagala (proteze, ortopedska i druga pomagala, stomato-protetičku pomoć i stomatološke materijale i nadoknade).

Zdravstvena zaštita iz stava 1 tačka 5 ovog člana obuhvata liječenje bolesti usta i zuba u hitnim medicinskim stanjima i prevenciju i liječenje bolesti usta i zuba kod djece do navršениh 18 godina života, žena u toku trudnoće i lica starijih od 65 godina života.

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 navršениh 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 ortodontske 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 ambulanzama 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;
- ambulantnu 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 17

Obim prava i standarde zdravstvene zaštite iz člana 16 stav 1 tač. 1 do 5 ovog zakona utvrđuje Vlada Crne Gore (u daljem tekstu: Vlada), na predlog Ministarstva, polazeći od godišnjeg programa zdravstvene zaštite i godišnjeg finansijskog plana Fonda, kao i raspoloživih zdravstvenih kapaciteta, posebno vodeći računa o zdravstvenoj zaštiti sljedećih kategorija:

- 1) djece iz čl. 12 i 13 ovog zakona;
- 2) žena u toku trudnoće, porođaja i materinstva;
- 3) lica starijih od 65 godina života;
- 4) vojnih invalida i civilnih invalida rata, u skladu sa posebnim propisima;
- 5) hendikepiranih lica sa značajnim tjelesnim oštećenjem od najmanje 70% utvrđenim u smislu posebnih propisa;
- 6) lica oboljelih od zaraznih bolesti, reumatske groznice i njenih komplikacija, malignih oboljenja, šećerne bolesti, hronične bubrežne insuficijencije, koronarne, cerebralne i vaskularne bolesti, sistemskih autoimunih bolesti, fiksne hipertenzije sa komplikacijama, progresivnih nervno-mišićnih oboljenja, cerebralne paralize, multipleks skleroze, cistične fibroze i hemofilije, lica mentalno

oboljela i lica ometena u razvoju, u vezi sa zdravstvenom zaštitom od tih bolesti.

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 18

Zdravstvenom zaštitom, u smislu člana 16 ovog zakona, ne smatraju se:

- 1) medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, tjelesnog oštećenja i invalidnosti u postupcima kod drugih organa i organizacija;
- 2) zdravstveni pregledi radi zapošljavanja, upisa u odgovarajuće ustanove obrazovanja, pohađanja kurseva, dobijanja uvjerenja za vozačke dozvole, za sudske i druge sporove i u drugim slučajevima kada se pregled ne obavlja u cilju zdravstvene zaštite;
- 3) pregled zaposlenih upućenih na rad u inostranstvo od strane poslodavca, u skladu sa posebnim zakonom, kao i mjere preventivne zdravstvene zaštite za putovanja u inostranstvo i zdravstveni pregled za ta putovanja.

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 19

Fond utvrđuje:

- 1) indikacije za korišćenje medicinske rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu rehabilitaciju;
- 2) indikacije za medicinsko-tehnička pomagala (proteze, ortopedska i druga pomagala, stomato-

protetičku pomoć, stomatološke materijale i nadoknade) i materijale od kojih se izrađuju ova sredstva, rokove korišćenja, kao i uslove za izradu novih sredstava prije isteka tih rokova. Na akte iz stava 1 tač. 1 i 2 ovog člana saglasnost daje Ministarstvo. U postupku donošenja akata iz stava 1 tač. 1 i 2 ovog člana Fond pribavlja stručno mišljenje nadležne zdravstvene ustanove.

Član 20

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 14/12)

2) Zdravstvena zaštita osiguranih lica na radu u inostranstvu

Član 21

Osiguranik iz člana 8 tačka 7 ovog zakona za vrijeme rada u inostranstvu ima pravo da koristi zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, u obimu koji se obezbjeđuje osiguranicima zaposlenim u Crnoj Gori.

Članovi uže porodice osiguranika iz stava 1 ovog člana, za vrijeme dok sa osiguranikom borave u inostranstvu, imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, ako je osiguranik upućen na rad u inostranstvo duže od šest mjeseci, a ako je osiguranik upućen na rad u inostranstvo do šest mjeseci imaju zdravstvenu zaštitu samo u slučaju hitne medicinske pomoći.

Član 22

Osiguranici zaposleni u domaćinstvima državljana Crne Gore na radu u inostranstvu i članovi njihovih uži porodica, dok sa njima borave u inostranstvu, kao i osiguranici upućeni u inostranstvo od poslodavca radi vršenja određenih poslova, odnosno zadataka, školovanja ili stručnog usavršavanja, ako su prije svog zaposlenja, odnosno odlaska u inostranstvo imala prebivalište u Crnoj Gori, za vrijeme boravka u inostranstvu do šest mjeseci, imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u inostranstvu samo u slučajevima hitne medicinske pomoći, a ako su na radu u inostranstvu duže od šest mjeseci imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za osiguranike u Crnoj Gori.

Član 23

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz čl. 21 i 22 ovog zakona imaju osiguranici i članovi njihovih uži porodica, ako je prije njihovog odlaska u inostranstvo utvrđeno da ne boluju od akutnih ili hroničnih oboljenja za koje je potrebno liječenje ili ljekarski nadzor.

Osiguranik, odnosno član njegove uže porodice koji je boravio u inostranstvu bez prethodno utvrđenog zdravstvenog stanja, u smislu stava 1 ovog člana, ima samo pravo na naknadu troškova koji su nastali korišćenjem hitne medicinske pomoći, ukoliko se ustanovi da prije odlaska u inostranstvo nije bolovalo od akutnog ili hroničnog oboljenja za koje je potrebno liječenje ili ljekarski nadzor.

Član 24

Bliže uslove i način ostvarivanja zdravstvene zaštite osiguranih lica iz čl. 21, 22 i 23 ovog zakona utvrđuje Fond.

3) Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad

Član 25

Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad imaju osiguranici-zaposleni iz člana 8 tač. 1, 3, 4, 6, 7 i 13 ovog zakona.

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

- 1) usljed bolesti ili povrede privremeno spriječeni za rad;
- 2) spriječeni da rade zbog medicinskog ispitivanja;
- 3) izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u njihovoj okolini;
- 4) određeni da njeguju oboljelog člana uže porodice, u skladu sa opštim aktom Fonda;
- 5) spriječeni da rade zbog dobrovoljnog davanja krvi, tkiva i organa;
- 6) određeni za pratioca oboljelog lica upućenog na liječenje ili ljekarski pregled u drugo mjesto, odnosno dok borave kao pratilac u stacionaru, u skladu sa opštim aktom Fonda.

Privremenu spriječenost za rad iz stava 2 ovog člana utvrđuje izabrani tim ili izabrani doktor, odnosno

nadležna ljekarska komisija, zavisno od vrste i prirode bolesti, u skladu sa aktom Fonda.

Član 26

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 27

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 28

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad određuje se najmanje u visini od 70% od osnova za naknadu.

Visina naknade iz stava 1 ovog člana, koju obezbjeđuje poslodavac iz svojih sredstava, utvrđuje se kolektivnim ugovorom, u skladu sa ovim zakonom.

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad prouzrokovane povredom na radu i profesionalnom bolešću, izolovanja zbog kliconoštva, zbog davanja krvi, tkiva i organa, za vrijeme održavanja trudnoće, kao i za lica sa malignim oboljenjima, lica sa invaliditetom i lica sa mentalnim oboljenjima, obezbjeđuje se u visini od 100% od osnova za naknadu.

Naknada zarade po osnovu privremene spriječenosti za rad za vrijeme održavanja trudnoće obezbjeđuje se od prvog dana privremene spriječenosti za rad iz sredstava Fonda namijenjenih za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 29

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

Član 30

U slučaju dužeg trajanja privremene spriječenosti za rad prouzrokovane bolešću ili povredom, a najkasnije po isteku 10 mjeseci neprekidne spriječenosti za rad, odnosno po isteku 12 mjeseci u toku kojih je bilo ukupno 10 mjeseci spriječenosti za rad sa prekidima, Fond je dužan da zaposlenog sa potrebnom medicinskom dokumentacijom uputi nadležnom organu za ocjenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti prema propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Organ iz stava 1 ovog člana dužan je da izvrši ocjenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti u roku do 60 dana od dana podnošenja zahtjeva za ocjenu radne sposobnosti i za to vrijeme naknadu zarade obezbjeđuje Fond, a po isteku tog roka, naknadu zarade obezbjeđuje Fond penzijskog i invalidskog osiguranja.

Pravo na naknadu zarade prestaje kada rješenje o utvrđenoj invalidnosti prema propisima o invalidskom osiguranju postane pravosnažno.

Upućivanje zaposlenog na ocjenu radne sposobnosti, isplata naknade zarade, vrste oboljenja kod kojih se izuzetno može dati ocjena i mišljenje da liječenje nije završeno i druga pitanja od značaja za ostvarivanje ovog prava uređuju se ugovorom između Fonda i Fonda penzijskog i invalidskog osiguranja.

Član 31

Osiguraniku ne pripada naknada zarade, ako:

- 1) je namjerno prouzrokovao spriječenost za rad;
- 2) je spriječenost za rad prouzrokovana dejstvom alkohola ili psihoaktivnih supstanci;
- 3) se za vrijeme privremene spriječenosti za rad bavi privrednom ili drugom djelatnošću kojom ostvaruje prihod;
- 4) je namjerno sprječavao ozdravljenje;
- 5) se bez opravdanog razloga ne podvrgne liječenju, osim ako za liječenje nije potreban pristanak predviđen posebnim propisima;
- 6) se bez opravdanog razloga ne javi izabranom doktoru ili izabranom timu, odnosno komisiji za ocjenu sposobnosti ili se ne odazove na ljekarski, odnosno komisijski pregled u zakazano vrijeme.

Osiguraniku ne pripada naknada zarade od dana kada su utvrđene okolnosti iz stava 1 ovog člana pa sve dok traju te okolnosti ili njihove posljedice.

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

Naknada zarade ne pripada licima na izdržavanju kazne zatvora i licima prema kojima se sprovodi mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, kao i licima kojima je izrečena mjera obaveznog liječenja i čuvanja alkoholičara i narkomana.

Član 32

Bliži način ostvarivanja prava osiguranika na privremenu spriječenost za rad, kriterijume za utvrđivanje trajanja privremene spriječenosti za rad i ostvarivanja prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad iz čl. 25 do 30 ovog zakona utvrđuje Fond.

4) Pravo na naknadu putnih troškova u vezi korišćenja zdravstvene zaštite

Član 33

Naknada troškova prevoza u vezi korišćenja zdravstvene zaštite obezbjeđuje se osiguranim licima, kao i pratiocu u slučaju potrebe.

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

Naknada troškova iz stava 1 ovog člana ostvaruje se u skladu sa aktom Fonda.

3. Ostvarivanje prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

1) Utvrđivanje svojstva osiguranog lica

Član 34

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu ostvarivati lica kojima je utvrđeno svojstvo osiguranih lica.

Svojstvo osiguranog lica može se ostvariti samo po jednom osnovu.

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

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

Ovjeru zdravstvene knjižice vrši Fond, na osnovu dokaza da je obveznik plaćanja doprinosa uplatio sve dospjele obaveze po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa posebnim propisima.

Lica koja ne mogu dokazati svojstvo osiguranih lica na način utvrđen u stavu 5 ovog člana prilikom korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja sama snose nastale troškove, osim u slučaju urgentnih stanja.

Član 35-50

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 14/12)

2) Ostvarivanje prava

Član 51

Osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu kod izabranog tima ili izabranog doktora, u domu zdravlja i u drugim zdravstvenim ustanovama i kod drugih subjekata sa kojima Fond zaključi ugovor, u skladu sa zakonom.

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

Član 52

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 53

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 14/12)

Član 54

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

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

Član 55

U postupku ostvarivanja prava utvrđenih ovim zakonom primjenjuju se odredbe zakona kojim je uređen opšti upravni postupak, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

Član 56

U postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao organi vještačenja za medicinska pitanja, učestvuju prvostepena ljekarska komisija koju obrazuje Fond i drugostepena ljekarska komisija koju obrazuje Ministarstvo.

Način rada, sastav i ovlašćenja prvostepene ljekarske komisije utvrđuje Fond, a drugostepene ljekarske komisije Ministarstvo.

Član 57

O pravima utvrđenim ovim zakonom u prvom stepenu odlučuje Fond, a u drugom stepenu Ministarstvo. Protiv konačnog rješenja iz stava 1 ovog člana može se pokrenuti upravni spor.

Član 58

Fond vodi evidenciju u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

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 59

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 14/12)

Član 60

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 14/12)

Član 61

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 14/12)

5. Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 62

Prihodi obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

- 1) doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje;
- 2) Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o budžetu, "Sl. list CG", br. 12/07)
- 3) Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o budžetu, "Sl. list CG", br. 12/07)

- 4) donacije;
- 5) sredstava po konvencijama;
- 6) iz naknada štete;
- 7) od kamata, dividendi, renti;
- 8) iz drugih izvora, u skladu sa zakonom.

Član 63

Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu se koristiti samo za namjene određene zakonom, i to:

- 1) za ostvarivanje prava osiguranih lica;
- 2) za podmirenje troškova sprovođenja obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 3) druge rashode, u skladu sa zakonom.

Član 64-67

Briše se. (Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje, "Sl. list CG", br. 13/07)

Član 68

Doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje obveznici plaćaju Fondu.

Član 69

Briše se. (Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje, "Sl. list CG", br. 13/07)

Član 70

Fond ima pravo uvida u dokumentaciju obveznika uplate doprinosa koja se odnose na pravilan obračun i blagovremenu uplatu doprinosa, kao i da zahtijeva od organa uprave nadležnog za poslove javnih prihoda podatke o naplaćenim doprinosima.

6. Naknada štete u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 71

Osiguranik kome je na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja izvršena isplata na koju nije imao pravo dužan je da vrati primljeni iznos, ako:

- 1) je na osnovu netačnih podataka za koje je znao ili morao znati da su netačni ili na drugi protivpravni način ostvario iz obaveznog zdravstvenog osiguranja neko pravo, odnosno primanje na koje nije imao pravo ili ga je ostvario u većem obimu nego što mu pripada;
- 2) je ostvario neko primanje usljed toga što nije prijavio nastale promjene koje utiču na gubitak ili obim nekog prava, a znao je ili je morao znati za te promjene;
- 3) je primio novčane isplate u iznosu većem od onoga koji mu je određen rješenjem.

Rokovi zastarjelosti potraživanja iz stava 1 ovog člana počinju teći od dana kada je u upravnom postupku postalo konačno rješenje kojim je utvrđeno da isplaćeno primanje ne pripada ili pripada u manjem obimu, odnosno od dana kada je izvršena posljednja nepravilna isplata.

Član 72

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od lica koje je prouzrokovalo bolest, povredu ili smrt osiguranika.

Za štetu koju je Fondu, u slučajevima iz stava 1 ovog člana, prouzrokovao zaposleni na radu ili u vezi sa radom odgovara poslodavac kod koga je zaposleni radio u trenutku prouzrokovanja štete.

Fond ima pravo, u slučajevima iz stava 2 ovog člana, da zahtijeva naknadu štete i neposredno od zaposlenog, ako je štetu prouzrokovao namjerno.

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 73

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca, ako su bolest, povreda ili smrt osiguranika nastali usljed toga što nijesu sprovedene mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana.

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca i kada je šteta nastala usljed toga što je zaposleni stupio na rad bez propisanog prethodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se utvrdi zdravstvenim pregledom da zaposleni prema svom zdravstvenom stanju nije bio sposoban za rad na određenom poslu.

Član 74

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca:

- 1) ako je šteta nastala usljed toga što nijesu dati podaci ili što su dati neistiniti podaci o činjenicama od kojih zavisi sticanje ili određivanje prava;
- 2) ako je isplata izvršena na osnovu neistinitih podataka u prijavi o stupanju zaposlenog na posao ili što nije podnesena prijava o promjenama koje utiču na gubitak ili obim prava ili ako je prijava podnesena poslije propisanog roka.

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od osiguranika koji je dužan sam da podnosi prijave ili da daje određene podatke u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ako je šteta nastala usljed toga što prijava nije dostavljena ili nijesu dati podaci ili su dati neistiniti podaci.

Član 75

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od doktora koji nezakonito utvrdi privremenu spriječenost za rad osiguranika, ako je zbog toga Fond isplatio naknadu zarade.

Ako je šteta iz stava 1 ovog člana nastala zbog nezakonitog rada nadležne komisije, za štetu odgovaraju članovi te komisije.

Fond ima pravo na naknadu štete od doktora, odnosno zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu djelatnost, ako mu nastane šteta zbog nepravilnog liječenja osiguranika.

Naknadu štete iz st. 1, 2 i 3 ovog člana ima i poslodavac, koji je isplatio naknadu zarade.

Član 76

Visina naknade štete utvrđuje se prema troškovima liječenja i drugim troškovima nastalim u vezi liječenja, novčanim naknadama isplaćenim osiguraniku po odredbama ovog zakona i drugim davanjima na teret Fonda.

Pri utvrđivanju visine štete ne uzimaju se u obzir iznosi plaćenog doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 77

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete i neposredno od osiguravajućeg društva koja je nastala upotrebom motornog vozila.

Član 78

Kada se utvrdi da je u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja prouzrokovana šteta poziva se lice koje je prouzrokovalo štetu da u roku od 30 dana nadoknadi štetu.

Ako u datom roku šteta ne bude nadoknađena, zahtjev za naknadu štete Fond ostvaruje tužbom kod nadležnog suda.

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.

III DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 79

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 80

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 81

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 82

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 14/12)

Član 83

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;
- omogućiti 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 84

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 85

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 86

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 14/12)

IV FOND

1. Organizacija i način rada Fonda

Član 87

Fond je organizacija koja vrši javna ovlašćenja u rješavanju o pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđenim ovim zakonom.

Fond ima svojstvo pravnog lica, sa pravima, obavezama i odgovornostima utvrđenim ovim zakonom i statutom Fonda.

Član 88

Fond obavlja sljedeće poslove:

- 1) učestvuje u sprovođenju zdravstvene politike u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem;
- 2) sprovodi postupak javnih nabavki za potrebe javnih zdravstvenih ustanova, u skladu sa zakonom;
- 3) vodi evidenciju o osiguranim licima i obveznicima uplate doprinosa;
- 4) obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem prava osiguranih lica, brine o zakonitom ostvarivanju tih prava i pruža potrebnu stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa;
- 5) utvrđuje prioritete u finansiranju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 6) utvrđuje kriterijume za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga iz člana 99 ovog zakona, zaključuje ugovore i vrši kontrolu izvršenja ugovornih obaveza;
- 7) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;
- 8) obezbjeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;
- 9) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, godišnji plan javnih nabavki za javne zdravstvene ustanove, usvaja nacrt godišnjeg finansijskog plana i završni račun sa izvještajem o poslovanju u skladu sa zakonom;
- 10) vrši kontrolu izvršenja ugovora, cijena zdravstvenih usluga i kontrolu trošenja sredstava od strane davalaca zdravstvenih usluga;
- 11) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje zdravstvenog osiguranja u Crnoj Gori;
- 12) sprovodi zdravstveno osiguranje, u skladu sa ovim zakonom;
- 13) vrši i druge poslove u vezi sa sprovođenjem i ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, statutom i drugim aktima Fonda.

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 89

Organi Fonda su Upravni odbor i direktor.

Član 90

Upravni odbor upravlja radom Fonda.

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.

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.

Članovi Upravnog odbora Fonda se imenuju na vrijeme od četiri godine.

Predsjednika i zamjenika predsjednika Upravnog odbora bira i razrješava Upravni odbor iz reda članova Upravnog odbora.

Član 91

Upravni odbor Fonda:

- 1) donosi statut i druge opšte akte, u skladu sa zakonom;
- 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;
- 3) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;
- 4) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje i razvoj zdravstvenog osiguranja u Crnoj Gori;
- 4a) utvrđuje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja;
- 5) vrši i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Član 92

Direktor organizuje rad i poslovanje Fonda, predstavlja i zastupa Fond, izvršava odluke Upravnog odbora i odgovoran je za zakonitost rada Fonda, rukovodi stručnom službom, predlaže opšte akte i vrši druge poslove, u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Direktora Fonda imenuje i razrješava, na osnovu konkursa, Upravni odbor Fonda, uz prethodnu saglasnost Vlade.

Direktor Fonda se imenuje na period od četiri godine.

Član 93

Stručne, administrativne, pravne, ekonomske i druge poslove Fonda obavlja stručna služba Fonda.

Stručna služba Fonda organizuje se u centrali i područnim jedinicama na način koji obezbjeđuje efikasno obavljanje djelatnosti Fonda i ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Unutrašnja organizacija i sistematizacija stručne službe Fonda uređuje se aktom Fonda.

Na akt iz stava 3 ovog člana saglasnost daje Ministarstvo i organ državne uprave nadležan za poslove finansija.

NAPOMENA IZDAVAČA:

Danom početka primjene Zakona o državnim službenicima i namještenicima (Službeni list Crne Gore, br. 39/11) prestaju da važe:

...

- 2) u Zakonu o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list RCG", broj 39/04) u članu 93 stav 4;

...

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Crne Gore" a primjenjivaće se od 1. januara 2013. godine.

Član 94

Statutom Fonda utvrđuju se naročito: organizacija Fonda, prava, obaveze i odgovornosti, odlučivanje i način rada Upravnog odbora, uslovi za imenovanje, djelokrug rada, prava, obaveze i odgovornosti direktora Fonda, javnost rada Fonda i njegovih organa, način obavljanja administrativnostručnih i drugih poslova, kao i druga pitanja od značaja za rad Fonda.

Na statut Fonda saglasnost daje Vlada.

Statut i drugi opšti akti Fonda kojima se uređuju prava i obaveze osiguranika iz obaveznog zdravstvenog

osiguranja objavljuju se u "Službenom listu Crne Gore".

Član 95

Rad Fonda je javan.

Fond je obavezan da, najmanje jedanput godišnje, a najkasnije do 31 marta tekuće godine, podnese Vladi izvještaj o radu za prethodnu godinu.

Član 96

Nadzor nad zakonitošću i cjelishodnošću rada Fonda vrši Ministarstvo, u skladu sa posebnim zakonom.

Član 97

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o budžetu, "Sl. list CG", br. 12/07)

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 14/12)

Član 98

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o budžetu, "Sl. list CG", br. 12/07)

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, "Sl. list CG", br. 14/12)

2. Odnos Fonda i davalaca zdravstvenih usluga

Član 99

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

Kriterijume za zaključivanje ugovora iz stava 1 ovog člana i način plaćanja zdravstvenih usluga propisuje Ministarstvo na predlog Fonda, po pribavljenom mišljenju LJekarske komore, uzimajući u obzir naročito:

- broj osiguranika na nivou primarne zdravstvene zaštite, starosnu strukturu i gravitaciono područje na kojem davalac usluga pruža zdravstvene usluge;
- indikatore za praćenje kvaliteta zdravstvenih usluga, prava osiguranih lica i troškova zdravstvenih usluga i lijekova;
- obavezu razmjene podataka između Fonda i davalaca zdravstvenih usluga;
- određene cijene po vrstama zdravstvenih usluga;
- programe određenih vrsta zdravstvene zaštite;
- druge objektivne pokazatelje troškova zdravstvenih usluga.

Član 100

Za sprovođenje utvrđenog obima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Fond svake godine upućuje poziv svim davaocima zdravstvenih usluga utvrđenih mrežom zdravstvenih ustanova da zaključe ugovor sa Fondom, u skladu sa aktom iz člana 99 stava 2 ovog zakona, koji se obavezno dostavlja uz poziv.

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.

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.

Upravni odbor Fonda, na predlog direktora Fonda, donosi odluku o izboru davalaca zdravstvenih usluga sa kojima će zaključiti ugovore, a na osnovu izvještaja komisije za procjenu ispunjenosti uslova za

zaključivanje ugovora.

Komisiju iz stava 3 ovog člana imenuje Upravni odbor Fonda, svake godine.

Na osnovu odluke iz stava 3 ovog člana direktor zaključuje ugovor sa davaocima zdravstvenih usluga.

Davalac usluga sa kojim Fond nije zaključio ugovor ima pravo žalbe Ministarstvu, kao drugostepenom organu.

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 101

Izuzetno, Fond neposredno zaključuje ugovor, bez upućivanja poziva, sa zdravstvenim ustanovama koje obavljaju djelatnost javnog zdravlja, transfuziju krvi, uzimanje, tipizaciju i presađivanje djelova ljudskog tijela, hitnu medicinsku pomoć, kliničkim centrom i Institutom za javno zdravlje, za dio poslova koji se finansira iz sredstava Fonda namijenjenih za obavezno zdravstveno osiguranje, kao i sa akreditovanim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim ustanovama van Crne Gore.

Član 102

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

Ako se ugovor ne zaključi u roku iz stava 1 ovog člana, primjenjuju se odredbe iz prethodno zaključenog ugovora.

Ugovorom iz stava 1 ovog člana određuje se: vrsta, obim, sadržina, kvalitet i drugi utvrđeni standardi zdravstvene zaštite ili zdravstvene usluge, način obračuna ili plaćanja zdravstvenih usluga, kontrola trošenja sredstava i ispunjenja ugovornih obaveza, kao i razlozi i uslove pod kojima se ugovor može raskinuti.

Član 103

Fond vrši kontrolu trošenja sredstava koja je zdravstvena ustanova ostvarila na osnovu ugovora sa Fondom.

Kontrolu iz stava 1 ovog člana vrše službena lica po ovlaštenju direktora Fonda.

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

Član 103a

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.

V NADZOR

Član 104

Nadzor nad izvršavanjem ovog zakona vrši Ministarstvo, u skladu sa posebnim zakonom.

VI KAZNENE ODREDBE

Član 105

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

1) osiguraniku ne isplati naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad ili naknadu putnih troškova u skladu sa odredbama čl. 25, 26 i 33 ovog zakona;

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

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 106

Novčanom kaznom od 500 eura do 1.500 eura kazniće se za prekršaj osiguranik, ako: svjesno prouzrokuje nesposobnost za rad, namjerno spriječi ozdravljenje ili osposobljavanje za rad ili za vrijeme bolovanja ostvaruje zaradu ili se bavi privatnom djelatnošću (član 31).

Član 107

Novčanom kaznom od 500 eura do 1.500 eura kazniće se za prekršaj izabrani tim ili izabrani doktor ili članovi ljekarske komisije koji nezakonito utvrde privremenu spriječenost za rad osiguranika iz člana 25 ovog zakona.

VII PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 108

Propisi za sprovođenje ovog zakona donijeće se u roku od godinu dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do donošenja propisa na osnovu ovog zakona primjenjivaće se važeći propisi, ako nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 108a

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

Član 108b

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 108c

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

Član 108d

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 108e

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

Član 108f

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 109

Dosadašnji Fond za zdravstvo nastavlja sa radom kao Fond za zdravstveno osiguranje, sa pravima i obavezama utvrđenim ovim zakonom.

Fond iz stava 1 ovog člana dužan je da usaglasi svoju organizaciju i rad sa odredbama ovog zakona, u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 110

Upravni odbor Fonda imenovaće se, u skladu sa odredbama ovog zakona, u roku od 90 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do imenovanja Upravnog odbora Savjet Fonda nastavlja da obavlja poslove iz svoje nadležnosti.

Član 111

Fond će donijeti akte za sprovođenje ovog zakona, u roku od godinu dana od dana konstituisanja Upravnog odbora Fonda.

Član 112

U ostvarivanju prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pravna i fizička lica dužna su da svoje poslovanje usklade sa odredbama ovog zakona, u roku od godinu dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 113

Osigurana lica koja su započela ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava koja proizilaze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, prije stupanja na snagu ovog zakona, nastavljaju sa ostvarivanjem tih prava prema odredbama ovog zakona.

Lica iz stava 1 ovog člana, koja prema odredbama ovog zakona ne ispunjavaju propisane uslove za korišćenje prava priznatog prema dosadašnjim propisima, nastavljaju započeto korišćenje tog prava u skladu sa odredbama ovog zakona kao da ispunjavaju uslove propisane ovim zakonom, sve dok traje oboljenje i potreba liječenja.

Član 114

Žalbe podnesene protiv rješenja donesenih do stupanja na snagu ovog zakona rješavaće se prema propisima koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 115

Izuzetno od člana 66 stav 1 tačka 1 ovog zakona, stopa doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje na teret poslodavca iznosi 6,5%, počev od dana stupanja na snagu ovog zakona do 1. decembra 2004. godine.

Član 116

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaju da važe odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju ("Službeni list SRCG", br. 39/90 i 21/91 i "Službeni list RCG", br.30/92, 58/92, 6/94, 27/94, 16/95, 20/95 i 23/96), koje se odnose na zdravstveno osiguranje i odredbe Zakona o doprinosima za socijalno osiguranje ("Službeni list RCG", br. 32/93, 3/94, 42/94, 23/96 i 45/98), koje se odnose na obveznike, osnovice i stope doprinosa za zdravstveno osiguranje.

Član 116a

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 117

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

NAPOMENA IZDAVAČA:

Danom stupanja na snagu Zakon o izmjenama Zakona i drugih propisa zbog ustavne promjene u nazivu države ("Službeni list Crne Gore", br. 73/10), u zakonima i drugim propisima koji su doneseni prije Ustava Crne Gore:

- naziv: "Republika Crna Gora" zamjenjuje se nazivom: "Crna Gora";
- u nazivu državnih i drugih organa i u nazivu pojedinih akata riječ "Republika" briše se;
- naziv: "republički organ uprave" zamjenjuje se nazivom: "organ državne uprave";
- riječ "republički" zamjenjuje se riječju "državni" ili se briše.