

**BOSNA I HERCEGOVINA  
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE  
VLADA**

**NACRT**

**ZAKON  
O OBAVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

---

**Sarajevo, juli 2014. godine**

# **ZAKON O OBAVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

## **I. - OSNOVNE ODREDBE**

### **Član 1.**

Ovim Zakonom uređuje se obavezno zdravstveno osiguranje u Federaciji Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Federacija), obim i vrsta prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obaveze lica obavezno osiguranih prema ovom zakonu, uvjeti i način njihova ostvarivanja i finansiranja, kao i prava i obaveze nosioca obaveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući prava i obaveze ugovornih subjekata nosilaca za provedbu zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

### **Član 2.**

Obavezno zdravstveno osiguranje, kao dio socijalnog osiguranja građana, čini jedinstveni sistem u okviru kojeg građani ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti na teritoriji Federacije, ostvaruju prava na zdravstvenu zaštitu na način koji je utvrđen ovim zakonom, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i propisima donesenim na osnovu tih zakona.

### **Član 3.**

- (1) Zabranjuje se svaki vid diskriminacije na osnovu rase, boje kože, spola, seksualne orijentacije, jezika, religije ili vjerovanja, političkih i drugih uvjerenja, nacionalnog i socijalnog porijekla, prilikom obavljanja radnji na osnovu ovog zakona i propisa donesenih na osnovu ovog zakona.
- (2) Izrazi koji imaju rodno značenje, a koji se koriste u ovom zakonu i propisima koji se donose na osnovu ovog zakona, obuhvataju na jednak način muški i ženski rod, bez obzira jesu li korišteni u muškom ili ženskom rodu.

### **Član 4.**

Obavljanje poslova obaveznog zdravstvenog osiguranja vrši Zavod zdravstvenog osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Zavod).

### **Član 5.**

Ovim zakonom uređuju se prava za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, uvjeti i način ostvarivanja prava za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, prava i obaveze radnika, prava i obaveze poslodavca, kao i način finansiranja ovih prava.

## **II.- OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

### **1. Načela obaveznog zdravstvenog osiguranja**

#### **Načelo obaveznosti**

##### **Član 6.**

- (1) Načelo obaveznosti ostvaruje se organiziranjem i provođenjem sveobuhvatnog obaveznog zdravstvenog osiguranja za zaposlene i druge građane Federacije u skladu sa ovim zakonom, kojim se osiguranim licima, osigurava pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade, u skladu sa ovim zakonom i propisima donijetim za provođenje ovog zakona.
- (2) Načelo obaveznosti osigurava se obavezom plaćanja doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje od strane obveznika obračuna i uplate doprinosa u skladu sa ovim zakonom, što predstavlja uvjet za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Načelo obaveznosti ostvaruje se i provodi ukupnom organizacijom obaveznog zdravstvenog osiguranja, kojom se osiguranim licima iz stava 1. ovog člana i drugim osiguranim licima obuhvaćenim ovim osiguranjem osigurava i garantira ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja propisanih ovim zakonom i propisima donijetim na osnovu ovog zakona.

#### **Načelo solidarnosti i uzajamnosti**

##### **Član 7.**

- (1) Načelo solidarnosti i uzajamnosti ostvaruje se uspostavljanjem međugeneracijske solidarnosti i uzajamnosti, solidarnosti i uzajamnosti između spolova, između bolesnih i zdravih, između lica različitog materijalnog statusa, kao i pojedinaca sa porodicom u ostvarivanju i korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Načelo solidarnosti i uzajamnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja osigurana lica ostvaruju jedinstveno na teritoriji Federacije.

#### **Načelo javnosti**

##### **Član 8.**

Načelo javnosti ostvaruje se pravom osiguranih lica na sve vrste informacija u vezi sa pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i javnošću rada Zavoda, kao i drugih tijela vlasti na svim nivoima, a koji su zaduženi za provedbu ovog zakona, kao i propisa donijetih na osnovu ovog zakona.

#### **Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa**

##### **Član 9.**

- (1) Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se poduzimanjem mjera i aktivnosti koje omogućavaju da interes osiguranog lica,

zasnovan na pravednoj dostupnosti, predstavlja osnovu sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i da osigurano lice što lakše zaštiti i ostvari svoja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, vodeći računa da ostvarivanje tih prava ne bude na štetu prava i pravnih interesa drugih osiguranih lica, niti u suprotnosti sa zakonom utvrđenim javnim interesom.

- (2) Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se i obavezom Zavoda da osiguranim licima ukažu na postojanje osnova za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i na obaveze osiguranog lica radi ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se i poduzimanjem mjera i aktivnosti za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na način koji omogućava da finansijska sredstva koja se osiguravaju od uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje prate osiguranika prema mjestu utvrđivanja svojstva osiguranika, odnosno ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, a u skladu sa teritorijalnom organizacijom zdravstvenih ustanova.

### **Načelo ekonomičnosti i efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja**

#### **Član 10.**

- (1) Načelo ekonomičnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se stalnim nastojanjem da se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju uz racionalnu upotrebu finansijskih i drugih sredstava.
- (2) Načelo efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se postizanjem najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoložive resurse, kao i postizanjem najvišeg nivoa prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja uz racionalnu upotrebu finansijskih sredstava.

## **2. Status osiguranika**

#### **Član 11.**

- (1) Na obavezno zdravstveno osiguranje, prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih ovim zakonom, obavezna su se osigurati sva lica sa prebivalištem u Federaciji i stranci sa odobrenim stalnim boravkom u Federaciji, ako međunarodnim ugovorom, odnosno posebnim zakonom nije drukčije određeno.
- (2) Osiguranim licima kojima se osiguravaju prava i obaveze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u smislu ovoga zakona, smatraju se osiguranici, djeca do navršene 18. godine života, članovi porodice osiguranika i druga osigurana lica koja se obavezno zdravstveno osiguravaju u određenim okolnostima.

#### **Član 12.**

Na obavezno zdravstveno osiguranje prema odredbama ovoga zakona obavezno se osiguravaju i državljani država članica Evropske unije (u daljnjem tekstu: države članice), te državljani države koja nije država članica (u daljnjem tekstu: treća država) sa odobrenim privremenim boravkom u Federaciji, a na osnovu radnog odnosa kod poslodavca sa sjedištem u Federaciji, odnosno na osnovu obavljanja privredne, odnosno profesionalne djelatnosti u Federaciji, ako su ispunjeni uvjeti prema Zakonu o kretanju i boravku stranaca

i azilu koji uređuje pitanje boravka i rada stranaca u Federaciji i ako propisima Evropske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno.

### **Član 13.**

- (1) Prava i obaveze koje pripadaju osiguranim licima iz člana 11. stava (2) ovog zakona i propisima donesenim na osnovu ovoga zakona ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasljeđivati.
- (2) Izuzetno od odredbe stava (1) ovoga člana, nasljeđivati se mogu prava na novčana primanja koja su dospjela za isplatu, a ostala su neisplaćena zbog smrti osiguranog lica.

## **III. - OSIGURANA LICA**

### **a) Osiguranici**

#### **Član 14.**

- (1) Na obavezno zdravstveno osiguranje prema ovom zakonu, obavezno se osiguravaju i stiču status osiguranika:
  - 1) lica koja su u radnom odnosu kod pravnog ili fizičkog lica sa sjedištem na teritoriji Federacije;
  - 2) lica koja su izabrana ili imenovana na stalne funkcije u određenim organima državne vlasti, odnosno jedinicama lokalne samouprave, ako za taj rad primaju plaću i ako ne mogu biti osigurana po drugom osnovu;
  - 3) lica u radnom odnosu kod pravnog ili fizičkog lica sa sjedištem na teritoriji Federacije, upućena na rad ili stručno usavršavanje u inostranstvu, ako su državljani Federacije, a nisu osigurana po propisima države u koju su upućena ili ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno;
  - 4) lica koja su na teritoriji Federacije zaposlena kod pravnog ili fizičkog lica - nerezidenta Federacije, međunarodne organizacije i ustanove ili stranog diplomatskog konzularnog predstavništva, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno;
  - 5) lica koja su zaposlena u inostranstvu kod inostranog poslodavca, ako nisu obavezno osigurana kod inostranog nosioca socijalnog osiguranja;
  - 6) lica koja su osnivači, članovi, odnosno dioničari privrednih društava sa sjedištem na teritoriji Federacije i koji u njima nisu zasnovali radni odnos, ali obavljaju određene poslove, ako ne mogu biti osigurana po drugom osnovu;
  - 7) pripadnici policije u Federaciji, kao i lica koja radi sticanja svojstva pripadnika policije budu upućena na školovanje u policijske škole, a prije toga su već okončali redovno školovanje;
  - 8) profesionalni vatrogasci u profesionalnim vatrogasnim jedinicama;
  - 9) lica koja nakon završenog obrazovanja obavljaju pripravnički staž, odnosno praktični rad sa ili bez zasnivanja radnog odnosa;
  - 10) lica koja na teritoriji Federacije obavljaju djelatnost obrta i sa obrtom izjednačenih djelatnosti, lica koja samostalno u obliku slobodnog zanimanja obavljaju profesionalnu ili drugu djelatnost kao osnovno zanimanje, trgovci čija je

samostalna djelatnost upisana u registar kod nadležnog organa, ako su obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit;

- 11) lica koja obavljaju poslove po osnovu ugovora o djelu, po osnovu autorskog ugovora, kao i po osnovu drugih ugovora kod kojih se za izvršeni posao ostvaruje naknada (u daljnjem tekstu: ugovorena naknada), ako ne mogu biti osigurana po drugom osnovu;
- 12) poljoprivrednici koji na poljoprivrednom gazdinstvu, na teritoriji Federacije, proizvode biljne i stočarske proizvode, te obavljaju i druge poslove vezane uz tu proizvodnju, bez obzira na stepen specijalizacije poljoprivrednog gazdinstva na kojem radi i koji posjeduje znanje i vještinu o poljoprivredi i kojem je poljoprivredna djelatnost jedino ili glavno zanimanje, u smislu Zakona o poljoprivredi, kao i Zakona o doprinosima;
- 13) poljoprivrednici koji su nosioci porodičnog poljoprivrednog gazdinstva koji su obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit, a ne mogu biti osigurani po osnovu rada, u smislu Zakona o poljoprivredi, kao i Zakona o doprinosima;
- 14) lica koja se bave šumarstvom kao jednim ili glavnim zanimanjem koji su obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit, a ne mogu biti osigurana po osnovu rada;
- 15) korisnici penzija i korisnici prava na prekvalifikaciju, odnosno dokvalifikaciju;
- 16) korisnici penzija i invalidnina sa prebivalištem na teritoriji Federacije koji to pravo ostvaruju isključivo od inostranog nosioca penzijskog i invalidskog osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno;
- 17) korisnici penzija sa prebivalištem na teritoriji Federacije koji to pravo ostvaruju i od Federalnog zavoda penzijsko-invalidskog osiguranja (u daljnjem tekstu: Federalni zavod MIO/PIO), Zavoda penzijsko-invalidskog osiguranja Republike Srpske, odnosno Distrikta Brčko, kao i od inostranih nosilaca zdravstvenog osiguranja, pod uvjetom da kod Federalnog zavoda MIO/PIO ostvaruju najnižu penziju utvrđenu Zakonom o penzijskom i invalidskom osiguranju, a ako ne ostvaruju ni najnižu penziju mogu biti prijavljeni na obavezno zdravstveno osiguranje pod uvjetom da lično plaćaju razliku između ostvarene penzije i najniže penzije utvrđene Zakonom o penzijskom i invalidskom osiguranju;
- 18) nezaposlena lica koja su prijavljena kantonalnim službama za zapošljavanje ako su:
  - se prijavila u roku od 120 dana, nakon prestanka radnog odnosa, obavljanja djelatnosti ili nakon prestanka primanja naknade plaća na koju imaju pravo prema ovom zakonu ili prema propisima donesenim na osnovu ovog zakona,
  - se prijavila u roku od 60 dana nakon otpuštanja iz ustanove za izvršenje krivičnih i prekršajnih sankcija, iz zdravstvene ili druge specijalizirane ustanove, ako je bila primijenjena mjera sigurnosti obaveznog psihijatrijskog liječenja u zdravstvenoj ustanovi, mjera obaveznog liječenja od ovisnosti od alkohola i opojnih droga, kao i zaštitna mjera obaveznog liječenja od ovisnosti od alkohola, opojnih droga ili drugih psihotropnih supstanci počinitelja nasilja u porodici, te zaštitna mjera obaveznog psihosocijalnog tretmana počinitelja nasilja u porodici,
  - na stručnom osposobljavanju ili prekvalifikaciji koje organizira zavod za zapošljavanje,

- se prijavila u roku od 120 dana po povratku iz inostranstva, odnosno drugog entiteta ili Distrikta Brčko i ako su prije odlaska u inostranstvo, odnosno drugi entitet ili Distrikt Brčko bila zdravstveno osigurana,
  - se prijavila u roku od 120 dana nakon završetka školske godine u kojoj su završila redovna školovanja, odnosno od dana položenog ispita ako su prije toga izgubila pravo na zdravstvenu zaštitu,
- 19) djeca koja su navršila 15 godina života, odnosno stariji maloljetnici do 18 godina života, a nisu završili osnovno školovanje ili se po završetku osnovnog školovanja nisu zaposlili, ako su se prijavili kantonalnoj službi za zapošljavanje;
  - 20) djeca do navršene 18. godine života, što uključuje predškolsku djecu, kao i djecu koja se redovno školuju u okviru osnovnog, srednjeg i visokog obrazovanja, i to do kraja redovnog školovanja, a najduže do navršene 27. godine života, sa prebivalištem na teritoriji Federacije, koja nisu zdravstveno osigurana kao članovi porodice osiguranika,
  - 21) djeca koja postanu potpuno i trajno nesposobna za rad saglasno posebnim propisima, odnosno za vrijeme trajanja redovnog školovanja, a ne mogu biti osigurana kao članovi porodice;
  - 22) lica koja nisu starija od 18 godina života i koja su prema propisima o školovanju izgubila status učenika, odnosno redovnog studenta ili su prekinula redovno školovanje, zadržavaju pravo na zdravstvenu zaštitu u trajanju od jedne godine od dana prekida školovanja, ako su se prijavila Zavodu za zapošljavanje u roku od 120 dana od dana prekida školovanja i ako pravo na zdravstvenu zaštitu ne mogu ostvariti po drugom osnovu;
  - 23) lica nakon navršenih 65 godina života koja imaju prebivalište na teritoriji Federacije, a koja ne mogu biti osigurana po drugom osnovu;
  - 24) lica sa prebivalištem na teritoriji Federacije kojima je priznato svojstvo ratnog, mirnodopskog i civilnog invalida rata, odnosno status korisnika porodične invalidnine, saglasno pozitivnim propisima, ako ne mogu biti osigurana po drugom osnovu;
  - 25) lica kojima prava iz radnog odnosa miruju radi upućivanja od strane pravnog lica na stručno obrazovanje ili postdiplomski studij, i to dok se nalaze na stručnom obrazovanju ili postdiplomskom studiju;
  - 26) lica koja je pravno lice prije stupanja u radni odnos uputilo kao svoje stipendiste na praktičan rad ili u drugo pravno lice radi stručnog osposobljavanja ili usavršavanja, dok se nalaze na stručnom osposobljavanju ili usavršavanju;
  - 27) lica upućena u inostranstvo u sklopu međunarodne obrazovne, tehničke i kulturne saradnje od strane nadležnog državnog, odnosno federalnog ili kantonalnog organa uprave, saglasno zakonu, dok se nalaze u inostranstvu po tom osnovu;
  - 28) lica koja su nesposobna za samostalan život ili rad i nemaju sredstava dovoljnih za izdržavanje, kao i lica smještena u ustanove socijalne zaštite, saglasno Zakonu o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom;
  - 29) lica žrtve nasilja u porodici i lica žrtve seksualnog nasilja, ako ne mogu biti osigurana po drugom osnovu;
  - 30) raseljena lica, izbjeglice i povratnici, koji nisu osigurani po drugom osnovu, dok su u statusu raseljenih lica, izbjeglica i povratnika, a saglasno Zakonu o raseljenim licima i povratnicima u Federaciji Bosne i Hercegovine i izbjeglicama iz Bosne i Hercegovine;

- 31) vjerski službenici u vjerskim zajednicama, koje su upisane u evidenciju vjerskih zajednica kod nadležnog državnog organa u BiH, ako ne ostvaruju zdravstvenu zaštitu saglasno Zakonu o slobodi vjere i pravnom položaju crkava i vjerskih zajednica u Bosni i Hercegovini, kao i zaposlenici koji profesionalno obavljaju funkciju i poslove u vjerskim zajednicama,
- 32) strani državljani za vrijeme školovanja ili stručnog usavršavanja na teritoriji Federacije, kao i strani državljani koji su na teritoriji Federacije zaposleni kod domaćih organizacija, odnosno privatnih poslodavaca na osnovu posebnih ugovora o razmjeni stručnjaka ili sporazuma o međunarodnoj tehničkoj saradnji, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno.
- (2) Svojtvo osiguranika iz stava (1) ovog člana može se steći samo po jednom osnovu osiguranja.
- (3) Svojtvo osiguranika može se steći i dobrovoljnim pristupom u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja prijavom na lično osiguranje, ako lice ne može biti osigurano po drugom osnovu.

#### **Član 15.**

- (1) Ako osiguranik iz člana 14. ovog zakona ispunjava uvjete za sticanje svojstva osiguranika po više osnova osiguranja, prioritetni osnov osiguranja, koji isključuje druge osnove osiguranja, utvrđuje se po sljedećim prioritetima:
- 1) osiguranje po osnovu zaposlenja (član 14. stav (1) tač. 1, 2, 4, 5, 7. i 8. ovog zakona);
  - 2) osiguranje po osnovu osnivanja privrednih društava, odnosno dioničarstva u privrednim društvima (član 14. stav (1) tačka 6. ovog zakona);
  - 3) osiguranje po osnovu obavljanja djelatnosti obrta i sa obrtom izjednačenih djelatnosti, obavljanja profesionalnih i drugih djelatnosti kao osnovnog zanimanja, obavljanja trgovine kao samostalne djelatnosti (član 14. stav (1) tačka 10. ovog zakona);
  - 4) osiguranje po osnovu bavljenja poljoprivredom (član 14. stav (1) tač. 12. i 13 ovog zakona);
  - 5) osiguranje po osnovu bavljenja šumarstvom (član 14. stav (1) tačka 14. ovog zakona);
  - 6) osiguranje po osnovu drugih propisanih osnova osiguranja (član 14. stav (1) tač. 11. i 32. ovog zakona).
- (2) Korisniku penzije - osiguraniku iz člana 14. stav (1) tač. 15. i 16. ovog zakona prioritetni osnov osiguranja, u smislu ovog člana, je osiguranje po osnovu ostvarenog prava na penziju.
- (3) Osiguranici iz stava (1) ovog člana prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju prema prioriteto utvrđenom osnovu osiguranja.

#### **Član 16.**

- (1) Za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, saglasno ovom zakonu, osiguranici moraju imati staž osiguranja u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u svojstvu osiguranika u skladu sa ovim zakonom, u trajanju od najmanje tri mjeseca neprekidno ili šest mjeseci sa prekidima u posljednjih 18 mjeseci, prije početka korištenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: prethodno osiguranje).



- (2) U prethodno osiguranje računa se vrijeme od dana kada je osiguranik stekao svojstvo osiguranika u skladu sa ovim zakonom, za koje je uplaćen doprinos za osnovno zdravstveno osiguranje.
- (3) Izuzetno od stava (1) ovog člana, osiguranik ostvaruje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i u slučaju ako nisu ispunjeni uvjeti u pogledu prethodnog osiguranja, i to:
  - a) u slučaju hitne medicinske pomoći i ostvarivanja pripadajućih novčanih naknada iz člana 34. ovog zakona;
  - b) za ostvarivanje prava na naknadu plaće u visini najniže plaće u Federaciji u mjesecu koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio slučaj na osnovu kojeg osiguranik ostvaruje naknadu plaće.
- (4) Članovi porodice osiguranika ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uvjetom da osiguranik na osnovu koga ostvaruju ta prava ispunjava uvjete u pogledu prethodnog osiguranja.

## **b) Članovi porodice osiguranika**

### **Član 17.**

- (1) Prema ovom zakonu članovima porodice osiguranika smatraju se:
  - a) supružnik (bračni i vanbračni saglasno Porodičnom zakonu Federacije Bosne i Hercegovine);
  - b) djeca (rođena u braku, van braka, usvojena ili pastorčad) i druga djeca bez roditelja ako ih osiguranik izdržava;
  - c) roditelj (otac, majka, očuh, maćeha, usvojitelji osiguranika) ako ih osiguranik izdržava;
  - d) unuci, braća, sestre, djed i baka ako su nesposobni za samostalan život i rad i ako nemaju sredstava za izdržavanje, pa ih osiguranik izdržava.
- (2) Članovi porodice osiguranika iz stava (1) ovog člana stiču prava na obavezno zdravstveno osiguranje po osnovu ovog zakona, pod uvjetom da isto pravo ne mogu ostvariti po osnovu radnog odnosa ili obavljanja profesionalne ili druge djelatnosti kao osnovnog zanimanja.
- (3) Nesposobnost lica za samostalan život i rad, kao i nedostatak vlastitih sredstava za izdržavanje utvrđuje se saglasno Zakonu o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom.

### **Član 18.**

- (1) Supružnik je zdravstveno osiguran kao:
  - a) supružnik umrlog osiguranika, koji nakon smrti supružnika nije stekao pravo na porodičnu penziju, ako je u vrijeme smrti supružnika bio stariji od 40 godina (žena), odnosno 55 godina (muškarac). Supružnik mlađi od 40, odnosno 55 godina, ukoliko **Zakonom** o penzijskom i invalidskom osiguranju nije drugačije regulirano, produžava korištenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dok je prijavljen zavodu za zapošljavanje, ako se istom prijavi u roku od 120 dana nakon smrti supružnika;
  - b) ako je sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, dok traje izdržavanje;
  - c) ako je u vrijeme razvoda braka bio potpuno i trajno nesposoban za rad saglasno Zakonu o penzijskom i invalidskom osiguranju;

- d) ako su mu sudskom odlukom o razvodu braka djeca povjerena na čuvanje i odgoj, ako se prijavi zavodu za zapošljavanje u roku od 120 dana od dana pravosnažnosti sudske odluke, pod uvjetom da ne može ostvariti osiguranje po drugom osnovu.
- (2) Lica iz stava (1) tačka b) ovog člana zadržavaju status osiguranog lica kao članovi porodice i po prestanku izdržavanja, ako se prijave zavodu za zapošljavanje u roku od 120 dana od dana pravosnažnosti sudske odluke, pod uvjetom da ne mogu biti osigurana po drugom osnovu.

#### **Član 19.**

- (1) Djeca osiguranika su zdravstveno osigurana do navršene 18. godine života, što uključuje predškolsku djecu, kao i djecu koja se redovno školuju u okviru osnovnog, srednjeg i visokog obrazovanja.
- (2) Izuzetno od stava 1. ovog člana djeca koja se redovno školuju ostvaruju pravo na status zdravstvenog osiguranja, do kraja redovnog školovanja, a najduže do navršene 27. godine života.
- (3) Djeca osiguranika koja su zbog bolesti ili povrede prekinula redovno školovanje, imaju pravo na zdravstveno osiguranje i za vrijeme trajanja bolesti, odnosno povrede.
- (4) Djeca osiguranika koja postanu potpuno i trajno nesposobna za rad saglasno posebnim propisima prije navršene 18. godine života, odnosno za vrijeme trajanja redovnog školovanja, imaju pravo na zdravstveno osiguranje tokom trajanja te nesposobnosti.
- (5) Pravo na zdravstveno osiguranje tokom trajanja nesposobnosti pripada i djeci osiguranika koja postanu potpuno i trajno nesposobna za rad, saglasno posebnim propisima, poslije isteka perioda iz stava (3) ovog člana, ako ih osiguranik izdržava.
- (6) Djeca koju je osiguranik uzeo na izdržavanje imaju pravo na zdravstveno osiguranje, ako su bez roditelja, a što utvrđuje nadležni organ u smislu odredbi Porodičnog zakona Federacije Bosne i Hercegovine.
- (7) Djeca koja imaju jednog ili oba roditelja, ako ih je osiguranik uzeo na izdržavanje, imaju pravo na zdravstveno osiguranje, ako se roditelji te djece zbog svog zdravstvenog stanja ili drugih razloga ne mogu brinuti o djeci i njihovom izdržavanju.

#### **Član 20.**

Državljeni Bosne i Hercegovine, sa prebivalištem na teritoriji Federacije, zaposleni u inostranstvu kod inostranog poslodavca, čiji članovi porodice (supružnik i djeca) nisu zdravstveno osigurani kod inostranog nosioca zdravstvenog osiguranja, a prije odlaska u inostranstvo su bili zdravstveno osigurani, obavezni su zdravstveno osigurati svoje članove porodice.

### **c) Druga lica osigurana u određenim okolnostima**

#### **Član 21.**

Pravo na zdravstvenu zaštitu u obimu koji pripada osiguranicima imaju:

- a) lica koja učestvuju u organiziranim javnim radovima na teritoriji Federacije;
- b) lica koja ispunjavaju obavezu učestvovanja u civilnoj zaštiti radi zaštite i spašavanja ljudi, biljnog i životinjskog svijeta, materijalnih, kulturnih, istorijskih i

drugih dobara i okoliša od prirodnih nepogoda, tehničko-tehnoloških, ekoloških i drugih nesreća ili ratnih opasnosti, saglasno Zakonu o zaštiti i spašavanju ljudi i materijalnih dobara od prirodnih i drugih nesreća;

- c) lica kao članovi dobrovoljnih vatrogasnih društava i vatrogasnih jedinica u pravnim licima, koji vrše dužnosti po propisima o zaštiti od požara i vatrogastvu.

#### **Član 22.**

- (1) Djeca do navršene 18. godine života, što uključuje predškolsku djecu, kao i djecu koja se redovno školuju u okviru osnovnog, srednjeg i visokog obrazovanja, i to do kraja redovnog školovanja, a najduže do navršene 27. godine života, sa prebivalištem na teritoriji Federacije, koja nisu zdravstveno osigurana kao članovi porodice osiguranika, imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u istom obimu, kao i članovi porodice osiguranika.
- (2) Članovi porodice učenika i redovnih studenata koji su stariji od 18 godina života (supružnik i djeca), imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove porodice, ako ne mogu ostvariti zdravstvenu zaštitu po drugom osnovu.
- (3) Pravo na zdravstvenu zaštitu iz st. (1) i (2) ovog člana pripada licima dok imaju svojstvo zdravstvenog osiguranika utvrđeno članom 14. stav (1) tačka 20. ovog zakona.

#### **Član 23.**

- (1) Lica sa prebivalištem na teritoriji Federacije koja su nesposobna za samostalan život i rad i nemaju sredstva za izdržavanje saglasno Zakonu o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodice sa djecom, obavezno su osigurana na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove porodice osiguranika, ako ne mogu ostvariti zdravstvenu zaštitu po drugom osnovu.
- (2) Lica sa prebivalištem na teritoriji Federacije koja su žrtve nasilja u porodici saglasno Zakonu o zaštiti od nasilja u porodici i lica žrtve seksualnog nasilja obavezno su osigurana na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove porodice osiguranika, ako ne mogu ostvariti zdravstvenu zaštitu po drugom osnovu.
- (3) Strani državljani žrtve trgovine ljudima na području Federacije zdravstvenu zaštitu ostvaruju u skladu sa Pravilnikom o zaštiti stranaca žrtava trgovine ljudima, a domaće žrtve trgovine ljudima, koje nisu osigurane po osnovama utvrđenim ovim zakonom, zdravstvenu zaštitu ostvaruju u skladu sa Pravilima o zaštiti žrtava i svjedoka žrtava trgovine ljudima državljana Bosne i Hercegovine.

#### **Član 24.**

- (1) Lica sa prebivalištem na teritoriji Federacije, koja nisu obavezno osigurana u smislu ovog zakona, mogu steći svojstvo osiguranika, saglasno članu 14. stav (3) ovog zakona, radi osiguranja za sebe i članova svoje porodice prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uvjetima, na način, u sadržaju i obimu propisanim ovim zakonom.
- (2) Svojstvo osiguranika stiče se danom donošenja rješenja o utvrđivanju statusa zdravstvenog osiguranika, odnosno prestanku statusa osiguranika u skladu sa zakonom.
- (3) Status osiguranika iz stava (2) ovog člana odnosi se i na članove porodice osiguranika.

- (4) Lica iz stava (1) ovog člana koja imaju svojstvo osiguranika plaćaju doprinos za osnovno zdravstveno osiguranje iz svojih sredstava u skladu sa Zakonom o doprinosima.
- (5) Lica iz stava (1) ovog člana ostvaruju pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uvjetom da je uplaćen doprinos za osnovno zdravstveno osiguranje od dana prestanka svojstva osiguranika, odnosno najviše šest mjeseci unazad.

#### **Član 25.**

Strani državljani, odnosno osiguranici zemalja sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju, ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u sadržaju i obimu koji su utvrđeni ovim zakonom, ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drugačije uređeno.

### **IV.- PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

#### **Član 26.**

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem, u slučajevima i pod uvjetima određenim ovim zakonom, osigurava se:

- 1) Osiguraniku:
  - a) zdravstvena zaštita i
  - b) naknada plaće.
- 2) Članovima porodice osiguranika osigurava se zdravstvena zaštita.

#### **a) Zdravstvena zaštita**

#### **Član 27.**

- (1) Zdravstvena zaštita koja se ovim zakonom osigurava, obuhvata prava:
  - a) na zdravstvenu zaštitu u primarnoj, specijalističko-konsultativnoj i bolničkoj zdravstvenoj djelatnosti i na nivou primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite,
  - b) na korištenje javno-zdravstvenih i preventivno-promotivnih programa.
- (2) Izuzetno, zdravstvena zaštita iz stava (1) tačka b) ovog člana, osigurava se i finansira i sredstvima budžeta kantona, odnosno Budžeta Federacije, a provodi na osnovu utvrđenih javno-zdravstvenih i preventivno-promotivnih programa koji su od interesa za kanton, odnosno Federaciju.

#### **Član 28.**

- (1) Osigurano lice, pored prava iz člana 27. ovog zakona ima pravo, u skladu sa utvrđenom medicinskom indikacijom, na korištenje:
  - a) pomagala, zubno protetskih sredstava i endoproteza koja se nalaze na listi pomagala, zubno protetskih sredstava i endoproteza koju utvrđuje Vlada Federacije, na prijedlog federalnog ministra,
  - b) lijekova čije je stavljanje u promet odobreno od Agencije za lijekove i medicinska sredstva Bosne i Hercegovine u skladu sa Zakonom o lijekovima i medicinskim sredstvima i koji se nalaze na listama lijekova koji se finansiraju iz obaveznog

zdravstvenog osiguranja, a saglasno Zakonu o lijekovima („Službene novine Federacije BiH“, broj 109/12).

- (2) Izuzetno od stava (1) tačka b) ovog člana, osigurano lice kod kojeg liječenje iz medicinskih razloga nije moguće provoditi lijekovima koji se nalaze na listama koje se finansiraju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, može ostvariti pravo na lijek koji nije utvrđen tim listama lijekova, pod uvjetom da je potrebu korištenja lijeka odobrila komisija za lijekove univerzitetsko-kliničke bolnice u kojoj se osigurano lice liječi, i to na teret sredstava bolničke zdravstvene ustanove koja je obavezna osigurati nabavku tog lijeka.
- (3) Pod uvjetima i na način utvrđen stavom (2) ovoga člana osigurano lice može ostvariti i pravo na lijek koji je utvrđen listama lijekova koje se finansiraju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, ali za ostvarivanje kojeg osigurano lice ne ispunjava medicinske indikacije utvrđene listama lijekova iz stava (1) tačka b) ovog člana.
- (4) Doktor specijalist bolničke zdravstvene ustanove, koji je osiguranom licu predložio liječenje lijekom iz st. (2) i (3) ovoga člana, obavezan je uputiti prijedlog komisiji za lijekove univerzitetsko-kliničke bolnice zdravstvene ustanove koja donosi konačnu ocjenu.
- (5) Podzakonskim aktom koji donosi federalni ministar zdravstva (u daljnjem tekstu: federalni ministar) bliže će se urediti način utvrđivanja liste pomagala, zubno protetskih sredstava i endoproteza, kao i uvjeti ostvarivanja prava osiguranih lica na pomagala, zubno protetska sredstva i endoproteze, a koji se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

### **Član 29.**

- (1) Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem podrazumijeva osiguranje zdravstvenog standarda pod jednakim uvjetima za osigurana lica u zadovoljavanju potreba u primarnoj, specijalističko-konsultativnoj i bolničkoj zdravstvenoj djelatnosti na nivou primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, sa odgovarajućom medicinskom rehabilitacijom.
- (2) Obim, sadržaj i način ostvarivanja zdravstvene zaštite iz stava (1) ovog člana, a saglasno članu 12. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, utvrđuje Vlada Federacije BiH, na prijedlog federalnog ministra polazeći od zdravstvenog stanja stanovništva i raspoloživih budžetskih i vanbudžetskih sredstava za finansiranje zdravstvene zaštite, posebno vodeći računa o sprječavanju, suzbijanju, ranom otkrivanju i liječenju bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja, kao i zdravstvenoj zaštiti socijalno ugroženog stanovništva.
- (3) Zdravstvena zaštita iz stava (2) ovog člana obuhvata:
  - 1) hitnu medicinsku pomoć;
  - 2) službu prikupljanja krvi;
  - 3) liječenje lica koja boluju od HIV infekcije, tuberkuloze ili drugih zaraznih bolesti koje su utvrđene Zakonom o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, malignih bolesti, hemofilije, inzulo ovisnog dijabetesa, lica u terminalnoj fazi hronične bubrežne insuficijencije, cistične fibroze, sistemske autoimune bolesti, reumatske groznice, progresivnih neuromišićnih oboljenja, paraplegije, kvadriplegije, cerebralne paralize, epilepsije i multiple skleroze, bolesti ovisnosti, oboljela, odnosno povrijeđena lica u vezi sa pružanjem hitne medicinske pomoći, kao i zdravstvenu zaštitu u vezi sa darovanjem i primanjem organa i tkiva;

- 4) liječenje akutnih i hroničnih bolesti u slučajevima i stanjima koja ugrožavaju život;
  - 5) sanitetski prevoz za posebne kategorije pacijenata, saglasno podzakonskom aktu koji donosi federalni ministar;
  - 6) provođenje obaveznih imunizacija protiv dječijih zaraznih bolesti u skladu sa usvojenim programom imunizacija stanovništva protiv zaraznih bolesti;
  - 7) preventivnu zdravstvenu zaštitu rizičnih grupa i ostalih stanovnika u skladu sa prihvaćenim programima preventivne zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju, odnosno kanton;
  - 8) zdravstvenu zaštitu djece do navršene 18. godine života, što uključuje predškolsku djecu, kao i djecu koja se redovno školuju u okviru osnovnog, srednjeg i visokog obrazovanja, i to do kraja redovnog školovanja, a najduže do navršene 27. godine života, sa prebivalištem na teritoriji Federacije, koja su zdravstveno osigurana kao članovi porodice osiguranika, odnosno koja nisu osigurana kao članovi porodice osiguranika a u smislu člana 19. st. (1) i (2) i člana 22. stav (1) ovog zakona;
  - 9) zdravstvenu zaštitu žena u vezi sa planiranjem porodice, kao i u toku trudnoće, porođaja i materinstva nakon porođaja, bez obzira na status zdravstvenog osiguranja žene, saglasno propisima o zdravstvenom osiguranju;
  - 10) zdravstvenu zaštitu lica starijih od 65 godina života, ako pravo na zdravstvenu zaštitu ne mogu ostvariti po nekom drugom osnovu, saglasno propisima o zdravstvenom osiguranju;
  - 11) zdravstvenu zaštitu osoba sa invaliditetom;
  - 12) zdravstvenu zaštitu duševnih bolesnika koji zbog prirode i stanja bolesti mogu ugroziti svoj život i život drugih lica ili oštetiti materijalna dobra;
  - 13) zdravstvenu zaštitu povratnika, raseljenih lica i izbjeglica, saglasno propisima kojim uređuju status povratnika, raseljenih lica i izbjeglica, te žrtava nasilja u porodici i žrtava seksualnog nasilja, koje pravo na zdravstvenu zaštitu ne mogu ostvariti po nekom drugom osnovu, saglasno posebnim propisima koji uređuju status ovih žrtava,
  - 14) zdravstvenu zaštitu lica koja su nesposobna za samostalan život ili rad i nemaju sredstava dovoljnih za izdržavanje saglasno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, koji pravo na zdravstvenu zaštitu ne mogu ostvariti po drugom osnovu;
  - 15) zdravstvenu zaštitu vjerskih službenika u vjerskim zajednicama;
  - 16) zdravstvenu zaštitu lica romske nacionalnosti koja zbog tradicionalnog načina života nemaju stalno prebivalište, odnosno boravište u Federaciji.
- (4) Sredstva potrebna za finansiranje zdravstvene zaštite iz stava (3) ovog člana, ostvaruju se iz: prihoda prikupljenih po osnovu doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje, sredstava Budžeta Federacije i kantona saglasno mogućnostima federalnog i kantonalnog budžeta u kalendarskoj godini, iz učešća korisnika zdravstvene zaštite u pokriću dijela (u daljnjem tekstu: participacija) ili ukupnih troškova zdravstvene zaštite, kao i iz drugih izvora, na način i pod uvjetima određenim zakonom.
- (5) Izuzetno od stava (4) ovog člana, finansiranje zdravstvene zaštite predviđene tač. 6, 7. i 16. stava (3) ovog člana, u dijelu koji se odnosi na obaveze Federacije, finansira se iz Budžeta Federacije saglasno ovom zakonu, kao i Zakonu o zaštiti prava pripadnika nacionalnih manjina.

- (6) Finansiranje zdravstvene zaštite iz tačke 16. stav (3) ovog člana obavlja se saglasno Zakonu o slobodi vjere i pravnom položaju crkava i vjerskih zajednica u Bosni i Hercegovini.
- (7) Vlada Federacije BiH dužna je obavijestiti Parlament Federacije BiH, u roku od 15 dana od dana donošenja odluke iz stava (2) ovog člana.

### **Član 30.**

Osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na način i pod uvjetima, kao i u postupku utvrđenom **podzakonskim aktom koji donosi federalni ministar.**

### **Član 31.**

Zdravstvena zaštita koja se ne osigurava obaveznim zdravstvenim osiguranjem, obuhvata sljedeće:

- 1) razliku za povećane troškove liječenja koji su posljedica lične želje osiguranog lica zbog njegovog vjerskog, drugog uvjerenja ili bilo kojeg drugog razloga, a koje predstavlja liječenje izvan utvrđenog obaveznoga zdravstvenog osiguranja koji se osigurava svim osiguranim licima pod jednakim uvjetima;
- 2) eksperimentalno liječenje, eksperimentalne medicinske proizvode, pomagala i lijekove koji su u fazi kliničkih ispitivanja, terapijske i dijagnostičke postupke kao i za lijekove na zahtjev pacijenta u okolnostima kada ti postupci i lijekovi nisu određeni od strane ugovorne zdravstvene ustanove ili ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse u sklopu korištenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ili po svojoj vrsti i količini ne spadaju u obavezno zdravstveno osiguranje;
- 3) usluge estetske hirurgije:
  - koje imaju za cilj poboljšati vanjski izgled bez uspostavljanja i vraćanja tjelesne funkcije,
  - vršenje estetskih korekcija organa i dijelova tijela, osim korekcije urođenih anomalija koje prouzrokuju funkcionalne smetnje,
  - estetske rekonstrukcije dojke koje su nastale nakon mastektomije koja nije posljedica operativnog zahvata zbog karcinoma dojke i
  - estetske korekcije nakon teških povreda, odnosno bolesti koje su neophodne za uspostavljanje bitnih funkcija organa i dijelova tijela;
- 4) liječenje steriliteta suprotno Zakonu o liječenju neplodnosti biomedicinski potpomognutom oplodnjom;
- 5) zdravstvenu zaštitu korištenu mimo utvrđene liste čekanja u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja, prema ličnoj želji osiguranog lica na osnovu njegove pisane izjave;
- 6) hirurško liječenje pretilosti, osim u slučaju patološke pretilosti kada indeks tjelesne mase (BMI) prelazi 40, odnosno kada BMI prelazi 35, uz uvjet da osigurano lice boluje i od drugih pridruženih bolesti;
- 7) liječenje medicinskih komplikacija koje nastaju kao posljedica korištenja zdravstvene zaštite izvan obaveznog zdravstvenoga osiguranja;
- 8) sportska medicina;
- 9) izdavanje uvjerenja i potvrda o zdravstvenoj sposobnosti, izuzev liječničkog uvjerenja prilikom upisa u osnovnu školu;

- 10) vakcine koje ne spadaju u Program obaveznih imunizacija stanovništva protiv zaraznih bolesti;
- 11) homeopatija, akupunktura, kiropraktika, naturopatija i druge metode i postupci alternativne medicine;
- 12) liječenje banjsko-klimatskim faktorima i drugo banjsko liječenje, osim ukoliko nije uključeno u program rehabilitacije kao nastavak bolničkog liječenja;
- 13) proteze koje nisu utvrđene minimumom obima prava iz člana 28. stav (1) ovog zakona;
- 14) lijekovi koji se ne nalaze na listama lijekova koji se osiguranicima mogu propisati na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 15) neurgentni prevoz ambulantnim vozilom;
- 16) medicinsko vještačenje radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, tjelesnog oštećenja ili invalidnosti, zatraženo po zahtjevu suda, odnosno drugog pravnog i fizičkog lica;
- 17) medicinsko vještačenje radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, tjelesnog oštećenja i invalidnosti u postupku procjene preostale radne sposobnosti, ako nije medicinski indicirano od strane izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: izabrani liječnik);
- 18) specifična zdravstvena zaštita koju osigurava poslodavac, u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti;
- 19) zdravstvena zaštita u slučaju povrede na radu i profesionalne bolesti koju osigurava poslodavac;
- 20) druge vrste zdravstvenih usluga koje nisu utvrđene kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom i propisima donijetim na osnovu ovog zakona.

## **Liječenje u inostranstvu**

### **Član 32.**

- (1) Osigurano lice ima pravo na liječenje u inostranstvu pod uvjetima i na način utvrđen **podzakonskim aktom** federalnog ministra, ako je u pitanju oboljenje koje se ne može liječiti u Federaciji, odnosno BiH, a u zemlji u koju se osigurano lice upućuje postoji mogućnost za uspješno liječenje tog oboljenja.
- (2) Osigurano lice ima pravo koristiti zdravstvenu zaštitu u inostranstvu za vrijeme rada, odnosno boravka u inostranstvu.
- (3) Izuzetno od stava (1) ovoga člana, ako se radi o liječenju koje se uspješno može provesti u Federaciji, odnosno BiH, ali u zdravstvenim ustanovama koje nemaju ugovor sa Zavodom za provođenje te vrste liječenja, osigurano lice će se umjesto na liječenje u inostranu zdravstvenu ustanovu, uputiti na liječenje u zdravstvenu ustanovu u Federaciji, odnosno BiH, a koja nije ugovorna i u kojoj se odobreno liječenje može uspješno provesti.
- (4) Podzakonskim aktom koji donosi federalni ministar bliže će se urediti uvjeti i način korištenja zdravstvene zaštite iz ovog člana.

## **b) Naknada plaće**

### **Član 33.**

- (1) Osiguranik iz člana 14. stav (1) tač. 1. do 5. i tač. 7, 8, 10, 12, 13. i 14. ovog zakona ima pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad (u daljnjem



tekstu: naknada plaće) i pripadajućih doprinosa iz ličnih i drugih primanja u skladu sa Zakonom o doprinosima i Zakonom o porezu na dohodak, ako su:

- 1) privremeno spriječeni za rad zbog bolesti ili povrede, odnosno radi liječenja ili medicinskih ispitivanja smješteni u zdravstvenu ustanovu;
  - 2) privremeno spriječeni za rad zbog određenog liječenja ili medicinskog ispitivanja koje se ne može obaviti izvan radnog vremena osiguranika;
  - 3) osiguraniku upućenom na ocjenu radne sposobnosti do konačne ocjene nadležnog organa u smislu Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju i Zakona o osnivanju Instituta za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja;
  - 4) izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u njihovoj okolini, odnosno privremeno nesposoban zbog transplantacije živog tkiva ili organa u korist drugog osiguranog lica Zavoda;
  - 5) privremeno spriječen za rad zbog bolesti i komplikacija u vezi sa trudnoćom i porodom;
  - 6) privremeno spriječen za rad zbog korištenja porodiljskog odsustva i prava na rad sa polovicom punoga radnog vremena, saglasno Zakonu o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodice sa djecom;
  - 7) privremeno spriječen za rad zbog korištenja odsustva za slučaj smrti djeteta, u slučaju mrtvorodjenog djeteta ili smrti djeteta za vrijeme korištenja porodiljskog odsustva;
  - 8) određeni za pratioca bolesnika upućenog na liječenje ili liječnički pregled u najbliže mjesto;
  - 9) određeni da njeguju oboljelog supružnika ili djeteta pod uvjetima propisanim ovim zakonom. U slučaju njege djeteta, privremena spriječenost za rad se utvrđuje kod roditelja, usvojitelja, odnosno osobe koja je izdržavalac djeteta.
- (2) Naknada plaće pripada osiguraniku samo za dane za koje bi mu pripadala plaća ili naknada plaće u smislu Zakona o radu.
- (3) Osiguranicima kod kojih spriječenost za rad nastupi dok se nalaze na neplaćenom odsustvu, pripada naknada plaće samo po isteku neplaćenog odsustva, ako u to vrijeme još postoji privremena spriječenost za rad.

#### **Član 34.**

Osiguraniku koji u momentu nastupanja privremene spriječenosti za rad nema prethodno osiguranje iz člana 16. ovog zakona, pripada pravo na naknadu plaće iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u visini najniže neto plaće u Federaciji u mjesecu koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio slučaj na osnovu kojeg osiguranik ostvaruje naknadu plaće.

#### **Član 35.**

- (1) U slučaju da je osiguranik privremeno spriječen za rad iz jednog od razloga iz člana 33. stav (1) ovog zakona, a zatim bez prekida (naredni dan) bude spriječen za rad iz drugog razloga privremene spriječenosti za rad iz člana 33. stav (1) ovog zakona, dani privremene spriječenosti za rad osiguraniku ne povezuju se u pogledu osnova, visine i isplatioca naknade plaće.
- (2) U slučaju da je osiguranik privremeno spriječen za rad zbog jedne bolesti ili povrede, a narednog dana (bez prekida), odnosno najduže u roku od šest dana od posljednjeg dana prethodne spriječenosti za rad, bude spriječen za rad zbog iste ili

druge bolesti ili povrede, dani spriječenosti za rad povezuju se u pogledu osnova, visine i isplatioca naknade plaće.

- (3) U slučaju da je osiguranik privremeno spriječen za rad zbog iste ili dvije različite bolesti, odnosno povrede, sa prekidom između spriječenosti za rad koji je duži od šest dana od posljednjeg dana prethodne spriječenosti za rad, dani spriječenosti za rad ne povezuju se u pogledu osnova, visine i isplatioca naknade plaće.
- (4) U slučaju iz stava (2) ovog člana izabrani liječnik dužan je da osiguranika uputi na prvostepenu liječničku komisiju po isteku 30-og dana ukupne spriječenosti za rad.
- (5) U slučaju iz stava (3) ovog člana izabrani liječnik dužan je osiguranika uputiti na prvostepenu liječničku komisiju, ako je osiguranik bio spriječen za rad u ukupnom trajanju od 30 dana u periodu od 42 dana od dana prve spriječenosti za rad.

### **Član 36.**

- (1) Privremena spriječenost za rad osiguranika nastupa danom kada izabrani liječnik ustanovi da osiguranik nije sposoban za obavljanje svog rada zbog bolesti ili povrede, odnosno danom kada izabrani liječnik ustanovi potrebu za njegu člana porodice osiguranika ili kada ustanovi drugi propisani razlog za privremenu spriječenost za rad osiguranika.
- (2) Privremena spriječenost iz stava (1) ovog člana traje, dok izabrani liječnik u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi ili liječnička komisija, ne utvrdi da je osiguranik radno sposoban ili do konačne ocjene nadležnog organa, saglasno Zakonu o penzijskom i invalidskom osiguranju, kao i Zakonu o osnivanju Instituta za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja, ne utvrdi da postoji invalidnost.
- (3) Izuzetno od stava (1) ovog člana, izabrani liječnik može da ocijeni privremenu spriječenost za rad osiguranika i za period, prije prvog javljanja osiguranika na pregled, odnosno javljanja osiguranika izabranom liječniku, ali najviše za tri dana unazad od dana kada se osiguranik javio izabranom liječniku.
- (4) Ako je osiguranik bio na liječenju u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi ili ako je privremena spriječenost za rad nastala za vrijeme njegovog boravka u inostranstvu, kao i u drugim opravdanim slučajevima u kojima osiguranik nije mogao da dođe kod izabranog liječnika, odnosno nije mogao da ga obavijesti o razlozima spriječenosti za rad, po prijedlogu izabranog liječnika, liječnička komisija može dati ocjenu o spriječenosti za rad osiguranika za period duži od tri dana prije javljanja izabranom liječniku.
- (5) Općim aktom Zavoda utvrđuje se način obračuna, kao i rokovi za podnošenje zahtjeva za povrat isplaćene naknade plaće.

### **Član 37.**

Naknada plaće u slučajevima iz člana 33. ovog zakona pripada osiguraniku od prvog dana privremene spriječenosti za rad i dok ta spriječenost traje.

### **Član 38.**

- (1) Osiguraniku kojem je za vrijeme privremene spriječenosti za rad prestao radni odnos, pripada naknada plaće najviše 30 dana nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti ličnim radom.
- (2) Izuzetno, u slučaju privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu ili oboljenja od profesionalne bolesti, osiguraniku pripada naknada plaće i nakon prestanka radnog odnosa, sve do ponovnog uspostavljanja radne sposobnosti,

odnosno konačne ocjene radne sposobnosti ili invalidnosti, ali ne duže od 12 mjeseci.

- (3) Naknada iz stava (2) ovog člana isplaćuje se na teret poslodavca.

### **Član 39.**

- (1) Naknada plaće utvrđuje se od osnovice za naknadu koju čini plaća isplaćena osiguraniku za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem nastupi slučaj na osnovu kojeg se stiče pravo na naknadu plaće.
- (2) Pod plaćom na osnovu koje se utvrđuje osnovica za naknadu plaće podrazumijeva se, u smislu ovoga zakona, osnovna mjesečna plaća osiguranika utvrđena u skladu sa odredbama Zakona o radu, te naknada plaće isplaćena za vrijeme odsutnosti sa rada (godišnji odmor, plaćeno odsustvo i privremena spriječenost za rad), kao i pripadajući doprinosi iz ličnih primanja u skladu sa Zakonom o doprinosima i Zakonom o porezu na dohodak, a koja se isplaćuje na teret pravnog ili fizičkog lica **kod kojeg je** osiguranik zaposlen.
- (3) Za osiguranika iz člana 14. stav (1) tač. 5, 6, 10, 12, 13. i 14. ovog zakona osnovica za naknadu plaće je mjesečna osnovica osiguranja za obračun i uplatu doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje za posljednja tri mjeseca, a prije mjeseca u kojem je nastupio osigurani slučaj na osnovu kojeg se stiče pravo na naknadu plaće.
- (4) Ako u mjesecu koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio slučaj na osnovu koga se stiče pravo na naknadu osiguranik nije ostvario plaću, odnosno nema prethodno osiguranje, kao osnovica za naknadu uzima se visina plaće iz člana 34. ovog zakona.
- (5) Kada osiguranik prima naknadu plaće neprekidno duže od tri mjeseca, osnovica za utvrđivanje naknade iz st. (1), (2) i (3) ovog člana valorizira se saglasno prosječnom porastu plaća zaposlenih kod pravnog, odnosno fizičkog lica kod kojeg je osiguranik zaposlen, ako je taj porast veći od 5%.
- (6) Naknada plaće saglasno stavu (5) ovog člana, pripada osiguraniku od prvog dana idućeg mjeseca po isteku tri mjeseca neprekidnog korištenja naknade plaće, ako je ispunjen uvjet za povećanje naknade.
- (7) Upravni odbor Zavoda će općim aktom bliže propisati način utvrđivanja valorizacije osnovice za naknadu plaće iz stava (5) ovog člana.

### **Član 40.**

- (1) Naknada plaće određuje se u visini od najmanje 80% osnovice za naknadu iz člana 39. st. (1), (3) i (4) ovog zakona, s tim da ne može biti niža od iznosa minimalne plaće važeće za mjesec za koji se utvrđuje naknada.
- (2) Naknada plaće iznosi 100% od osnovice za naknadu:
- a) za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu ili oboljenja od profesionalne bolesti koja se isplaćuje na teret sredstava poslodavca;
  - b) za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i komplikacija prouzrokovanih trudnoćom i porođajem, kao i za slučaj smrti djeteta;
  - c) za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist drugog osiguranog lica Zavoda;
  - d) dok je osiguranik izoliran kao kliconoša ili zbog pojave zaraze u njegovoj okolini.

- (3) Osiguranicima kod kojih je privremena spriječenost za rad nastupila dok se nalaze na neplaćenom odsustvu, pripada naknada plaće samo po isteku neplaćenog odsustva, i to pod uvjetom da i dalje postoji privremena spriječenost za rad.

#### **Član 41.**

- (1) Osiguranik nema pravo na naknadu plaće ako:
- svjesno prouzrokuje privremenu nesposobnost za rad,
  - namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje,
  - ako je privremena spriječenost za rad prouzrokovana akutnim pijanstvom ili upotrebom psihotropnih supstanci,
  - ako se bez opravdanog razloga ne podvrgne liječenju, osim ako za liječenje nije potreban pristanak predviđen zakonom,
  - ako se za vrijeme privremene spriječenosti za rad bavi privrednom ili drugom aktivnošću kojom ostvaruje prihode,
  - se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za liječnički pregled izabranog liječnika,
  - izabrani liječnik, odnosno kontrolor Zavoda utvrde da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez dozvole izabranog liječnika otputuje iz mjesta prebivališta,
  - se u roku od tri dana nakon početka bolesti ne javi izabranom liječniku da je obolio, izuzev u slučajevima predviđenim u članu 36. stav (4) ovog zakona,
  - ako zloupotrebljava pravo na korištenje odsustva za vrijeme privremene spriječenosti za rad na neki drugi način.
- (2) Osiguraniku ne pripada naknada plaće od momenta kada su nastupile okolnosti iz stava (1) ovog člana, pa sve dok traju te okolnosti.
- (3) Naknada plaće ne pripada licima na izdržavanju kazne zatvora i licima prema kojim se provodi mjera sigurnosti obaveznog psihijatrijskog liječenja u zdravstvenoj ustanovi i mjera obaveznog liječenja od ovisnosti od alkohola i opojnih droga u zdravstvenoj ustanovi.
- (4) Ako se činjenice iz stava (1) ovog člana utvrde nakon otpočinjanja korištenja prava na naknadu plaće, odnosno poslije ostvarivanja prava na naknadu plaće, isplata naknade plaće se obustavlja, odnosno isplatilac naknade ima pravo na povrat isplaćenih sredstava.

#### **Član 42.**

- (1) Osiguraniku iz člana 14. stav (1) tač. 10, 12, 13. i 14. ovog zakona ne pripada naknada plaće iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ako za vrijeme privremene spriječenosti za rad nije privremeno odjavio obavljanje djelatnosti, bez obzira ko je isplatilac naknade plaće.
- (2) Osiguranik koji je ispunio uvjete za starosnu penziju i koji dogovori sa poslodavcem nastavak radnog odnosa, ili nakon prestanka radnog odnosa zbog ispunjavanja uvjeta za starosnu penziju, zasnuje radni odnos kod drugog poslodavca, ne može ostvariti pravo na naknadu plaće zbog privremene spriječenosti za rad u skladu sa ovim zakonom, a na teret Zavoda.

## **V. - OSTVARIVANJE I ZAŠTITA PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

#### **Član 43.**

- (1) Pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja može ostvarivati samo lice kojem je utvrđeno svojstvo osiguranog lica, i to od dana prijave na zdravstveno osiguranje.
- (2) Svojstvo osiguranog lica utvrđuje Zavod, a dokazuje se zdravstvenom legitimacijom koja može biti u štampanom ili u elektronskom obliku.
- (3) Podzakonskim aktom koji donosi federalni ministar bliže će se urediti sadržaj i oblik isprave iz stava (2) ovog člana, kao i način njenog izdavanja.

#### **Član 44.**

- (1) Obveznici uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje dužni su podnijeti nadležnom uredu Poreske uprave Federacije Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Poreska uprava Federacije) obrasce propisane Zakonom o jedinstvenom sistemu registracije, kontrole i naplate doprinosa za socijalno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zakon o jedinstvenoj registraciji), radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i izdavanja posebne isprave iz člana 43. stav (2) ovog zakona.
- (2) Lica za koja obveznici uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje ne podnose prijavu iz stava (1) ovog člana mogu zahtijevati od Zavoda da im utvrdi svojstvo osiguranog lica.
- (3) Ako nadležni ured Poreske uprave Federacije ne prihvati podnesenu prijavu, a Zavod utvrdi svojstvo osiguranog lica po nekom drugom osnovu, o tome Zavod donosi pismeno rješenje koje dostavlja podnosiocu prijave i zainteresiranom licu.
- (4) Protiv rješenja iz stava (3) ovog člana može se izjaviti žalba Upravnom odboru Zavoda.
- (5) Protiv rješenja donesenog po žalbi može se pokrenuti upravni spor.
- (6) Prestankom okolnosti na osnovu kojih je stečeno svojstvo osiguranog lica, gubi se to svojstvo.

#### **Član 45.**

- (1) Zavod, nakon preuzimanja podataka iz Baze podataka Jedinstvenog sistema registracije, kontrole i naplate doprinosa, kao i drugih evidencija nadležnih organa, uspostavlja matičnu evidenciju o osiguraniku i članovima porodice osiguranika (u daljnjem tekstu: matična evidencija).
- (2) U matičnu evidenciju, pored podataka pribavljenih iz stava (1) ovog člana, unose se i podaci o korištenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a naročito podaci o:
  - a) osiguraniku preuzeti iz Baze podataka Jedinstvenog sistema registracije, kontrole i naplate doprinosa, kao i drugih evidencija nadležnih organa,
  - b) vrste prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koja se osiguravaju osiguraniku i članovima porodice osiguranika,
  - c) pruženim zdravstvenim uslugama,
  - d) novčanim naknadama,
  - e) lijekovima izdatim na recept,
  - f) pomagalima, zubno-protetskim sredstvima i endoprotezama,
  - g) godišnjem iznosu uplaćene participacije,
  - h) izabranom liječniku osiguranog lica,
  - i) ostvarivanju prava pred liječničkim komisijama,

- j) ostvarivanju prava u vezi sa profesionalnim oboljenjem ili povredom na radu osiguranog lica,
  - k) upućivanju osiguranog lica Institutu za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja radi ocjene zdravstvenog stanja u postupku ostvarivanja prava iz penzijsko-invalidskog osiguranja,
  - l) ostvarivanju zdravstvene zaštite u inostranstvu pod uvjetom da mu je ista odobrena u skladu sa ovim zakonom i propisima donijetim na osnovu ovog zakona,
  - m) drugim pravima u skladu sa ovim zakonom.
- (3) U matičnu evidenciju unose se i podaci o davaocima zdravstvenih usluga sa kojima je Zavod zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite osiguranim licima iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (4) Zavod općim aktom uređuje način vođenja matične evidencije.

#### **Član 46.**

Podaci unijeti u matičnu evidenciju na način utvrđen ovim zakonom mogu se mijenjati u sljedećim slučajevima:

- a) ako nadležni organ naknadno u propisanom postupku utvrdi promjenu podataka,
- b) ako su podaci o osiguranom licu unijeti u matičnu evidenciju na osnovu lažnih isprava,
- c) ako se naknadno provjerom podataka ili na drugi način utvrdi da su u matičnu evidenciju unijeti netačni ili nepotpuni podaci.

#### **Član 47.**

Prijava podataka za vođenje matične evidencije čuva se u skladu sa Zakonom o arhivskoj građi.

#### **Član 48.**

- (1) Podaci koji se vode u matičnoj evidenciji koriste se samo za potrebe obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako ovim zakonom nije drugačije određeno.
- (2) Podaci iz matične evidencije koji se odnose na pojedino osigurano lice, odnosno na korištenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su lični podaci i predstavljaju službenu tajnu i ne mogu se iznositi i objavljivati u javnosti, izuzev u slučajevima utvrđenim posebnim zakonom.
- (3) Podaci sadržani u matičnoj evidenciji mogu se koristiti za statistička istraživanja u skladu sa zakonom.
- (4) Zavod je dužan garantirati i osigurati zaštitu podataka iz matične evidencije saglasno Zakonu o zaštiti ličnih podataka.

### **Privremena spriječenost za rad**

#### **Član 49.**

- (1) Privremenu spriječenost za rad utvrđuje izabrani liječnik u skladu sa odredbama ovog zakona i propisa donijetih na osnovu ovog zakona.
- (2) Privremena spriječenost za rad se ne može utvrditi retroaktivno.
- (3) Izuzetno od stava (2) ovog člana, privremena spriječenost za rad se može utvrditi retroaktivno u slučaju bolničkog liječenja, a u smislu člana 36. stav (4) ovog zakona.

- (4) O utvrđenoj ocjeni iz stava (1) ovog člana, izabrani liječnik obavještava osiguranika, pravno, odnosno fizičko lice kod kojeg je osiguranik zaposlen i Zavod.

#### **Član 50.**

- (1) Osiguranik, pravno, odnosno fizičko lice kod kojeg je osiguranik zaposlen i kontrolor Zavoda osiguranja mogu, u roku od 48 sati od saopćenja ocjene iz člana 49. stav (4) ovog zakona, uložiti prigovor na ocjenu izabranog liječnika.
- (2) O prigovoru rješava Prvostepena liječnička komisija Zavoda koju imenuje i razrješava rukovodilac kantonalne službe Zavoda, uz prethodnu saglasnost direktora Zavoda, na period od četiri godine, sa mogućnošću reizbora za još jedan mandatni period.
- (3) Na nalaz i ocjenu izabranog liječnika, odnosno Prvostepene liječničke komisije, prigovor može uložiti osiguranik, pravno odnosno fizičko lice kod koga je osiguranik zaposlen, kad naknadu plaće isplaćuje na teret svojih sredstava, kao i kontrolor Zavoda kada se naknada plaće isplaćuje iz sredstava Zavoda.
- (4) Prigovor iz stava (2) ovog člana se ulaže Drugostepenoj liječničkoj komisiji u roku od 48 sati od saopćavanja ocjene, nalaza i mišljenja o zdravstvenoj sposobnosti osiguranika izdatog od Prvostepene liječničke komisije.
- (5) Drugostepenu liječničku komisiju imenuje i razrješava Upravni odbor Zavoda na period od četiri godine, sa mogućnošću reizbora za još jedan mandatni period.
- (6) Rješenje Drugostepene liječničke komisije je konačno.
- (7) Za vrijeme privremene spriječenosti za rad osiguranika, odnosno za vrijeme korištenje prava na naknadu plaće, vrši se nadzor.
- (8) Nadzor iz stava (7) ovog člana vrši kontrolor Zavoda, kao i pravno odnosno fizičko lice kod kojeg je osiguranik zaposlen i za koje ono isplaćuje naknadu plaće na teret svojih sredstava.
- (9) Podzakonskim aktom koji donosi federalni ministar bliže će se urediti postupak i kriteriji za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad, uvjeti za imenovanje članova u liječničke komisije, njihov mandat, postupak imenovanja, te prava i obaveze izabranog liječnika, liječničkih komisija zavoda, kao i pravnih i fizičkih lica u pogledu ocjene privremene spriječenosti za rad.

#### **Član 51.**

- (1) Naknadu plaće iz člana 33. stav (1) tač. 1. i 2. ovog zakona obračunava i isplaćuje osiguraniku na teret svojih sredstava:
- a) pravno ili fizičko lice kod kojeg je osiguranik zaposlen, i to za prvih 42 dana privremene spriječenosti za rad, kao i za vrijeme dok se osiguranik nalazi na radu u inostranstvu na koje ga je uputilo pravno ili fizičko lice kod kojeg je zaposlen;
- b) privredno društvo za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje invalida, odnosno pravno ili fizičko lice za rad osiguranika invalida za prvih sedam dana bolovanja.
- (2) Visina naknade plaće, kao i način i postupak isplate naknade plaće iz stava (1) ovog člana utvrđuje se općim aktom pravnog lica ili fizičkog lica kod kojeg je osiguranik zaposlen.

- (3) Pravna i fizička lica iz stava (1) ovog člana obračunavaju i isplaćuju osiguraniku naknadu plaće i istekom 42, odnosno sedam dana privremene spriječenosti za rad na teret sredstava Zavoda.
- (4) Refunadacija sredstava isplaćene naknade plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad preko 42 dana iz stava (3) ovog člana, vrši se na teret sredstava Zavoda, i to u visini neto plaće osiguranika, uključujući i pripadajuće doprinose iz ličnih i drugih primanja u skladu sa Zakonom o doprinosima i Zakonom o porezu na dohodak, kao i u skladu sa općim aktom Zavoda iz člana 36. stav (5) ovog zakona.
- (5) Zavod je obavezan izvršiti povrat isplaćene naknade plaće iz stava (3) ovog člana, u roku do 45 dana od dana prijema zahtjeva za povrat, i to samo u slučaju redovnog plaćanja doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje od strane obveznika uplate doprinosa, saglasno ovom zakonu i Zakonu o doprinosima.
- (6) U slučaju da osiguranik ima prebivalište u drugom entitetu, odnosno Distriktu Brčko, a sjedište poslodavca kod kojeg je zaposlen je u Federaciji i koji vrši obračun uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje osiguraniku u drugom entitetu, odnosno Distriktu Brčko, te isplaćuje osiguraniku naknadu plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad, poslodavac ostvaruje pravo na povrat isplaćenih sredstava za naknadu plaće iz stava (3) ovog člana kod nadležnog fonda zdravstvenog osiguranja u drugom entitetu, odnosno Distriktu Brčko.

#### **Član 52.**

- (1) Naknada plaće u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz člana 33. stav (1) tač. 3. do 8. ovog zakona isplaćuje se osiguraniku na teret sredstava Zavoda od prvog dana korištenja prava.
- (2) Naknadu plaće iz stava (1) ovog člana obračunava i isplaćuje pravno, odnosno fizičko lice, s tim da je Zavod obavezan vratiti isplaćenu naknadu u roku od 45 dana od dana prijema zahtijeva za povrat, i to u slučaju redovnog plaćanja doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje od strane obveznika uplate doprinosa, saglasno ovom zakonu i Zakonu o doprinosima.
- (3) U slučaju da osiguranik ima prebivalište u drugom entitetu, odnosno Distriktu Brčko, a sjedište poslodavca kod kojeg je zaposlen je u Federaciji i koji vrši obračun uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje osiguraniku u drugom entitetu, odnosno Distriktu Brčko, te isplaćuje osiguraniku naknadu plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad, poslodavac ostvaruje pravo na povrat isplaćenih sredstava za naknadu plaće iz stava (2) ovog člana kod nadležnog fonda zdravstvenog osiguranja u drugom entitetu, odnosno Distriktu Brčko.
- (4) Način ostvarivanja prava na naknadu plaće iz stava (1) ovog člana, kao i člana 51. ovog zakona, bliže će se urediti općim aktom Zavoda.

#### **Član 53.**

Naknadu plaće zbog povrede na radu ili oboljenja od profesionalne bolesti obračunava i isplaćuje iz svojih sredstava pravno, odnosno fizičko lice kod kojeg je osiguranik zaposlen, sve dok osiguranik nije radno sposoban, odnosno do pravosnažnosti odluke nadležnog organa o utvrđivanju invalidnosti osiguranika, osim u slučaju stečajnog postupka kada naknadu isplaćuje nadležni zavod osiguranja.

#### **Član 54.**



- (1) O pravu na naknadu plaće pravno, odnosno fizičko lice i Zavod rješava po pribavljenoj ocjeni izabranog liječnika, odnosno liječničke komisije bez donošenja formalnog rješenja, ali su dužni izdati pismeno rješenje ako to osiguranik traži.
- (2) U slučaju kada osiguraniku, pravno odnosno fizičko lice nije utvrdilo naknadu plaće na način, u visini i rokovima utvrđenim ovim zakonom u provedbenim propisima donesenim na osnovu ovog zakona, osiguranik ima pravo uložiti prigovor Zavodu.

#### **Član 55.**

- (1) Ako privremena spriječenost za rad traje neprekidno ili u prekidima ukupno 12 mjeseci za istu bolest u toku dvije kalendarske godine, izabrani liječnik dužan je izvršiti medicinsku obradu osiguranika za postupak ocjene radne sposobnosti i invalidnosti.
- (2) Postupak za ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti pokreće se i vodi saglasno Zakonu o penzijskom i invalidskom osiguranju, kao i Zakonu o osnivanju Instituta za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja.
- (3) Osiguranik ima pravo na naknadu plaće na teret sredstava nadležnog zavoda osiguranja, odnosno na teret sredstava pravnog ili fizičkog lica kod kojeg je zaposlen u slučaju iz člana 53. ovog zakona, i to najviše do navršenih 12 mjeseci neprekidnog trajanja privremene spriječenosti za rad.

#### **Član 56.**

- (1) Kad se utvrdi da postoje činjenice iz člana 41. stav (1) ovog zakona, Zavod odnosno pravno ili fizičko lice koje vrši isplatu naknade plaće na teret svojih sredstava, obustavlja isplatu te naknade, a saglasno st. (2), (3) i (4) istog člana.
- (2) Akt o obustavi isplate naknade plaće u smislu stava (1) ovog člana donosi kontrolor Zavoda, odnosno pravnog ili fizičkog lica koje vrši isplatu naknade plaće na teret sredstava pravnog ili fizičkog lica kod kojeg je osiguranik zaposlen, a na osnovu mišljenja izabranog liječnika koji je utvrdio privremenu spriječenost za rad.
- (3) Akt iz stava (2) ovog člana izdaje se pismeno, u dva primjerka, od kojih se jedan uručuje osiguraniku, a jedan Zavodu odnosno pravnom ili fizičkom licu koje vrši isplatu naknade plaće na teret svojih sredstava, uz izvještaj.
- (4) Osiguranik kome je aktom iz stava (2) ovog člana obustavljena isplata naknade plaće ima pravo u roku od tri dana od dana uručenja akta zahtijevati da Zavod, odnosno pravno ili fizičko lice koje je isplaćivalo naknadu plaće na teret svojih sredstava, donese rješenje.

#### **Član 57.**

- (1) Radi zaštite prava iz ovog zakona, osiguranim licima se u Zavodu osigurava dvostepenost rješavanja u postupku koji je pokrenulo osigurano lice.
- (2) Drugostepeno rješenje Zavoda je konačno i protiv njega se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim sudom.

#### **Član 58.**

U postupku rješavanja o pravima iz zdravstvenog osiguranja, primjenjuje se Zakon o upravnom postupku, ako ovim zakonom nije drugačije uređeno.

#### **Izabrani liječnik**

### **Član 59.**

Pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, iz obaveznog zdravstvenog osiguranja prema odredbama ovog zakona, osigurano lice ima pravo na slobodan izbor liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

### **Član 60.**

- (1) Izabrani liječnik iz člana 59. ovog zakona je:
  - a) doktor medicine, doktor medicine sa dodatnom edukacijom iz porodične medicine ili doktor medicine specijalista porodične medicine, odnosno specijalista druge grane medicine sa dodatnom edukacijom iz porodične medicine;
  - b) doktor medicine specijalista pedijatrije, ukoliko zdravstvena zaštita djece nije povjerena doktoru iz tačke a) ovog stava;
  - c) doktor stomatologije.
- (2) Osigurano lice može imati samo jednog izabranog liječnika iz stava (1) ovog člana kojeg bira na period od najmanje godinu dana.
- (3) Podzakonskim aktom koji donosi federalni ministar bliže će se urediti način ostvarivanja prava na slobodan izbor liječnika, odnosno promjene izabranog liječnika.

### **Član 61.**

- (1) Ugovorom između Zavoda i davaoca zdravstvenih usluga određuju se liječnici pojedinci koji imaju ovlaštenja izabranog liječnika.
- (2) Davalac zdravstvenih usluga iz stava (1) ovog člana dužan je da na vidnom mjestu istakne spisak liječnika koje osigurano lice može da odabere za svog izabranog liječnika.
- (3) Sa davaocem zdravstvenih usluga Zavod zaključuje ugovor.
- (4) Podzakonskim aktom koji donosi federalni ministar bliže će se urediti jedinstvena metodologija registracije osiguranih lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

### **Član 62.**

Liječnik koji ispunjava uvjete propisane ovim zakonom za izabranog liječnika prima osigurana lica kao opredjeljene pacijente saglasno podzakonskom aktu iz člana 61. stav (4) ovog zakona.

### **Član 63.**

Izabrani liječnik obavlja sljedeće poslove i zadatke, i to:

- 1) obavlja preglede, dijagnostiku i liječenje;
- 2) određuje način i vrstu liječenja, prati tok liječenja i usklađuje mišljenje i prijedloge za nastavak liječenja osiguranog lica;
- 3) pruža hitnu medicinsku pomoć;
- 4) upućuje osigurano lice na specijalističko-konsultativne preglede, odnosno u druge odgovarajuće zdravstvene ustanove primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u okviru jedinstvenog sistema upućivanja pacijenata sa jednog na druge nivoe zdravstvene zaštite;
- 5) određuje vrstu i dužinu kućnog liječenja i prati provođenje kućnog liječenja;
- 6) propisuje lijekove i medicinska sredstva, kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala;

- 7) vodi propisanu medicinsku dokumentaciju o liječenju i zdravstvenom stanju osiguranog lica, u skladu sa Zakonom o evidencijama u oblasti zdravstva;
- 8) obavlja medicinsku obradu osiguranog lica za postupak ocjene radne sposobnosti i invalidnosti, te daje ocjenu o zdravstvenom stanju osiguranog lica, u skladu sa ovim zakonom;
- 9) utvrđuje dužinu privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i povrede osiguranika do 42 dana spriječenosti za rad i predlaže prvostepenoj liječničkoj komisiji produženje privremene spriječenosti za rad, osim ako ovim zakonom nije drukčije određeno;
- 10) utvrđuje potrebu odsustvovanja osiguranika sa posla radi njege člana porodice;
- 11) daje mišljenje o tome da li je osiguranik namjerno prouzrokovao nesposobnost za rad, odnosno da li je ozdravljenje namjerno spriječio;
- 12) daje nalaz i mišljenje o zdravstvenom stanju osiguranog lica na osnovu čega se izdaje potvrda o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi korištenja zdravstvene zaštite u inostranstvu;
- 13) organizira i provodi mjere na očuvanju i unaprjeđenju zdravlja osiguranih lica, otkrivanju i suzbijanju faktora rizika za nastanak bolesti, obavlja preventivno-promotivne usluge, uključujući i zdravstveno vaspitanje, koji su utvrđeni kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 14) formira socijalno-medicinske dijagnoze za gravitirajuće područje;
- 15) obavlja monitoring sestrinskih i liječničkih dijagnoza;
- 16) prikuplja podatke koji su neophodni za dalje planiranje rada, monitoring i evaluaciju od strane izabranog liječnika;
- 17) neposredno učestvuje u svim preventivno-promotivnim programima s ciljem otklanjanja riziko faktora koji bi mogli direktno uticati na zdravstveno stanje stanovništva na njihovom području;
- 18) uspostavlja saradnju sa školama, socijalnim ustanovama, mjesnim zajednicama i drugim institucijama u provođenju programa preventivno-promotivnih aktivnosti;
- 19) vrši druge poslove u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zaključenim ugovorom između Zavoda i davaoca zdravstvenih usluga.

#### **Član 64.**

Zavod može ovlaštenja izabranog liječnika iz člana 63. ovog zakona, koja se odnose na dijagnostiku i liječenje, uključujući i propisivanje lijekova na recept (za TBC i HIV), kao i upućivanje na liječenje u bolničku zdravstvenu ustanovu, da dodijeli nadležnom liječniku specijalisti, ako to zahtijeva zdravstveno stanje osiguranog lica i racionalnost u pružanju zdravstvene zaštite.

#### **Član 65.**

Ako izabrani liječnik zloupotrijebi svoja ovlaštenja u postupku ostvarivanja prava osiguranih lica, Zavod raskida ugovor sa izabranim liječnikom i daje inicijativu kod nadležne komore zdravstvenih radnika za oduzimanje licence za samostalni rad tog izabranog liječnika.

#### **Naknada štete**

#### **Član 66.**

Osiguranik je obavezan Zavodu nadoknaditi štetu:

- a) ako je ostvario primanje iz sredstava Zavoda na osnovu neistinitih ili netačnih podataka za koje je znao ili je morao znati da su neistiniti, odnosno netačni ili je primanje ostvario na drugi protupravan način, odnosno u većem obimu nego što mu pripada;
- b) ako je ostvario primanje iz sredstava nadležnog zavoda osiguranja usljed toga što nije prijavio promjenu koja utiče na gubitak ili obim prava, a znao je ili je morao znati za tu promjenu.

#### **Član 67.**

- (1) Zavod je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od lica koje je prouzrokovalo bolest, povredu ili smrt osiguranog lica.
- (2) Za štetu koju je Zavodu u slučajevima iz stava (1) ovog člana počinio radnik na radu ili u vezi sa radom odgovara pravno lice ili fizičko lice kog kojeg je radnik zaposlen, osim ako se dokaže da je radnik u tom slučaju postupio onako kako je trebalo.
- (3) Zavod je obavezan u slučajevima iz stava (2) ovog člana zahtijevati naknadu štete i neposredno od radnika ako je šteta prouzrokovana namjerno.
- (4) Kada Zavod zahtijeva naknadu štete od pravnog, odnosno fizičkog lica i od radnika, oni odgovaraju za štetu solidarno, a saglasno Zakonu o obligacionim odnosima.

#### **Član 68.**

Osiguranik kojem je iz sredstava nadležnog zavoda osiguranja isplaćen novčani iznos na koji nije imao pravo, obavezan je vratiti primljeni iznos saglasno odredbama Zakona o obligacionim odnosima, ako drugačije nije riješeno ovim zakonom.

#### **Član 69.**

- (1) Zavod je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od pravnog, odnosno fizičkog lica:
  - a) ako je šteta nastala zato što nisu dati podaci ili što su dati neistiniti ili netačni podaci o činjenicama od kojih zavisi sticanje ili obim prava;
  - b) ako je isplata izvršena na osnovu neistinitih ili netačnih podataka navedenih u prijavi o stupanju radnika na rad;
  - c) ako je isplata izvršena zbog toga što nije podnesena prijava o promjenama koje utiču na gubitak ili na obim prava radnika, odnosno prijava o istupanju radnika s rada ili ako je prijava podnesena poslije propisanog roka.
- (2) Osigurana lica koja su obavezna sama podnositi prijave ili davati određene podatke u vezi sa svojim pravima i obavezama, obavezna su u slučajevima iz stava (1) ovog člana sama Zavodu nadoknaditi štetu koja je nastala u slučaju ako prijava nije podnesena ili su dati neistiniti podaci.
- (3) Za štetu u slučajevima iz stava (1) ovog člana, odgovaraju pravna i fizička lica, osim ako dokažu da se u datim okolnostima postupalo kako je trebalo, a osigurana lica u slučajevima iz stava (2) ovog člana odgovaraju za štetu ako su znala ili morala znati da su dati podaci neistiniti ili netačni, odnosno ako su znala ili morala znati za promjenu koja utiče na gubitak ili obim prava, a te promjene nisu prijavila.

#### **Član 70.**

- (1) Zavod je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od pravnog ili fizičkog lica ako su bolest, povreda ili smrt radnika nastali zbog toga što nisu provedene mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana.

- (2) Zavod je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od pravnog ili fizičkog lica i kada je šteta nastala jer je radnik stupio na rad bez propisanog prethodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se zdravstvenim pregledom utvrdi da to lice prema zdravstvenom stanju nije bilo sposobno za rad na određenim poslovima.

#### **Član 71.**

Zavod je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete u slučajevima iz člana 67. ovog zakona i neposredno od društva za osiguranje kod koga su ova lica osigurana od autoodgovornosti, prema propisima o osiguranju ovog rizika.

#### **Član 72.**

- (1) Nadležni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane u slučajevima iz člana 67. ovog zakona kada je šteta nastala upotrebom motornog vozila neposredno od društava za osiguranje kod koga je štetnik sklopio ugovor o obaveznom osiguranju od autoodgovornosti za štete pričinjene trećim licima.
- (2) Zavod je obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila u slučajevima predviđenim entitetskim zakonima o osiguranju od odgovornosti za motorna vozila i ostalim odredbama o obaveznom osiguranju od odgovornosti u Federaciji.

#### **Član 73.**

- (1) Zavod je obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila sa inostranom registracijom za koje postoji valjana međunarodna isprava ili dokaz o postojanju osiguranja od bilo kog pravnog lica za osiguranje imovine i lica sa sjedištem na teritoriji Federacije.
- (2) Štetu nastalu upotrebom vozila inostrane registracije sa valjanom zelenom kartom nadoknađuje Biro Zelene karte u BiH, u skladu sa Zakonom o osiguranju od odgovornosti za motorna vozila i ostalim odredbama o obaveznom osiguranju od odgovornosti u Federaciji.
- (3) Ukoliko je štetu prouzrokovalo vozilo inostrane registracije, za koje ne postoji valjana međunarodna isprava ili dokaz o postojanju osiguranja, a vozilo posjeduje lice sa prebivalištem u Federaciji, Zavod zahtjev za naknadu štete podnosi Zaštitnom fondu Federacije BiH, u skladu sa Zakonom o osiguranju od odgovornosti za motorna vozila i ostalim odredbama o obaveznom osiguranju od odgovornosti u Federaciji.
- (4) Ukoliko je štetu prouzrokovalo vozilo inostrane registracije, za koje ne postoji valjana međunarodna isprava ili dokaz o postojanju osiguranja, a vozilo posjeduje lice sa prebivalištem izvan BiH, naknadu štete Zavod može potraživati u zemlji iz koje dolazi ovo vozilo.

#### **Član 74.**

Zavod je obavezan zahtijevati naknadu štete u slučajevima predviđenim ovim zakonom, bez obzira na to što je nastala isplatom davanja koja kao pravo pripadaju osiguranom licu iz sredstava nadležnog zavoda osiguranja.

#### **Član 75.**

Pri utvrđivanju prava na naknadu štete prouzrokovane Zavodu primjenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obligacionim odnosima, kao i posebni propisi o naknadi štete.

#### **Član 76.**

- (1) Potraživanje naknade štete, u smislu odredbi ovog zakona, zastarjevaju istekom rokova određenih Zakonom o obligacionim odnosima.
- (2) Rokovi zastare potraživanja naknade štete u smislu odredbi ovog zakona, počinju teći:
  - a) u slučajevima iz člana 66. i člana 69. stav (1) ovog zakona, od dana kada je postalo konačno rješenje kojim je utvrđeno da isplaćeno primanje nije pripadalo ili je pripadalo u manjem obimu;
  - b) u slučajevima iz čl. 67. i 70. ovog zakona od dana kada je postalo izvršnim rješenjem kojim je priznato pravo na primanje iz sredstava nadležnog zavoda osiguranja;
  - c) u ostalim slučajevima kada se zahtijeva naknada za pojedina isplaćena davanja iz člana 73. ovog zakona, od dana izvršene isplate svakog pojedinog davanja.

#### **Član 77.**

- (1) Kada se utvrdi da je nastala šteta, Zavod će uz navođenje dokaza pozvati osigurano lice, pravno ili fizičko lice, društvo za osiguranje ili drugo lice koje je dužno naknaditi štetu, da u određenom roku ili roku utvrđenom posebnim propisima o naknadi štete.
- (2) Ako šteta ne bude nadoknađena u rokovima iz stava (1) ovog člana Zavod ima pravo da potraživanja ostvaruje tužbom kod nadležnog suda.
- (3) Zavod ostvaruje pravo na naknadu štete iz stava (1) ovog člana, uključujući i pravo na zateznu kamatu saglasno ovom zakonu, Zakonu o obligacionim odnosima, kao i propisima o zateznoj kamati, a saglasno entitetskim zakonima o visini stope zatezne kamate, te entitetskim zakonima o osiguranju od odgovornosti za motorna vozila i ostalim odredbama o obaveznom osiguranju od odgovornosti.
- (4) Zavod nema pravo, bez izričitog pristanka osiguranog lica, ostvariti naknadu štete obustavom isplate ili ustezanjem od novčane naknade na koju osigurano lice ima pravo u vezi s korištenjem prava iz zdravstvenog osiguranja.

## **VI.- FINANSIRANJE OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

#### **Član 78.**

- (1) Sredstva za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se iz:
  - 1) doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje iz plaća radnika koji su u radnom odnosu kod pravnog ili fizičkog lica;
  - 2) doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje iz plaća i drugih naknada funkcionera koja zamjenjuje plaću;
  - 3) doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje iz prihoda fizičkih lica koja samostalno obavljaju privrednu, profesionalnu ili drugu djelatnost kao osnovno zanimanje;

- 4) doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje iz prihoda fizičkih lica koja se bave poljoprivredom i šumarstvom kao jedinim ili osnovnim zanimanjem;
  - 5) doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje iz penzija i invalidnina i drugih naknada iz penzijskog i invalidskog osiguranja;
  - 6) doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje za nezaposlene građane;
  - 7) doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje koji se plaća na stalnu novčanu pomoć i za lica smještena u ustanovama socijalne zaštite;
  - 8) doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje iz prihoda od samostalne estradne djelatnosti, izdavanja ploča, audio i video zapisa, i na ulaznice za organizaciju sportskih, estradnih i drugih kulturnih javnih priredaba;
  - 9) doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje za prihod fizičkih lica po osnovu ugovora o djelu, po osnovu autorskog ugovora, kao i po osnovu drugih ugovora kod kojih se za izvršeni posao ostvaruje ugovorena naknada;
  - 10) dodatnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu;
  - 11) doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje fizičkih lica koja sama plaćaju doprinos;
  - 12) naknada za zdravstvenu zaštitu članova porodice radnika zaposlenih u inostranstvu inostranih penzionera i članova njihovih porodica;
  - 13) sredstava budžeta općine, kantona i Federacije;
  - 14) sredstava participacije;
  - 15) prihoda od donacije, pomoći, taksi, kamata, dividendi i drugih prihoda.
- (2) Sredstva iz stava (1) ovog člana vode se i evidentiraju odvojeno.
- (3) Sredstva iz stava (1) ovog člana koriste se namjenski za finansiranje izdataka obaveznog zdravstvenog osiguranja i obuhvataju sljedeće:
- 1) zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući lijekove, pomagala, zubno-protetska sredstava i endoproteza, liječenje u inostranstvu u skladu sa odredbama ovog zakona i propisima donijetim na osnovu ovog zakona;
  - 2) naknade plaća za vrijeme privremene spriječenosti za rad u skladu sa ovim zakonom i propisima donijetim na osnovu ovog zakona;
  - 3) provedbu obaveznog zdravstvenog osiguranja;
  - 4) rad organa i tijela Zavoda, stručnih komisija Zavoda, te rad Središnje i kantonalnih službi Zavoda;
  - 5) ostale izdatke.

#### **Član 79.**

Za povredu na radu i oboljenja od profesionalne bolesti osiguranika pravno ili fizičko lice osigurava u cijelosti sredstva za ostvarivanje prava utvrđenim ovim zakonom.

#### **Član 80.**

- (1) Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se u Zavodu, u skladu sa namjenama.
- (2) Upravni odbor Zavoda, uz saglasnost federalnog ministra, sačinjava godišnji plan prihoda i rashoda za finansiranje potreba iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, polazeći od raspoloživih sredstava, utvrđenog standarda zdravstvene zaštite i programa mjera za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

- (3) Zavod je dužan poduzeti potrebne mjere, ukoliko raspoloživa sredstva nisu dovoljna za pokriće rashoda obaveznog zdravstvenog osiguranja u cilju osiguravanja dodatnih sredstava.

## **Osnovica i način obračunavanja doprinosa**

### **Član 81.**

Kod utvrđivanja osnovice, načina obračunavanja i uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje iz plaća radnika i s njima izjednačenih osiguranika, **primjenjuje se** Zakon o doprinosima.

### **Član 82.**

- (1) Izuzetno od člana 81. ovog zakona, stope i osnovice doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje, kao i način i rokovi obračunavanja i uplate doprinosa za kategorije osiguranika koje nisu regulirane Zakonom o doprinosima, utvrđuje se odlukom Parlamenta Federacije BiH na prijedlog Vlade Federacije BiH.
- (2) Usaglašen prijedlog za Vladu Federacije BiH iz stava (1) ovog člana pripremaju federalni ministar, federalni ministar rada i socijalne politike i federalni ministar finansija/federalni ministar financija.

## **Obveznici uplate doprinosa**

### **Član 83.**

- (1) Obveznici obračunavanja i uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje su:
- 1) privredna društva, druga pravna i fizička lica koja obavljaju privrednu i neprivrednu djelatnost - za radnike u radnom odnosu i sa njima izjednačene osiguranike; za lica koja su izabrana ili imenovana na stalne funkcije u određenim organima državne vlasti, odnosno jedinicama lokalne samouprave; za lica koja obavljaju rad po ugovoru prema Zakonu o radu; za lica koja su zaposlena u inostranstvu kod inostranog poslodavca, ako nisu obavezno osigurana kod inostranog nosioca socijalnog osiguranja; za lica koja nakon završenog obrazovanja obavljaju pripravnički staž zasnivanjem radnog odnosa; profesionalne vatrogasne jedinice za profesionalne vatrogasce; za lica upućena na rad ili stručno usavršavanje u inostranstvo za dodatni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu; za lica upućena na školovanje, stručno usavršavanje, postdiplomski i doktorski studij ili na praktičan rad; za lica na profesionalnim funkcijama u vjerskim i drugim registriranim udruženjima i fondacijama;
  - 2) Federalni zavod za penzijsko i invalidsko osiguranje - za korisnike penzija i korisnike drugih prava po osnovu penzijskog i invalidskog osiguranja;
  - 3) osiguranici - korisnici penzija koji pravo na penziju ostvaruju i od zavoda za penzijsko i invalidsko osiguranje na teritoriji Federacije, fondova penzijskog i invalidskog osiguranja Republike Srpske i Brčko Distrikta, kao i od inostranih nosilaca penzijskog i invalidskog osiguranja, ako ne ostvaruju najnižu penziju, obveznici su uplate razlike doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje između ostvarene penzije i najniže penzije utvrđene Zakonom o penzijskom i invalidskom osiguranju;



- 4) Federalni zavod za zapošljavanje - kantonalne službe za zapošljavanje - za lica koja su privremeno nezaposlena i kod kojih su ta lica prijavljena; za lica koja obavljaju pripravnički staž u svojstvu volontera;
- 5) kantonalni organ uprave za socijalnu zaštitu - za lica koja primaju stalnu novčanu pomoć; za lica smještena u ustanovama socijalne zaštite, za lica starija od 65 godina koja ne mogu biti osigurana po drugom osnovu; za lica žrtve nasilja u porodici i lica žrtve seksualnog nasilja, ako ne mogu biti osigurana po drugom osnovu; za predškolsku djecu koja ne mogu biti osigurana kao članovi porodice osiguranika; djeca koja postanu potpuno i trajno nesposobna za rad saglasno posebnim propisima, odnosno za vrijeme trajanja redovnog školovanja, a ne mogu biti osigurana kao članovi porodice; za ostala ugrožena lica koja ne mogu biti osigurana po drugom osnovu i lica iz člana 14. stav (1) tač. 20, 21, 22. i 24. i člana 18. ovog zakona. Izuzetno, kantonalni organ za socijalnu zaštitu u mjestu sjedišta ustanove za socijalnu zaštitu, obveznik je uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje za osigurana lica - štíćenike ovih ustanova i sa područja drugih kantona;
- 6) nadležni kantonalni organ za obrazovanje - za učenike i studente koji se nalaze na redovnom školovanju, ako ne mogu biti osigurani po drugom osnovu, kao i za učenike, odnosno studente koji vrše praktičan rad u vezi sa nastavom iz člana 14. stav (1) tač. 20. i 26. ovog zakona;
- 7) nadležni kantonalni organ uprave za raseljena lica, izbjeglice i povratnike, ako ne mogu biti osigurana po drugom osnovu, a imaju status raseljenog lica, izbjeglice odnosno povratnika;
- 8) privredna društva i druga pravna lica, odnosno nosioci investicija u okviru kojih se izvode radovi - za lica na javnim i drugim radovima na osnovu člana 21. tačka 1. ovog zakona;
- 9) nadležne federalne i kantonalne uprave za policiju, za pripadnike policije u Federaciji,
- 10) profesionalne vatrogasne jedinice za profesionalne vatrogasce;
- 11) lica zaposlena u inostranstvu - za članove svojih porodica čije je prebivalište na teritoriji kantona ako ne mogu biti osigurani po drugom osnovu;
- 12) za strane državljane i lica bez državljanstva koja se školuju ili stručno usavršavaju - davalac stipendije ako ugovorom o stipendiji nije predviđeno da sami plaćaju doprinos za osnovno zdravstveno osiguranje;
- 13) osiguranik - poljoprivrednik iz člana 14. stav (1) tač. 12. i 13. ovog zakona, obveznik je uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje za sebe i članove svog porodičnog poljoprivrednog gazdinstva;
- 14) osiguranik - koji se bavi šumarstvom kao jedinim ili glavnim zanimanjem, obveznik je uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje za sebe lično;
- 15) osiguranik - koji obavlja djelatnost obrta i sa obrtom izjednačenih djelatnosti, lica koja samostalno u obliku slobodnog zanimanja obavljaju profesionalnu ili drugu djelatnost kao osnovno zanimanje, trgovci čija je samostalna djelatnost upisana u registar kod nadležnog organa, obveznici su uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje za sebe i zaposlene radnike;
- 16) vjerska zajednica za zaposlenike koji profesionalno obavljaju funkciju i poslove u vjerskim zajednicama;

- 17) lica koja su osnivači, članovi, odnosno dioničari privrednih društava sa sjedištem na teritoriji Federacije i koji u njima nisu zasnovali radni odnos, ali obavljaju određene poslove, ako ne mogu biti osigurana po drugom osnovu;
  - 18) nadležna tijela vlasti koja organiziraju civilnu zaštitu radi zaštite i spašavanja ljudi, kao i udruženja dobrovoljnih vatrogasnih društava i vatrogasnih jedinica, a u smislu člana 21. stav 1. tač. (2) i (3).
- (2) Ostala lica sama uplaćuju doprinos za osnovno zdravstveno osiguranje, a u smislu odredbi ovog zakona.
  - (3) Izuzetno, ako odlukom nadležnog tijela vlasti u Federaciji obveznici uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje iz stava (1) ovog člana budu privremeno oslobođeni od plaćanja doprinosa ili im se odobri plaćanje doprinosa po smanjenoj stopi, nadležno tijelo vlasti dužno je osigurati vlastita sredstva, u visini iznosa privremenog oslobađanja od plaćanja doprinosa ili iznosa plaćanja doprinosa po smanjenoj stopi, a koja će biti doznačena Zavodu.

#### **Član 84.**

Kontrolu obračuna i uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje vrši Poreska uprava Federacije saglasno Zakonu o doprinosima i Zakonu o jedinstvenoj registraciji.

#### **Član 85.**

- (1) Ukoliko obveznik uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje koji je pravno lice, nije uplatio doprinos, osigurano lice ima sva prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa članom 11. stav 8. Zakona o doprinosima, osim pravo na naknadu plaće, pri čemu troškovi ostvarivanja ovih prava terete sredstva obveznika uplate doprinosa, sve dok ne izmiri sve dospjele, a nenaplaćene obaveze po osnovu doprinosa.
- (2) Poreska uprava Federacije utvrđuje kad su dospjela sredstva doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje uredno uplaćena.
- (3) Plaćanje troškova liječenja osiguranih lica na način predviđen u stavu (1) ovog člana, ne oslobađa obveznika uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje obaveze plaćanja dospjelog, a nenaplaćenog doprinosa.
- (4) Ukoliko osigurano lice, zbog neplaćenih doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje, nije koristilo pravo na zdravstvenu zaštitu, obveznik uplate doprinosa se ne oslobađa obaveze plaćanja dospjelog, a nenaplaćenog doprinosa za period u kojem su utvrđena dugovanja po ovom osnovu.
- (5) Zdravstvena ustanova fakturiše troškove liječenja osiguranog lica iz stava (1) ovog člana, a za koga obveznik uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje nije izvršio uplatu doprinosa, direktno obvezniku uplate doprinosa saglasno ovom zakonu, kao i Zakonu o obligacionim odnosima.
- (6) Ukoliko je obveznik uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje fizičko lice, koje je istovremeno i u svojstvu osiguranika saglasno ovom zakonu, ne može koristiti zdravstvenu zaštitu, u slučaju neplaćanja doprinosa, izuzev hitne medicinske pomoći.
- (7) Pravo korištenja zdravstvene zaštite za lica iz stava (6) ovog člana u cjelosti se uspostavlja podmirenjem svih dospjelih, a neuplaćenih sredstava po osnovu doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje.

#### **Član 86.**

- (1) Poreska uprava Federacije obavezna je na osnovu rješenja o prinudnoj naplati doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje, odnosno na osnovu izvršne sudske odluke, izvršiti naplatu iznosa neuplaćenog a dospelog doprinosa s kamatama, po postupku za prisilnu naplatu doprinosa i poreza građana.
- (2) Naplata doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje zastarijeva za pet godina ne računajući do kraja godinu u koju je dospjela obaveza plaćanja.

## **Sredstva budžeta**

### **Član 87.**

- (1) Sredstva iz budžeta općine iz člana 78. stav (1) tačka 13. ovog zakona odobrava općinsko vijeće i ista se koriste za unapređenje rada zdravstvenih ustanova i kvalitete zdravstvenih usluga na području općine, a u skladu sa potrebama stanovništva i mogućnostima jedinice lokalne samouprave saglasno Zakonu o principima lokalne samouprave u Federaciji Bosne i Hercegovine.
- (2) Sredstva iz budžeta kantona iz člana 78. stav (1) tačka 13. ovog zakona odobrava zakonodavno tijelo kantona na osnovu zahtjeva koji utvrđuje Upravni odbor Zavoda polazeći od plana potrebnih sredstava za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Sredstva iz stava (2) ovog člana osiguravaju se za:
  - a) pokriće povećanih troškova zdravstvene zaštite izazvanih većim odstupanjima u odnosu na planirana sredstva zdravstvenog osiguranja zbog određenih vanrednih ili drugih otežanih uvjeta provođenja zdravstvene zaštite,
  - b) pokriće troškova zdravstvene zaštite lica starijih od 65 godina, ako ne mogu biti osigurana po drugom osnovu,
  - c) pokriće troškova zdravstvene zaštite za žrtve nasilja u porodici i žrtve seksualnog nasilja, ako ne mogu biti osigurana po drugom osnovu,
  - d) pokriće troškova zdravstvene zaštite za djecu od rođenja, kao i za vrijeme redovnog školovanja u osnovnim, srednjim i visokim školama, koji su državljani Bosne i Hercegovine sa prebivalištem na teritoriji Federacije, ako ne mogu biti zdravstveno osigurani kao članovi porodice;
  - e) pokriće troškova zdravstvene zaštite za raseljena lica, izbjeglice i povratnike, ako ne mogu biti osigurana po drugom osnovu, a imaju priznat status raseljenog lica, izbjeglice odnosno povratnika,
  - f) pokriće troškova zdravstvene zaštite za lica koja su nesposobna za samostalan život ili rad ili nemaju dovoljno sredstava za izdržavanje saglasno Zakonu o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice s djecom,
  - g) pokriće troškova naknada plaća iz člana 36. stav (1) ovog zakona,
  - h) sredstva za razvoj naučnoistraživačke djelatnosti, statističkih istraživanja u oblasti zdravstva koja su od interesa za kanton i zdravstveno informacionog sistema u kantonu.
- (4) Sredstva iz Budžeta Federacije iz člana 78. stav (1) tačka 13. ovog zakona odobrava Parlament Federacije BiH i koriste se za preventivno-promotivne programe od interesa za Federaciju, te finansiranje ostalih poslova i zadataka iz oblasti zdravstvene zaštite koji su dodjeljeni Federaciji saglasno članu 11. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

## Participacija

### Član 88.

- (1) Parlament Federacije BiH može utvrditi iznos participacije koju plaća osigurano lice u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite, uzimajući u obzir socijalne i zdravstvene prilike osiguranih lica i njihov doprinos obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i iznos raspoloživih sredstava za finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Parlament Federacije BiH donosi odluku iz stava (1) ovog člana na prijedlog Vlade Federacije BiH.

## VII.- UGOVARANJA U OBAVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

### Član 89.

- (1) Zdravstvena zaštita iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pruža se u okviru utvrđenih standarda i normativa zdravstvene zaštite.
- (2) Standard zdravstvene zaštite čini obim i strukturu zdravstvenih usluga koje se, pod jednakim uvjetima, osiguravaju osiguranim licima u zadovoljavanju potreba u primarnoj, specijalističko-konsultativnoj i bolničkoj zdravstvenoj djelatnosti, i to na nivou primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite.
- (3) Normativ zdravstvene zaštite predstavlja utvrđene vrijednosti parametara za zadovoljenje utvrđenog standarda zdravstvene zaštite, i to: normativ medicinskog kadra, normativ vremena za pružanje standardnih zdravstvenih usluga, normativ prostora i normativ opreme, potrošnog materijala i ostalih materijala potrebnih za pružanje zdravstvene usluge.
- (4) Podzakonskim aktom koji donosi federalni ministar bliže će se urediti standardi i normativi iz st. (2) i (3) ovog člana.

### Član 90.

- (1) Nomenklaturu zdravstvenih usluga za zdravstvenu zaštitu utvrđenu članom 27. stav (1) tačka a) ovog zakona, a koja se finansira sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, utvrđuje podzakonskim aktom federalni ministar, na prijedlog Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.
- (2) Zavod utvrđuje cijene zdravstvenih usluga iz stava (1) ovog člana, a uz prethodnu saglasnost federalnog ministra.
- (3) Akt o cijenama zdravstvenih usluga iz stava (2) ovog člana objavljuje se u "Službenim novinama Federacije BiH".

## Lista čekanja zdravstvenih usluga

### Član 91.

- (1) Za određene vrste zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i koje nisu hitne, može se utvrditi redoslijed korištenja, u ovisnosti od medicinskih indikacija i zdravstvenog stanja osiguranog lica, kao i datuma javljanja zdravstvenoj ustanovi, s tim da vrijeme čekanja ne može biti takvo da ugrozi zdravlje ili život osiguranog lica (u daljnjem tekstu: lista čekanja).

- (2) Zavod donosi opći akt kojim utvrđuje vrste zdravstvenih usluga za koje se utvrđuje lista čekanja, kao i kriterije i standardizirane mjere za procjenu zdravstvenog stanja pacijenata i za stavljanje na listu čekanja, najduže vrijeme čekanja za zdravstvene usluge, neophodne podatke i metodologiju za formiranje liste čekanja, način informiranja pacijenta, liječnika koji je uputio pacijenta i Zavoda o bitnim podacima sa liste čekanja, sačinjavanju izmjena i dopuna liste čekanja, kao i brisanju osiguranih lica sa liste čekanja, nadzoru nad listom čekanja, kao i uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite mimo liste čekanja.
- (3) Akt iz stava (2) ovog člana Zavod donosi uz prethodnu saglasnost federalnog ministra.
- (4) Davalac zdravstvenih usluga sa kojim je Zavod zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja dužan je utvrditi listu čekanja u skladu sa st. (1) i (2) ovog člana i osiguranom licu pružiti zdravstvenu uslugu u skladu sa tom listom čekanja.

### **Član 92.**

- (1) Ako davalac zdravstvenih usluga sa kojim je Zavod zaključio ugovor utvrdi da zdravstvena usluga nije medicinski neophodna, odnosno opravdana za zdravstveno stanje osiguranog lica, dužan je o tome izdati pismeno obavještenje osiguranom licu, prije pružanja zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: prethodno obavještenje).
- (2) Prethodno obavještenje davalac zdravstvenih usluga mora dati i osiguranom licu kojeg stavlja na listu čekanja, u skladu sa članom 91. ovog zakona.
- (3) Prethodno obavještenje sadrži pismenu informaciju davaoca zdravstvenih usluga o razlozima zbog kojih zdravstvena usluga nije medicinski neophodna, odnosno opravdana za zdravstveno stanje osiguranog lica, kao i razlozima za stavljanje na listu čekanja i o utvrđenom redoslijedu na listi čekanja.
- (4) Ako se osiguranom licu i pored prethodnog obavještenja iz stava (1) ovog člana zdravstvena usluga pruži na lični zahtjev osiguranog lica, troškovi zdravstvene usluge padaju na teret osiguranog lica.

## **Ugovaranje zdravstvenih usluga**

### **Član 93.**

- (1) Zdravstvena zaštita iz člana 27. stav (1) tačka a) ovog zakona pruža se osiguranim licima kod davaoca zdravstvenih usluga, i to u zdravstvenim ustanovama i kod privatnih zdravstvenih radnika sa kojim je Zavod zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, a po prethodno obavljenoj verifikaciji zdravstvene ustanove za obavljanje predmetne zdravstvene djelatnosti od strane nadležnog ministra zdravstva.
- (2) Izuzetno od stava (1) ovog člana, osiguranim licima koji su u statusu štíćenika u ustanovama za socijalnu zaštitu, zdravstvena zaštita se pruža na području kantona gdje je sjedište ustanove za socijalnu zaštitu, a saglasno čl. 14. i 83. ovog zakona.

### **Član 94.**

- (1) Prije zaključivanja ugovora sa Zavodom, zdravstvene ustanove, odnosno privatni zdravstveni radnici dužne su pribaviti certifikat o sigurnosti i kvaliteti, u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta sigurnosti i akreditaciji u zdravstvu.

- (2) Zavod zadržava pravo da prije zaključivanja ugovora o pružanju zdravstvenih usluga sa davaocem zdravstvenih usluga izvrši kontrolu provođenja i izvršavanja ranije zaključenih ugovora sa tim davaocem zdravstvenih usluga.

#### **Član 95.**

- (1) Ugovaranje zdravstvenih usluga koje se financiraju obaveznim zdravstvenim osiguranjem obavlja se saglasno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, ovom zakonu kao i propisima donijetim na osnovu ovih zakona, Zakonu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, kao i Jedinствenoj metodologiji kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između Zavoda i zdravstvene ustanove, odnosno privatnog zdravstvenog radnika.
- (2) Jedinственu metodologiju kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između Zavoda i zdravstvene ustanove, odnosno privatnog zdravstvenog radnika iz stava (1) ovog člana, utvrđuje Zavod uz prethodnu saglasnost federalnog ministra.

#### **Član 96.**

- (1) Zavod zaključuje ugovor kojim se uređuju prava i obaveze ugovornih strana u vezi sa obavljanjem zdravstvenih usluga, odnosno programa zdravstvene zaštite.
- (2) Osnov za zaključivanje ugovora iz stava (1) ovog člana čine:
- a) godišnji plan zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za teritoriju Zavoda koji donosi Upravni odbor Zavoda;
  - b) utvrđeni standardi i normativi zdravstvene zaštite, kao i zdravstveni kapaciteti potrebni za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu osiguranih lica;
  - c) jedinственa metodologija iz člana 95. ovog zakona;
  - d) akt o cijenama zdravstvenih usluga;
  - e) finansijski plan Zavoda.
- (3) Ugovorom iz stava (1) ovog člana bliže se utvrđuju:
- a) vrsta zdravstvene djelatnosti,
  - b) obim zdravstvene djelatnosti,
  - c) početak obavljanja zdravstvene djelatnosti,
  - d) rok obavljanja zdravstvene djelatnosti, odnosno važenja ugovora,
  - e) način obavljanja zdravstvene djelatnosti,
  - f) način stimulativnog finansiranja sigurnosti i kvaliteta zdravstvenih usluga, kao i stimulativnog finansiranja akreditiranih zdravstvenih ustanova i akreditiranih privatnih praksi, saglasno Zakonu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu,
  - g) obavljanje kontrole zaključenog ugovora sa stručnog, pravnog i ekonomskog aspekta,
  - h) ostala prava i obaveze.
- (4) Ugovor iz stava (3) ovog člana, u pravilu se zaključuje za jednu kalendarsku godinu.
- (5) Izuzetno, važenje ugovora iz stava (3) ovog člana može se produžiti za vrijeme utvrđeno ugovorom, a ukoliko se do kraja kalendarske godine ne zaključi ugovor za narednu godinu, pa se do njegovog zaključivanja primjenjuje ranije zaključen ugovor, ako nije u suprotnosti sa Jedinственom metodologijom iz stava (1) ovog člana.

### **Član 97.**

Ugovorom iz člana 96. ovog zakona mogu se utvrditi sljedeći načini plaćanja zdravstvenih usluga:

- a) plaćanje po jednom opredijeljenom osiguranom licu (u daljnjem tekstu: kapitacija);
- b) plaćanje po slučaju, odnosno po epizodi bolesti ili povrede;
- c) plaćanje po terapijskom postupku i prema dijagnostičkim grupama;
- d) plaćanje po cijenama pojedinačnih zdravstvenih usluga;
- e) otkupom programa rada davalaca zdravstvenih usluga;
- f) drugi način utvrđen ugovorom.

### **Član 98.**

Zdravstvenim ustanovama sa kojima Zavod nije zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, mogu se na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja isplatiti samo troškovi medicinske pomoći pružene osiguranim licima u hitnim slučajevima i drugi troškovi u vezi sa pružanjem te pomoći, po cijenama utvrđenim u aktu o cijenama zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

## **Kontrola provođenja zaključenih ugovora**

### **Član 99.**

- (1) Zavod je dužan da organizira i provodi kontrolu izvršavanja zaključenih ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga.
- (2) Za kontrolu izvršavanja zaključenih ugovora, u pojedinim dijelovima ili u cijelosti, Zavod može angažirati zavode za javno zdravstvo u Federaciji, Agenciju za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine, saglasno njihovim nadležnostima utvrđenim posebnim zakonima, odnosno druga ovlaštena pravna ili fizička lica, ako je to racionalnije i efikasnije za kontrolu izvršenja pojedinih segmenata ugovora.
- (3) Službeno lice Zavoda iz stava (1) ovog člana (u daljnjem tekstu: kontrolor osiguranja) vrši kontrolu pravilnosti izvršavanja zaključenih ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, kao i zakonitog i namjenskog korištenja finansijskih sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja prenijetih davaocima zdravstvenih usluga za ostvarivanje zakonom utvrđenih prava osiguranih lica.
- (4) Za kontrolu podataka koji se odnose na zdravstveno stanje osiguranih lica, koji se vode u medicinskoj dokumentaciji osiguranog lica, u skladu sa zakonom, kontrolor osiguranja je ovlašten doktor medicine, doktor stomatologije, odnosno magistar farmacije.
- (5) Zavod općim aktom bliže uređuje način i postupak obavljanja poslova iz st. (1), (2) i (3) ovog člana, a uz prethodnu saglasnost federalnog ministra.
- (6) Opći akt iz stava (5) ovog člana objavljuje se u "Službenim novinama Federacije BiH".

### **Član 100.**

- (1) U postupku vršenja kontrole kontrolor osiguranja mora imati i dati na uvid službenu legitimaciju.
- (2) Službenu legitimaciju iz stava (1) ovog člana izdaje direktor Zavoda.
- (3) Obrazac službene legitimacije, njen izgled i sadržaj propisuje direktor Zavoda, uz prethodnu saglasnost federalnog ministra.

### **Član 101.**

- (1) U vršenju poslova kontrolor osiguranja ovlašten je da ostvari neposredan uvid u tražene podatke i u službenu i finansijsku dokumentaciju davaoca zdravstvenih usluga, kao i uvid u određenu medicinsku dokumentaciju značajnu za ostvarivanje prava osiguranih lica iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Kontrolor osiguranja o utvrđenom činjeničnom stanju u postupku kontrole sastavlja zapisnik koji dostavlja davaocu zdravstvenih usluga.
- (3) Kontrolor osiguranja ostavit će davaocu zdravstvenih usluga rok od 15 dana od dana dostavljanja zapisnika za otklanjanje utvrđenih nepravilnosti u radu i provođenju zaključenog ugovora sa nadležnim zavodom osiguranja.
- (4) Ako davalac zdravstvenih usluga u roku iz stava (3) ovog člana ne otkloni utvrđene nepravilnosti u radu i provođenju zaključenog ugovora, kontrolor osiguranja može predložiti mjere u skladu sa ovim zakonom.

### **Član 102.**

- (1) U vršenju kontrole kontrolor osiguranja može da:
  - a) naloži da se utvrđene nepravilnosti i nedostaci, odnosno provođenje radnji koje su u suprotnosti sa zakonom i zaključenim ugovorom sa davaocem zdravstvenih usluga, otklone u određenom roku;
  - b) predloži da se privremeno obustavi doznačavanje finansijskih sredstava dok davalac zdravstvenih usluga ne otkloni utvrđene nepravilnosti u izvršenju zaključenog ugovora;
  - c) predloži da se raskine ugovor sa izabranim liječnikom ili izabranim liječničkim timom;
  - d) predloži da se umanja iznos sredstava davaocu zdravstvenih usluga za dio obaveza preuzetih zaključenim ugovorom koje davalac zdravstvenih usluga nije izvršio;
  - e) predloži da se raskine dio ugovora ili ugovor u cjelini sa davaocem zdravstvenih usluga;
  - f) preduzme druge mjere u skladu sa zakonom i zaključenim ugovorom.
- (2) O predloženim mjerama iz stava (1) ovog člana odluku donosi direktor nadležnog zavoda osiguranja, koji o tome obavještava nadležnog ministra zdravstva.

### **Član 103.**

Rješavanja sporova između Zavoda i davalaca zdravstvenih usluga, a u vezi sa zaključivanjem, izmjenom i provođenjem ugovora o pružanju zdravstvene zaštite, obavlja se u skladu sa zaključenim ugovorom, odnosno u sudskom postupku pred mjesno nadležnim sudom.

## **VIII.- ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U VEZI POVREDE NA RADU I OBOLJENJA OD PROFESIONALNE BOLESTI**

### **Član 104.**

- (1) Prava na zdravstvenu zaštitu zbog povrede na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti ostvaruju lica koja su u radnom odnosu kod domaćeg ili stranog poslodavca sa sjedištem na teritoriji Federacije, a na teret sredstava poslodavca.



- (2) Poslodavac iz stava (1) ovog člana dužan je reosigurati se radi rizika iz stava (1) ovog člana.
- (3) Poslodavac iz stava (1) ovog člana obavezan je, za svaki slučaj povrede na radu i oboljenja od profesionalne bolesti radnika, dostaviti Zavodu prijavu, u roku od tri dana od dana povrede, odnosno utvrđivanja oboljenja od profesionalne bolesti.
- (4) Izuzetno od stava (2) ovog člana, prava na zdravstvenu zaštitu zbog povrede na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti koja ostvaruju lica u radnom odnosu kod domaćeg ili stranog poslodavca sa sjedištem na teritoriji Federacije, mogu se osigurati pristupanjem poslodavca u fond za zaštitu zdravlja radnika.
- (5) Fond iz stava (4) ovog člana može se formirati u okviru Zavoda.
- (6) Pristup poslodavaca fondu za zaštitu zdravlja radnika je dobrovoljan.
- (7) Odlukom Vlade Federacije BiH, na prethodno usaglašen prijedlog federalnog ministra i federalnog ministra finansija kao i uz pribavljeno mišljenje Ekonomsko-socijalnog vijeća Vlade Federacije BiH, određuje se obim i vrsta, kao i ugovaranje specifične zdravstvene zaštite koja se ostvaruje iz fonda za zaštitu zdravlja radnika; uvjetima i načinu pristupanja fondu za zaštitu zdravlja radnika; vrsti rizika koji se pokrivaju sredstvima ovog fonda; visini premije i načinu njenog izračuna spram uvjeta radnog mjesta koje radnik obavlja; način izračuna najveće moguće štete koja se može isplatiti; načinu upravljanja sredstvima ovog fonda; sredstva potrebna za rad stručne službe zavoda zdravstvenog osiguranja u dijelu obavljanja operativnih poslova i zadataka ovog fonda, te druga pitanja od značaja za poslovanje fonda za zaštitu radnika.
- (8) Sredstva fonda za zaštitu zdravlja radnika vode se i evidentiraju odvojeno od sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, na posebnom računu zavoda zdravstvenog osiguranja.

#### **Član 105.**

Kod povreda na radu, ili oboljenja od profesionalne bolesti, osiguranicima se obavezno osigurava, pored zdravstvene zaštite iz člana 29. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, i:

- a) zdravstvena zaštita potrebna radi dijagnostike, liječenja i rehabilitacije povreda na radu i oboljenja od profesionalne bolesti;
- b) odgovarajuća medicinska pomoć i pravo na ortopedsku pomagala radi liječenja i medicinske rehabilitacije od posljedica povreda na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti radi uspostavljanja radne sposobnosti;
- c) naknada plaće za vrijeme trajanja privremene spriječenosti za rad prouzrokovanog povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti.

#### **Član 106.**

- (1) Pravo na zdravstvenu zaštitu zbog povreda na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti imaju:
  - 1) učenici i studenti koji učestvuju na praktičnoj nastavi, praktičnom radu i na stručnim putovanjima;
  - 2) lica koja su nakon završenog školovanja na praktičnom radu bez obzira da li primaju zaradu, odnosno ugovorenu naknadu;
  - 3) lica koja u skladu sa zakonom obavljaju privremene i povremene poslove preko omladinskih, odnosno studentskih zadruga do navršanih 27 godina života, ako su na redovnom školovanju;

- 4) lica koja se nalaze na dodatnom obrazovanju i obuci po uputi nadležnog zavoda za zapošljavanje;
  - 5) lica koja učestvuju u organiziranim javnim radovima od općeg značaja;
  - 6) lica koja učestvuju u civilnoj zaštiti radi zaštite i spašavanja ljudi, biljnog i životinjskog svijeta, materijalnih, kulturnih, istorijskih i drugih dobara i okoliša od prirodnih nesreća, tehničko-tehnoloških, ekoloških i drugih nesreća ili ratnih opasnosti, saglasno Zakonu o zaštiti i spašavanju ljudi i materijalnih dobara od prirodnih i drugih nesreća;
  - 7) lica kao članovi dobrovoljnih vatrogasnih društava i vatrogasnih jedinica u pravnim licima, koja vrše dužnosti po Zakonu o zaštiti od požara i vatrogastvu;
  - 8) djeca i mladi sa smetnjama u tjelesnom i duševnom razvoju na praktičnoj nastavi ili na obaveznom praktičnom radu kod pravnog lica za osposobljavanje;
  - 9) lica koja pomažu policijskim službama u obavljanju poslova iz njihove nadležnosti;
  - 10) lica koja na poziv državnih i drugih ovlašćenih organa obavljaju dužnosti;
  - 11) sportisti, treneri ili organizatori u sklopu organizirane sportske djelatnosti, odnosno lica koja učestvuju u sportskim akcijama;
  - 12) lica koja kao članovi gorske službe spašavanja, pripadnici dobrovoljnih vatrogasnih društava i vatrogasnih jedinica u pravnim licima, dobrovoljni pripadnici civilne zaštite ili ronionci koji obavljaju zadatke spasavanja života ili otklanjanja, odnosno sprečavanja opasnosti koje neposredno ugrožavaju život ili imovinu građana.
- (2) Pod povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti, u smislu ovog zakona, smatra se povreda, odnosno oboljenje saglasno Zakonu o penzijskom i invalidskom osiguranju.
  - (3) Povreda na radu u smislu ovog zakona podrazumjeva povredu koja je nastala u prostoru poslodavca.

## **IX. - INSTITUCIJA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

### **Član 107.**

- (1) Za obavljanje poslova obaveznog zdravstvenog osiguranja osniva se Zavod.
- (2) Zavod je pravno lice s pravima i obavezama, te odgovornošću, utvrđenim ovim zakonom i statutom Zavoda koji obavlja poslove obaveznog zdravstvenog osiguranja na cijeloj teritoriji Federacije.
- (3) Obavljanje pravnih, ekonomskih, administrativnih i drugih poslova Zavoda organizira se u Središnjoj administrativnoj službi Zavoda (u daljnjem tekstu: Središnja služba) i kantonalnim službama Zavoda (u daljnjem tekstu: kantonalna služba).
- (4) U Zavodu se formiraju posebni fondovi za:
  - a) obavezno zdravstveno osiguranje;
  - b) dopunsko zdravstveno osiguranje saglasno posebnom zakonu;
  - c) dobrovoljno zdravstveno osiguranje saglasno posebnom zakonu;
  - d) fond za zaštitu zdravlja radnika.
- (5) Zavod upravlja sredstvima fondova iz stava (4) ovog člana i vodi ih i evidentira knjigovodstveno i materijalno odvojeno.

### **Član 108.**

- (1) Statutom Zavoda utvrđuje se: organizacija Zavoda; prava, obaveze i odgovornosti organa upravljanja i rukovođenja; javnost rada; način obavljanja stručno-administrativnih, pravnih i njima sličnih poslova Zavoda; unutrašnja organizacija i djelokrug rada Središnje službe i kantonalnih službi; sjedište kantonalnih službi; način finansiranja Središnje službe i kantonalnih službi, kao i druga pitanja propisana zakonom od značaja za rad Zavoda.
- (2) Statut Zavoda donosi Upravni odbor Zavoda uz saglasnost Parlamenta Federacije BiH.

### **Član 109.**

- (1) Radi obavljanja stručnih, administrativnih i drugih poslova Zavoda osniva se Središnja služba i kantonalne službe.
- (2) Službe iz stava (1) ovog člana organiziraju se tako da se osigura nesmetano, racionalno i uspješno obavljanje djelatnosti Zavoda na cijelom teritoriju Federacije.
- (3) Unutrašnja organizacija službi iz stava (1) ovog člana utvrđuje se pravilnikom kojeg donosi direktor Zavoda, uz saglasnost Vlade Federacije BiH.
- (4) Na unutrašnju organizaciju i sistematizaciju stručne službe ne primjenjuje se Zakon o organizaciji organa uprave u Federaciji Bosne i Hercegovine.
- (5) Sredstva potrebna za finansiranje službi iz stava (1) ovog člana izdvajaju se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja čiju visinu utvrđuje Vlada Federacije BiH na prijedlog federalnog ministra, i to srazmjerno vrsti i obimu poslova, te kadrovskoj strukturi i broju uposlenih radnika Središnje službe i kantonalnih službi Zavoda potrebnih za kvalitetno i blagovremeno obavljanje planiranih poslova, broju članova upravnog odbora, kao i komisija formiranih unutar Zavoda.
- (6) Pravilnikom o plaćama i drugim naknadama koje nemaju karakter plaće bliže se utvrđuje način obračuna plaća i drugih naknada zaposlenim u stručnim službama Zavoda.

### **Član 110.**

Zavod obavlja sljedeće poslove i zadatke:

- a) prati politiku provođenja i unaprjeđivanja obaveznog zdravstvenog osiguranja i koordinira rad kantonalnih službi Zavoda u tom domenu, te poduzima mjere radi unaprjeđenja stanja u ovoj oblasti,
- b) obavlja poslove izrade projekcije sredstava neophodnih za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- c) centralizirano prikuplja doprinose za osnovno zdravstveno osiguranje, te druga sredstva iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, obavlja poslove u vezi sa izradom nomenklature zdravstvenih usluga, osnova za utvrđivanje cijena i cjenovnika zdravstvenih usluga iz osnova obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- d) obavlja poslove u vezi sa zaključivanjem ugovora, praćenjem provođenja, plaćanjem i kontrolom izvršenih zdravstvenih usluga u skladu sa ovim zakonom, a koji se finansiraju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- e) obavlja poslove u vezi sa izradom obračuna ukupnih sredstava ostvarenih i utrošenih u zdravstvu, sa izvještajem,
- f) obavlja poslove u vezi sa izradom obračuna sredstava federalnog fonda solidarnosti, po namjenama, sa izvještajem,

- g) obavlja poslove u vezi sa izradom Nacionalnih zdravstvenih računa (NHA) Federacije BiH i NHA BiH prema zahtjevima Svjetske zdravstvene organizacije i EUROSTAT-a,
- h) obavlja poslove centraliziranih nabavki iz svoje nadležnosti u skladu sa zakonom i podzakonskim aktima,
- i) obavlja poslove vođenja evidencija u oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja, a po potrebi uvodi dodatna statistička istaživanja od interesa za obavezno zdravstveno osiguranje,
- j) osigurava vođenje jedinstvenog informacionog sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- k) osigurava preuzimanje podataka iz Baze podataka Jedinstvenog sistema doprinosa uspostavljenoj u Poreskoj upravi Federacije i distribuira ih kantonalnim službama,
- l) vrši poslove izrade izvještaja o provođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Federacije,
- m) obavlja poslove izrade međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje i provodi ih,
- n) koordinira rad kantonalnih službi u provođenju ugovora iz tačke m) ovog člana i neposredno učestvuje u međunarodnim dogovorima vezanim za ovu oblast,
- o) obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite u inostranstvu za koje je ovlašćen ovim zakonom i propisima donijetim na osnovu ovog zakona,
- p) vrši poslove u vezi s izradom standarda i normativa obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- q) način valorizacije osnovice za naknadu plaća za vrijeme privremene sprječenosti za rad u skladu sa ovim zakonom i propisima donijetim na osnovu ovog zakona,
- r) vrši obračun dugovanja i potraživanja troškova zdravstvenog osiguranja i druge poslove,
- s) obavlja poslove izrade podzakonskih akata u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- t) obavlja i druge poslove utvrđene zakonom i propisima donijetim na osnovu zakona.

### **Član 111.**

- (1) Zavod obavlja poslove izrade obračuna ukupnih sredstva ostvarenih i utrošenih u zdravstvu Federacije (u daljnjem tekstu: obračun sredstava u zdravstvu).
- (2) Obračun sredstava u zdravstvu obuhvata obradu prikupljenih podataka o:
  - a) stanovništvu (demografska struktura),
  - b) zaposlenim, nezaposlenim, korisnicima penzije, korisnicima prava po osnovu socijalne zaštite i sl.,
  - c) iznosima plaća, penzija i drugih ličnih primanja,
  - d) osiguranicima, licima koja od ovih izvode pravo na zdravstvenu zaštitu, neosiguranim licima,
  - e) приходима (po izvorima) i rashodima (po namjenama) Zavoda, te institucija dobrovoljnog (privatnog) zdravstvenog osiguranja,
  - f) приходима (po izvorima) i rashodima (po namjenama) zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika u privatnoj praksi,
  - g) zaposlenosti po stepenu obrazovanja i zanimanja u Zavodu, zdravstvenim ustanovama i u privatnoj praksi,

- h) kapacitetima i iskorištenosti kapaciteta u zdravstvenim ustanovama i u privatnoj praksi.
- (3) Podaci iz stava (2) ovog člana sistematiziraju se i obrađuju na nivou općina i kantona te se objedinjavaju za Federaciju kao cjelinu.
- (4) Izvori podataka za obračun sredstava u zdravstvu su zvanični izvještaji o poslovanju, odnosno završni računi Zavoda, zdravstvenih ustanova, izvještaji iz privatne prakse, te na zakonom propisani način objavljeni podaci Zavoda za statistiku Federacije Bosne i Hercegovine, Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, odnosno zavoda za javno zdravstvo kantona i drugih institucija u sistemu zdravstava Federacije.
- (5) Podzakonski akt o obračunu sredstava u zdravstvu koji donosi federalni ministar bliže će se urediti obaveze učesnika u postupku i rokovi za obradu i analizu podataka, vrsta i sadržaj izvještaja o rezultatima obračuna sredstava u zdravstvu, način njegovog objavljivanja i druga pitanja od značaja za obračun sredstava u zdravstvu.

### **Član 112.**

- (1) U Središnjoj službi obavljaju se sljedeći poslovi i zadaci:
  - a) koordinacija i praćenje primjene zakona, podzakonskih akata, općih akata i međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju,
  - b) izrada prijedloga Statuta i općih akata;
  - c) izrada podzakonskih i drugih akata iz oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja čije je donošenje u nadležnosti Vlade Federacije BiH ili federalnog ministra,
  - d) prikupljanje i raspoređivanje sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja,
  - e) rješavanje u drugom stepenu pitanja u vezi sa pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,
  - f) rješavanje u drugom stepenu pitanja u vezi sa pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja primjenom međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju,
  - g) vođenje jedinstvenog informacionog sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, te osiguravanje preuzimanja podataka iz Baze podataka Jedinstvenog sistema doprinosa uspostavljene u Poreskoj upravi Federacije i distribuiranje istih kantonalnim službama,
  - h) obavljanje centraliziranih javnih nabavki,
  - i) obavljanje izrade i zaključivanja ugovora sa univerzitetsko-kliničkim bolnicama i federalnim zavodima, praćenje provođenja, plaćanje i kontrola izvršenih zdravstvenih usluga u skladu sa ovim zakonom,
  - j) izrada obračuna ukupnih sredstava u zdravstvu, kao i izvještaja iz oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom i propisima donijetim na osnovu ovog zakona,
  - k) obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite u inostranstvu,
  - l) obavlja i druge poslove u skladu sa ovim zakonom, propisima donijetim na osnovu ovog zakona, Statutom i općim aktima Zavoda.
- (2) Sjedište Središnje službe je u sjedištu Zavoda u Sarajevu.

### **Član 113.**

U kantonalnoj službi obavljaju se sljedeći poslovi i zadaci:

- a) obavljaju poslove u vezi s ostvarivanjem prava osiguranih lica, brinu se o zakonitom i blagovremenom ostvarivanju tih prava, te im pružaju stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštite njihovih interesa, u prvom stepenu,
- b) obavljaju poslove ugovaranja sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima za područje kantonalne službe,
- c) učestvuju u izradi i provode međunarodne ugovore o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje,
- d) učestvuju u obračunu dugovanja i potraživanja troškova zdravstvenog osiguranja i drugih poslova u skladu sa ovim ugovorima saglasno smjernicama i uputama Zavoda, a za područje kantonalne službe,
- e) učestvuju u izradi podzakonskih i općih akata u vezi ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- f) obavljaju operativne poslove za fond za zaštitu zdravlja radnika saglasno ovom zakonu, **ukoliko isti** bude formiran unutar Zavoda saglasno ovom zakonu, propisima donijetim na osnovu ovog zakona, te općim aktima Zavoda,
- g) obavljaju operativne poslove za fondove za dopunsko i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ukoliko isti budu formirani unutar Zavoda saglasno posebnim zakonima,
- h) rješavaju prigovore osiguranika u vezi sa odlučivanjem o privremenoj spriječenosti za rad, u okviru Prvostepene liječničke komisije;
- i) obavljaju i druge poslove u skladu sa ovim zakonom, propisima donijetim na osnovu ovog zakona, te Statutom Zavoda.

#### **Član 114.**

- (1) Zavodom upravlja upravni odbor.
- (2) Upravni odbor Zavoda ima jedanaest (11) članova koje imenuje Vlada Federacije BiH na prijedlog federalnog ministra, i to:
  - a) po jedan član iz svakog kantona, kojeg predlažu vlade kantona
  - b) jedan član kojeg predlaže Vlada Federacije BiH.
- (3) Bliže kriterije za imenovanje upravnog odbora iz stava (2) ovog člana utvrđuje Vlada Federacije BiH, na prijedlog federalnog ministra.
- (4) Predsjednika i članove upravnog odbora imenuje i razrješava Vlada Federacije BiH, na prijedlog federalnog ministra.
- (5) Predsjednik i članovi upravnog odbora iz stava (2) ovog člana imenuju se u proceduri saglasno Zakonu o ministarskim, vladinim i drugim imenovanjima u Federaciji Bosne i Hercegovine.
- (6) Mandat predsjednika i članova upravnog odbora traje četiri (4) godine, sa mogućnošću reizbora za još jedan mandatni period.
- (7) Predsjednik i članovi upravnog odbora iz stava (2) ovog člana mogu biti razriješeni i prije isteka mandata za koji su izabrani ako:
  - a) to lično zahtijeva predsjednik, odnosno član upravnog odbora,
  - b) ne izvršava obaveze kao predsjednik, odnosno član upravnog odbora,
  - c) u radu Zavoda nastane neopravdani gubitak za koji je odgovoran i predsjednik, odnosno član upravnog odbora,
  - d) u svom radu krši propise i opće akte Zavoda.
- (8) Vlada Federacije BiH dužna je, prije donošenja odluke o razriješenju predsjednika, odnosno članova upravnog odbora, obavijestiti predsjednike, odnosno članove

upravnog odbora o razlozima za razriješenje i dati im mogućnost da se o njima pismeno izjasne, i to u roku od 15 dana od dana prijema obavijesti.

- (9) Nakon razmatranja pismenog **izjašnjenja** predsjednika, odnosno člana upravnog odbora iz stava (8) ovog člana, ako postoje opravdani razlozi, Vlada Federacije BiH, na prijedlog federalnog ministra, može donijeti odluku o razriješenju predsjednika, odnosno člana upravnog odbora iz stava (1) ovog člana i prije isteka mandata na koji je izabran.
- (10) Djelokrug, ovlaštenja i odgovornost upravnog odbora utvrđuju se Statutom Zavoda.

### **Član 115.**

(1) Upravni odbor Zavoda:

- a) utvrđuje program djelatosti Zavoda i daje smjernice za funkcioniranje Središnje službe i kantonalnih službi Zavoda,
- b) donosi statut Zavoda, uz saglasnost Parlamenta Federacije BiH i druge opće akte koji proističu iz zakona, kao i statuta,
- c) donosi finansijski plan i usvaja završni račun Zavoda,
- d) razmatra probleme u vezi sa osiguranjem sredstava za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Federacije i predlaže odgovarajuće mjere za unaprijeđenja stanja u oblasti,
- e) donosi projekciju sredstava neophodnih za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- f) utvrđuje prijedlog cijena zdravstvenih usluga, uz prethodnu saglasnost federalnog ministra, saglasno ovom zakonu,
- g) usvaja obračune ukupnih sredstava u zdravstvu iz člana 111. ovog zakona i dostavlja ih Parlamentu Federacije BiH na razmatranje i usvajanje,
- h) priprema prijedloge odluka i podzakonskih akata koji se odnose na poslovanje Zavoda, a koje donosi Vlada Federacije BiH ili federalni ministar,
- i) utvrđuje kriterije za raspored sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja po kantonalnim službama, i raspoređuje ova sredstva prema kantonalnim službama,
- j) prati izvršenje prihoda i rashoda Zavoda i o tome dostavlja izvještaje kantonalnim ministarstvima zdravstva i Federalnom ministarstvu zdravstva, svakih šest mjeseci,
- k) donosi plan javnih nabavki Zavoda, te usvaja izvještaj o realiziranom planu javnih nabavki u kalendarskoj godini, odluku o raspisivanju tendera za nabavku potrošnog materijala i lijekova i imenuje komisiju za provođenje tendera i izbor najpovoljnijeg ponuđača,
- l) utvrđuje ugovore koje Zavod zaključuje sa zdravstvenim ustanovama za pružanje zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- m) prati izvršenje zaključenih ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim praksama na području Središnje službe i kantonalnih službi,
- n) razmatra izvještaj o provođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Federacije i izvještaj o radu Središnje službe i kantonalnih službi,
- o) razmatra izvještaj o provođenju međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje,
- p) razmatra **izvještaj** o ostvarivanju zdravstvene zaštite u inostranstvu,

- q) priprema prijedloge podzakonskih akata iz oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja koje u skladu sa ovim zakonom donosi Vlada Federacije BiH ili federalni ministar,
  - r) učestvuje u pripremi za zaključivanje međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje,
  - s) vrši i druge poslove za koje je ovlašten zakonom, podzakonskim, općim i drugim aktima.
- (2) Upravni odbor može obrazovati odbore i komisije za izvršavanje određenih zadataka.

#### **Član 116.**

- (1) Upravni odbor Zavoda u uskoj saradnji sa Središnjom službom i uz konsultacije sa kantonalnim službama može donijeti odluku o udruživanju dvije ili više kantonalnih službi u jednu službu.
- (2) Uvjeti za udruživanje dvije ili više kantonalnih službi u jednu službu propisuju se Statutom, a zasnivat će se na principima smanjenja broja zaposlenika i povećanja efikasnosti u obavljanju administrativnih poslova.

#### **Član 117.**

- (1) Organ kontrole Zavoda je nadzorni odbor.
- (2) Nadzorni odbor se sastoji od predsjedavajućeg i četiri člana.
- (3) Bliže kriterije za imenovanje nadzornog odbora iz stava (2) ovog člana utvrđuje Vlada Federacije BiH, na prijedlog federalnog ministra.
- (4) Predsjedavajućeg i članove nadzornog odbora imenuje Vlada Federacije BiH, na prijedlog federalnog ministra.
- (5) Za predsjedavajućeg i članove nadzornog odbora imenuju se osobe koje imaju univerzitetsku diplomu i značajno radno iskustvo u oblasti javnih finansija, naročito u oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (6) Predsjedavajući i članovi nadzornog odbora iz stava (2) ovog člana imenuju se u proceduri saglasno Zakonu o ministarskim, vladinim i drugim imenovanjima u Federaciji Bosne i Hercegovine.
- (7) Mandat predsjedavajućeg i članova nadzornog odbora traje četiri (4) godine, sa mogućnošću reizbora za još jedan mandatni period.
- (8) Predsjedavajući i članovi nadzornog odbora iz stava (2) ovog člana mogu biti razrješeni i prije isteka mandata za koji su izabrani ako:
  - a) to lično zahtijeva predsjedavajući, odnosno član nadzornog odbora,
  - b) ne izvršava obaveze kao predsjedavajući, odnosno član nadzornog odbora,
  - c) u svom radu krši propise i opće akte Zavoda.
- (9) Vlada Federacije BiH dužna je prije donošenja odluke o razrješenju predsjedavajućeg, odnosno članova nadzornog odbora, obavijestiti predsjedavajuće, odnosno članove nadzornog odbora o razlozima za razrješenje i dati im mogućnost da se o njima pismeno izjasne, i to u roku od 15 dana od dana prijema obavijesti.
- (10) Nakon razmatranja pismenog izjašnjenja predsjedavajućeg, odnosno člana nadzornog odbora iz stava (9) ovog člana, ako postoje opravdani razlozi, Vlada Federacije BiH, na prijedlog federalnog ministra, može donijeti rješenje o razrješenju predsjedavajućeg, odnosno člana nadzornog odbora iz stava (1) ovog člana i prije isteka mandata na koji je izabran.



- (11) Djelokrug, ovlaštenja i odgovornost nadzornog odbora utvrđuju se Statutom **Zavoda**.

#### **Član 118.**

- (1) Nadzorni odbor obavlja sljedeće poslove i zadatke:
- analizira izvještaj o poslovanju Zavoda,
  - u obavljanju nadzora nad upotrebom sredstava za rad pregleda godišnji izvještaj o poslovanju i godišnji obračun,
  - pregleda i provjerava urednost i zakonitost vođenja poslovnih knjiga.
- (2) Nadzorni odbor sačinjava godišnji izvještaj o poslovanju Zavoda na osnovu obavljenih aktivnosti iz stava (1) ovog člana, te razmatra izvještaj o radu direktora i upravnog odbora Zavoda.
- (3) Izvještaj iz stava (2) ovog člana nadzorni odbor dostavlja Parlamentu Federacije BiH i upravnom odboru Zavoda.

#### **Član 119.**

- Zavodom rukovodi** direktor.
- Direktor **Zavoda** ima zamjenika.
- Direktor i zamjenik direktora **Zavoda** ne mogu biti iz istog konstitutivnog naroda u Federaciji.
- Bliže kriterije za imenovanje direktora i zamjenika direktora iz st. (1) i (2) ovog člana utvrđuje Vlada Federacije BiH, na prijedlog federalnog ministra.
- Direktora i zamjenika direktora Zavoda imenuje i razrješava Vlada Federacije BiH na prijedlog federalnog ministra.
- Direktor i zamjenik direktora Zavoda imenuju se u proceduri saglasno Zakonu o ministarskim, vladinim i drugim imenovanjima u Federaciji Bosne i Hercegovine.
- Mandat direktora i zamjenik direktora Zavoda traje četiri (4) godine, sa mogućnošću reizbora za još jedan mandatni period.
- Direktor i zamjenik direktora Zavoda mogu biti razrješeni i prije isteka mandata za koji su izabrani ako:
  - to lično zahtijevaju,
  - nastane neki od razloga koji po posebnim propisima ili po Zakonu o radu dovode do prestanka ugovora o radu,
  - ako u obavljanju djelatnosti Zavoda nastane neopravdani gubitak,
  - u svom radu krši propise i opće akte Zavoda ili neopravdano ne izvršava odluke upravnog odbora ili postupa u suprotnosti s njima,
  - svojim nesavjesnim ili nepravilnim radom prouzrokuje Zavodu veću štetu, zanemaruje ili nemarno obavlja svoju dužnost tako da su nastale smetnje u obavljanju djelatnosti Zavoda.
- Vlada Federacije BiH dužna je prije donošenja odluke o razrješenju direktora, odnosno zamjenika direktora Zavoda, obavijestiti ih o razlozima za razrješenje i dati im mogućnost da se o njima pismeno izjasne, i to u roku od 15 dana od dana prijema obavijesti.
- Nakon razmatranja pismenog izjašnjenja iz stava (9) ovog člana, ako postoje opravdani razlozi, Vlada Federacije BiH može donijeti odluku o razrješenju direktora, odnosno zamjenika direktora Zavoda i prije isteka mandata na koji je izabran.
- Djelokrug, ovlaštenja i odgovornost direktora i zamjenika direktora Zavoda

utvrđuju se Statutom Zavoda.

#### **Član 120.**

- (1) Zavod ima rezervu koja se ostvaruje izdvajanjem najmanje 5% ukupnih rashoda ostvarenih u protekloj godini.
- (2) Nadzor nad korištenjem rezerve obavlja upravni odbor Zavoda.

#### **Član 121.**

- (1) Sredstva rezerve služe za osiguravanje tekuće likvidnosti i za pokriće gubitaka.
- (2) Sredstva rezerve se mogu i oročavati kod poslovnih banaka, a u skladu sa odlukom upravnog odbora Zavoda.

#### **Član 122.**

Ukoliko Vlada Federacije BiH utvrdi da su gubici Zavoda nastali iz objektivnih okolnosti, gubici se pokrivaju iz sredstava Budžeta Federacije, kao pomoć za likvidnost u iznosu koji nedostaje.

#### **Član 123.**

- (1) U svrhu osiguranja podataka potrebnih za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja, te nadzor nad ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Zavodu se vode evidencije.
- (2) Provedbene propise o načinu i mjestu vođenja, obliku, sadržaju i rokovima evidencije, te obaveznicima vođenja evidencije, donijet će Upravni odbor Zavoda saglasno ovom zakonu i propisima donijetim na osnovu ovog zakona, te Zakonu o evidencijama u oblasti zdravstva.

#### **Član 124.**

Nadzor nad zakonitošću rada Zavoda obavlja Federalno ministarstvo zdravstva i Federalno ministarstvo finansija/Federalno ministarstvo financija, svako u okviru svojih nadležnosti.

### **X. - KAZNE NE ODREDBE**

#### **Član 125.**

Na obveznike uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje utvrđene ovim zakonom i propisima donijetim ovim zakonom, shodno se primjenjuju kaznene odredbe regulirane Zakonom o doprinosima i Zakonom o jedinstvenom sistemu.

#### **Član 126.**

- (1) Obveznik uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje koji nije obuhvaćen Zakonom o doprinosima, a pravno je lice, kaznit će se za prekršaj novčanom kaznom u iznosu od 500,00 do 3.000,00 KM ako:
  - a) ne obračuna, odnosno ne uplati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje iz plaća radnika (član 83. stav (1) tačka 1.);
  - b) ne obračuna, odnosno ne uplati dodatni doprinos za zdravstvenu zaštitu u inostranstvu (član 83. stav (1) tačka 1.).
- (2) Za prekršaj iz stava (1) ovog člana kaznit će se odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom u iznosu od 250,00 do 1.500,00 KM.

- (3) Za prekršaj iz stava (1) ovog člana kaznit će se i fizičko lice novčanom kaznom u iznosu od 100,00 do 500,00 KM.

#### **Član 127.**

- (1) Poslodavac koji je pravno lice, kaznit će se za prekršaj novčanom kaznom u iznosu od 1.000,00 do 5.000,00 KM ako:
- a) ne osigura svoje zaposlenike za slučaj profesionalnog oboljenja i povrede na radu na jedan od načina predviđen u članu 104. st. (2) i (4) ovog zakona;
  - b) ako u zakonski propisanom roku od dana povrede na radu, odnosno utvrđivanja profesionalnog oboljenja radnika ne dostavi prijavu kantonalnom zavodu osiguranja, (član 104. stav (3)).
- (2) Za prekršaj iz stava (1) ovog člana kaznit će se odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom u iznosu od 500,00 do 2.500,00 KM.
- (3) Za prekršaj iz stava (1) ovog člana kaznit će se i fizičko lice novčanom kaznom u iznosu od 250,00 do 500,00 KM.

#### **Član 128.**

Novčanom kaznom u iznosu od 500,00 do 1.500,00 KM kaznit će se za prekršaj izabrani liječnik u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi ako utvrdi da osigurano lice ima pravo na korištenje privremene sprječenosti za rad, a za to nema osnovu (član 49.).

#### **Član 129.**

Novčanom kaznom u iznosu od 250,00 do 1.500,00 KM kaznit će se za prekršaj osigurano lice:

- a) ako je svjesno prekoračilo privremenu sprječenost za rad, namjerno spriječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje, obavlja drugu djelatnost, bez opravdanog razloga ne odgovori na poziv za liječnički pregled izabranog liječnika, ne pridržava se uputa za liječenje, odnosno bez dozvole izabranog liječnika otputuje iz mjesta prebivališta ili u roku od tri dana nakon početka bolesti, ne izvijesti izabranog liječnika da je obolio, izuzev ako se nalazi na bolničkom liječenju (član 41.);
- b) ako koristi ispravu kojom dokazuje status osiguranog lica na način suprotan odredbama ovog zakona i propisa donesenih na osnovu odredaba ovog zakona. (član 43.).

### **XI. - PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE**

#### **Član 130.**

- (1) Vlada Federacije BiH će u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona i propisa donijetih na osnovu ovog zakona, na prijedlog federalnog ministra, donijeti propise iz svoje nadležnosti, i to: odluku kojom se uređuje obim i vrsta, kao i ugovaranje specifične zdravstvene zaštite koja se ostvaruje iz fonda za zaštitu zdravlja radnika; uvjetima i načinu pristupanja fondu za zaštitu zdravlja radnika; vrsti rizika koji se pokrivaju sredstvima ovog fonda; visini premije i načinu njenog izračuna spram uvjeta radnog mjesta koje radnik obavlja; način izračuna najveće moguće štete koja se može isplatiti; načinu upravljanja sredstvima ovog fonda; sredstva potrebna za rad stručne službe zavoda zdravstvenog osiguranja u dijelu

obavljanja operativnih poslova i zadataka ovog fonda, te druga pitanja od značaja za poslovanje fonda za zaštitu radnika (član 104. stav (7)).

- (2) Podzakonski akt iz stava (1) ovog člana sadržavat će odredbe koje garantuju jednake mogućnosti, zabranjuju diskriminaciju na osnovu spola, i osiguravaju da se fizički podaci i informacije koje se prikupljaju, evidentiraju i obrađuju budu razvrstani po spolu.
- (3) Do donošenja podzakonskog akta iz stava (1) ovog člana, osim odredbi koje su suprotne ovom zakonu, primjenjivat će se provedbeni propisi iz oblasti zdravstvenog osiguranja koji su se primjenjivali na teritoriji Federacije do dana stupanja na snagu ovog zakona.

### **Član 131.**

- (1) U roku od 18 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona federalni ministar donijet će podzakonske akte na osnovu ovog zakona kojima se regulira sljedeće:
  - a) način utvrđivanja listi pomagala, zubno protetskih sredstava i endoproteza, kao i uvjete ostvarivanja prava osiguranih lica na pomagala, zubno protetska sredstva i endoproteze, a koji se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 28. stav (5)),
  - b) sanitetski prevoz za posebne kategorije pacijenata (član 29. stav (3) tačka 6.),
  - c) način i uvjeti, kao i u postupak u kojem osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 30.),
  - d) način, uvjeti i postupak po kojima osigurano lice ostvaruje pravo na liječenje u inostranstvu ako je u pitanju oboljenje koje se ne može liječiti u Federaciji, a u zemlji u koju se osigurano lice uplaćuje postoji mogućnost za uspješno liječenje tog oboljenja (član 32. stav (4)),
  - e) način, uvjeti i postupak po kojima osigurano lice ima pravo koristiti zdravstvenu zaštitu u inostranstvu za vrijeme rada, odnosno boravka u inostranstvu pod uvjetima i na način utvrđen **podzakonskim aktom** federalnog ministra (član 32. stav (4)),
  - f) način ostvarivanja prava na slobodan izbor liječnika, odnosno promjene izabranog liječnika (član 60. stav (3)),
  - g) jedinstvena metodologija registracije osiguranih lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju (član 61. stav (4)),
  - h) standarde i normative zdravstvene zaštite (član 89. stav (4)),
  - i) nomenklaturu zdravstvenih usluga za zdravstvenu zaštitu utvrđenu članom 27. stav (1) al. 1., 3. i 4. ovog zakona, a koja se finansira sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, na prijedlog Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine (član 90. stav (1)),
  - j) obračunu sredstava u zdravstvu, obaveze učesnika u postupku i rokovi za obradu i analizu podataka, vrsta i sadržaj izvještaja o rezultatima obračuna sredstava u zdravstvu, način njegovog objavljivanja i druga pitanja od značaja za obračun sredstava u zdravstvu (član 111. stav (5)).
- (2) Svi podzakonski akti iz stava (1) ovog člana sadržavat će odredbe koje garantiraju jednake mogućnosti, zabranjuju diskriminaciju na osnovu spola, i osiguravaju da se fizički podaci i informacije koje se prikupljaju, evidentiraju i obrađuju budu razvrstani po spolu.
- (3) Do donošenja podzakonskih akata iz stava (1) ovog člana, osim odredbi koje su suprotne ovom zakonu, primjenjivat će se provedbeni propisi iz oblasti

zdravstvenog osiguranja koji su se primjenjivali na teritoriji Federacije do dana stupanja na snagu ovog zakona.

#### **Član 132.**

- (1) U roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovog zakona, Vlada Federacije BiH će donijeti bliže kriterije za imenovanje u upravni i nadzorni odbor Zavoda, kao i bliže kriterije za imenovanje direktora i zamjenika direktora Zavoda saglasno ovom zakonu.
- (2) U roku od tri mjeseca od dana donošenja kriterija iz stava (1) ovog člana, Vlada Federacije BiH imenovat će upravni i nadzorni odbor Zavoda.

#### **Član 133.**

- (1) Zavod će se formirati reorganizacijom dosadašnjeg Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine i zavoda zdravstvenog osiguranja kantona.
- (2) Zavod će početi sa radom u roku od 18 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.
- (3) Zatečeni nosioci zdravstvenog osiguranja iz stava (1) ovog člana nastavljaju s radom do početka rada Zavoda.
- (4) Federalno ministarstvo zdravstva i Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine će pripremiti privremene opće akte i provesti postupak za početak rada Zavoda u skladu sa ovim zakonom.
- (5) Vlada Federacije BiH će u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona donijeti program finansijske konsolidacije zatečenih nosilaca zdravstvenog osiguranja u kojem će naročito utvrditi uvjete izjednačavanja dinamike obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (6) Opće akte na osnovu ovog zakona Zavod će donijeti u roku od 9 mjeseci od početka rada, odnosno uspostavljanja organa rukovođenja, upravljanja i nadzora.

#### **Član 134.**

- (1) Imovinu zatečenih nosilaca zdravstvenog osiguranja iz člana 133. stav (1) ovog zakona koju čine prava, obaveze, stvari, novac i ostala pokretna i nepokretna imovina sa kojom su raspolagali zatečeni nosioci zdravstvenog osiguranja, preuzima Zavod.
- (2) Zatečene zaposlenike nosilaca zdravstvenog osiguranja preuzima Zavod.
- (3) Primopredaja službenih akata između zatečenih nosilaca zdravstvenog osiguranja i Zavoda izvršit će se u skladu sa Odlukom o postupku primopredaje službenih akata između ukinutih i novoosnovanih organa uprave i Federalnih ustanova ("Službene novine Federacije BiH", broj 20/98).

#### **Član 135.**

Privremenog direktora Zavoda i njegovog zamjenika, do imenovanja direktora i zamjenika direktora iz člana 132. ovog zakona imenuje Vlada Federacije BiH u skladu sa Zakonom o ministarskim, vladinim i drugim imenovanjima u Federaciji Bosne i Hercegovine.

#### **Član 136.**

Osigurana lica koja su započela ostvarivati prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava koja proizilaze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja prije stupanja na snagu ovog zakona,

obavit će se u skladu sa ovim zakonom, ako je to povoljnije za osigurana lica.

#### **Član 137.**

Do donošenja propisa o stopama obaveznog zdravstvenog osiguranja i utvrđivanja stope obaveznog zdravstvenog osiguranja, primjenjivat će se odgovarajuće stope koje su važile na dan stupanja na snagu ovog zakona.

#### **Član 138.**

Sva pravna i fizička lica u ostvarivanju prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dužna su svoje poslovanje uskladiti sa odredbama ovog zakona u roku od 18 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona i propisa donijetih na osnovu ovog zakona.

#### **Član 139.**

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaje važiti Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, br. 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11), u dijelu obaveznog zdravstvenog osiguranja, izuzev propisa iz člana 122, i to:

- 1) Uputstvo o sadržaju i obliku zdravstvene legitimacije ("Službene novine Federacije BiH", broj 43/14);
- 2) Uputstvo o načinu prijave i odjave osiguranih osoba na obavezno zdravstveno osiguranje ("Službene novine Federacije BiH", br. 11/00 i 1/03);
- 3) Uputstvo o postupku izmirenja duga po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje („Službene novine Federacije BiH“, broj 62/06);
- 4) Pravilnik o načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ("Službene novine Federacije BiH", broj 31/02);
- 5) Pravilnik o uvjetima, načinu i postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inostranstvu ("Službene novine Federacije BiH", broj 31/02);
- 6) Pravilnik o obračunu sredstava u zdravstvu („Službene novine Federacije BiH“, br. 26/03 i 43/04);
- 7) Odluka o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ("Službene novine Federacije BiH", br. 5/03, 18/04, 57/07 i 53/08);
- 8) Naredba o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu apotekarske djelatnosti („Službene novine Federacije BiH“, broj 36/05);
- 9) Odluka o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava („Službene novine Federacije BiH“, broj 21/09);
- 10) Odluka o maksimalnim iznosima neposrednog sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite u osnovnom paketu zdravstvenih prava („Službene novine Federacije BiH“, broj 21/09);
- 11) Naredba o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u djelatnosti porodične medicine, radiološke dijagnostičke djelatnosti primarnog nivoa i preventivne zdravstvene zaštite mladih u školama i fakultetima („Službene novine Federacije BiH“, broj 6/11);
- 12) Pravilnik o postupku i kriterijima za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad zbog bolesti, povrede ili drugih okolnosti („Službene novine Federacije BiH“, broj 66/12);

- 13)Pravilnik o uvjetima i postupku upućivanja osiguranih osoba na liječenje u inostranstvo („Službene novine Federacije BiH“, broj 93/13);
- 14)Naredba o standardima o normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u djelatnosti centra za mentalno zdravlje u zajednici, centra za fizikalnu rehabilitaciju, preventivne zdravstvene zaštite mladih u školama i fakultetima i specifične zdravstvene zaštite sportista („Službene novine Federacije BiH“, broj 104/13);
- 15)Odluka o utvrđivanju prioriternih vertikalnih programa zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioriternih najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koje će se pružati osiguranim osobama na teritoriju Federacije Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", br. 8/05, 11/07, 44/07, 97a/07, 33/08 i 52/08);
- 16)Odluka o kriterijima i načinu korištenja sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije BiH", br. 22/02 i 11/05);
- 17)Odluka o osnovama, kriterijima i mjerilima za zaključivanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama koje osiguravaju usluge zdravstvene zaštite, a finansiraju se iz sredstava federalnog fonda solidarnosti ("Službene novine Federacije BiH, br. 30/02, 55/03, 33/06 i 11/07);
- 18)Odluka o osiguranju sredstava za rad Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH“, broj 19/05);
- 19)Odluka o izdvajanju sredstava u Fond solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine za 2014. godinu („Službene novine Federacije BiH“, broj 92/13);
- 20)Jedinstvena metodologija kojom se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između nadležnog zavoda zdravstvenog osiguranja i zdravstvene ustanove („Službene novine Federacije BiH“, br. 34/13 i 90/13).

#### **Član 140.**

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

## **Obrazloženje**

### **ZAKONA O OBAVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

#### **I - USTAVNI OSNOV**

Ustavni osnov za donošenje ovog zakona sadržan je u Poglavlju III član 2. pod b) i članu 3. Ustava Federacije Bosne i Hercegovine.

Prema navedenim odredbama predviđena je podijeljena nadležnost federalne vlasti i kantona u oblasti zdravstva, s tim da:

- federalna vlast ima pravo utvrđivati politiku i donositi zakone koji se tiču ove nadležnosti (član III 3. stav 3);
- kantoni imaju pravo utvrđivati politiku i provoditi zakone (član III 3. stav 4.);
- U skladu sa potrebama, nadležnosti u oblasti zdravstva ostvaruju se od strane kantona koordinirano od federalne vlasti (član III 3. stav 1.), pri čemu federalna vlast uzima u obzir različite situacije u pojedinim kantonima i potrebu za fleksibilnošću u provođenju (član III 3. stav 3.).

U skladu sa Poslovníkom o radu Vlade Federacije Bosne i Hercegovine, („Službene novine Federacije BiH“, br. 6/10, 37/10 i 62/10) obrađivač zakona je uputio isti na mišljenje, i to Federalnom ministarstvu pravde, Federalnom ministarstvu finansija/financija, Uredu Vlade Federacije Bosne i Hercegovine za zakonodavstvo i usklađenost sa propisima Evropske unije, Gender centru Federacije Bosne i Hercegovine, Zavodu zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, kao i kantonima.

#### **II - RAZLOZI ZA DONOŠENJE ZAKONA**

Važeći Zakon o zdravstvenom osiguranju donesen je 1997.godine. Njegova dosadašnja primjena, a prema sačinjenim analizama, pokazala je brojna ograničenja decentraliziranog sistema zdravstva u Federaciji BiH (u daljnjem tekstu: Federacija), koja ozbiljno dovode u pitanje finansijsku održivost sektora zdravstva Federacije u cjelini, a time i ostvarivanje zdravstvene zaštite kompletnog stanovništva u Federaciji. Stoga je potrebno kreirati takva pravna rješenja usmjerena na iznalaženje efikasnijeg organizacionog modela u sektoru zdravstvenog osiguranja koji će omogućiti dostupnost zdravstvenih usluga svih nivoa stanovništvu Federacije, povećati obuhvatnost zdravstvenim osiguranjem sa ciljem jačanja pravične alokacije resursa ka davaocima zdravstvenih usluga.

Racionalna reorganizacija institucija zdravstvenog osiguranja u Federaciji je dio i cjelovitih reformi u sektoru zdravstva koje istovremeno podrazumijevaju i nužne reforme u



oblasti finansiranja i plaćanja u sektoru zdravstvu, te stvaranje stabilnog i finansijski održivog zdravstvenog sistema.

Reorganizacija institucija zdravstvenog osiguranja, koja mora biti praćena i drugim elementima reforme zdravstvenog sistema, ima za cilj benefite poput:

- povećavanja obuhvatnosti zdravstvenim osiguranjem na cijeloj teritoriji Federacije, te time smanjivanje i broja neosiguranih lica,
- povećavanje sredstava prikupljenih po osnovu doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje, a što ima za posljedicu i povećavanje obima i vrste zdravstvenih usluga koje se pružaju osiguranicima na cijeloj teritoriji Federacije,
- razvoj novih mehanizama plaćanja zdravstvenih usluga koji će promovirati princip da „novac prati pacijente“, te tako postići pravičniju alokaciju resursa ka davaocima usluga,
- uštedu sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja kroz centralizirane javne nabavke roba i usluga u kojem se naziru značajne rezerve,
- uspostavu jedinstvenih kriterija i mjerila za prikupljanje i raspodjelu sredstava doprinosa za zdravstveno osiguranje,
- uspostavu jedinstvenih kriterija i mjerila za ugovaranje zdravstvenih usluga i programa zdravstvene zaštite,
- stvarno ujednačavanje prava osiguranika na zdravstvenu zaštitu u svim kantonima,
- ujednačavanje prava zdravstvenih profesionalaca u svim kantonima,
- racionalizaciju stručnih službi institucija zdravstvenog osiguranja.

Ovim zakonom predložili smo alokaciju sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja centralno, u jedinstvenom zavodu zdravstvenog osiguranja. Ovim modelom alokacije sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja se potpuno i stvarno izjednačavaju prava osiguranika na cijelom teritoriju Federacije, što osim totalnog finansijskog poravnjanja novca *per capita*, podrazumijeva i izjednačavanja rizika prema dobnoj strukturi neke regije. Ova šema alokacije sredstava osigurava potpunu solidarnost cijele teritorije Federacije na maksimalno mogući način, ali i stvarnu ujednačenost prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za sve osiguranike Federacije.

Naravno, reorganizacija sama po sebi ne može dati nikakve značajnije rezultate ako nije praćena drugim aktivnostima koje moraju rezultirati takvim promjenama koje omogućavaju adekvatno funkcioniranje sektora zdravstvenog osiguranja, a to zahtijeva određeni period. Donošenje novog Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju je sistemski mjera koja treba donijeti značajne efekte u cilju racionalnijeg, a time efektivnijeg i efikasnijeg funkcioniranja sistema osiguranja, odnosno sistema zdravstvene zaštite, ali i stvarno ujednačavanje prava osiguranika na cijelom teritoriju Federacije.

Osim potrebe unaprjeđenja funkcioniranja sistema zdravstvenog osiguranja, bitno je istaći da postoji i obaveza usklađivanja domaćeg zakonodavstva s propisima Evropske unije, u konkretnom slučaju, sa **Direktivom 2011/24/EU Evropskog parlamenta i Vijeća od 9. marta 2011. godine o primjeni prava pacijenata u prekograničnom zdravstvenom osiguranju** (u daljnjem tekstu: Direktiva 2011/24/EU). Određene odredbe navedene Direktive se transponiraju u propise kojima se regulira zdravstveno osiguranje u Federaciji. Također, posebno je od značaja uskladiti normativna rješenja u dijelu koji se odnosi na korištenje zdravstvene zaštite na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja s pravima definiranim Direktivom 2011/24/EU, te obavezama koje prema odredbama Direktive 2011/24/EU proizlaze za nosioca osiguranja i pružatelje zdravstvene zaštite.

Mogućnost korištenja prekogranične zdravstvene zaštite na način kako to propisuje Direktiva 2011/24/EU nije do sada bila predviđena važećim Zakonom o zdravstvenom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", br. 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11), niti podzakonskim propisima donesenim na osnovu tog Zakona, stoga je potrebno pristupiti reguliranju navedenih prava.

Prava osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja potrebno je prilagoditi zahtjevima Direktive 2011/24/EU, ali vodeći pri tome računa da se osiguranim osobama osiguraju prava na prekograničnu zdravstvenu zaštitu, a da se pri tome ne dovede u pitanje funkcioniranje sistema zdravstvene zaštite u Federaciji. U ovom dijelu prava osoba na zdravstvenu zaštitu, valja napomenuti da svakako cilj nije poticanje osiguranih osoba da zdravstvenu zaštitu, koja se inače provodi u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Federaciji, koriste u inostranim zdravstvenim ustanovama, već osigurati sigurnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu na teritoriju Federacije, koju osigurane osobe mogu na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvariti uz određivanje medicinski opravdanog roka u kojem se osiguranoj osobi mora pružiti potrebna zdravstvena zaštita u Federaciji, a u skladu s propisima iz oblasti zdravstvenog osiguranja.

U vezi sa ovom Direktivom, napominjemo da je sačinjena Izjava o usklađenosti Zakona o zdravstvenom osiguranju sa istom, kao i uporedni prikaz usklađenosti za Ured Vlade Federacije BiH za zakonodavstvo i usklađenost sa propisima Evropske unije.

Sve naprijed navedeno opredijelilo je obrađivača propisa da pristupi izradi novog Zakona o **obaveznom** zdravstvenom osiguranju, kao sistemskog zakona iz oblasti zdravstva.

### **III - OBRAZLOŽENJE PRAVNIH RJEŠENJA**

U **Poglavlju I „Osnovne odredbe“** (čl. 1.-5.) utvrđen je predmet ovog Zakona, i to na način da se njime uređuje obavezno zdravstveno osiguranje u Federaciji, obim i vrsta prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obaveze lica obavezno osiguranih prema ovom zakonu, uvjeti i način njihova ostvarivanja i finansiranja, kao i prava i obaveze nosioca obaveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući prava i obaveze ugovornih subjekata nosilaca za provedbu zdravstvene zaštite iz obaveznoga zdravstvenog osiguranja (član 1.). Obavezno zdravstveno osiguranje, kao dio socijalnog osiguranja građana, čini jedinstveni sistem u okviru koga građani ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti, obavezno, ostvaruju prava na zdravstvenu zaštitu na način koji je utvrđen ovim Zakonom, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i propisima donesenim na osnovu tih zakona. Kada je u pitanju zabrana diskriminacije i ravnopravnost spolova, Zakon u ovom Poglavlju jasno zabranjuje svaki vid diskriminacije, te osigurava jednakost spolova.

Zakon regulira da obavezno zdravstveno osiguranje provodi Zavod zdravstvenog osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Zavod). Također, ovim se Zakonom uređuju prava za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, uvjeti i način ostvarivanja prava za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, prava i obaveze radnika i poslodavca, kao i način finansiranja ovih prava.

U **Poglavlju II „Obavezno zdravstveno osiguranje“** (čl. 6.-13.) uređena su načela obaveznog zdravstvenog osiguranja i status osiguranika. U pogledu načela, mora se

naglasiti da se Zakon zasniva na načelu obaveznosti, solidarnosti i uzajamnosti, javnosti, zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa, načelu ekonomičnosti i efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja. Nadalje, status osiguranika podrazumijeva da su se na obavezno zdravstveno osiguranje, prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih ovim zakonom, obavezna osigurati sva lica sa prebivalištem u Federaciji i stranci sa odobrenim stalnim boravkom u Federaciji, ako međunarodnim ugovorom, odnosno posebnim zakonom nije drukčije određeno. Osiguranim licima kojima se osiguravaju prava i obaveze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u smislu ovoga zakona, smatraju se osiguranici, djeca do navršene 18. godine života, članovi porodice osiguranika i druga osigurana lica obavezno zdravstveno osigurana u određenim okolnostima. U ovom je Poglavlju regulirano i pitanje obaveznog zdravstvenog osiguranja za državljane država članica Evropske unije, te državljana države koja nije država članica (treća država) sa odobrenim privremenim boravkom u Federaciji.

U **Poglavlju III „Osigurana lica“** (čl. 14.-25.) uređuje se pitanje ko su osiguranici, članovi porodice osiguranika i druga lica osigurana u određenim okolnostima. Članom 14. taksativno se navode sva lica koja stiču pravo na obavezno zdravstveno osiguranje prema ovom Zakonu. Napominejmo da su u ovom članu predviđene nove kategorije osiguranika, a to su žrtve nasilja u porodici i **žrtve seksualnog nasilja**; djeca koja su nesposobna za samostalan život i rad, te koja su kao takva kategorizirana prije 15. godine života od strane nadležnog organa, a ne mogu biti osigurana kao članovi porodice; lica-štićenici smješteni u ustanove socijalne zdravstvene zaštite; lica u statusu raseljenih lica, izbjeglica i povratnika. Svojstvo osiguranika može se steći samo po jednom osnovu osiguranja. Svojstvo osiguranika može se steći i dobrovoljnim pristupom u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja prijavom na lično zdravstveno osiguranje, ako licu zdravstvena zaštita nije osigurana po drugom osnovu. Članom 15. reguliran je tzv. prioritetni osnov osiguranja, koji isključuje druge osnove osiguranja za slučajeve kada osiguranik ispunjava uvjete za sticanje svojstva osiguranika po više osnova. Zakon uređuje i ko se smatra članovima porodice osiguranika, te utvrđuje da su to: supružnik (bračni i vanbračni saglasno Porodičnom zakonu Federacije Bosne i Hercegovine); djeca (rođena u braku, van braka, usvojena ili pastorčad) i druga djeca bez roditelja ako ih osiguranik izdržava; roditelj (otac, majka, očuh, maćeha, usvojitelji osiguranika) ako ih osiguranik izdržava; unuci, braća, sestre, djed i baka ako su nesposobni za samostalan život i rad i ako nemaju sredstava za izdržavanje, pa ih osiguranik izdržava. Zakon regulira da članovi porodice osiguranika stiču prava na obavezno zdravstveno osiguranje po osnovu ovog Zakona, pod uvjetom da isto pravo ne ostvaruju po osnovu radnog odnosa ili obavljanja profesionalne ili druge djelatnosti kao osnovnog zanimanja. Nesposobnost lica za samostalan život i rad, kao i nedostatak vlastitih sredstava za izdržavanje utvrđuje se saglasno propisima o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodica sa djecom. Osim toga, Zakon uređuje i pravo drugih lica da budu osigurani u određenim okolnostima, te utvrđuje koja su to lica.

U **Poglavlju IV „Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja“** definirano je da se osiguraniku obaveznim zdravstvenim osiguranjem, u slučajevima i pod uvjetima određenim ovim Zakonom, osigurava: zdravstvena zaštita i naknada plaće. Također, članovima porodice osiguranika osigurava se zdravstvena zaštita (član 26.). Nadalje, detaljno se regulira pravo na zdravstvenu zaštitu (čl. 27.-31.). Zdravstvena zaštita koja se ovim zakonom osigurava, obuhvata prava: na zdravstvenu zaštitu u primarnoj, specijalističko-konsultativnoj i bolničkoj zdravstvenoj djelatnosti i na nivou primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite; na korištenje javno-zdravstvenih i preventivno-promotivnih programa. Osigurano lice, također, ima prava - u skladu sa utvrđenom

medicinskom indikacijom, na korištenje određenih medicinskih pomagala i sredstava, te na korištenje lijekova čije je stavljanje u promet odobreno od Agencije za lijekove i medicinska sredstva Bosne i Hercegovine u skladu sa Zakonom o lijekovima i medicinskim sredstvima i koji se nalaze na listama lijekova koje se finansiraju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja saglasno Zakonu o lijekovima („Službene novine Federacije BiH“, broj 109/12). Osim toga, kada je riječ o lijekovima osiguranicima se u izuzetnim slučajevima može odobriti i nabavka lijeka koji se ne nalazi na listama, ako je kod osiguranika nemoguće provesti liječenje lijekovima koji se nalaze na listama. U tom slučaju potrebu korištenja lijeka treba odobriti komisija za lijekove univerzitetsko-kliničke bolnice u kojoj se osigurano lice liječi, i to na teret sredstava bolničke zdravstvene ustanove koja je obavezna osigurati nabavku tog lijeka. Pod ovim uvjetima osigurano lice može ostvariti i pravo na lijek koji je utvrđen listama lijekova koje se finansiraju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, ali za ostvarivanje kojeg osigurano lice ne ispunjava medicinske indikacije utvrđene listama lijekova. Doktor specijalist bolničke zdravstvene ustanove, koji je osiguranom licu predložio liječenje lijekom, obavezan je uputiti prijedlog komisiji za lijekove univerzitetsko-kliničke bolnice zdravstvene ustanove koja donosi konačnu ocjenu.

Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem podrazumijeva osiguranje zdravstvenog standarda pod jednakim uvjetima za osigurana lica u zadovoljavanju potreba u primarnoj, specijalističko-konsultativnoj i bolničkoj zdravstvenoj djelatnosti na nivou primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, sa odgovarajućom medicinskom rehabilitacijom.

Obim, sadržaj i način ostvarivanja zdravstvene zaštite, a saglasno članu 12. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, utvrđuje Vlada Federacije BiH, na prijedlog federalnog ministra zdravstva polazeći od zdravstvenog stanja stanovništva, procjene zdravstvenih potreba stanovništva i raspoloživih budžetskih i vanbudžetskih sredstava za finansiranje zdravstvene zaštite, posebno vodeći računa o sprječavanju, suzbijanju, ranom otkrivanju i liječenju bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja, kao i zdravstvenoj zaštiti socijalno ugroženog stanovništva. Zakon je, također, propisao šta obuhvata zdravstvena zaštita.

Posebno treba istaći da osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na način i pod uvjetima, kao i u postupku utvrđenom pravilnikom federalnog ministra zdravstva (član 30.). Nadalje, Zakon utvrđuje i zdravstvenu zaštitu koja se ne osigurava obaveznim zdravstvenim osiguranjem (član 31.).

Propisano je i pravo na liječenje u inostranstvu pod uvjetima i na način utvrđen pravilnikom federalnog ministra zdravstva, ako je u pitanju oboljenje koje se ne može liječiti u Federaciji, odnosno BiH, a u zemlji u koju se osigurano lice upućuje postoji mogućnost za uspješno liječenje tog oboljenja. Osigurano lice ima pravo koristiti zdravstvenu zaštitu u inostranstvu za vrijeme rada odnosno boravka u inostranstvu (član 32.).

Zakon uređuje i pitanje naknade plaće, na način da se ovo pravo daje osiguraniku za vrijeme privremene spriječenosti za rad, te definira koji su to slučajevi (čl. 33.-42.). Zakon decidno uređuje i u kojim slučajevima osiguranik nema pravo na naknadu plaće.

U **Poglavlju V „Ostvarivanje i zaštita prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja“** (čl. 43.-77.) uređeno je da pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja može ostvarivati samo lice kojem je utvrđeno svojstvo osiguranog lica. Svojstvo osiguranog lica utvrđuje Zavod, a dokazuje se zdravstvenom legitimacijom koja može biti u štampanom ili u elektronskom obliku.

Obveznici uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje dužni su podnijeti nadležnom uredu Poreske uprave Federacije obrasce propisane Zakonom o jedinstvenoj registraciji, radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i izdavanja posebne isprave iz člana 43. stav 2. ovog Zakona (član 44.).

Zavod, nakon preuzimanja podataka iz Baze podataka Jedinostvenog sistema registracije, kontrole i naplate doprinosa, kao i drugih evidencija nadležnih organa, uspostavljaju matičnu evidenciju o osiguraniku i članovima porodice osiguranika (u daljnjem tekstu: matična evidencija) (član 45.). Dalje se uređuje postupanje sa podacima unesenim u matičnu evidenciju. Zavod je dužan garantirati i osigurati zaštitu podataka iz matične evidencije saglasno Zakonu o zaštiti ličnih podataka u BiH.

Zakon, također, uređuje i privremenu spriječenost za rad, te definira da istu utvrđuje izabrani liječnik u skladu sa odredbama ovog Zakona i propisa donijetih na osnovu ovog Zakona. Privremena spriječenost za rad se ne može utvrditi retroaktivno (član 49.). Nadalje se uređuje i postupanje u slučajevima privremene spriječenosti za rad, kao i način na koji se obračunava i isplaćuje naknada plaće, te na teret čijih sredstava.

Posebno treba istaći da Zakon, odredbom člana 57. definira da se radi zaštite prava iz ovog Zakona, osiguranim licima u Zavodu osigurava dvostepenost rješavanja u postupku koji je pokrenulo osigurano lice.

Odredbom člana 59. Zakona regulirano je da pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, iz obaveznog zdravstvenog osiguranja prema odredbama ovog Zakona, osigurano lice ima pravo na slobodan izbor liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Definirano je, također, ko može biti izabrani liječnik. Ako izabrani liječnik zloupotrijebi svoja ovlaštenja u postupku ostvarivanja prava osiguranih lica, Zavod raskida ugovor sa izabranim liječnikom i daje inicijativu kod nadležne komore zdravstvenih radnika za oduzimanje licence za samostalni rad tog izabranog liječnika.

Zakon definira i obavezu naknade štete od strane osiguranika Zavodu, i to: ako je ostvario primanje iz sredstava Zavoda na osnovu neistinitih ili netačnih podataka za koje je znao ili je morao znati da su neistiniti, odnosno netačni ili je primanje ostvarilo na drugi protupravan način, odnosno u većem obimu nego što mu pripada; te ako je ostvario primanje iz sredstava nadležnog zavoda osiguranja usljed toga što nije prijavio promjenu koja utiče na gubitak ili obim prava, a znao je ili je morao znati za tu promjenu. Također, Zavod je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od lica koje je prouzrokovalo bolest, povredu ili smrt osiguranog lica. Osiguranik kojem je iz sredstava nadležnog zavoda osiguranja isplaćen novčani iznos na koji nije imao pravo, obavezan je vratiti primljeni iznos saglasno odredbama Zakona o obligacionim odnosima, ako drugačije nije riješeno ovim zakonom. Zakon propisuje i po kojim uvjetima je Zavod obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete, i od koga. Pri utvrđivanju prava na naknadu štete prouzrokovane Zavodu primjenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obligacionim odnosima, kao i posebni propisi o naknadi štete.

Posebno navodimo da smo ovim zakonom usaglasili odredbe Zakona u dijelu koji su odnosi na naknadu štete u slučaju autoodgovornosti sa posebnim zakonima iz ove oblasti. Naime, u članu 71. važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju koristi se termin "pravno lice za osiguranje imovine i lica", kao i termin „osiguranje od odgovornosti za štetu“. Stoga u ovom Zakonu koristimo i termine "društvo za osiguranje" i "autoodgovornost". U članu 71. stav 2. važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju predviđena je formulacija da je zavod zdravstvenog osiguranja obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom motornog vozila kojim se koristilo, odnosno kojim je upravljalo lice koje nema ovlaštenje. Nije jasno na koje "ovlaštenje" se misli, jer

ovaj termin ne koristi ni Zakon o osiguranju od odgovornosti za motorna vozila i ostale odredbe o obaveznom osiguranju od odgovornosti ("Službene novine Federacije BiH", broj 22/05), niti Zakon o osiguranju od odgovornosti za motorna vozila i ostalim obaveznim osiguranjima od odgovornosti ("Službeni glasnik RS", broj 102/09). Ova dva Zakona u članu 13., odnosno članu 12., propisuju sljedeće situacije:

1. kada je nezgoda izazvana namjerno; (ova mogućnost nije predviđena u Zakonu RS)
2. kada je vozač upravljao vozilom bez vozačke dozvole;
3. kada je lice koje je odgovorno za nezgodu upravljalo vozilom bez saglasnosti osiguranika;
4. kada je vozač ukrao vozilo ili kada je upravljao njime znajući da je ukradeno;
5. kada vozilo koje je prouzrokovalo nezgodu nije korišteno u svrhu koja je navedena u ugovoru o osiguranju;
6. kada je vozač bio pod uticajem alkohola ili droga koje su ga sprečavale da ima kontrolu nad vozilom.

Bez obzira o kojoj se, od naprijed nabrojanih situacija radi, one ne utiču na pravo oštećene strane da od nadležnog društva za osiguranje zahtjeva naknadu štete, već ove situacije samo pružaju mogućnost da društvo za osiguranje traži regres od osiguranika (odgovornog lica) onog iznosa koji je isplatilo oštećenom. S tim u vezi, dovoljno je uputiti na odredbe ovih entitetskih zakona.

Također, u članu 71. st. 3. i 4. važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju predviđena je situacija da je zavod zdravstvenog osiguranja obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila za koje nije sklopljen ugovor o osiguranju, odnosno upotrebom nepoznatog vozila od pravnog lica za osiguranje imovine i lica koje obavlja osiguranje autoodgovornosti u mjestu nestanka štete. U tom slučaju pravno lice za osiguranje imovine i lica, obavezno je isplatiti naknadu kao da je bio sklopljen ugovor o osiguranju. Ova dva stava su **neprovodiva** u praksi. Naime, prema članu 16. Zakona o osiguranju od odgovornosti za motorna vozila i ostale odredbe o obaveznom osiguranju od odgovornosti ("Službene novine Federacije BiH", broj 22/05) i članu 15. Zakona o osiguranju od odgovornosti za motorna vozila i ostalim obaveznim osiguranjima od odgovornosti ("Službeni glasnik RS", broj 102/09), Zaštitni fond FBiH i Zaštitni fond RS (a ne društva za osiguranje kao članovi Zaštitnih fondova) su obavezni isplaćivati naknade šteta koje su prouzrokovala nepoznata vozila i vozila za koja nije zaključen ugovor o obaveznom osiguranju od autoodgovornosti. Međutim, ova obaveza zaštitnih fondova je isključena kada su u pitanju refundacije osiguravaču obaveznog i privatnog zdravstvenog, invalidskog i penzijskog osiguranja za bilo koje iznose koje je taj osiguravač obavezan platiti oštećenoj strani. Prema informacijama koje smo dobili od Zaštitnog fonda FBiH, isti nisu isplatili niti jednu ovakvu naknadu štete, niti imaju pravosnažnih sudskih presuda **koje** ih na to obavezuju. S tim u vezi Zakonom je regulirano da štetu nastalu upotrebom vozila inostrane registracije sa valjanom zelenom kartom nadoknađuje Biro Zelene karte u BiH, u skladu sa Zakonom o osiguranju od odgovornosti za motorna vozila i ostalim odredbama o obaveznom osiguranju od odgovornosti u Federaciji. Ukoliko je štetu prouzrokovalo vozilo inostrane registracije, za koje ne postoji valjana međunarodna isprava ili dokaz o postojanju osiguranja, a vozilo posjeduje lice sa prebivalištem u Federaciji, Zavod zahtjev za naknadu štete podnosi Zaštitnom fondu Federacije BiH, u skladu sa Zakonom o osiguranju od odgovornosti za motorna vozila i ostalim odredbama o obaveznom osiguranju od odgovornosti u Federaciji. Ukoliko je štetu prouzrokovalo vozilo inostrane registracije, za koje ne postoji valjana međunarodna isprava ili dokaz o postojanju osiguranja, a vozilo posjeduje lice sa prebivalištem izvan BiH, naknadu štete Zavod može

potraživati u zemlji iz koje dolazi ovo vozilo. Slijedom gore navedenog usklađena su pravna rješenja u vezi naknade štete koju potražuje Zavod, a u slučaju autoodgovornosti (čl. 71.-77).

U **Poglavlju VI „Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja“** (čl. 78.-88.) regulirano je iz kojih sredstava se finansiraju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, i ista se taksativno nabrajaju. Za povredu na radu i oboljenja od profesionalne bolesti osiguranika pravno ili fizičko lice osigurava u cijelosti sredstva za ostvarivanje prava **utvrđenih** ovim Zakonom. Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se u Zavodu, u skladu sa namjenama.

Zakon uređuje i osnovicu, te način obračunavanja doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje, te u tom smislu upućuje na primjenu Zakona o doprinosima (član 81.). Također, predviđena je i izuzetna situacija od člana 81, prema kojoj minimalne stope i osnovice doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje, kao i način obračunavanja i uplate doprinosa koje nisu regulirane Zakonom o doprinosima - utvrđuje Vlada Federacije **BiH**, na prijedlog federalnog ministra zdravstva (član 82.).

Odredbom člana 83. regulirani su obveznici obračunavanja i uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, a prema licima za koja se uplaćuje.

Važno je napomenuti da kontrolu obračuna i uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje vrši Porezna uprava Federacije saglasno Zakonu o doprinosima i Zakonu o jedinstvenoj registraciji (član 84.).

Odredbom člana 87. bliže se uređuje upotreba sredstava iz člana 78. stav 1. tačka 13. iz budžeta općine, kantona i Federacije.

Zakon uređuje i mogućnost da Parlament Federacije BiH može utvrditi iznos neposrednog učešća osiguranih lica u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite, uzimajući u obzir socijalne i zdravstvene prilike osiguranih lica i njihov doprinos obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i iznos raspoloživih sredstava za finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 88.).

U **Poglavlju VII „Ugovaranja u obaveznom zdravstvenom osiguranju“** (čl. 89.-103.) regulirano je da se zdravstvena zaštita iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pruža u okviru utvrđenih standarda i normativa zdravstvene zaštite. Standard zdravstvene zaštite čini obim i strukturu zdravstvenih usluga koje se, pod jednakim uvjetima, osiguravaju osiguranim licima u zadovoljavanju potreba u primarnoj, specijalističko-konsultativnoj i bolničkoj zdravstvenoj djelatnosti, i to na nivou primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Normativ zdravstvene zaštite predstavlja utvrđene vrijednosti parametara za zadovoljenje utvrđenog standarda zdravstvene zaštite, i to: normativ medicinskog kadra, normativ vremena za pružanje standardnih zdravstvenih usluga, normativ prostora i normativ opreme, potrošnog materijala i ostalih materijala potrebnih za pružanje zdravstvene usluge. Standarde i normative utvrđuje pravilnikom federalni ministar zdravstva (član 89.).

Nomenklaturu zdravstvenih usluga za zdravstvenu zaštitu, a koja se finansira sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, utvrđuje federalni ministar zdravstva, na prijedlog Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zavod utvrđuje cijene zdravstvenih usluga, a uz prethodnu saglasnost federalnog ministra zdravstva. Akt o cijenama zdravstvenih usluga objavljuje se u "Službenim novinama Federacije BiH" (član 90.).

U ovom Poglavlju definirana je i Lista čekanja zdravstvenih usluga. Naime, za određene vrste zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i koje nisu hitne, može se utvrditi redoslijed korištenja, u ovisnosti

od medicinskih indikacija i zdravstvenog stanja osiguranog lica, kao i datuma javljanja zdravstvenoj ustanovi, s tim da vrijeme čekanja ne može biti takvo da ugrozi zdravlje ili život osiguranog lica (u daljem tekstu: lista čekanja). Također, Zakon definira da Zavod donosi opći akt kojim utvrđuje vrste zdravstvenih usluga za koje se utvrđuje lista čekanja, kao i kriterije i standardizirane mjere za procjenu zdravstvenog stanja pacijenata i za stavljanje na listu čekanja, najduže vrijeme čekanja za zdravstvene usluge, neophodne podatke i metodologiju za formiranje liste čekanja, način informiranja pacijenta, liječnika koji je uputio pacijenta i Zavoda o bitnim podacima sa liste čekanja, sačinjavanju izmjena i dopuna liste čekanja, kao i brisanju osiguranih lica sa liste čekanja, nadzoru nad listom čekanja, kao i uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite mimo liste čekanja. Akt iz stava 2. ovog člana Zavod donosi, uz prethodnu saglasnost federalnog ministra zdravstva. Ako davalac zdravstvenih usluga sa kojim je Zavod zaključio ugovor utvrdi da zdravstvena usluga nije medicinski neophodna, odnosno opravdana za zdravstveno stanje osiguranog lica, dužan je o tome izdati pismeno obavještenje osiguranom licu, prije pružanja zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: prethodno obavještenje) (član 92.).

Nadalje, zakon utvrđuje da se zdravstvena zaštita iz člana 27. ovog zakona pruža osiguranim licima kod davaoca zdravstvenih usluga, i to u zdravstvenim ustanovama i kod privatnih zdravstvenih radnika sa kojim je Zavod zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, a po prethodno obavljenoj verifikaciji zdravstvene ustanove za obavljanje predmetne zdravstvene djelatnosti od strane nadležnog ministra zdravstva. Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguranim licima koji su u statusu štićenika u ustanovama za socijalnu zaštitu, zdravstvena zaštita se pruža na području kantona gdje je sjedište ustanove za socijalnu zaštitu, a saglasno čl. 14. i 78. ovog Zakona (član 93.). Znači štićenici u ovim ustanovama su izvorni osiguranici, a obveznik uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje za iste je kantonalni organ uprave nadležan za socijalnu zdravstvenu zaštitu, u mjestu sjedišta ustanove za socijalnu zaštitu, i to i za osigurana lica - štićenike ovih ustanova i sa područja drugih kantona.

Važno je istaći, da su prije zaključivanja ugovora sa Zavodom, zdravstvene ustanove, odnosno privatni zdravstveni radnici dužni pribaviti certifikat o sigurnosti i kvaliteti, u skladu sa Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta sigurnosti i akreditaciji u zdravstvu. Zavod zadržava pravo da prije zaključivanja ugovora o pružanju zdravstvenih usluga sa davaocem zdravstvenih usluga izvrši kontrolu provođenja i izvršavanja ranije zaključenih ugovora sa tim davaocem zdravstvenih usluga (član 94.).

Ugovaranje zdravstvenih usluga koje se finansiraju obaveznim zdravstvenim osiguranjem obavlja se saglasno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, ovom Zakonu kao i propisima donijetim na osnovu ovih zakona, Zakonom o javnim nabavkama Bosne i Hercegovine, Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, kao i Jedinствenoj metodologiji kojim se bliže utvrđuju kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora između Zavoda i zdravstvene ustanove, odnosno privatnog zdravstvenog radnika (član 95.). Po okončanju postupka izbora najpovoljnijeg ponuđača, nadležni zavod zdravstvenog osiguranja zaključuje ugovor kojim se uređuju odnosi u vezi sa obavljanjem zdravstvenih usluga, odnosno programa zdravstvene zaštite (član 96.). Zakon definira i da se ugovorom iz člana 96. ovog Zakona mogu utvrditi načini plaćanja, te ih taksativno nabraja (član 97.)

Zdravstvenim ustanovama sa kojima Zavod nije zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, mogu se na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja isplatiti samo troškovi medicinske pomoći pružene osiguranim licima u hitnim slučajevima i



drugi troškovi u vezi sa pružanjem te pomoći, po cijenama utvrđenim u aktu o cijenama zdravstvenih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 98.).

Odredbom člana 99. Zakona utvrđuje se kontrola provođenja zaključenih ugovora. Naime, Zavod je dužan da organizira i provodi kontrolu izvršavanja zaključenih ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga. Službeno lice Zavoda (u daljnjem tekstu: kontrolor osiguranja) vrši kontrolu pravilnosti izvršavanja zaključenih ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, kao i zakonitog i namjenskog korištenja finansijskih sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja prenijetih davaocima zdravstvenih usluga za ostvarivanje zakonom utvrđenih prava osiguranih lica. Za kontrolu ličnih podataka koji se odnose na zdravstveno stanje osiguranih lica, koji se vode u medicinskoj dokumentaciji osiguranog lica, u skladu sa zakonom, kontrolor osiguranja je ovlaštenu doktor medicine, doktor stomatologije, odnosno magistar farmacije. Nadalje, u postupku vršenja kontrole kontrolor osiguranja mora imati i dati na uvid službenu legitimaciju. U vršenju poslova kontrolor osiguranja ovlašten je da ostvari neposredan uvid u tražene podatke i u službenu i finansijsku dokumentaciju davaoca zdravstvenih usluga, kao i uvid u određenu medicinsku dokumentaciju značajnu za ostvarivanje prava osiguranih lica iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Zakon, također, propisuje ovlaštenja za kontrolora osiguranja, koja mu pripadaju u vršenju kontrole. Osim toga, kontrola izvršenja ugovora se može povjeriti i zavodima za javno zdravstvo u Federaciji, Agenciji za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine, saglasno njihovim nadležnostima utvrđenim posebnim zakonima, odnosno drugim ovlaštenim pravnim ili fizičkim licima, ako je to racionalnije i efikasnije za kontrolu izvršenja pojedinih segmenata ugovora. Zakon je definirao i da se rješavanje sporova između Zavoda i davalaca zdravstvenih usluga, a u vezi sa zaključivanjem, izmjenom i provođenjem ugovora o pružanju zdravstvene zaštite, obavlja u skladu sa zaključenim ugovorom, odnosno u sudskom postupku pred mjesno nadležnim sudom.

U Poglavlju VIII „Zdravstvena zaštita u vezi povrede na radu i oboljenja od profesionalne bolesti“ (čl. 104.-106.) definirano je da prava na zdravstvenu zaštitu zbog povrede na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti ostvaruju lica koja su u radnom odnosu kod domaćeg ili stranog poslodavca sa sjedištem na teritoriji Federacije, a na teret sredstava poslodavca. Poslodavac je dužan reosigurati se radi rizika ili pak osigurati se dobrovoljnim pristupanjem fondu za zaštitu zdravlja radnika. Zakon utvrđuje i koja prava pripadaju osiguranicima kod povreda na radu, ili oboljenja od profesionalne bolesti (član 105.), te ko ima pravo na zdravstvenu zaštitu zbog povreda na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti (član 106.). Kada je riječ o ovoj oblasti valja istaći i inicijativu Ekonomsko-socijalnog vijeća za teritoriju Federacije BiH kojom je traženo da se zdravstvena zaštita u vezi povrede na radu i oboljenja od profesionalne bolesti finansira iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Tom prilikom, Vlada Federacije BiH je u svom izjašnjenju navela sljedeće:

Suštinska razlika između obaveznog zdravstvenog osiguranja i osiguranja za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti je u tome što se kroz obavezno zdravstveno osiguranje osigurava osigurana osoba (fizičko lice), dok se kroz osiguranje za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti osigurava poslodavac. Naime, bitno je istaći da se osiguranjem za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, poslodavac osigurava kako bi se zaštitio od troškova koji bi nastali kao posljedica liječenja njegovog zaposlenika u slučaju povrede na radu i profesionalne bolesti. Zaposleniku kod kojeg nastupi povreda na radu ili profesionalna bolest nije uskraćeno liječenje, pa shodno tome njemu i ne treba ovo osiguranje, ali troškove tog liječenja snosi njegov poslodavac, kojem onda treba

osiguranje. Plaćanje troškova liječenja povreda na radu i profesionalnih bolesti mora biti vezano za poslodavca, jer će jedino na taj način poslodavac biti motiviran da unaprijedi zaštitu na radu i brigu o zdravlju zaposlenika. U svakom drugom slučaju, poslodavci će izbjegavati te obaveze, što će značiti ili prebacivanje tih troškova na obavezno zdravstveno osiguranje ili dovođenje radnika u situaciju da nije zaštićen. U praksi, veliki broj poslodavaca do sada nije se dodatno osiguravao za rizik profesionalne bolesti i profesionalne povrede kod radnika, a koji isključivo pada na teret sredstava poslodavaca, mada je isto zakonska obaveza još od 1997. godine. Osim toga, Zakonom o radu ("Službene novine Federacije BiH", br. 43/99, 32/00 i 29/03), i to u poglavlju VI regulirana je zaštita zaposlenika, te se ukazuje na to da je poslodavac dužan osigurati potrebne uvjete za zaštitu na radu kojim se osigurava zaštita i zdravlje zaposlenika u skladu sa zakonom. Ovdje se misli na Zakon o zaštiti na radu ("Službeni list SR BiH", broj 22/90). Jedna od tih mjera, pored redovnih liječničkih pregleda, je i plaćanje svih troškova liječenja u slučaju povrede na radu ili profesionalne bolesti, a za što se obavezno osiguravaju poslodavci. S druge strane, iznos osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalnih bolesti ne može biti vezan samo uz isplaćenu plaću, nego uz rizik određene djelatnosti za nastanak povrede na radu i profesionalne bolesti. Ukazano je da bi se navedeno trebalo posebno razraditi, tako da premija osiguranja uključuje najmanje sljedeće parametre:

- **stepen rizika od povrede na radu** (npr. građevinska djelatnost i rudarska sigurno imaju veći rizik, nego rad u osiguranju),
- **stepen rizika od profesionalne bolesti** (ovo treba izdvojiti, zato što su rizici pojavljivanja profesionalnih bolesti različiti od rizika pojavljivanja povrede na radu po djelatnostima),
- **stepen primjene mjera zaštite na radu** (poslodavac koji manje ulaže u prevenciju i zaštitu na radu treba da plaća veće premije za osiguranje za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti).

Obaveza poslodavca predviđena članom 36. važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju, a koji se ima promatrati i u kontekstu člana 15. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", br. 46/10 i 75/13), koji utvrđuje dužnosti na nivou poslodavca (specifična zdravstvena zaštita) i koji predviđa obavezu poslodavca da se obavezno osigura za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti, ne može se podvoditi pod slučajevne reosiguranja, a u smislu čl. 92. i 93. Zakona o zdravstvenom osiguranju. Posebno ističemo da poslodavac ne plaća doprinose za zdravstveno osiguranje, nego vrši uplatu doprinosa u ime svojih zaposlenika, pri čemu iznos za doprinose, kao i poreze ne predstavlja donaciju ili doprinos poslodavca, nego je dio troškova radne snage. Poslodavac je samo obveznik uplate doprinosa za zdravstveno osiguranje saglasno Zakonu o zdravstvenom osiguranju, kao i Zakonu o doprinosima ("Službene novine Federacije BiH", br. 35/98, 54/00, 16/01, 37/01, 1/02, 17/06 i 14/08), ali ne i korisnik zdravstvenog osiguranja svojih zaposlenika. Međutim, pravna rješenja koja reguliraju odgovornost poslodavca za osiguranje zdravstvene zaštite u slučaju profesionalne bolesti i ozljede na radu ne mogu se promatrati odvojeno od odredbi Zakona o radu, Zakona o zaštiti na radu, Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, br. 29/98, 49/00, 32/01, 73/05, 59/06, 4/09 i 55/12), kao i propisima donijetim na osnovu tih zakona. Naime, odredbama Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju utvrđen je pojam povrede na radu, kao i profesionalne bolesti, te, također, na osnovu istog donijeta je Odluka o Listi profesionalnih bolesti („Službene novine Federacije BiH“, broj 24/02). Saglasno Zakonu o penzijskom i invalidskom osiguranju, bolja regulacija odredbi koje se odnose na povredu na radu i profesionalnu bolest je u nadležnosti

Federalnog ministarstva rada i socijalne politike, a donošenje Odluke o Listi profesionalnih bolesti je u nadležnosti Upravnog odbora Federalnog zavoda za penzijsko-invalidsko osiguranje.

Također, trebaju se imati u vidu i odredbe Zakona o zaštiti na radu, kao i propisi donijeti na osnovu tog zakona. Naime, Zakonom o zaštiti na radu propisane su obaveze za poslodavca u pogledu poduzimanja posebnih mjera zaštite radnika na radu, a koje se odnose na poduzimanje mjera u vezi neposrednog osiguranja sigurnosti na radu, mjere u vezi sa uvjetima rada, kao i mjere u vezi sa posebnom zaštitom radnika. Također, ovim zakonom su propisana i prava, obaveze i odgovornosti organizacija, poslodavaca i radnika. S tim u vezi, ističemo da je članom 37. Zakona o zaštiti na radu propisana obaveza poslodavca da organizira poslove zaštite na radu, posebno zaštite na radu radnih mjesta sa posebnim uvjetima rada, kao i obaveze izvještavanja inspekcijskih organa o svakom smrtnom slučaju, nesreći koja je zadesila dva ili veći broj radnika, težoj povredi, profesionalnom oboljenju i svakoj pojavi koja bi mogla uzgroziti život i zdravlje radnika na radu, te s tim u vezi, vođenje propisanih evidencija o radnicima raspoređenim na radna mjesta sa posebnim uvjetima rada; provjeri znanja radnika iz oblasti zaštite na radu; izvršenim pregledima i ispitivanjima radne sredine, sredstava rada i opreme, sredstava lične zaštite; povredama radnika na radu, profesionalnim oboljenjima, smrtnim slučajevima i njihovim uzrocima, kao i ljekarskim pregledima. Na osnovu Zakona o zaštiti na radu još uvijek su u primjeni, kao važeći, i podzakonski akti donijeti na osnovu ovog zakona, i to: Pravilnik o uvjetima za utvrđivanje radnih mjesta sa posebnim uvjetima rada i ljekarskim pregledima radnika na tim radnim mjestima („Službeni list SRBiH“, broj 2/91); Pravilnik o postupku skraćivanja radnog vremena na radnim mjestima sa posebnim uvjetima rada mjestima („Službeni list SRBiH“, broj 2/91); Pravilnik o uvjetima koje u pogledu kadrova i tehničke opreme moraju ispunjavati organizacije koje vrše periodične preglede i ispitivanja iz oblasti zaštite na radu mjestima („Službeni list SRBiH“, broj 2/91); Pravilnik o vođenju evidencije, čuvanju isprava i sadržaju godišnjeg izvještaja iz oblasti zaštite na radu mjestima („Službeni list SRBiH“, broj 2/91); Pravilnik o načinu i postupku vršenja periodičnih pregleda i ispitivanja iz oblasti zaštite na radu mjestima („Službeni list SRBiH“, broj 2/91) i Pravilnik o pružanju prve pomoći u slučaju povrede i oboljenja radnika na radu mjestima („Službeni list SRBiH“, broj 38/86). Bitno je istaći da je u proceduri donošenje novog Zakona o radu, kao i novog Zakona o sigurnosti i zdravlju na radu. U predloženim rješenjima novog Zakona o sigurnosti i zdravlju na radu utvrđene su obaveze poslodavca, te posebno, obaveza organiziranja poslova sigurnosti i zdravlja na radu, a koja uključuje imenovanje stručnog saradnika za sigurnost i zdravlje na radu kod poslodavca, odbora za sigurnost i zdravlje na radu kao savjetodavnog tijela poslodavca, te obavezu imenovanja povjerenika za sigurnost i zdravlje na radu. Također, Zakonom su propisana prava i obaveze radnika. Posebno poglavlje ovog zakona je zdravstveni nadzor i pravo radnika na specifičnu zdravstvenu zaštitu koje je usklađeno sa postojećim rješenjima iz Zakona o zdravstvenom osiguranju. Osim toga, u kontekstu kandidirane inicijative Ekonomsko-socijalnog vijeća za teritoriju Federacije treba imati u vidu i Izvještaj o radu Federalne uprave za inspekcijske poslove za 2012. godinu, u dijelu koji se odnosi na oblast zaštite na radu (dostupan na web stranici [www.fuzip.gov.ba](http://www.fuzip.gov.ba)). Naime, u spomenutom Izvještaju, u oblasti zaštite na radu, navedeno je da je: „Utvrđeno postojanje nepravilnosti u ovoj oblasti na osnovu kojih su donijeta rješenja za otklanjanje nedostataka i rješenja o zabrani rada na sredstvima rada koja neposredno ugrožavaju život i zdravlje radnika. Na bazi relativno ograničenog broja pregleda iz oblasti zaštite na radu, može se konstatirati da je stanje u ovoj oblasti, za prethodni period, nezadovoljavajuće, a što je uvjetovano posljedicama

recesije, neadekvatnih zakonskih propisa i neadekvatnog broja inspektora i izvršenih kontrola. Ovakvo stanje je rezultiralo i velikim brojem nesreća na radu, posebno onih sa smrtnim ishodom.“. U ovom izvještaju objavljeni su podaci o povredama na radu, a na osnovu prikupljenih zapisnika o izvršenim uviđajima nesreća na radu, dostavljenih od strane kantonalnih inspektora na teritoriji Federacije, s tim da naglašavaju da Posavski kanton, Kanton 10 i Zapadno-hercegovački kanton ne dostavljaju izvještaje u skladu sa odredbama člana 58. Zakona o zaštiti na radu. U 2012. godini evidentirano je ukupno 108 povreda na radu, od čega 16 povreda na radu sa smrtnim ishodom i 92 teže povrede na radu, a lakše povrede nisu evidentirane i za iste nema podataka. U navedenom Izvještaju daju se konstatacije da je najveći broj povreda na radu u 2012. godini, kao i u ranijim periodima, u oblasti građevinarstva, obrade metala i šumarstva, a uglavnom su posljedica neprovođenja propisanih mjera zaštite na radu, neobučenosti zaposlenika iz ove oblasti, nekorištenja ličnih zaštitnih sredstava i opreme, kao i neprimjenjivanje odredaba tehničkih propisa standarda. Posebno je naglašeno da svi kantoni ne dostavljaju tražene podatke, te da poslodavci u svim slučajevima ne prijavljuju nesreće na radu. Ponovno je potencirana, kao i u ranijim izvještajima, potreba donošenja novih propisa o zaštiti na radu, kako bi se osiguralo kvalitetnije provođenje mjera zaštite na radu kod poslodavaca, pa i efikasniji rad inspekcije u ovoj oblasti.

Iz izloženog slijedi da, kada se raspravlja o ukidanju obaveze poslodavca da se reosigurava za slučaj povrede na radu, odnosno profesionalne bolesti osiguranika, a time i obaveze da isti osigurava sredstva za zdravstvenu zaštitu uposlenika u slučaju povrede na radu, odnosno profesionalne bolesti, navedeno se mora promatrati i u kontekstu Zakona o radu, Zakona o zaštiti na radu, Zakona o **penzijskom i invalidskom** osiguranju, kao i propisa donijetih na osnovu tih zakona.

Novim Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju predviđene su novelirane odredbe u dijelu koji se odnosi na pravo na zdravstvenu zaštitu zbog povrede na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti koje ostvaruju lica koja su u radnom odnosu kod domaćeg ili stranog poslodavca sa sjedištem na teritoriji Federacije, a na teret sredstava poslodavca. Također je predviđeno da ovo pravo poslodavac može osigurati na jedan od sljedećih načina: reosigurati se radi navedenog rizika ili se osigurati pristupanjem poslodavca u fond za zaštitu zdravlja radnika. Naime, ovim zakonom se predlaže formiranje fonda za zaštitu zdravlja radnika koji se može organizirati u okviru zavoda zdravstvenog osiguranja, ali i separatno. Ukoliko se organizira u okviru zavoda zdravstvenog osiguranja, sredstva ovog fonda se vode i evidentiraju odvojeno od sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, na posebnom računu zavoda zdravstvenog osiguranja. Pristup poslodavaca fondu za zaštitu zdravlja radnika je dobrovoljan.

Odlukom Vlade Federacije BiH, na prethodno usaglašen prijedlog federalnog ministra zdravstva i federalnog ministra finansija, kao i uz pribavljeno mišljenje Ekonomsko-socijalnog vijeća za teritoriju Federacije Bosne i Hercegovine, određuje se obim i vrsta, kao i ugovaranje specifične zdravstvene zaštite koja se ostvaruje iz fonda za zaštitu zdravlja radnika; uvjetima i načinu pristupanja fondu za zaštitu zdravlja radnika; vrsti rizika koji se pokrivaju sredstvima ovog fonda; visini premije i načinu njenog izračuna spram uvjeta radnog mjesta koje radnik obavlja; način izračuna najveće moguće štete koja se može isplatiti; načinu upravljanja sredstvima ovog fonda; sredstva potrebna za rad stručne službe zavoda zdravstvenog osiguranja u dijelu obavljanja operativnih poslova i zadataka ovog fonda, te druga pitanja od značaja za poslovanje poslovnog fonda za zaštitu radnika. Novim Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju predviđen je obim

i sadržaj zdravstvene zaštite kod povreda na radu ili oboljenja od profesionalne bolesti. Posebno je obrađeno pravo na zdravstvenu zaštitu u slučaju povrede na radu, odnosno profesionalne bolesti za: učenike i studente koji učestvuju na praktičnoj nastavi, praktičnom radu i na stručnim putovanjima; lica koja su nakon završenog školovanja na praktičnom radu bez obzira da li primaju zaradu, odnosno ugovorenu naknadu; lica koja u skladu sa zakonom obavljaju privremene i povremene poslove preko omladinskih, odnosno studentskih zadruga do navršениh 27 godina života, ako su na redovnom školovanju; lica koja se nalaze na dodatnom obrazovanju i obuci po uputi nadležnog zavoda za zapošljavanje; lica koja učestvuju u organiziranim javnim radovima od općeg značaja; lica koja učestvuju u civilnoj zaštiti radi zaštite i spašavanja ljudi, biljnog i životinjskog svijeta, materijalnih, kulturnih, istorijskih i drugih dobara i okoliša od prirodnih nepogoda, tehničko-tehnoloških, ekoloških i drugih nesreća ili ratnih opasnosti, saglasno Zakonu o zaštiti i spašavanju ljudi i materijalnih dobara od prirodnih i drugih nesreća; lica kao članovi dobrovoljnih vatrogasnih društava i vatrogasnih jedinica u pravnim licima, koja vrše dužnosti po Zakonu o zaštiti od požara i vatrogastvu; lica koja se nalaze na izdržavanju kazne zatvora dok rade u privrednoj jedinici zavoda za izdržavanje kazne zatvora (radionica, radilište i sl.) i na drugom mjestu rada; djeca i mladi sa smetnjama u tjelesnom i duševnom razvoju na praktičnoj nastavi ili na obaveznom praktičnom radu kod pravnog lica za osposobljavanje; lica koja pomažu policijskim službama u obavljanju poslova iz njihove nadležnosti; lica koja na poziv državnih i drugih ovlašćenih organa obavljaju dužnosti; sportisti, treneri ili organizatori u sklopu organizirane sportske djelatnosti, odnosno lica koja učestvuju u sportskim akcijama; lica koja kao članovi gorske službe spašavaju, pripadnici dobrovoljnih vatrogasnih društava i vatrogasnih jedinica u pravnim licima, dobrovoljni pripadnici civilne zaštite ili ronoci koji obavljaju zadatke spasavanja života ili otklanjanja, odnosno sprečavanja opasnosti koje neposredno ugrožavaju život ili imovinu građana.

Pod povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti, u smislu ovog zakona, smatra se povreda, odnosno oboljenje saglasno Zakonu o penzijskom i invalidskom osiguranju. Gore navedena rješenja u dijelu koji se odnosi na pravo na zdravstvenu zaštitu osiguranika u slučaju povrede na radu i profesionalne bolesti su dijelom i preporuke iz Projekta ELMO. U novom Zakonu o obaveznom zdravstvenom osiguranju predvidjeli smo da se pod povredom na radu smatra samo ona povreda koja je nastala u poslovnom prostoru poslodavca.

Praksa zemalja Evropske unije ukazuje da se rješavanje zdravstvene zaštite radnika u slučaju povrede na radu i profesionalne bolesti, upravo odvija kroz formiranje posebnih fondova za zaštitu zdravlja radnika, a kako je to predviđeno u novom tekstu Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju.

**U Poglavlju IX „Institucija obaveznog zdravstvenog osiguranja“ (čl. 107.-124.)** regulirano je da se za obavljanje poslova obaveznog zdravstvenog osiguranja osniva Zavod zdravstvenog osiguranja Federacije BiH, znači kao jedinstven centralni Zavod koji je odgovorna institucija obaveznog zdravstvenog osiguranja na cijelom teritoriju Federacije BiH. U Zavodu se formiraju posebni fondovi za: obavezno zdravstveno osiguranje; dopunsko zdravstveno osiguranje saglasno posebnom zakonu; dobrovoljno zdravstveno osiguranje saglasno posebnom zakonu i fond za zaštitu zdravlja radnika. Zavod upravlja sredstvima ovih fondova, vodi ih i evidentira knjigovodstveno i materijalno odvojeno. Bitno je istaći da, u uvjetima formiranja jedinstvenog, centralnog Zavoda više nema potrebe da se zadržavaju pravna rješenja koja se odnose na federalni fond solidarnosti. Ovo iz razloga, jer u uvjetima kada se formira jedinstven centralni Zavod predviđeno je centralno

prikupljanje sredstava u ovaj fond, čime se postiže apsolutna solidarnost na cijelom teritoriju Federacije, na sva tri nivoa zdravstvene zaštite. Centralno prikupljanje sredstava u jedinstvenom centralnom Zavodu podrazumijeva da se od strane ovog Zavoda utvrđuju jasni i transparentni kriteriji za raspored sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja po kantonalnim službama, kao i raspored ovih sredstava prema kantonalnim službama, koje imaju i u uvjetima jedinstvenog centralnog Zavoda veliki stepen autonomije, a koja se prvenstveno ogleda u ugovaranju zdravstvenih usluga sa zdravstvenim ustanovama na svom području, ali u ime i za račun jedinstvenog i centralnog Zavoda, i to saglasno kriterijima ugovaranja koje odredi ovaj Zavod.

Dosadašnja pravna rješenja u važećem Zakonu su naime predviđala da se:

„Obavezno zdravstveno osiguranje zasniva na načelima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika u okviru kantona i Federacije, u slučajevima i pod uvjetima utvrđenim u ovom zakonu. Obavezno zdravstveno osiguranje može se zasnivati na načelima uzajamnosti i solidarnosti i u okviru dva ili više kantona, pod uvjetima utvrđenim ovim zakonom.“, a sada za istim nema potrebe, ako se usvoje pravna rješenja u vezi jedinstvenog centralnog Zavoda.

Zavod je pravno **lice** s pravima i obavezama, te odgovornošću, utvrđenim ovim Zakonom i statutom Zavoda koji obavlja poslove obaveznog zdravstvenog osiguranja na cijeloj teritoriji Federacije. Obavljanje pravnih, ekonomskih, administrativnih i drugih poslova Zavoda organizuje se u Središnjoj administrativnoj službi Zavoda (u **daljnjem** tekstu: Središnja služba) i kantonalnim službama Zavoda (u **daljnjem** tekstu: kantonalna služba) (član 107.). Zakon definira da se Statutom Zavoda utvrđuje: organizacija Zavoda; prava, obaveze i odgovornosti organa upravljanja i rukovođenja; javnost rada; način obavljanja stručno-administrativnih, pravnih i njima sličnih poslova Zavoda; unutrašnja organizacija i djelokrug rada Središnje službe i kantonalnih službi; sjedište kantonalnih službi; način finansiranja Središnje službe i kantonalnih službi, kao i druga pitanja propisana zakonom od značaja za rad Zavoda. Statut Zavoda donosi Upravni odbor Zavoda uz saglasnost Parlamenta Federacije **BiH**. Važno je naglasiti da se radi obavljanja stručnih, administrativnih i drugih poslova Zavoda osniva Središnja služba i kantonalne službe. Sredstva potrebna za finansiranje ovih službi izdvajaju se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja čiju visinu utvrđuje Vlada Federacije **BiH** na prijedlog federalnog ministra, i to srazmjerno vrsti i obimu poslova, te kadrovskoj strukturi i broju uposlenih radnika Središnje službe i kantonalnih službi zavoda potrebnih za kvalitetno i blagovremeno obavljanje planiranih poslova, broju članova upravnog odbora, kao i komisija formiranih unutar Federalnog zavoda osiguranja.

Nadalje, u ovom Poglavlju se utvrđuju poslovi Zavoda (član 110.). Posebno se naglašava da Zavod obavlja poslove izrade obračuna ukupnih sredstva ostvarenih i utrošenih u zdravstvu Federacije (u **daljnjem** tekstu: obračun sredstava u zdravstvu), te šta obuhvata taj obračun (član 111.). Poslovi i zadaci Središnje službe opisani su članom 112. Zakona, kojim je definirano i sjedište Središnje službe. Poslovi i zadaci kantonalnih službi opisani su odredbom člana 113. Zakona. Što se tiče upravljanja Zavodom, članom 114. propisan je upravni odbor od jedanaest (11) članova koje imenuje Vlada Federacije **BiH** na prijedlog federalnog ministra zdravstva. Upravni odbor zavoda čine: po jedan član iz svakog kantona, kojeg predlažu vlade kantona i jedan član kojeg predlaže Vlada Federacije **BiH**. Svakako, Zakon utvrđuje i ovlaštenja upravnog odbora Zavoda. Upravni odbor Zavoda u uskoj saradnji sa Središnjom službom i uz konsultacije sa kantonalnim službama može donijeti odluku o udruživanju dvije ili više kantonalnih službi u jednu službu. U organizacionom smislu, valja ukazati i da Zavod ima organ kontrole, što je

nadzorni odbor, koji se sastoji od predsjedavajućeg i dva člana. Poslovi i zadaci nadzornog odbora propisani su Zakonom. Zavodom rukovodi direktor, koji ima zamjenika. Direktor i zamjenik direktora Zavoda ne mogu biti imenovani iz istog konstitutivnog naroda u Federaciji. Djelokrug, ovlaštenja i odgovornost direktora i zamjenika direktora Zavoda utvrđuju se Statutom Zavoda.

Posebno treba istaći da Zakon propisuje da Zavod ima rezervu koja se ostvaruje izdavanjem najmanje 5% ukupnih rashoda ostvarenih u protekloj godini. Nadzor nad korištenjem rezerve obavlja upravni odbor Zavoda. Ova sredstva služe za osiguravanje tekuće likvidnosti, za pokriće gubitaka i mogu biti korištena za komercijalne pozajmice.

Ukoliko Vlada Federacije **BiH** utvrdi da su gubici Zavoda nastali iz objektivnih okolnosti, gubici se pokrivaju iz Budžeta Federacije, kao pomoć za likvidnost u iznosu koji nedostaje.

Zakon predviđa da se u Zavodu vode evidencije u svrhu osiguranja podataka potrebnih za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja, te nadzor nad ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Nadzor nad zakonitošću rada Zavoda obavlja Federalno ministarstvo zdravstva i Federalno ministarstvo finansija/Federalno ministarstvo financija, svako u okviru svojih nadležnosti.

Ovim zakonom predložili smo alokaciju sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja centralno, u jedinstvenom Zavodu zdravstvenog osiguranja koji je odgovoran za cijelu teritoriju Federacije. Ovim modelom alokacije sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja se potpuno „izjednačava rizik“ između kantona, što osim totalnog finansijskog poravnania novca *per capita*, podrazumijeva i izjednačavanja rizika prema dobnoj strukturi neke regije. Ova šema alokacije sredstava osigurava apsolutnu solidarnost cijele teritorije Federacije BiH na maksimalno mogući način, ali i stvarnu ujednačenost prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za sve osiguranike Federacije, te efikasniju i bržu prenosivost prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na cijelom teritoriju Federacije.

**U Poglavlju X „Kaznene odredbe“** (čl. 125.-129.) propisano je da se na obveznike uplate doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje utvrđene ovim zakonom i propisima donijetim ovim zakonom, shodno primjenjuju kaznene odredbe regulirane Zakonom o doprinosima i Zakonom o jedinstvenom sistemu. Osim toga, propisane su kaznene odredbe u vezi sa postupanjem suprotnim ovom Zakonu, i to obveznika uplate doprinosa koji nije obuhvaćen Zakonom o doprinosima, poslodavca koji je pravno lice, izabranog liječnika i osigurano lice.

**U Poglavlju XI „Prelazne i završne norme“** (čl. 130.-140.) utvrđeno je koje će propise na osnovu ovog Zakona donijeti Vlada Federacije BiH, a koje federalni ministar zdravstva. Također, predviđeno je da će se Zavod formirati reorganizacijom dosadašnjeg Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH i kantonalnih zavoda osiguranja. Najznačanije odredbe ovog Poglavlja su one odredbe koje transparentno osiguravaju prelazak poslovanja sa dosadašnjih institucija obaveznog zdravstvenog osiguranja na jedinstven centralni Zavod, a koje podrazumjevaju da će se u roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovog zakona donijeti bliži **kriteriji** za imenovanje u upravni i nadzorni odbor Zavoda, kao i **bliži** kriteriji za imenovanje direktora i zamjenika direktora Zavoda saglasno ovom zakonu. U roku od tri mjeseca od dana donošenja kriterija iz stava 1. ovog člana, Vlada Federacije BiH imenovat će upravni i nadzorni odbor Zavoda. Zavod će početi sa radom u roku od 18 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona. Zatečeni nosioci zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana nastavljaju s radom do početka rada Zavoda. Federalno ministarstvo zdravstva i Zavod zdravstvenog

osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine će pripremiti privremene opće akte i provesti postupak za početak rada Zavoda u skladu sa ovim zakonom. Vlada Federacije BiH će u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona donijeti program finansijske konsolidacije zatečenih nosilaca zdravstvenog osiguranja u kojem će naročito utvrditi uvjete izjednačavanja dinamike obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Imovinu zatečenih nosilaca zdravstvenog osiguranja iz člana 133. stav 1. ovog zakona čine prava, obaveze, stvari, novac i ostala pokretna i nepokretna imovina sa kojom su raspolagali zatečeni nosioci zdravstvenog osiguranja preuzima Zavod. Zatečene zaposlenike nosilaca zdravstvenog osiguranja preuzima Zavod. Primopredaja službenih akata između zatečenih nosilaca zdravstvenog osiguranja i Zavoda izvršit će se u skladu sa Odlukom o postupku primopredaje službenih akata između ukinutih i novoosnovanih organa uprave i Federalnih ustanova ("Službene novine Federacije BiH", broj 20/98). Privremenog direktora Zavoda i njegovog zamjenika, do imenovanja direktora i zamjenika direktora iz člana 132. ovog Zakona imenuje Vlada Federacije BiH u skladu sa propisima o vladinim i drugim imenovanjima u Federaciji Bosne i Hercegovine. Osigurana lica koja su započela ostvarivati prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava koja proizilaze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja prije stupanja na snagu ovog zakona, obaviti će se u skladu sa ovim zakonom, ako je to povoljnije za osigurana lica. Do donošenja propisa o stopama obaveznog zdravstvenog osiguranja i utvrđivanja stope obaveznog zdravstvenog osiguranja, primjenjivat će se odgovarajuće stope koje su važile na dan stupanja na snagu ovog zakona. Sva pravna i fizička lica u ostvarivanju prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dužna su svoje poslovanje uskladiti sa odredbama ovog zakona u roku od 18 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona i propisa donijetih na osnovu ovog zakona.

U ovom je Poglavlju propisano i da Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, br. 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11) prestaje važiti u dijelu obaveznog zdravstvenog osiguranja, sa izuzetkom određenih podzakonskih propisa, koji su decidno navedeni. Predviđeno je da Zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

#### **IV – MIŠLJENJA**

Saglasno ustavnim nadležnostima, Prednacrt zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju upućen je na mišljenje kantonima, kao i nadležnim tijelima Federacije u skladu sa Poslovníkom o radu Vlade Federacije Bosne i Hercegovine.

Pozitivna mišljenja na Prednacrt zakona dostavljena su od strane Federalnog ministarstva pravde i Federalnog ministarstva finansija/**Federalnog ministarstva** financija. Ured Vlade Federacije Bosne i Hercegovine za zakonodavstvo i usklađenost sa propisima Evropske unije dostavio je Mišljenje broj: 07-02/1-37-734/14 od 07.07.2014.godine na Prednacrt zakona, u kojem su izneseni određeni prijedlozi i sugestije, koje je obrađivač propisa prihvatio, te ugradio u tekst zakona. Također, uz navedeno mišljenje dostavljena je potpisana i ovjerena Izjava o usklađenosti Prednacrt zakona sa propisima Evropske unije, koja se nalazi u prilogu ovom zakonu, zajedno sa pratećim uporednim prikazom.

Kada je u pitanju ravnopravnost spolova konstatiramo da je Prednacrt zakona usaglašen sa odredbama Zakona o ravnopravnosti spolova u BiH – prečišćeni tekst („Službeni glasnik BiH“, broj 32/10).

Nadalje, što se tiče kantona, većina se slaže da Prednacrt zakona predstavlja dobru osnovu koja se može uputiti u daljnju proceduru usvajanja.



## **V - FINANSIJSKA SREDSTVA**

Za provođenje ovog Zakona nisu potrebna dodatna finansijska sredstva iz Budžeta Federacije.