



SLUŽBENE NOVINE FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE

Godina IV - Broj 30

Četvrtak, 25. decembra/prosinca 1997.
SARAJEVO

bosanski jezik
hrvatski jezik

280

Na temelju poglavlja IV Odjeljak B, članka 7a Ustava Federacije Bosne i Hercegovine, donosim

UKAZ

O PROGLAŠENJU ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Proglašava se Zakon o zdravstvenom osiguranju koji je usvojio Parlament Federacije Bosne i Hercegovine na sjednici Zastupničkog doma održanoj 28. svibnja/maja 1997. godine i na sjednici Doma naroda održanoj 1. oktobra 1997. godine.

Broj 01-972/97

21. studeni/novembar 1997. godine Predsjednik
Sarajevo mr **Vladimir Šoljić**, v. r.

ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I - OSNOVNE ODREDBE

Član 1.

Zdravstveno osiguranje, kao dio socijalnog osiguranja građana, čini jedinstveni sistem u okviru koga građani ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti, obavezno u okviru kantona osiguravaju ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i druge oblike osiguranja na način koji je utvrđen ovim zakonom, drugim zakonima i propisima donesenim na osnovu zakona.

U okviru Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Federacija), odnosno kantona, sredstva za zdravstveno osiguranje mogu se ulagati i na dobrovoljnoj osnovi.

Član 2.

Pod uvjetima utvrđenim ovim zakonom i drugim zakonima i propisima donesenim na osnovu zakona, građani Federacije imaju pravo na zdravstveno osiguranje, koje obuhvaća:

1. obavezno zdravstveno osiguranje;
2. prošireno zdravstveno osiguranje, i
3. dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Član 3.

Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje po ovom zakonu imaju lica u radnom odnosu i druga lica koja vrše određene

djelatnosti ili imaju određeno svojstvo, a obuhvaćena su ovim zakonom.

Obavezno zdravstveno osiguranje, **odnosi se na sva lica** iz stava 1. ovog člana (u daljem tekstu: osiguranici).

Član 4.

Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje imaju i članovi porodice osiguranika, kad je to ovim zakonom određeno.

Član 5.

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem obezbjeđuju se osiguranicima i članovima porodice osiguranika (u daljem tekstu: osigurana lica) pravo na korišćenje zdravstvene zaštite i pravo na novčane naknade i pomoći po ovom zakonu.

Obim prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja određen je odredbama ovog zakona i propisima donesenim na osnovu ovog zakona.

Član 6.

Obavezno zdravstveno osiguranje zasniva se na načelima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika u okviru kantona.

Obavezno zdravstveno osiguranje može se zasnivati na načelima uzajamnosti i solidarnosti u okviru dva ili više kantona, odnosno Federacije, u slučajevima i pod uvjetima utvrđenim ovim zakonom.

Član 7.

Prava koja osiguranim licima pripadaju po ovom zakonu ne mogu se ugovorom mijenjati, ni prenositi na druga lica, niti se mogu naslijeđivati.

Izuzetno od odredbe iz stava 1. ovog člana novčana primanja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koja su dospjela za isplatu, a ostala su neisplaćena uslijed smrti osiguranog lica, mogu se naslijeđivati.

Član 8.

Radi osiguranja prava iz zdravstvene zaštite, odnosno obima prava koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, zakonodavno tijelo kantona može uvesti prošireno zdravstveno osiguranje.

Član 9.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na teret fonda obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako je njihovo

korišćenje u skladu sa načinom utvrđenim zakonom i propisima donesenim na osnovu zakona.

Član 10.

Pri korišćenju određenih vidova zdravstvene zaštite, osigurana lica učestvuju u snošenju troškova, kad je to zakonom predviđeno.

Član 11.

Sva osigurana lica imaju ravnopravan položaj u pogledu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 12.

Vidove zdravstvene zaštite i prava koja se ne osiguravaju obaveznim i proširenim zdravstvenim osiguranjem građani mogu osigurati dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

Član 13.

Sredstva za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se doprinosima od kojih se obrazuju fondovi zdravstvenog osiguranja kod zavoda zdravstvenog osiguranja kantona, saglasno odredbama ovog zakona i propisa donesenih na osnovu zakona.

Sredstva za ostvarivanje prava iz proširenog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se dodatnim doprinosima u skladu sa propisima kantona.

Sredstva iz st. 1. i 2. ovog člana mogu se osiguravati i iz drugih izvora utvrđenih zakonom i drugim propisima donesenim na osnovu zakona (porezi, donacije, premije, takse, sredstva budžeta kantona i Federacije).

Sredstva za dobrovoljno zdravstveno osiguranje obezbjeđuju građani lično ili putem preduzeća, ustanova i na drugi način na koji sami odluče da udruže sredstva za ovo osiguranje.

Član 14.

Za određene rizike u provođenju zdravstvenog osiguranja, u okviru Federacije se ustanovljava obavezno zdravstveno **osiguranje i reosiguranje**.

Član 15.

U cilju ostvarivanja prava i osiguravanja sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osniva se zavod zdravstvenog osiguranja kantona (u daljem tekstu: kantonalni zavod osiguranja).

Član 16.

Radi obavljanja poslova i ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koja su od interesa za sve kantone, kao i provođenja određenih prava po osnovu konvencija, drugih međunarodnih ugovora ili zakona i obavljanja poslova obaveznog zdravstvenog reosiguranja osniva se Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Federalni zavod osiguranja i reosiguranja).

Član 17.

U cilju ostvarivanja prava i osiguravanja sredstava za dobrovoljno zdravstveno osiguranje građana, mogu se osnovati jedan ili više zavoda dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili drugih oblika organiziranja u skladu sa zakonom.

Član 18.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja i kantonalni zavod osiguranja obavezni su, u okviru jedinstvenog informacionog sistema, organizirati praćenje ostvarivanja i korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, praćenje uplata i potrošnje, po obveznicima doprinosa, kao i drugih sredstava i lično za svakog osiguranika.

Odredba stava 1. ovog člana shodno se primjenjuje i na zavode dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

II - OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. Osigurana lica

a) Osiguranci

Član 19.

Prema ovom zakonu osiguranci su:

1. lica koja su u radnom odnosu u preduzećima, ustanovama, zadrugama i drugim oblicima organiziranja, kod radnika koji samostalno obavljaju djelatnost ličnim radom, sredstvima u svojini građana, kod radnika koji ličnim radom, samostalno u vidu zanimanja, obavljaju profesionalnu djelatnost (u daljem tekstu: pravna i fizička lica), na teritoriji Federacije,
2. lica u radnom odnosu kod pravnog ili fizičkog lica sa sjedištem na teritoriji Federacije, upućena na rad ili stručno usavršavanje u inozemstvu, te lica na radu u domaćinstvima osiguranika koji se nalaze na radu u inozemstvu, ako su dravljeni Federacije Bosne i Hercegovine,
3. lica koja su izabrana ili imenovana na stalne dužnosti u određenim organima dr. avne ili sudske uprave u Federaciji ili kantonu, ako za taj rad primaju plaću,
4. dravljeni Federacije Bosne i Hercegovine, zaposleni u stranim ili međunarodnim organizacijama i ustanovama, stranim konzularnim i diplomatskim predstavništvima sa sjedištem na teritoriji Federacije,
5. lica s prebivalištem na teritoriji Federacije zaposlena u inozemstvu kod inozemnog poslodavca koja nemaju zdravstveno osiguranje inozemne **ustanove, odnosno tijela u čijoj je nadležnosti provođenje zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: inozemni nosilac zdravstvenog osiguranja)**.
6. lica koja se nakon završenog obrazovanja nalaze na obaveznom praktičnom radu, ako rade s punim radnim vremenom,
7. lica koja na teritoriji Federacije obavljaju privrednu ili neprivrednu djelatnost ličnim radom,
8. lica koja su vlasnici privatnih preduzeća sa sjedištem na teritoriji Federacije, ako nisu zdravstveno osigurani po drugom osnovu,
9. zemljoradnici koji se na teritoriji Federacije bave zemljoradnjom kao jedinom ili glavnim zanimanjem, zemljoradnici koji su svoje poljoprivredno zemljište dali u zakup i lica koja su uzela poljoprivredno zemljište u zakup, ako nisu zdravstveno osigurana po drugom osnovu,
10. korisnici penzija i korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju Federacije,
11. korisnici penzija i invalidnina s prebivalištem na teritoriji Federacije koji to pravo ostvaruju isključivo od inozemnog nosioca penzijskog i invalidskog osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno,
12. nezaposlena lica koja su prijavljena zavodu za zapošljavanje ako su:
 - se prijavila u roku od 30 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 30 dana nakon sluzbenog vojnog roka ili nakon prestanka nesposobnosti za rad zbog koje su otpuštena s te vojne službe,

- se prijavila u roku od 30 dana nakon otpuštanja iz ustanove za izvršenje kaznenih i prekršajnih sankcija, iz zdravstvene ili druge specijalizirane ustanove, ako je bila primijenjena mjera sigurnosti obaveznog psihijatrijskog liječenja u zdravstvenoj ustanovi ili obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana,
 - na stručnom osposobljavanju ili prekvalifikaciji koje organizira zavod za zapošljavanje,
 - se prijavila u roku od 30 dana, po povratku iz inozemstva i ako su prije odlaska u inozemstvo bila zdravstveno osigurana,
 - se prijavila u roku od 90 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,
 - se prijavila u roku od 90 dana nakon služenja vojnog roka odnosno od dana prestanka nesposobnosti zbog bolesti radi koje su otpušteni s te vojne službe, ako su na služenju vojnog roka stupila u roku od 60 dana od dana završenog školovanja u odgovarajućoj ustanovi,
13. djeca koja su navršila 15 godina života, a nisu završila osnovno školovanje ili se po završetku osnovnog školovanja nisu zaposlila, ako se u roku od 30 dana od dana navršenih 15 godina života, odnosno od dana završetka školske godine prijave Zavodu za zapošljavanje,
 14. lica 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 30 dana od dana prekida školovanja i ako pravo na zdravstvenu zaštitu ne mogu ostvariti po drugom osnovu,
 15. lica s prebivalištem na teritoriji Federacije kojima je priznato svojstvo ratnog, mirnodopskog i civilnog invalida rata, odnosno status korisnika porođne invalidnine saglasno pozitivnim propisima, ako nisu zdravstveno osigurana po drugom osnovu,
 16. pripadnici Vojske Federacije **uključujući i lica na redovnom odsluženju vojnog roka i pripadnici Federalnog ministarstva unutarnjih poslova (u daljem tekstu: Federalna vojska i pripadnici FMUP-a)**,
 17. pripadnici kantonalne policije,
 18. lica koja su prekinula rad zbog toga što ih je pravno lice uputilo na stručno obrazovanje ili postdiplomski studij,
 19. 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,
 20. lica upućena u inozemstvo u sklopu međunarodne prosjetne, tehničke i kulturne saradnje,
 21. vrhunski sportisti ako nisu osigurani po drugom osnovu.

b) Članovi porodice osiguranika

Član 20.

Prema ovom zakonu članovima porodice osiguranika smatraju se:

1. supru nik (bračni i vanbračni saglasno propisima o braku i porodici),
2. djeca (rođena u braku, van braka, usvojena ili pastorčad) i druga djeca bez roditelja ako ih osiguranik izdruava,

3. roditelj (otac, majka, očuh, maćeha, usvojitelji osiguranika) ako ih osiguranik izdruava,
4. unuci, braća, sestre, djed i baka ako su nesposobni za samostalan život i rad i ako nemaju sredstava za izdruavanje, pa ih osiguranik izdruava.

Članovi porodice osiguranika iz stava 1. ovog člana stiču prava na obavezno zdravstveno osiguranje po osnovu ovog zakona, pod uvjetom da isto pravo ne ostvaruju po osnovu radnog odnosa ili obavljanja privredne ili neprivredne djelatnosti ličnim radom odnosno poljoprivrednom djelatnošću.

Vlada Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Vlada Federacije) će sprovedbenim propisima utvrditi uvjete pod kojima se smatra da je lice nesposobno za samostalan život i rad i nema vlastitih sredstava za izdruavanje.

Član 21.

Supru nik je zdravstveno osiguran kao:

1. supru nika umrlog osiguranika, koji nakon smrti supru nika nije stakao pravo na porodičnu penziju jer nije navršio određene godine života, ako je u vrijeme smrti supru nika bio stariji od 40 godina (ena) odnosno 55 godina (muškarac). Supru nik mlađi od 40, odnosno 55 godina, ukoliko propisima o penzijsko-invalidskom osiguranju nije drugačije regulirano, produava korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dok je prijavljen zavodu za zapošljavanje, ako se istom prijavi u roku od 90 dana nakon smrti supru nika,
2. razvedeni supru nik koji je sudskom odlukom stekao pravo na izdruavanje, ako je u vrijeme razvoda bio stariji od 45 godina (ena) odnosno 60 godina (muškarac). Supru nik koji je u vrijeme razvoda bio mlađi od 45 godina, odnosno 60 godina produava korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako je potpuno i trajno nesposoban za rad saglasno propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju,
3. razvedeni supru nik mlađi od 45 godina (ena) odnosno 60 godina (muškarac), kojem su sudskom odlukom povjerena djeca na čuvanje i odgajanje, dok je prijavljen zavodu za zapošljavanje, ako se istom prijavi u roku od 90 dana nakon razvoda braka i dok djeca imaju pravo na izdruavanje.

Član 22.

Djeca osiguranika su zdravstveno osigurana do navršene 15 godine, a ako su na srednjem odnosno visokom školovanju, do kraja redovnog školovanja, a najduže do navršene 26 godine života.

Djeca osiguranika koja su zbog bolesti ili povrede prekinula redovno školovanje, imaju pravo na zdravstveno osiguranje i za vrijeme trajanja bolesti odnosno povrede.

Djeca osiguranika iz stava 2. ovog člana kao i djeca osiguranika koja su zbog služenja vojnog roka prekinula redovno školovanje, produava se korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za vrijeme nastavka redovnog školovanja za onoliko vremena koliko je trajao prekid redovnog školovanja.

Djeca osiguranika koja postanu potpuno i trajno nesposobna za rad saglasno posebnim propisima prije navršene 15 godine života, odnosno za vrijeme trajanja redovnog školovanja, imaju pravo na zdravstveno osiguranje tokom trajanja te nesposobnosti.

Pravo na zdravstveno osiguranje tokom trajanja nesposobnosti pripada i djeci osiguranika koja postanu potpuno i trajno nesposobna za rad, saglasno posebnim propisima, poslije isteka razdoblja iz stava 4. ovog člana ako ih osiguranik izdruava.

Djeca koju je osiguranik uzео na izдр avanje imaju pravo na zdravstveno osiguranje, ako su bez roditelja. Djeca koja imaju jednog ili oba roditelja ako ih je osiguranik uzео na izдр avanje, imaju pravo na zdravstveno osiguranje ako su roditelji te djece zbog svog zdravstvenog stanja ili drugih razloga ne mogu brinuti о djeci i njihovom izдр avanju.

Član 23.

Dr avljani Federacije Bosne i Hercegovine zaposleni u inozemstvu kod inozemnog posodavca čiji članovi porodice (supru nik i djeca) nisu zdravstveno osigurani kod inostranog nosioca zdravstvenog osiguranja, a prije odlaska u inozemstvo su bili zdravstveno osigurani, obavezni su zdravstveno osigurati svoje članove porodice.

c) Druga lica osigurana u određenim okolnostima

Član 24.

Pravo na zdravstvenu zaštitu u obimu koji pripada osiguranicima imaju:

1. lica koja učestvuju u organiziranim javnim radovima na teritoriji Federacije,
2. lica koja ispunjavaju obavezu učestvovanja u civilnoj zaštiti ili obavezu učestvovanja u slu bi osmatranja i obavještavanja,
3. lica koja kao članovi operativnih sastava dobrovoljnih vatrogasnih organizacija vrše du nosti po propisima о zaštiti od po ara.

Član 25.

Učenici srednjih škola i redovni studenti viših i visokih škola te fakulteta koji su dr avljani Federacije Bosne i Hercegovine i imaju prebivalište na teritoriji Federacije, a nisu zdravstveno osigurani kao članovi porodice osiguranika, imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u istom obimu kao i članovi porodice osiguranika.

Članovi porodice učenika i redovnih studenata iz stava 1. ovog člana (supru nik i djeca) imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove porodice, ako im zdravstvena zaštita ne pripada po drugom osnovu.

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz st. 1. i 2. ovog člana pripada licima dok imaju svojstvo učenika, odnosno redovnog studenta.

Član 26.

Lica s prebivalištem na teritoriji Federacije koja su nesposobna za samostalan ivot i rad i nemaju sredstva za izдр avanje saglasno propisima о socijalnoj pomoći, obavezno su osigurana na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove porodice osiguranika, ako im se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugom osnovu.

Član 27.

Lica sa prebivalištem na teritoriji Federacije koja imaju sredstva za izдр avanje, obavezna su se osigurati na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove porodice osiguranika, ako im se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugom osnovu.

Lica iz stava 1. ovog člana ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu pod uvjetima da je uplaćen doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje, od dana prestanka svojstva osiguranika, odnosno najmanje 6 mjeseci unazad.

Član 28.

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 naknadu,

3. djeca i omladina sa smetnjama u tjelesnom i duševnom razvoju na praktičnoj nastavi ili na obaveznom praktičnom radu kod pravnog lica za osposobljavanje,
4. lica koja poma u policijskim službama u obavljanju poslova iz njihove nadležnosti,
5. lica koja učestvuju u organiziranim akcijama spašavanja ili zaštiti i spašavanju u slučaju prirodnih i drugih nepogoda,
6. lica koja na poziv dr avnih i drugih ovlašćenih organa obavljaju du nosti,
7. sportisti, treneri ili organizatori u sklopu organizirane sportske djelatnosti, odnosno lica koja učestvuju u sportskim akcijama,
8. lica koja kao članovi gorske službe spašavanja ili ronionici obavljaju zadatke spašavanja ivota ili otklanjanja, odnosno sprečavanja opasnosti koje neposredno ugro avaju ivot ili imovinu građana,
9. lica koja kao članovi terenskih sastava učestvuju u spašavanju i zdravstvenoj zaštiti u prirodnim i drugim nesrećama (poplave, potresi, nesreće u rudnicima i sl.).

Pod povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti, u smislu ovog zakona, smatra se povreda odnosno oboljenje saglasno propisima о penzijskom i invalidskom osiguranju.

Pravna i fizička lica obavezna su da za svaki slučaj povrede na radu i oboljenja od profesionalne bolesti radnika dostave kantonalnom zavodu osiguranja prijavu, u roku od tri dana od dana povrede odnosno utvrđivanja oboljenja od profesionalne bolesti.

Član 29.

Korisnicima novčane naknade za tjelesno oštećenje prema propisima о penzijskom i invalidskom osiguranju, ako nemaju pravo na zdravstvenu zaštitu po drugom osnovu, pripada zdravstvena zaštita samo kad je u vezi s povredom ili bolešću koja je prouzrokovala tjelesno oštećenje po kojem im pripada pravo na novčanu naknadu za to oštećenje.

Član 30.

Stranim dr avljanima i licima bez dr avljanstva osigurava se zdravstvena zaštita pod istim uvjetima kao i dr avljanima Federacije Bosne i Hercegovine, ako međunarodnim sporazumom nije drugačije određeno.

2. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 31.

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

1. Osiguranicima:
 - a) zdravstvena zaštita,
 - b) naknada plaća,
 - c) naknada putnih troškova u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite;
2. Članovima porodice osiguranika:
 - a) zdravstvena zaštita,
 - b) naknada putnih troškova u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite.

3. Zdravstvena zaštita

Član 32.

Zdravstvena zaštita koja se ovim zakonom osigurava, obuhvaća:

- hitnu medicinsku pomoć,

- liječenje zaraznih bolesti,
- liječenje akutnih, hroničnih bolesti u slučajevima i stanjima kada ugrožavaju život,
- zdravstvenu zaštitu djece do navršene 15 godine života,
- zdravstvenu zaštitu redovnih učenika i studenata,
- otkrivanje i liječenje endemske nefropatije,
- liječenje malignih oboljenja i inzulo ovisnog dijabetisa,
- zdravstvenu zaštitu u trudnoći i materinstvu,
- zdravstvenu zaštitu duševnih bolesti koji zbog prirode i stanja bolesti mogu da ugroze svoj život i život drugih lica, ili oštete materijalna dobra,
- zdravstvenu zaštitu oboljelih od progresivnih neuromišičnih oboljenja, paraplegije, kvadriplegije, cerebralne paralize i multipleks skleroze,
- provođenje obavezne imunizacije provi dječijih zaraznih oboljenja,
- liječenje povreda na radu i profesionalnih oboljenja,
- zdravstvenu zaštitu građana iznad 65 godina života, **pod uvjetom da po članu domaćinstva nemaju prihode veće od prosječne plaće na području Federacije, ostvarene u prethodnom mjesecu,**
- liječenje narkomanije,
- sluzbu prikupljanja krvi.

Parlament Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Parlament Federacije), **će po osnovu stava 1. alineja 3. ovog člana, na prijedlog Vlade Federacije za svaku godinu odrediti "paket zdravstvenih prava"**.

Član 33.

Osigurana lica, pored prava iz člana 32. ovog zakona imaju pravo, u skladu sa utvrđenom medicinskom indukcijom, na korištenje ortopedskih i drugih pomagala, stomatološko-protetsku pomoć i stomatološko-protetske nadomjestke, kao i pravo na korištenje lijekova čije je stavljanje u promet odobrio ministar zdravstva, a nalaze se na listi lijekova koji se osigurancima mogu propisati na teret sredstava kantonalnog zavoda osiguranja.

Obim prava iz stava 1. ovog člana utvrdit će se kantonalnim propisima.

Član 34.

Zdravstvena zaštita koja se ovim zakonom osigurava, provodi se kao:

- primarna,
- specijalističko-konsultativna i
- bolnička.

Član 35.

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 zaštiti s odgovarajućom medicinskom rehabilitacijom.

Obim prava obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 32. ovog zakona, za svaku kalendarsku godinu utvrdit će **Parlament Federacije**.

Standarde i normative zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i Pravilnik o načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja donosi ministar zdravstva.

Član 36.

Kod povreda na radu, ili oboljenja od profesionalne bolesti, osigurancima se obavežno osigurava:

1. zdravstvena zaštita i sprovođenje mjera otkrivanja i sprečavanja povreda na radu i oboljenja od profesionalne bolesti,

2. odgovarajuća medicinska pomoć i pravo na ortopedska pomagala radi liječenja i medicinske rehabilitacije od posljedica povreda na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti radi uspostavljanja radne sposobnosti,
3. naknada putnih troškova u vezi s korišćenjem zdravstvene zaštite i rehabilitacije prouzrokovane povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti,
4. naknada plaće za svo vrijeme trajanja bolovanja prouzrokovano povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti.

Član 37.

Zdravstvena zaštita iz člana 34. ovog zakona pruža se osiguranim licima u zdravstvenim ustanovama i kod privatnih zdravstvenih radnika s kojima je kantonalni zavod osiguranja zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Član 38.

Ugovorima iz člana 37. utvrđuju se: vrsta, obim i kvalitet zdravstvenih usluga koje zdravstvena ustanova pruža osiguranim licima, naknade koje kantonalni zavod osiguranja plaća za pružanje ugovornih usluga, način obračunavanja i plaćanja usluga i druga uzajamna prava i obaveze ugovorača.

Osnovne, kriterije i mjerila za zaključivanje ugovora iz člana 37. ovog zakona odredit će se kantonalnim propisima.

Osnovama, kriterijima i mjerilima iz stava 2. ovog člana osigurava se zakonito i pravilno uspostavljanje ugovornih odnosa između kantonalnog zavoda osiguranja i zdravstvenih ustanova, utvrđuju elementi koje moraju sadržavati ti ugovori, uređuje način iskazivanja vrste, obima i kvaliteta zdravstvenih usluga, način utvrđivanja naknada, način kontrole, vrste, obima i kvaliteta izvršenih zdravstvenih usluga i drugo.

Član 39.

Ugovori zaključeni između kantonalnog zavoda osiguranja i zdravstvenih ustanova na njegovom području važe, u pogledu ugovornih naknada za zdravstvene usluge, a sve kantonalne zavode osiguranja čija osigurana lica koriste usluge tih zdravstvenih ustanova.

Član 40.

Zdravstvenim ustanovama sa kojima kantonalni zavod osiguranja nije zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, mogu se na teret fonda kantonalnog zavoda osiguranja isplatiti samo troškovi medicinske pomoći pruženih osiguranim licima u hitnim slučajevima i drugi troškovi u vezi sa pružanjem te pomoći.

Član 41.

Osigurano lice ima pravo na liječenje u inozemstvu pod uvjetima i na način utvrđen posebnim propisima ako je u pitanju oboljenje koje se ne može liječiti u Federaciji Bosne i Hercegovine, a u zemlji u koju se osigurano lice uplaćuje postoji mogućnost za uspješno liječenje tog oboljenja.

Osigurano lice ima pravo da koristi zdravstvenu zaštitu u inozemstvu za vrijeme rada odnosno boravka u inozemstvu pod uvjetima i na način utvrđen posebnim propisima.

Propise iz ovog člana donosi ministar zdravstva.

4. Novčane naknade i pomoći

a) Naknada plaće

Član 42.

Osiguranci iz člana 19. tač. 1. do 7. i tač. 16. i 17. ovog zakona imaju pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad (u daljem tekstu: naknada plaće), 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. izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u njihovoj okolini,
4. određeni za pratioca bolesnika upućenog na liječenje ili ljekarski pregled u najbliže mjesto,
5. određeni da njeguju oboljelog supruga ili djeteta pod uvjetima propisanim ovim zakonom.

Naknada plaće pripada osiguraniku samo za dane za koje bi mu pripadala plata ili naknada plaće u smislu propisa o radnim odnosima.

Osigurancima 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 43.

Naknada plaće u slučajevima iz člana 42. ovog zakona pripada osiguraniku od prvog dana privremene spriječenosti za rad i dok ta spriječenost traje.

Privremena spriječenost za rad traje dok izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi odnosno privatnoj praksi ili ljekarska komisija, ne utvrdi da je uspostavljena radna sposobnost ili dok se pravosnažno rješenje nadležnog organa po propisima iz penzijskog i invalidskog osiguranja ne utvrdi da postoji invalidnost.

Član 44.

Osiguraniku kojem je za vrijeme privremene spriječenosti za rad prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti ličnim radom, pripada naknada plaće najviše 30 dana nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti ličnim radom.

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, a ne duže od 12 mjeseci.

Član 45.

Osiguranik nema pravo na naknadu plaće ako:

- svjesno prouzrokuje privremenu nesposobnost za rad,
- namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno ospobljavanje,
- prima plaću ili obavlja drugu djelatnost,
- se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za ljekarski pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite,
- izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja utvrdi da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez dozvole izabranog doktora medicine otpušta iz mjesta prebivališta,
- se u roku od tri dana nakon početka bolesti ne javi izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite da je obolio.

Osiguraniku ne pripada naknada plaće od momenta kada su nastupile okolnosti iz stava 1. ovog člana, pa sve dok one traju.

Član 46.

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.

Ako u mjesecu koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio slučaj na osnovu koga se stiče pravo na naknadu osiguranik nije ostvario plaću, kao osnovica za naknadu uzima se prosječna plaća na nivou kantona za odgovarajući mjesec.

Kada osiguranik prima naknadu plaće neprekidno duže od tri mjeseca, osnovica za utvrđivanje naknade iz st. 1. i 2. ovog člana valorizira se saglasno prosječnom porastu plaća zaposlenih kod pravnog, odnosno fizičkog lica, ako je taj porast veći od 5%.

Naknada plaće prema stavu 3. ovog člana, pripada osiguraniku od prvog dana idućeg mjeseca po isteku tri mjeseca neprekidnog korišćenja naknade plaće, ako je ispunjen uslov za povećanje naknade.

Upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja će općim aktom bliže propisati način utvrđivanja valorizacije osnovice za naknadu plaće iz stava 3. ovog člana.

Član 47.

Naknada plaće određuje se u visini od najmanje 80% osnovice za naknadu s tim da ne može biti niža od iznosa minimalne plaće važeće za mjesec za koji se utvrđuje naknada.

Naknada plaće iznosi 100% od osnovice za naknadu:

1. za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu ili odloženja od profesionalne bolesti,
2. za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog bolesti i komplikacija prouzrokovanih trudnoćom i porođajem,
3. za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osobe.

Visinu naknade plaće i najviši iznos naknade plaće koja se isplaćuje na teret kantonalnog zavoda osiguranja utvrđuje upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja.

b) Naknade putnih troškova u vezi s korišćenjem zdravstvene zaštite

Član 48.

U ostvarivanju zdravstvene zaštite osigurana lica imaju pravo na naknadu putnih troškova u vezi s korišćenjem zdravstvene zaštite.

Pod troškovima iz stava 1. ovog člana ne podrazumijeva se prevoz kolima hitne pomoći.

Član 49.

Osigurana lica imaju pravo na naknadu putnih troškova iz člana 48. ovog zakona;

- ako su upućena doktoru medicine ili u zdravstvenu ustanovu u najbliže mjesto ako u mjestu u kojem rade ili u kojem imaju prebivalište, odnosno boravište nema doktora medicine odgovarajuće specijalnosti, odnosno zdravstvene ustanove,
- ako ih izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite uputi ili pozove u mjesto izvan mjesta rada ili prebivališta, odnosno boravišta.

Član 50.

Naknada putnih troškova iz člana 48. stav 1. ovog zakona, pripada osiguranim licima za najkraću udaljenost do doktora medicine, odnosno zdravstvene ustanove i to u visini troškova prijevoza javnim prijevoznim sredstvom.

Ukoliko nema javnog prijevoza ili zdravstveno stanje osiguranog lica zahtijeva drugu vrstu prijevoza, odobrava se odgovarajući prijevoz, odnosno naknada za korišćenje istog.

Provedbene propise o visini, kriterijima i načinu korišćenja naknade troškova prijevoza iz st. 1. i 2. ovog člana donijet će nadle ni organ kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 51.

Pravo na naknadu putnih troškova ima pratilac osigurane osobe, ako je po ocjeni doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, osiguranoj osobi u slučaju iz člana 49. ovog zakona prijeko potreban pratilac za vrijeme putovanja.

c) Ostale naknade i pomoć

Član 52.

Osiguranici imaju pravo na naknadu za pogrebne troškove.

Provedbene propise o visini, uvjetima i načinu korišćenja naknada za pogrebne troškove donijet će nadle ni organ kantonalnog zavoda osiguranja.

5. Ostvarivanje i zaštita prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 53.

Pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja može ostvarivati samo lice kome je utvrđeno svojstvo osiguranog lica.

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje kantonalni zavod osiguranja, a dokazuje se posebnom ispravom.

Provedbene propise o sadržaju i obliku isprave iz stava 2. ovog člana kao i načinu njenog izdavanja, donijet će ministar zdravstva.

Član 54.

Sva fizička i pravna lica obavezna su dostaviti kantonalnom zavodu osiguranja sve podatke u vezi s prijavom i odjavom osiguranog lica, a radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i izdavanja posebne isprave iz člana 53. stav 2. ovog zakona.

Lica za koja pravno ili fizičko lice ne podnose prijavu iz stava 1. ovog člana može zahtijevati od kantonalnog zavoda osiguranja da im utvrdi svojstvo osiguranog lica.

Ako kantonalni zavod osiguranja ne prihvati podnesenu prijavu ili utvrdi svojstvo osiguranog lica po nekom drugom osnovu, o tome donosi pismeno rješenje koje dostavlja podnosiocu prijave i zainteresiranom licu.

Protiv rješenja iz stava 3. ovog člana može se izjaviti alba nadle nom organu kantonalnog zavoda osiguranja.

Protiv rješenja donesenog po albi može se pokrenuti upravni spor.

Prestankom okolnosti na osnovu kojih je stečeno svojstvo osiguranog lica, gubi se to svojstvo.

Provedbene propise o načinu prijavljivanja i odjavljivanja osiguranog lica iz stava 1. ovog člana donijet će ministar zdravstva, **uz prethodno pribavljeno mišljenje kantonalnih ministarstava zdravstva.**

Član 55.

Privremenu spriječenost za rad utvrđuje izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi.

O utvrđenoj ocjeni iz stava 1. ovog člana, izabrani doktor medicine obavještava osiguranika, pravno, odnosno fizičko lice kod kojeg je osiguranik zaposlen i nadle ni kantonalni zavod osiguranja.

Osiguranik, pravno, odnosno fizičko lice kod kojeg je osiguranik zaposlen i kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja mogu u roku od 48 sati od saopćenja ocjene uložiti prigovor na ocjenu izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite iz stava 1. ovog člana.

O prigovoru rješava ljekarska komisija kantonalnog zavoda osiguranja, s tim da se rješenje ljekarske komisije smatra konačnim.

Za vrijeme privremene spriječenosti za rad osiguranika odnosno za vrijeme korišćenje prava na naknadu plaće vrši se nadzor.

Nadzor iz stava 5. ovog člana vrši kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja i pravno odnosno fizičko lice za vrijeme za koje ono isplaćuje naknadu plaće na teret svojih sredstava.

Pravilnik o postupku i kriterijuma za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad donosi **Vlada Federacije** na prijedlog ministra zdravstva.

Član 56.

Naknadu plaće iz člana 42. tač. 1. i 2. ovog zakona obračunava i isplaćuje osiguraniku na teret svojih sredstava:

1. pravno ili fizičko lice za prvih 42 dana bolovanja kao i za vrijeme dok se osiguranik nalazi na radu u inozemstvu na koje ga je uputilo pravno ili fizičko lice,
2. preduzeće za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje invalida, odnosno pravno ili fizičko lice za rad osiguranika invalida za prvih sedam dana bolovanja.

Visinu naknade plaće iz stava 1. ovog člana utvrđuje općim aktom nadle ni organ pravnog lica, odnosno fizičko lice.

Član 57.

Naknada plaće u vezi s korišćenjem zdravstvene zaštite iz člana 42. tač. 3. do 5. ovog zakona isplaćuje se osiguraniku na teret sredstava kantonalnog zavoda osiguranja od prvog dana korišćenja prava.

Naknadu plaće iz stava 1. ovog člana obračunava i isplaćuje pravno odnosno fizičko lice, tim da je kantonalni zavod osiguranja obavezan vratiti isplaćenu naknadu u roku od 45 dana od dana prijema zahtijeva za povrat.

Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na naknadu plaće iz stava 1. ovog člana donijet će upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 58.

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

Član 59.

O pravu na naknadu plaće pravno odnosno fizičko lice i kantonalni zavod osiguranja rješava po pribavljenoj ocjeni izabranog doktora medicine odnosno ljekarske komisije bez donošenja formalnog rješenja, ali su du ni izdati pismeno rješenje ako to osiguranik traži.

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 nadle nom organu kantonalnog zavoda osiguranja. Do donošenja konačne odluke, isplatu naknade du an je osigurati kantonalni zavod osiguranja, saglasno članu 46. stav 2. ovog zakona, s tim da je pravno odnosno fizičko lice du no vratiti isplaćenu naknadu u roku od 30 dana od dana naknade za privremenu spriječenost za rad.

Član 60.

Ako bolovanje traje neprekidno ili u prekidima ukupno 12 mjeseci za istu bolest u toku dvije kalendarske godine, izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite obavezan je uputiti

osiguranika nadle nom organu penzijskog i invalidskog osiguranja koji donosi ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti, najkasnije u roku od 60 dana od dana prijema prijedloga izabranog doktora medicine.

Osiguranik ima pravo na naknadu plaće na teret sredstava kantonalnog zavoda osiguranja odnosno na teret sredstava pravnog ili fizičkog lica u slučaju iz člana 58. ovog zakona, do navršenih 14 mjeseci neprekidnog trajanja privremene spriječenosti za rad.

Ako nadle ni organ penzijskog i invalidskog osiguranja ne donese ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti u roku iz stava 1. ovog člana, kantonalni zavod osiguranja će i dalje isplaćivati naknadu plaće osiguraniku, ali je nadle ni organ penzijskog i invalidskog osiguranja obavezan vratiti isplaćenu naknadu kantonalnom zavodu osiguranja, najkasnije u roku od 30 dana od dana prijema zahtjeva za povrat.

U radu nadle nog organa penzijskog i invalidskog osiguranja za ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti učestvuju kao član i predstavnik kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 61.

Kad se utvrdi da postoje činjenice iz člana 45. stav 1. ovog zakona, kantonalni zavod osiguranja odnosno pravno ili fizičko lice koje vrši isplatu naknade plaće na teret svojih sredstava, obustavlja isplatu te naknade.

Akt o obustavi isplate naknade plate u smislu stava 1. ovog člana donosi kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja odnosno pravnog ili fizičkog lica koje vrši isplatu naknade plaće na teret sredstava, na osnovu mišljenja izabranog doktora medicine koji je utvrdio privremenu spriječenost za rad.

Akt iz stava 2. ovog člana izdaje se pismeno, u dva primjerka, od kojih se jedan uručuje osiguraniku, a jedan kantonalnom zavodu osiguranja odnosno pravnom ili fizičkom licu koje vrši isplatu naknade plaće na teret svojih sredstava, uz izvještaj.

Osiguranik kome je aktom iz stava 2. ovog člana obustavljena isplata naknade plaće ima pravo u roku od tri dana od dana uručjenja akta zahtijevati da kantonalni zavod osiguranja odnosno pravno ili fizičko lice koje je isplaćivalo naknadu plaće na teret svojih sredstava, raspravi stvar rješenjem.

O ponovnom uspostavljanju isplate naknade plate obustavljene u smislu odredaba ovog člana rješava kantonalni zavod osiguranja odnosno pravno ili fizičko lice koje je isplaćivalo naknadu plaće na teret svojih sredstava, na zahtjev osiguranika, ako se za to steknu uvjeti.

Član 62.

Radi zaštite prava iz ovog zakona, osiguranim licima se u kantonalnom zavodu osiguranja osigurava dvostепенost rješavanja u postupku koji je pokrenulo osigurano lice.

Drugostепенo rješenje kantonalnog zavoda osiguranja je konačno i protiv njega se mo e pokrenuti upravni spor pred nadle nim sudom.

Član 63.

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

Član 64.

Pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, iz obaveznog zdravstvenog osiguranja prema odredbama ovog zakona, osigurano lice ima pravo na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite.

Osiguranik ima pravo na slobodan izbor zavoda osiguranja kod kojeg se mo e osigurati na prošireno zdravstveno osiguranje, u skladu a zakonom, a uz prethodno pribavljenu saglasnost

obveznika uplate doprinosa i zavoda osiguranja koji provodi prošireno zdravstveno osiguranje.

Osigurano lice bira doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite na period od najmanje godinu dana.

Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite donijet će kantonalni ministar.

6. Naknada štete

Član 65.

Osigurano lice obavezno je kantonalnom zavodu osiguranja nadoknaditi štetu:

1. ako je ostvarilo primanje iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja na osnovu neistinitih ili netačnih podataka za koje je znalo ili je moralo znati da su neistiniti, odnosno netačni ili je primanje ostvarilo na drugi protupravan način, odnosno u većem obimu nego što mu pripada;
2. ako je ostvarilo primanje iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja uslijed toga što nije prijavilo promjenu koja utiče na gubitak ili obim prava, a znalo je ili je moralo znati za tu promjenu.

Član 66.

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od lica koje je prouzrokovalo bolest, povredu ili smrt osiguranog lica.

Za štetu koju je kantonalnom zavodu osiguranju u slučajevima iz stava 1. ovog člana počinio radnik na radu ili u vezi s radom odgovara pravno lice ili fizičko lice, osim ako se doka e da je radnik postupio onako kako je trebalo.

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan u slučajevima iz stava 2. ovog člana zahtijevati naknadu štete i neposredno od radnika ako je šteta prouzrokovana namjerno. Kada kantonalni zavod osiguranja zahtijeva naknadu štete od pravnog odnosno fizičkog lica i od radnika, oni odgovaraju za štetu solidarno.

Član 67.

Osigurano lice kome je iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja isplaćen novčani iznos na koji nije imao pravo, obavezan je vratiti primljeni iznos saglasno odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 68.

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od pravnog odnosno fizičkog lica:

1. 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,
2. ako je isplata izvršena na osnovu neistinitih ili netačnih podataka navedenih u prijavi o stupanju radnika na rad,
3. 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.

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 kantonalnom zavodu osiguranja nadoknaditi štetu koja je nastala ako prijava nije podnesena ili su dati neistiniti podaci.

Za štetu u slučajevima iz stava 1. ovog člana, odgovaraju pravna i fizička lica osim ako doka u 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

moralna znati za promjenu koja utiče na gubitak ili obim prava, a te promjene nisu prijavila.

Član 69.

Kantonalni zavod osiguranja 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.

Kantonalni zavod osiguranja 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 70.

Kantonalni zavod osiguranja obavezan je zahtijevati naknadu prouzrokovane štete u slučajevima iz člana 66. ovog zakona i neposredno od pravnog lica za osiguranje imovine i lica kod koga su ova lica osigurana odgovornosti za štetu prouzrokovanu trećim licima, prema propisima o obaveznom osiguranju ovog rizika.

Član 71.

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane u slučajevima iz člana 66. ovog zakona kada je šteta nastala upotrebom motornog vozila neposredno od pravnog lica za osiguranje imovine i lica kod koga je štetnik sklopio ugovor o obaveznom osiguranju od odgovornosti za štete pričinjene trećim licima.

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila kojim se koristilo, odnosno kojim je upravljalo lice koje za to nije imalo ovlaštenje.

Kantonalni zavod osiguranja je 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 slučaju iz stava 3. ovog člana pravno lice za osiguranje imovine i lica, obavezno je isplatiti naknadu kao da je bio sklopljen ugovor o osiguranju.

Član 72.

Kantonalni zavod osiguranja je obavezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila s inozemnom 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.

Štetu nastalu upotrebom vozila inostrane registracije koja nije obuhvaćena osiguranjem autoodgovornosti, nadoknađuje pravno lice za osiguranje imovine i lica sa sjedištem u mjestu nastanka štete.

Član 73.

Kantonalni zavod osiguranja 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 kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 74.

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

Član 75.

Potra ivanje naknade štete, u smislu odredbi ovog zakona, zastaravaju istekom rokova određenih Zakonom o obligacionim odnosima.

Rokovi zastare potra ivanja naknade štete u smislu odredbi ovog zakona, počinju teći:

1. u slučajevima iz člana 65. i člana 68. 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.
2. u slučajevima iz čl. 66. i 69. ovog zakona od dana kada je postalo izvršnim rješenjem kojim je priznato pravo na primanje iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja.
3. u ostalim slučajevima kada se zahtijeva naknada za pojedina isplaćena davanja iz člana 71. ovog zakona, od dana izvršene isplate svakog pojedinog davanja.

Član 76.

Kada se utvrdi da je nestala šteta, kantonalni zavod osiguranja će uz navođenje dokaza pozvati osigurano lice, pravno ili fizičko lice, pravno lice za osiguranje imovine i lica ili drugo lice koje je du no naknaditi štetu da u određenom roku naknadi štetu.

Ako šteta ne bude nadoknađena u određenom roku kantonalni zavod osiguranja potra ivanja ostvaruje tu bom kod nadle nog suda.

Kantonalni zavod osiguranja ima pravo na zateznu kamatu po stopi propisanoj Zakonom o obligacionim odnosima, od dana nastale štete.

Kantonalni zavod osiguranja nema pravo, bez izričitog pristanka osiguranika ili osiguranog lica, ostvariti naknadu štete obustavom isplate ili ustezanjem od novčane naknade na koju osigurano lice ima pravo u vezi s korišćenjem prava iz zdravstvenog osiguranja.

III - PROŠIRENO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 77.

Ukoliko zakonodavno tijelo kantona, saglasno članu 8. ovog zakona uvede prošireno zdravstveno osiguranje, odlukom će odrediti vidove zdravstvene zaštite, odnosno prava i pogodnosti koja se osiguravaju proširenim zdravstvenim osiguranjem, visinu doprinosa za prošireno zdravstveno osiguranje, uvjete i način pristupanja proširenom obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i način poslovanja proširenog zdravstvenog osiguranja.

Za provođenje proširenog zdravstvenog osiguranja obrazuju se posebni fondovi čije se poslovanje vodi odvojeno od poslovanja ostalih fondova.

IV - DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 78.

Gradani-osiguranici mogu za sebe i za svoje članove porodice dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem osigurati dodatna prava iz zdravstvene zaštite koja nisu obuhvaćala obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Uvjete i način korišćenja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utvrđuju zavodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 79.

Zavodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja finansiraju se iz premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje plaćaju građani, preduzeća ili druga pravna lica.

V - OSIGURAVANJE SREDSTAVA

1. Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 80.

Sredstva za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se iz:

1. doprinosa iz plaća radnika koji su u radnom odnosu kod pravnog ili fizičkog lica;
2. doprinosa na prihod lica koja obavljaju privrednu ili neprivrednu djelatnost ličnim radom;

3. doprinosa iz penzija i invalidnina i drugih naknada iz penzijskog i invalidskog osiguranja,
4. doprinosa za nezaposlene građane,
5. doprinosa koji se plaća na stalnu novčanu pomoć i za lica smještena u ustanovama socijalne zaštite,
6. doprinosa iz prihoda od samostalne estradne djelatnosti, izdavanja ploča, audio i video kasete, i na ulaznice za organizaciju sportskih, estradnih i drugih kulturnih javnih priredaba,
7. doprinosa za prihod od autorskih prava, patenata i tehničkih unapređenja,
8. dodatnog doprinosa za korišćenje zdravstvene zaštite u inozemstvu,
9. doprinosa iz dohotka od poljoprivredne djelatnosti, odnosno drugih prihoda ostvarenih obavljanjem poljoprivredne djelatnosti, kao i zakupnine za poljoprivredno zemljište,
10. doprinosa lica koja sama plaćaju doprinos,
11. naknada za zdravstvenu zaštitu članova porodice radnika zaposlenih u inozemstvu inostranih penzionera i članova njihovih porodica,
12. sredstava bud eta kantona odnosno općine,
13. sredstava ličenog učešća osiguranih lica u pokriću troškova zdravstvene zaštite, i
14. prihoda od donacije, pomoći, taksi, kamata, dividendi i drugih prihoda.

Sredstva iz stava 1. ovog člana vode se i evidentiraju odvojeno.

Član 81.

Za povredu na radu i oboljenja od profesionalne bolesti osiguranika pravno ili fizičko lice osigurava u cijelosti sredstva za ostvarivanje prava iz člana 36. ovog zakona.

Prava ili fizička lica obavezna su da se reosiguraju radi rizika iz stava 1. ovog člana.

Član 82.

Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se u kantonalnom zavodu osiguranja, u skladu sa namjenama.

Upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja, uz suglasnost kantonalnog ministra, sačinjava godišnji plan prihoda i rashoda za finansiranje potreba iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, polazeći od raspolo ivih sredstava, utvrđenog standarda zdravstvene zaštite i programa mjera za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Kantonalni zavod osiguranja je du an poduzeti potrebne mjere, ukoliko raspolo iva sredstva nisu dovoljna za pokriće rashoda obaveznog zdravstvenog osiguranja u cilju osiguravanja dodatnih sredstava.

U cilju osiguravanja dodatnih sredstava za pokriće rashoda obaveznog zdravstvenog osiguranja, kantonalni zavod osiguranja mogu dogovorno, a koordinirano od Federalnog ministarstva zdravstva, udru ivati dio sredstava kod Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Dogovorom iz stava 4. ovog člana utvrđuje se visina i način udru ivanja sredstava, te kriterij i postupak za njihovo korišćenje.

Upravni odbor Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja odlučuje o korišćenju udru enih sredstava u skladu sa dogovorom iz stava 4. ovog člana.

Predviđene mjere iz stava 3. ovog člana poduzima kantonalni zavod osiguranja uz prethodnu sigurnost kantonalnog ministra.

2. Osnovica i način obračunavanja doprinosa

Član 83.

Kod utvrđivanja osnovice, način obračunavanja i uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje iz plaća radnika i s njima izjednačenih osiguranika, primjenjuju se propisi o porezima građana.

Član 84.

Osnovicu, način obračunavanja i uplate doprinosa iz člana 80. stav 1. tač. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. i 14. ovog zakona utvrđuje svojim propisima zakonodavno tijelo kantona na prijedlog kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 85.

Stope za utvrđivanje visine doprinosa iz člana 80. ovog zakona utvrđuje svojom odlukom zakonodavno tijelo kantona na prijedlog kantonalnog zavoda osiguranja.

Osnov za donošenje odluke iz stava 1. ovog člana predstavlja plan potrebnih sredstava za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja koji utvrđuje upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja polazeći od utvrđivanja standarda zdravstvene zaštite i predviđenog programa mjera za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

3. Obveznici uplate doprinosa

Član 86.

Obveznici obračunavanja i uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje su:

1. preduzeća, druga pravna i fizička lica koja obavljaju privrednu i neprivrednu djelatnost - za radnike u radnom odnosu i s njima izjednačene osiguranike, za lica birana ili imenovana na funkcije u određenim organima dr avne ili sudske vlasti i uprave u Federaciji, kantonu i općini, za lica koja obavljaju rad po ugovoru prema propisima o radnim odnosima, za lica upućena na školovanje, stručno usavršavanje, postdiplomatski i doktorski studij ili na praktičan rad, za lica na profesionalnim funkcijama u vjerskim i drugim registriranim udru enjima, za volontere, za dodatni doprinos za korišćenje zdravstvene zaštite u inozemstvu,
2. Zavod za penzijsko i invalidsko osiguranje - za korisnike penzija i korisnike drugih prava po osovu penzijskog i invalidskog osiguranja,
3. Zavod za zapošljavanje - za lica koja su privremeno nezaposlena i kod kojih su ta lica prijavljena,
4. Zavod za socijalnu zaštitu - za lica koja primaju stalnu novčanu pomoć i za lica smještena u ustanovama socijalne zaštite,
5. preduzeća i druga pravna lica odnosno nosioci investicija u okviru kojih se izvode radovi - za lica na javnim i drugim radovima,
6. lica zaposlena u inozemstvu - za članove svojih porodica čije je prebivalište na teritoriji kantona ako nisu osigurani po drugom osnovu,
7. nadle ni organ uprave u Federaciji odnosno kantonu-za pripadnike Federalne vojske, **pripadnike F MUP-a** i za pripadnike kantonalne policije,
8. nadle ni organ uprave kantona-za učenike odnosno studente koji nisu osigurani po drugom osnovu, kao i za učenike odnosno studente koji vrše praktičan rad u vezi s nastavom,
9. nadle ni organ uprave kantona odnosno općine - za socijalno ugro ena lica koja nisu osigurana po drugom os-

novu, i lica iz člana 19. tač. 15. i 16. i člana 24. tač. 1, 2. i 3. ovog zakona,

10. za strane dravljanke i lica bez dravljanstva koja se školuju ili stručno usavršavaju - davalac stipendije ako ugovorom o stipendiji nije predviđeno da sami plaćaju doprinos,

11. osiguranik - zemljoradnik koji je starješina poljoprivrednog domaćinstva, obveznik je uplate doprinosa za sebe i članove svog porodičnog domaćinstva,

12. autorske agencije, udruženja građana, druga profesionalna udruženja i sportski savez odnosno organizatori sportskih i drugih javnih priredaba - za učesnike u tim priredbama odnosno za članove svojih udruženja koji se bave profesionalnom i drugom djelatnošću odnosno preko kojih ostvaruju prihod, kao i za vrhunске sportiste koji su kao takvi rangirani od Olimpijskog komiteta ili udruženja sportista na nivou Federacije.

Ostala lica sama uplaćuju doprinos na osnovu obračuna kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 87.

Kantonalni zavod osiguranja obavlja preglede poslovnih knjiga i evidencija pravnih i fizičkih lica, radi kontrole pravilnosti obračunavanja i uplaćivanja sredstava za obavezno zdravstveno osiguranje.

Kantonalni zavod osiguranja prati redovnu naplatu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje svih obveznika plaćanja doprinosa.

Kantonalni zavod osiguranja će svojim općim aktom utvrditi način vršenja kontrole iz st. 1. i 2. ovog člana.

Obvezniku uplate doprinosa, kod koga se utvrdi da nije uplatio doprinos obustavlja se dalje korišćenje zdravstvene zaštite po ovom zakonu, izuzev hitne medicinske pomoći.

Pravo korišćenja zdravstvene zaštite u cijelosti uspostavlja se danom podmirenja svih dospjelih, a neuplaćenih sredstava kantonalnog zavoda osiguranja u skladu sa odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Kantonalni zavod osiguranja utvrđuje kad su dospjela sredstva uredno uplaćena.

Član 88.

Organizacija ovlašćena za obavljanje platnog prometa obavezna je na zahtjev kantonalnog zavoda osiguranja, a na osnovu izvršenog platnog naloga, odnosno na osnovu izvršne sudske odluke, izvršiti naplatu iznosa neuplaćenog doprinosa s kamatama, prijenosom sa računa obveznika na račun kantonalnog zavoda osiguranja, po postupku za prisilnu naplatu doprinosa i poreza građana.

Naplata doprinosa zastarjeva za pet godina ne računajući do kraja godinu u koju je dospjela obaveza plaćanja.

4. Sredstva budžeta

Član 89.

Sredstva iz budžeta kantona ili općine iz člana 80. stav 1. tačka 13. ovog zakona odobrava zakonodavno tijelo kantona ili općine na osnovu zahtjeva koji utvrđuje upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja polazeći od plana potrebnih sredstava za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Sredstvima iz stava 1. ovog člana osiguravaju se:

- pokriće povećanih troškova zdravstvene zaštite izazvanih većim odstupanjima u odnosu na planirana sredstva zdravstvenog osiguranja zbog određenih vanrednih ili drugih otežavajućih uvjeta sprovođenja zdravstvene zaštite,

- za pokriće troškova zdravstvene zaštite lica starijih od 65 godina izvan nivoa obaveznog zdravstvenog osiguranja zbog određenih vanrednih ili drugih otežavajućih uvjeta sprovođenja zdravstvene zaštite,

- za pokriće troškova naknada plaća iz člana 57. stav 1. ovog zakona,

- za pokriće troškova zdravstvene zaštite lica čije je prebivalište nepoznato,

- sredstva za razvoj naučnoistraživačke djelatnosti, statističkih istraživanja u oblasti zdravstva koja su od interesa za kanton i zdravstveno informacionog sistema u kantonu.

5. Lično učešće osiguranika

Član 90.

Sredstva ličnog učešća osiguranih lica iz člana 80. stav 1. tačka 13. ovog zakona može se utvrditi za određene vidove korišćenja zdravstvene zaštite na osnovu propisa koje donosi zakonodavno tijelo kantona na prijedlog kantonalnog zavoda osiguranja.

Pri donošenju propisa o visini iznosa, te kriterija i načina učešća osiguranih lica u korišćenju zdravstvene zaštite uzimaju se u obzir socijalne prilike osiguranih lica i obim raspoloživih sredstava za finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

VI - OBAVEZNO ZDRAVSTVENO REOSIGURANJE

Član 91.

Obavezno zdravstveno reosiguranje organizira se i provodi u okviru Federacije.

Član 92.

Parlament Federacije odlukom utvrđuje rizike koji se obavezno reosiguravaju i uvjete pod kojima se priznaje da je nastupio slučaj koji predstavlja osnov za naknadu, iznose premije za reosiguranje, naknade koje se osiguravaju u slučaju nastupanja reosiguranih rizika i postupak za ostvarivanje ovih naknada.

Kao rizici koji se obavezno reosiguravaju određuju se rizici koji nastaju uslijed elementarnih nesreća (poplava, zemljotresa, požara), i epidemije širih razmjera.

Parlament Federacije može utvrditi druge rizike koji se obavezno reosiguravaju.

Član 93.

Od sredstava ostvarenih premijama za reosiguranje obrazuje se kod Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja fond zdravstvenog reosiguranja za Federaciju.

Nakon godišnjeg obračuna Federalni zavod osiguranja i reosiguranja vrši povrat premija reosiguranja, kantonalnim zavodima osiguranja, zavisno od procentualnog učešća u reosiguranju.

Član 94.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja obavlja poslove u vezi sa pripremom i provođenjem akata iz čl. 92. i 93. ovog zakona.

VII - KANTONALNI ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I FEDERALNI ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I REOSIGURANJA

Član 95.

Kantonalni zavodi osiguranja i Federalni zavod osiguranja i reosiguranja su pravna lica s pravima i obavezama te odgovornošću, utvrđenim ovim zakonom i statutima kantonalnih zavoda osiguranja i Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Kantonalni zavodi osiguranja se mogu međusobno udruživati radi ostvarivanja potreba iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 96.

Statutom kantonalnog zavoda osiguranja odnosno statutom Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja utvrđuje se naročito: organizacija kantonalnog zavoda osiguranja, odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja, prava, obaveze i odgovornosti organa upravljanja, javnost rada, način obavljanja stručno-administrativnih, pravnih i njima sličnih poslova za kantonalni zavod osiguranja, odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja, kao i druga pitanja propisana zakonom od značaja za rad kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Statut kantonalnog zavoda osiguranja, odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja donosi upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja, odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja uz saglasnost zakonodavnog tijela kantona, odnosno **Parlamenta** Federacije.

Član 97.

Radi obavljanja stručnih, administrativnih i drugih poslova kantonalni zavod osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja osnivaju stručne služe.

Stručne služe iz stava 1. ovog člana organiziraju se tako da se osigura nesmetano, racionalno i uspješno obavljanje djelatnosti kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Unutrašnja organizacija stručne službe zavoda iz prethodnog stava utvrđuje se pravilnikom kojeg donosi rukovodilac, uz saglasnost vlade kantona, odnosno Vlade Federacije.

Član 98.

Kantonalni zavod osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja imaju iro-račun.

Član 99.

Kantonalni zavod osiguranja:

- provodi politiku razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite koja se osigurava obaveznim zdravstvenim osiguranjem,
- planira i prikuplja novčana sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja, te plaća usluga zdravstvenim ustanovama i prihvatnim zdravstvenim radnicima,
- obavlja poslove u vezi s ostvarivanjem prava osiguranih lica, brine se o zakonitost i blagovremenom ostvarivanju tih prava te im pruža stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštite njihovih interesa,
- obavlja poslove ugovaranja sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima,
- određuje kriterije i način korišćenja te visinu novčanog isnosa za naknadu putnih troškova u vezi s korišćenjem zdravstvene zaštite i naknadu za pogrebne troškove,
- određuje visinu naknade plaće i najviši iznos naknade plaće na teret kantonalnog zavoda osiguranja, način valorizacije osnovice za naknadu plaća za vrijeme bolovanja,
- učestvuje u izradi i provodi međunarodne ugovore o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje,
- vrši obračun dugovanja i potraživanja troškova zdravstvenog osiguranja i druge poslove u skladu sa ovim ugovorima,
- obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite u inozemstvu, i privatnih zdravstvenih radnika saglasno zaključenom ugovoru za tekuću godinu,

- obavlja poslove izrade podzakonskih i općih akata u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za čije su donošenje nadležni organi kantona odnosno organi kantonalnog zavoda osiguranja,
- uređuje ostala pitanja vezana za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 100.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja:

- obavlja poslove vođenja evidencija, u oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja, a po potrebi uvozi dodatna statistička istraživanja od interesa za obavezno zdravstveno osiguranje,
- osigurava vođenje jedinstvenog informacionog sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- vrši poslove izrade izvještaja o provođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Federacije,
- obavlja poslove izrade međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje i provodi ih,
- koordinira rad kantonalnih zavoda osiguranja u provođenju ovih ugovora i neposredno učestvuje u međunarodnim dogovorima vezanim za ovu oblast,
- obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite u inozemstvu za koje je ovlašten propisima iz člana 41. stav 2. ovog zakona,
- vrši poslove u vezi s izradom standarda i normativa obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- obavlja poslove izrade podzakonskih akata u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- obavlja poslove iz člana 94. ovog zakona,
- obavlja i druge poslove utvrđene zakonom i propisima donesenim na osnovu zakona, kao i poslove koje mu povjere kantonalni zavodi osiguranja.

Sredstva potrebna za rad Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja osiguravaju se iz sredstava kantonalnih zavoda osiguranja i sredstava reosiguranja srazmjerno vrsti i obimu poslova te kadrovskoj strukturi i broju uposlenih radnika potrebnih za kvalitetno i blagovremeno obavljanje planiranih poslova.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja ostvaruje sredstva iz prethodnog stava na osnovu sporazuma sa kantonalnim zavodima osiguranja i na osnovu odluke Vlade Federacije o obavljanju poslova u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Član 101.

Kantonalnim zavodom osiguranja upravlja upravni odbor.

Upravni odbor se sastoji od devet članova koje imenuje Vlada kantona na prijedlog kantonalnog ministra, i to:

- tri člana iz reda osiguranika zdravstvenog osiguranja,
- dva člana iz reda poslodavaca,
- četiri člana iz reda zdravstvenih radnika.

Predsjednika upravnog odbora imenuje vlada kantona prilikom imenovanja ostalih članova upravnog odbora.

Djelokrug, ovlaštenja i odgovornost upravnog odbora utvrđuju se statutom kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 102.

Federalnim zavodom osiguranja i reosiguranja upravlja upravni odbor.

Upravni odbor Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja ima sedam članova koje imenuje Vlada Federacije na prijedlog ministra zdravstva i to:

- tri člana iz reda zdravstvenih radnika,
- dva člana iz reda osiguranika zdravstvenog osiguranja,
- dva člana iz reda poslodavaca.

Predsjednika upravnog odbora **imenuje Vlada Federacije prilikom imenovanja ostalih članova upravnog odbora.**

Član 103.

Upravni odbor kantonalnog zavoda osigurana:

- utvrđuje program djelatnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja i mjera za unapređivanje obaveznog zdravstvenog osiguranja, utvrđuje politiku korišćenja sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, daje smjernice za funkcioniranje stručne službe kantonalnog zavoda osiguranja radi pravilnog ostvarivanja prava osiguranih lica i racionalnog poslovanja,
- donosi statut kantonalnog zavoda osiguranja uz saglasnost zakonodavnog tijela kantona i druge opće akte za čije je donošenje ovlašten zakonom,
- predlaže saglasno zakonu stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje,
- donosi finansijski plan i usvaja završni račun,
- odlučuje o osiguravanju dopunskih sredstava i o načinu pokrivanja eventualnih gubitaka nastalih u poslovanju,
- pretresa godišnji izvještaj o radu kantonalnog zavoda osiguranja i njegove stručne službe,
- razmatra izvještaj o kontroli vrste, obima i kvaliteta izvršenih zdravstvenih usluga,
- provodi prošireno zdravstveno osiguranje ako je utvrđeno odlukom zakonodavnog tijela kantona,
- saraduje sa drugim kantonalnim zavodima osiguranja, Federalnim zavodom osiguranja i reosiguranja i drugim organima i organizacijama u stvarima od zajedničkog interesa - određuje predstavnike u drugim organizacijama i dr,
- vrši i druge poslove za koje je ovlašten zakonom, podzakonskim aktima, općim i drugim aktima.

Upravni odbor može obrazovati odbore i komisije za izvršavanje određenih zadataka.

Član 104.

Upravni odbor Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja:

- utvrđuje program djelatnosti Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja i daje smjernice za funkcioniranje Stručne službe Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja,
- donosi statut Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja, uz saglasnost **Parlamenta** Federacije i druge opće akte,
- donosi finansijski plan i usvaja završni račun,
- razmatra probleme u vezi sa osiguranjem sredstava za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja na teritoriji Federacije i predlaže odgovarajuće mjere,
- razmatra izvještaj o provođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja na teritoriji Federacije i izvještaj o radu Stručne službe,
- razmatra izvještaj o provođenju međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje,
- razmatra izvještaj o ostvarivanju zdravstvene zaštite u inozemstvu,
- priprema prijedloge akata iz oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja koje u skladu sa zakonom donose ministar zdravstva odnosno Vlada Federacije,

- učestvuje u pripremi za zaključivanje međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obavezno zdravstveno osiguranje,

- vrši i druge poslove za koje je ovlašten zakonom, podzakonom, općim i drugim aktima.

Upravni odbor može obrazovati odbore i komisije za izvršavanje određenih zadataka.

Član 105.

Kantonalnim zavodom osiguranja odnosno Federalnim zavodom osiguranja i reosiguranja rukovodi direktor.

Direktora kantonalnog zavoda osiguranja imenuje i razrješava vlada kantona na prijedlog kantonalnog ministra.

Direktora Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja imenuje i razrješava Vlada Federacije na prijedlog ministra zdravstva.

Član 106.

Kantonalni zavodi osiguranja imaju rezervu koja se ostvaruje izdavanjem najmanje 5% ukupnih rashoda ostvarenih u protekloj godini.

Nadzor nad korišćenjem rezerve obavlja upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja.

Član 107.

Sredstva rezerve službe za osiguravanje tekuće likvidnosti, za pokriće gubitaka i mogu biti korišćena za komercijalne pozajmice.

Član 108.

Ukoliko vlada kantona utvrdi da su gubici kantonalnog zavoda osiguranja nastali iz objektivnih okolnosti, gubici se pokrivaju iz budžeta kantona kao pomoć za likvidnost u iznosu koji nedostaje.

Član 109.

U svrhu osiguranja podataka potrebnih za provođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja, te nadzor nad ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u kantonalnom zavodu osiguranja odnosno Federalnom zavodu osiguranja i reosiguranja se vode evidencije.

Provedbene propise o načinu i mjestu vođenja, obliku, sadržaju i rokovima evidencije te obaveznim vođenja evidencije, donijet će upravni odbor kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Član 110.

Nadzor nad zakonitošću rada kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja obavlja nadležni organ uprave kantona odnosno Federacije.

VIII - KAZNENE ODREDBE

Član 111.

Novčanom kaznom u iznosu od 500 do 2000 KM kaznit će se za prekršaj pravno odnosno fizičko lice:

1. ako ne obračunava odnosno ne uplati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje iz plaća radnika. (član 86. stav 1. tačka 1.)
2. ako ne obračuna odnosno ne uplati dodatni doprinos za zdravstvenu zaštitu u inozemstvu, (član 86. stav 1. tačka 1.)
3. ako u zakonskom propisanom roku od dana povrede na radu odnosno utvrđivanja profesionalnog oboljenja radnika ne dostavi prijavu kantonalnom zavodu osiguranja, (član 28. stav 3.)
4. ako onemogućiti pregled i nadzor, te finansijsku kontrolu poslovanja. (član 87. stav 1.)

Član 112.

Novčanom kaznom u iznosu od 500 do 2000 KM kaznit će se za prekršaj pravno lice:

1. ako ne obračuna odnosno ne uplati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje korisnika penzija i korisnika drugih prava po osnovu penzijskog i invalidskog osiguranja (član 86. stav 1. tačka 3.)
2. ako ne obračuna odnosno ne uplati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje nezaposlenih lica koja su uredno prijavljena, (član 86. stav 1. tačka 3.)
3. ako ne obračuna odnosno ne uplati doprinos za lica smještena u ustanove socijalne zaštite i lica koja primaju stalnu novčanu pomoć. (član 86. stav 1. tačka 4.)

Za prekršaj iz stava 1. ovog člana kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 250 do 500 KM i odgovorno lice u pravnom licu.

Član 113.

Novčanom kaznom u iznosu od 500 do 2000 KM kaznit će se za prekršaj lice:

1. ako ne uplati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje koje je obavezno da samo uplati, (član 86. stav 2.)
2. ako onemogućiti pregled i nadzor te finansijsku kontrolu poslovanja. (član 87. stav 1.)

Član 114.

Novčanom kaznom u iznosu od 250 do 400 KM kaznit će se za prekršaj zemljoradnik, odnosno zemljoradničko domaćinstvo:

1. ako ne izvrši uplatu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, (član 86. stav 1. tačka 11.)
2. ako ne dostavi nadle nom pravnom licu podatke u vezi sa prijavom i odjavom osiguranog lica, radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. (član 54.)

Član 115.

Novčanom kaznom u iznosu od 300 do 1500 KM kaznit će se za prekršaj pravno odnosno fizičko lice:

1. ako ne dostavi nadle nom kantonalnom zavodu osiguranju sve podatke u vezi sa prijavom i odjavom osiguranog lica, radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. (član 54.)

Za prekršaj iz stava 1. ovog člana kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 250 do 500 KM i odgovorno lice u pravnom licu.

Član 116.

Novčanom kaznom u iznosu od 250 do 500 KM kaznit će se za prekršaj izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi ako utvrdi da osigurano lice ima pravo na korišćenje bolovanja, a za to nema osnovu. (član 55. stav 1.)

Član 117.

Novčanom kaznom u iznosu od 250 do 400 KM kaznit će se za prekršaj osigurano lice:

1. ako je svjesno prekoračilo privremenu nesposobnost za rad, namjerno spriječava ozdravljenje odnosno osposobljavanje, obavlja drugu djelatnost, bez opravdanog razloga ne odgovori na poziv za ljekarski pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, ne pridržava se uputa za liječenje, odnosno bez dozvole doktora medicine otpuće iz mjesta prebivališta ili u roku od tri dana nakon početka bolesti, ne izvijesti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite da je obolio, (član 45.)

2. ako je ostvario pravo na naknadu putnih troškova u vezi sa liječenjem a za to nije imao pravnog osnova, (član 49.)
3. ako koristi ispravu kojom dokazuje status osiguranog lica na način suprotan odredbama ovog zakona i propisa donesenih na osnovu odredaba ovog zakona. (član 53.)

Član 118.

Do puštanja u opticaj KM novčane kazne predviđene u čl. 111. do 117. ovog zakona, mogu se plaćati u DEM ili u protuvrijednosti valute koje se koriste u platnom prometu Federacije po srednjem kursu koji objavljuje nadle na finansijska institucija na dan plaćanja.

IX - PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 119.

Ministarstvo zdravstva u suradnji sa kantonalnim ministarstvima zdravstva, preduzet će sve mjere, osigurati uvjete i izvršiti druge potrebne radnje za početak rada kantonalnih zavoda osiguranja i Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Član 120.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja i kantonalni zavodi osiguranja preuzimaju rukovodne i ostale radnike koji su na dan stupanja na snagu ovog zakona bili uposleni na poslovima zdravstvenog osiguranja na teritoriji Federacije.

Preuzimanje i raspoređivanje radnika u smislu stava 1. ovog člana, izvršit će se na osnovu internog natječaja prema potrebama procesa rada, te prema školskoj spremi i radnim sposobnostima radnika.

Član 121.

Kantonalni zavodi osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja preuzimaju pripadajuća prava i obaveze, poslovni prostor, opremu i inventar i druge stvari, arhivu, akte, predmete i drugu dokumentaciju i sredstva za rad koji su preuzeti u Ministarstvu zdravstva od Republičkog fonda za zdravstvenu zaštitu.

Pored sredstava iz stava 1. ovog člana kantonalni zavodi osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja preuzimaju prava, obaveze i sredstva ostvarena tokom rada na poslovima zdravstvenog osiguranja do dana početka rada kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Član 122.

Propise potrebne za provođenje ovog zakona iz čl. 35, 38, 41, 53, 54, 55, 64. i 92. nadle ni organi su du ni donijeti u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 123.

Kantonalni zavod osiguranja i Federalni zavod osiguranja i reosiguranja du ni su donijeti statute, planove rada i finansijske planove u roku od 60 dana, a druge opće akte u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 124.

Do donošenja akata iz čl. 122. i 123. ovog zakona primjenjivat će se odgovarajući opći akti koji su na snazi na području Federacije na dan stupanja na snagu ovog zakona.

Član 125.

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, od dana njegovog stupanja na snagu ostvaruju ta prava prema odredbama ovog zakona.

Lica iz stava 1. ovog člana koje prema odredbama ovog zakona ne ispunjavaju propisane uvjete za korišćenje prava priznatog prema dosadašnjim propisima, nastavljaju započeto

korišćenje tog prava prema odredbama ovog zakona kao da ispunjavaju uvjete propisane ovim zakonom, odnosno na osnovu ovog zakona sve dok traje oboljenje i potreba liječenja.

Pravo na naknadu plaće po osnovu porodijskog odsustva, do donošenja propisa u oblasti dječije zaštite, koji će regulirati porodijsko odsustvo, ostvaruje se u oblasti zdravstvenog osiguranja.

Sredstva za naknadu plaće po osnovu porodijskog odsustva, osigurati će se u bud etu kantona i isplaćivat će se u ivisini i način koji odredi zakonodavno tijelo kantona.

Član 126.

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

Do uspostavljanja sistema zdravstvenog osiguranja i reosiguranja u smislu odredaba ovog zakona odnosno do uspostavljanja ekonomske osnove Federacije koja će omogućiti potpunu primjenu istog, sredstva za sprovođenje zdravstvenog osiguranja mogu se osigurati iz bud eta kantona za mjere iz nadle nosti kantonalnih zavoda osiguranja, odnosno bud eta Federacije za mjere iz nadle nosti Federacije.

Član 127.

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

Član 128.

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaje primjena propisa koji su uređivali oblast zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja na teritoriji Federacije.

Član 129.

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

Predsjedavajući
Doma naroda
Mariofil Ljubić, s. r.

Predsjedavajući
Predstavnčkog doma
Enver Kreso, s. r.

ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I - TEMELJNE ODREDBE

Članak 1.

Zdravstveno osiguranje, kao dio socijalnog osiguranja građana, čini jedinstveni sistem u okviru kojega građani- ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti-obvezatno u okviru upanije(u daljem tekstu: upanija) osigurava ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i druge oblike osiguranja na način koji je utvrđen ovim zakonom, drugim zakonima i propisima donesenim na temelju zakona.

U okviru Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Federacija), odnosno upanije, sredstva za zdravstveno osiguranje mogu se ulagati i na dobrovoljnoj osnovi.

Članak 2.

Pod uvjetima utvrđenim ovim zakonom i drugim zakonima i propisima donesenim na temelju zakona, građani Federacije imaju pravo na zdravstveno osiguranje, koje obuhvaća:

1. obvezatno zdravstveno osiguranje;
2. prošireno zdravstveno osiguranje, i
3. dragovoljno zdravstveno osiguranje.

Članak 3.

Pravo na obvezatno zdravstveno osiguranje po ovom zakonu imaju osobe u radnom odnosu i druge osobe koje vrše određene djelatnosti ili imaju određeno svojstvo, a obuhvaćena su ovim zakonom.

Obvezatno zdravstveno osiguranje, odnosi se na sve osobe iz stavka 1. ovog članka (u daljem tekstu: osiguranici).

Članak 4.

Pravo na obvezatno zdravstveno osiguranje imaju i članovi obitelji osiguranika- kad je to ovim zakonom određeno.

Članak 5.

Obvezatnim zdravstvenim osiguranjem obezbjeđuju se osiguranicima i članovima njihove obitelji (u daljem tekstu: osigurane osobe) pravo na korišćenje zdravstvene zaštite i pravo na novčane naknade i pomoći po ovom zakonu.

Opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja određeno je odredbama ovog zakona i propisima donesenim na temelju ovog zakona.

Članak 6.

Obvezatno zdravstveno osiguranje temelji se na načelima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika u okviru upanije.

Obvezatno zdravstveno osiguranje mo e temeljiti na načelima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika u okviru dvije ili više upanija odnosno Federacije- u slučajevima i pod uvjetima utvrđenim ovim zakonom.

Članak 7.

Prava koja osiguranim osobama pripadaju po ovom zakonu ne mogu se ugovorom mijenjati, ni prenesti na druge osobe, niti se mogu naslijeđivati.

Iznimno od odredbe iz stavka 1. ovog članka novčana se primanja iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja koja su dospjela za isplatu, a ostala su neisplaćena zbog smrti osigurane osobe, mogu naslijeđivati.

Članak 8.

Radi osiguranja prava, odnosno opsega prava koja nisu obuhvaćena obvezatnim zdravstvenim osiguranjem, zakonodavno tijelo upanije mo e uvesti prošireno zdravstveno osiguranje.

Članak 9.

Prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na teret fonda obvezatnog zdravstvenog osiguranja, ako je njihovo korišćenje sukladno načinu utvrđenom zakonom i propisima donesenim na temelju zakona.

Članak 10.

Pri korišćenju određenih vidova zdravstvene zaštite, osigurane osobe sudjeluju u snošenju troškova, kad je to zakonom predviđeno.

Članak 11.

Sve osigurane osobe imaju ravnopravan polo aj glede ostvarivanja prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja.

Članak 12.

Vidove zdravstvene zaštite i prava koja se ne osiguravaju obvezatnim i proširenim zdravstvenim osiguranjem građani mogu osigurati dragovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

Članak 13.

Sredstva za ostvarivanje prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se doprinosima od kojih se obrazuju fondovi obvezatnog zdravstvenog osiguranja kod zavoda zdravstvenog osiguranja upanije, sukladno odredbama ovog zakona i propisima donesenim na temelju zakona.