

ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

(30/97, 7/02, 70/08 i 48/11)

I - OSNOVNE ODREDBE

Članak 1.

Zdravstveno osiguranje, kao dio socijalnog osiguranja građana, čini jedinstveni sistem u okviru koga građani ulaganjem sredstava, na načelima uzajamnosti i solidarnosti, obvezno 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 temelju zakona.

U okviru Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Federacija), odnosno kantona, 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 obuhvata:

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

Članak 3.

Pravo na obvezno 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.

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

Članak 4.

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

Članak 5.

Obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se osiguranicima i članovima obitelji osiguranika (u daljem tekstu: osigurane osobe) pravo na korištenje zdravstvene zaštite i pravo na novčane naknade i pomoći po ovom zakonu.

Obim prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja određen je odredbama ovog zakona i propisima donesenim na temelju ovog zakona.

Članak 6.

Obvezno zdravstveno osiguranje zasniva se na načelima uzajamnosti i solidarnosti osiguranika u okviru kantona i Federacije, u slučajevima i pod uvjetima utvrđenim u ovom zakonu.

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

Članak 7.

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

Izuzetno od odredbe iz stavka 1. ovog članka novčana primanja iz obveznog zdravstvenog osiguranja koja su dospjela za isplatu, a ostala su neisplaćena uslijed smrti osigurane osobe, mogu se nasljeđivati.

Članak 8.

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

Članak 9.

Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja, ako je njihovo korištenje u skladu sa načinom utvrđenim zakonom i propisima donesenim na temelju zakona.

Članak 10.

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

Članak 11.

Sve osigurane osobe imaju ravnopravan položaj u pogledu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Članak 12.

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

Članak 13.

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

U cilju ostvarivanja jednakih uvjeta za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja u svim kantonima, za određene prioritetne vertikalne programe zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju (u daljnjem tekstu: prioritetni federalni programi zdravstvene zaštite) i za pružanje prioritetnih najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti, osiguravaju se

sredstva federalne solidarnosti kod Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Federalni zavod osiguranja i reosiguranja) od kojih se obrazuje fond solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: federalni fond solidarnosti).

Sredstva federalne solidarnosti iz stavka 2. ovog članka osiguravaju se iz doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje.

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

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

Sredstva za dobrovoljno zdravstveno osiguranje osiguravaju građani osobno ili putem poduzeća, ustanova i na drugi način na koji sami odluče da udružuju sredstva za ovo osiguranje.

Članak 14.

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

Članak 15.

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

Članak 16.

Radi obavljanja poslova i ostvarivanja prava iz obveznog 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 obveznog zdravstvenog reosiguranja osniva se Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine.

Članak 17.

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

Članak 18.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja i kantonalni zavod osiguranja obvezni su, u okviru jedinstvenog informacionog sistema, organizirati praćenje ostvarivanja i korištenja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, praćenje uplata i potrošnje, po obveznicima doprinosa, kao i drugih sredstava i osobno za svakog osiguranika.

Odredba stavka 1. ovog članaka shodno se primjenjuje i na zavode dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine dužan je preuzeti podatke iz Baze podataka Jedinственог sustava i distribuirati ih mjerodavnim kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja sukladno Zakonu o Jedinственом sustavu registracije, kontrole i naplate doprinosa ("Službene novine Federacije BiH", broj 42/09) (u daljnjem tekstu: Zakon o jedinstvenoj registraciji).

II - OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. Osigurane osobe

a) Osiguranici

Članak 19.

Prema ovom zakonu osiguranici su:

1. osobe koje su u radnom odnosu u poduzećima, ustanovama, zadrugama i drugim oblicima organiziranja, kod radnika koji samostalno obavljaju djelatnost osobnim radom, sredstvima u svojini građana, kod radnika koji osobnim radom, samostalno u vidu zanimanja, obavljaju profesionalnu djelatnost (u daljem tekstu: pravne i fizičke osobe), na teritoriji Federacije,
2. osobe u radnom odnosu kod pravne ili fizičke osobe sa sjedištem na teritoriji Federacije, upućene na rad ili stručno usavršavanje u inozemstvu, te osobe na radu u domaćinstvima osiguranika koji se nalaze na radu u inozemstvu, ako su državljani Federacije Bosne i Hercegovine,
3. osobe koje su izabrane ili imenovane na stalne dužnosti u određenim tijelima državne ili sudske uprave u Federaciji ili kantonu, ako za taj rad primaju plaću,
4. državljani Federacije Bosne i Hercegovine, zaposleni u stranim ili međunarodnim organizacijama i ustanovama, stranim konzularnim i diplomatskim predstavništvima sa sjedištem na teritoriji Federacije,
5. osobe s prebivalištem na teritoriji Federacije zaposlene u inozemstvu kod inozemnog poslodavca koje nemaju zdravstveno osiguranje inozemne ustanove, odnosno tijela u čijoj je nadležnosti provođenje zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: inozemni nosilac zdravstvenog osiguranja).
6. osobe koje se nakon završenog obrazovanja nalaze na obaveznom praktičnom radu, ako rade s punim radnim vremenom,
7. osobe koje na teritoriji Federacije obavljaju privrednu ili neprivrednu djelatnost osobnim radom,
8. osobe koje su vlasnici privatnih poduzeća sa sjedištem na teritoriji Federacije, ako nisu zdravstveno osigurani po drugom osnovu,
9. zemljoradnici koji se na teritoriji Federacije bave zemljoradnjom kao jedinim ili glavnim zanimanjem, zemljoradnici koji su svoje poljoprivredno zemljište dali u zakup i osobe koje su uzele poljoprivredno zemljište u zakup, ako nisu zdravstveno osigurana po drugom osnovu,
10. korisnici mirovina i korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje po propisima o mirovinskom i invalidskom osiguranju Federacije,
11. korisnici mirovina i invalidnina s prebivalištem na teritoriji Federacije koji to pravo ostvaruju isključivo od inozemnog nosioca mirovinskog i invalidskog osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno,
12. nezaposlene osobe koje su prijavljene 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 služenja 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 obveznog psihijatrijskog liječenja u zdravstvenoj ustanovi ili obveznog 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 otpuštena 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, odnosno stariji maloljetnici do 18 godina života, a nisu završili osnovno školovanje ili se po završetku osnovnog školovanja nisu zaposlili, ako su se prijavili zavodu za zapošljavanje,

13a. djeca od rođenja, kao i djeca za vrijeme redovitog školovanja u osnovnim i srednjim školama odnosno studiranja na višim i visokim školama te sveučilištima, koja su državljani Bosne i Hercegovine s prebivalištem na teritoriju Federacije, a nisu zdravstveno osigurana kao članovi obitelji osiguranika, ali najdulje do navršene 26. godine života,

13b. osobe nakon navršenih 65 godina života koje imaju prebivalište na teritoriju Federacije, a koje nisu zdravstveno osigurane po drugoj osnovi u Bosni i Hercegovini ili drugoj državi (u daljnjem tekstu Zakona: osobe nakon navršenih 65 godina života),.

14. osobe starije od 18 godina koje su prema propisima o školovanju izgubile 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. osobe s prebivalištem na teritoriji Federacije kojima je priznato svojstvo ratnog, mirnodopskog i civilnog invalida rata, odnosno status korisnika obiteljske invalidnine suglasno pozitivnim propisima, ako nisu zdravstveno osigurana po drugom osnovu,

16. pripadnici Vojske Federacije uključujući i osobe 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. osobe koje su prekinule rad zbog toga što ih je pravna osoba uputila na stručno obrazovanje ili postdiplomski studij,

19. osobe koje je pravna osoba prije stupanja u radni odnos uputila kao svoje stipendiste na praktičan rad ili u drugu pravnu osobu radi stručnog osposobljavanja ili usavršavanja,

20. osobe upućene u inozemstvo u sklopu međunarodne prosvjetne, tehničke i kulturne suradnje,
21. vrhunski sportisti ako nisu osigurani po drugom osnovu.

b) Članovi obitelji osiguranika

Članak 20.

Prema ovom zakonu članovima obitelji osiguranika smatraju se:

1. supružnik (bračni i vanbračni suglasno propisima o braku i porodici),
2. djeca (rođena u braku, van braka, usvojena ili pastoračad) i druga djeca bez roditelja ako ih osiguranik izdržava,
3. roditelj (otac, majka, očuh, maćeha, usvojitelji osiguranika) ako ih osiguranik izdržava,
4. unuci, braća, sestre, djed i baka ako su nesposobni za samostalan život i rad i ako nemaju sredstava za izdržavanje, pa ih osiguranik izdržava.

Članovi obitelji osiguranika iz stavka 1. ovog članka stječu prava na obvezno zdravstveno osiguranje po osnovu ovog zakona, pod uvjetom da isto pravo ne ostvaruju po osnovu radnog odnosa ili obavljanja privredne ili neprivredne djelatnosti osobnim 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 osoba nesposobna za samostalan život i rad i nema vlastitih sredstava za izdržavanje.

Članak 21.

Supružnik je zdravstveno osiguran kao:

1. supružnik umrlog osiguranika, koji nakon smrti supružnika nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu jer nije navršio određene godine života, ako je u vrijeme smrti supružnika bio stariji od 40 godina (žena) odnosno 55 godina (muškarac). Supružnik mlađi od 40, odnosno 55 godina, ukoliko propisima o mirovinskoinvalidskom osiguranju nije drugačije regulirano, produžava korištenje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja dok je prijavljen zavodu za zapošljavanje, ako se istom prijavi u roku od 90 dana nakon smrti supružnika,
2. razvedeni supružnik koji je sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, ako je u vrijeme razvoda bio stariji od 45 godina (žena) odnosno 60 godina (muškarac). Supružnik koji je u vrijeme razvoda bio mlađi od 45 godina, odnosno 60 godina produžava korištenje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, ako je potpuno i trajno nesposoban za rad suglasno propisima o mirovinskom i invalidskom osiguranju,
3. razvedeni supružnik mlađi od 45 godina (žena) 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 izdržavanje.

Članak 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 osiguranja i za vrijeme trajanja bolesti odnosno povrede.

Djeca osiguranika iz stavka 2. ovog članka kao i djeca osiguranika koja su zbog služenja vojnog roka prekinula redovno školovanje, produžava se korištenje prava iz obveznog 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 suglasno 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, suglasno posebnim propisima, poslije isteka razdoblja iz stava 4. ovog članka ako ih osiguranik izdržava.

Djeca koju je osiguranik uzeo na izdržavanje imaju pravo na zdravstveno osiguranje, ako su bez roditelja. Djeca koja imaju jednog ili oba roditelja ako ih je osiguranik uzeo na izdržavanje, imaju pravo na zdravstveno osiguranje ako su roditelji te djece zbog svog zdravstvenog stanja ili drugih razloga ne mogu brinuti o djeci i njihovom izdržavanju.

Članak 23.

Državljeni Federacije Bosne i Hercegovine zaposleni u inozemstvu kod inozemnog poslodavca čiji članovi obitelji (supružnik i djeca) nisu zdravstveno osigurani kod inostranog nosioca zdravstvenog osiguranja, a prije odlaska u inozemstvo su bili zdravstveno osigurani, obvezni su zdravstveno osigurati svoje članove obitelji.

c) Druge osobe osigurane u određenim okolnostima

Članak 24.

Pravo na zdravstvenu zaštitu u obimu koji pripada osiguranicima imaju:

1. osobe koje učestvuju u organiziranim javnim radovima na teritoriji Federacije,
2. osobe koje ispunjavaju obvezu sudjelovanja u civilnoj zaštiti ili obvezu sudjelovanja u službi osmatranja i obavještanja,
3. osobe koje kao članovi operativnih sastava dobrovoljnih vatrogasnih organizacija vrše dužnosti po propisima o zaštiti od požara.

Članak 25.

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

Članovi obitelji učenika i redovnih studenata iz stavka 1. ovog članka (supružnik i djeca) imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove obitelji, ako im zdravstvena zaštita ne pripada po drugom osnovu.

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

Članak 26.

Osobe s prebivalištem na teritoriji Federacije koja su nesposobna za samostalan život i rad i nemaju sredstva za izdržavanje suglasno propisima o socijalnoj pomoći, obvezno su osigurana na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove porodice osiguranika, ako im se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugom osnovu.

Članak 27.

Osobe s prebivalištem na teritoriji Federacije koja imaju sredstva za izdržavanje, obvezne su se osigurati na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za članove obitelji osiguranika, ako im se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugom osnovu.

Osobe iz stavka 1. ovog članka ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu pod uvjetima da je uplaćen doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje, od dana prestanka svojstva osiguranika, odnosno najmanje 6 mjeseci unazad.

Članak 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. osobe koje 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 obveznom praktičnom radu kod pravne osobe za osposobljavanje,
4. osobe koje pomažu policijskim službama u obavljanju poslova iz njihove nadležnosti,
5. osobe koja sudjeluju u organiziranim akcijama spašavanja ili zaštiti i spašavanju u slučaju prirodnih i drugih nepogoda,
6. osobe koje na poziv državnih i drugih ovlaštenih tijela obavljaju dužnosti,
7. sportisti, treneri ili organizatori u sklopu organizirane sportske djelatnosti, odnosno osobe koje sudjeluju u sportskim akcijama,
8. osobe koje kao članovi gorske službe spašavaju ili roniaci obavljaju zadatke spašavanja života ili otklanjanja, odnosno sprečavanja opasnosti koje neposredno ugrožavaju život ili imovinu građana,
9. osobe koje kao članovi terenskih sastava sudjeluju 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 suglasno propisima o mirovinskom i invalidskom osiguranju.

Pravne i fizičke osobe obvezne 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.

Članak 29.

Korisnicima novčane naknade za tjelesno oštećenje prema propisima o mirovinskom 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.

Članak 30.

Stranim državljanima i osobama bez državljanstva osigurava se zdravstvena zaštita pod istim uvjetima kao i državljanima Federacije Bosne i Hercegovine, ako međunarodnim sporazumom nije drugačije određeno.

2. Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 31.

Obveznim 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 korištenjem zdravstvene zaštite;

2. Članovima obitelji osiguranika:

- a) zdravstvena zaštita,
- b) naknada putnih troškova u vezi sa korištenjem zdravstvene zaštite.

3. Zdravstvena zaštita

Članak 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 osoba, ili oštete materijalna dobra,
- zdravstvenu zaštitu oboljelih od progresivnih neuromišićnih 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,
- službu prikupljanja krvi.

Članak 33.

Osigurane osobe, pored prava iz članka 32. ovog zakona imaju pravo, u skladu a utvrđenom medicinskom indikacijom, na korištenje ortopedskih i drugih pomagala, stomatološkoprotetsku pomoć i stomatološko-protetske nadomjestke, kao i pravo na korišćenje lijekova čije je stavljanje u

promet odobrila Vlada federacije, a nalaze se na listi lijekova koji se osiguranicima mogu propisati na teret sredstava kantonalnog zavoda osiguranja.

Obim prava iz stavka 1. ovog članka utvrdit će se kantonalnim propisima.

Članak 34.

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

- primarna,
- specijalističko-konsultativna i
- bolnička.

Članak 35.

Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćeno obveznim zdravstvenim osiguranjem podrazumijeva osiguranje zdravstvenog standarda pod jednakim uvjetima za osiguranu osobu u zadovoljavanju potreba u primarnoj, specijalističko-konsultativnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti s odgovarajućom medicinskom rehabilitacijom.

Obim prava obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 32. ovog zakona, kao i drugih prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: osnovni paket zdravstvenih prava), utvrdit će Parlament Federacije, na prijedlog Vlade Federacije, najkasnije u roku od 90 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona, uključujući pritom i:

- posebne prioritetne federalne programe zdravstvene zaštite koja će se provoditi na teritoriju Federacije;
- prioritetne najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati osiguranim osobama na teritoriju Federacije.

Do donošenja osnovnog paketa zdravstvenih prava, Vlada Federacije će privremeno utvrditi prioritetne federalne programe zdravstvene zaštite i prioritetne najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti, koji će se pružati osiguranim osobama na teritoriju Federacije.

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

Članak 36.

Kod povreda na radu, ili oboljenja od profesionalne bolesti, osiguranicima se obavezno 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 ortopedsku 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 prouzrokovanog povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti.

Članak 37.

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

Izuzetno od stavka 1. ovog članka, Federalni zavod osiguranja i reosiguranja zaključuje ugovore sa zdravstvenim ustanovama koje osiguravaju usluge zdravstvene zaštite iz članka 7. stavak 2. alineja 1. i 2., ovog zakona, a koje se financiraju iz sredstava federalne solidarnosti.

Članak 38.

Ugovorima iz članka 37. utvrđuju se: vrsta, obim i kvalitet zdravstvenih usluga koje zdravstvena ustanova pruža osiguranim osobama, naknade koje kantonalni zavod osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja u slučajevima iz članka 8. ovog zakona plaća za pružanje ugovornih usluga, način obračunavanja i plaćanja usluga i druga uzajamna prava i obveze ugovorača.

Osnove, kriterije i mjerila za zaključivanje ugovora iz članka 37. stavak 1. ovog zakona utvrđuje vlada kantona na prijedlog kantonalnog ministra zdravstva (u daljnjem tekstu: kantonalni ministar), a osnove, kriterije i mjerila za zaključivanje ugovora iz članka 8. ovog zakona utvrđuje Vlada Federacije na prijedlog federalnog ministra zdravstva (u daljnjem tekstu: federalni ministar).

Osnovama, kriterijima i mjerilima iz stavka 2. ovog članka osigurava se zakonito i pravilno uspostavljanje ugovornih odnosa između kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja 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, troškova i drugo.

Članak 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.

Članak 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 pružene osiguranim osobama u hitnim slučajevima i drugi troškovi u vezi sa pružanjem te pomoći.

Članak 41.

Osigurana osoba 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 osigurana osoba uplaćuje postoji mogućnost za uspješno liječenje tog oboljenja.

Osigurana osoba 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 članka donosi ministar zdravstva.

4. Novčane naknade i pomoći

a) Naknada plaće

Članak 42.

Osiguranci iz članka 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. izolirani 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 supružnika ili djeteta pod uvjetima propisanim ovim zakonom.

Naknada plaće pripada osiguraniku samo za dane za koje bi mu pripadala plaća 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.

Članak 43.

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

Privremena spriječenost za rad traje dok izabрани doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi odnosno privatnoj praksi ili lječničko povjerenstvo, ne utvrdi da je uspostavljena radna sposobnost ili dok se pravomoćnim rješenjem nadležnog tijela po propisima iz mirovinskog i invalidskog osiguranja ne utvrdi da postoji invalidnost.

Članak 44.

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

Članak 45.

Osiguranik nema pravo na naknadu plaće ako:

- svjesno prouzrokuje privremenu nesposobnost za rad,
- namjerno spriječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje,

- prima plaću ili obavlja drugu djelatnost,
 - se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za ljebarski pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite,
 - izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja utvrde da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez dozvole izabranog doktora medicine otputuje 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 stavka 1. ovog članka, pa sve dok one traju.

Članak 46.

Naknada plaće utvrđuje se od osnovice za naknadu koju čini plaća isplaćena osiguraniku za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem nastupi slučaj na temelju kojeg se stiče pravo na naknadu.

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

Kada osiguranik prima naknadu plaće neprekidno duže od tri mjeseca, osnovica za utvrđivanje naknade iz st. 1. i 2. ovog članka valorizira se suglasno prosječnom porastu plaća zaposlenih kod pravne, odnosno fizičke osobe, ako je taj porast veći od 5%.

Naknada plaće prema stavku 3. ovog članka, pripada osiguraniku od prvog dana idućeg mjeseca po isteku tri mjeseca neprekidnog korištenja naknade plaće, ako je ispunjen uvjet za povećanje naknade. Upravno vijeće kantonalnog zavoda osiguranja će općim aktom bliže propisati način utvrđivanja valorizacije osnovice za naknadu plaće iz stavka 3. ovog članka.

Članak 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 odoljenja 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 upravno vijeće kantonalnog zavoda osiguranja.

- b) Naknade putnih troškova u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite

Članak 48.

U ostvarivanju zdravstvene zaštite osigurane osobe imaju pravo na naknadu putnih troškova u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite.

Pod troškovima iz stavka 1. ovog članka ne podrazumijeva se prijevoz kolima hitne pomoći.

Članak 49.

Osigurane osobe imaju pravo na naknadu putnih troškova iz članka 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 izabran doktor medicine primarne zdravstvene zaštite uputi ili pozove u mjesto izvan mjesta rada ili prebivališta, odnosno boravišta.

Članak 50.

Naknada putnih troškova iz članka 48. stavak 1. ovog zakona, pripada osiguranim osobama 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 osigurane osobe zahtijeva drugu vrstu prijevoza, odobrava se odgovarajući prijevoz, odnosno naknada za korištenje istog.

Provedbene propise o visini, kriterijima i načinu korištenja naknade troškova prijevoza iz st. 1. i 2. ovog članka donijet će nadležno tijelo kantonalnog zavoda osiguranja.

Članak 51.

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

- c) Ostale naknade i pomoć

Članak 52.

Osiguranici imaju pravo na naknadu za pogrebne troškove.

Provedbene propise o visini, uvjetima i načinu korištenja naknada za pogrebne troškove donijet će nadležno tijelo kantonalnog zavoda osiguranja.

5. Ostvarivanje i zaštita prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 53.

Pravo iz obveznog zdravstvenog osiguranja može ostvarivati samo osoba kojoj je utvrđeno svojstvo osigurane osobe.

Svojstvo osigurane osobe utvrđuje kantonalni zavod osiguranja, a dokazuje se posebnom ispravom.

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

Članak 54.

Obveznici uplate doprinosa dužni su podnijeti mjerodavnom uredu Porezne uprave Federacije Bosne i Hercegovine obrasce propisane Zakonom o jedinstvenoj registraciji, radi ostvarivanja prava i

obveza iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja i izdavanja posebne isprave iz članka 53. stavak 2. ovoga zakona.

Osobe za koje obveznici uplate doprinosa ne podnose prijavu iz stavka 1. ovog članka može zahtijevati od kantonalnog zavoda osiguranja da im utvrdi svojstvo osigurane osobe.

Ako mjerodavni ured Porezne uprave Federacije Bosne i Hercegovine ne prihvati podnesenu prijavu, a kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja utvrdi svojstvo osigurane osobe po nekoj drugoj osnovi, o tome kantonalni zavod zdravstvenog osiguranja donosi pisano rješenje koje dostavlja podnosiocu prijave i zainteresiranoj osobi.

Protiv rješenja iz stavka 3. ovog članka može se izjaviti žalba nadležnom tijelu kantonalnog zavoda osiguranja.

Protiv rješenja donesenog po žalbi može se pokrenuti upravni spor.

Prestankom okolnosti na osnovu kojih je stečeno svojstvo osigurane osobe, gubi se to svojstvo.

Članak 55.

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

O utvrđenoj ocjeni iz stavka 1. ovog članka, izabrani doktor medicine obavještava osiguranika, pravnu, odnosno fizičku osobu kod kojeg je osiguranik zaposlen i nadležni kantonalni zavod osiguranja.

Osiguranik, pravna, odnosno fizička osoba 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 stavka 1. ovog članka.

O prigovoru rješava liječničko povjerenstvo kantonalnog zavoda osiguranja, s tim da se rješenje i liječničkog povjerenstva smatra konačnim.

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

Nadzor iz stavka 5. ovog članka vrši kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja i pravna odnosno fizička osoba za vrijeme za koje ona 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.

Članak 56.

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

1. pravna ili fizička osoba za prvih 42 dana bolovanja kao i za vrijeme dok se osiguranik nalazi na radu u inozemstvu na koje ga je uputila pravna ili fizička osoba,

2. poduzeće za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje invalida, odnosno pravna ili fizička osoba za rad osiguranika invalida za prvih sedam dana bolovanja.

Visinu naknade plaće iz stavka 1. ovog članka utvrđuje općim aktom nadležno tijelo pravne osobe, odnosno fizičke osobe.

Pravne i fizičke osobe iz stavka 1. ovog članka obračunavaju i isplaćuju osiguraniku nadoknadu plaće i istekom 42 odnosno sedam dana bolovanja na teret sredstava kantonalnog zavoda osiguranja.

Kantonalni zavod osiguranja obavezan je vratiti isplaćenu nadoknadu plaće iz stavka 3. ovog članka u roku od 45 dana od dana prijema zahtjeva za povrat.

Članak 57.

Naknada plaće u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz članka 42. toč. 3. do 5. ovog zakona isplaćuje se osiguraniku na teret sredstava kantonalnog zavoda osiguranja od prvog dana korištenja prava.

Naknadu plaće iz stavka 1. ovog članka obračunava i isplaćuje pravna odnosno fizička osoba, tim da je kantonalni zavod osiguranja obavezan vratiti isplaćenu naknadu u roku od 45 dana od dana prijema zahtjeva za povrat.

Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na naknadu plaće iz stavka 1. ovog članka donijet će upravno vijeće kantonalnog zavoda osiguranja.

Članak 58.

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

Članak 59.

O pravu na naknadu plaće pravna odnosno fizička osoba i kantonalni zavod osiguranja rješava po pribavljenoj ocjeni izabranog doktora medicine odnosno liječničkog povjerenstva bez donošenja formalnog rješenja, ali su dužni izdati pismeno rješenje ako to osiguranik traži.

U slučaju kada osiguraniku pravna odnosno fizička osoba nije utvrdila naknadu plaće na način, u visini i rokovima utvrđenim ovim zakonom u provedbenim propisima donesenim na osnovu ovog zakona, osiguranik ima pravo uložiti prigovor nadležnom tijelu kantonalnog zavoda osiguranja. Do donošenja konačne odluke, isplatu naknade dužan je osigurati kantonalni zavod osiguranja, suglasno članku 46. stav 2. ovog zakona, s tim da je pravna odnosno fizička osoba dužna vratiti isplaćenu naknadu u roku od 30 dana od dana naknade za privremenu spriječenost za rad.

Članak 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 nadležnom tijelu mirovinskog 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 pravne ili fizičke osobe u slučaju iz članka 58. ovog zakona, do navršenih 14 mjeseci neprekidnog trajanja privremene spriječenosti za rad.

Ako nadležno tijelo mirovinskog i invalidskog osiguranja ne donese ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti u roku iz stavka 1. ovog članka, kantonalni zavod osiguranja će i dalje isplaćivati naknadu plaće osiguraniku, ali je nadležni organ mirovinskog i invalidskog osiguranja obavezan vratiti isplaćenu naknadu kantonalnom zavodu osiguranja, najkasnije u roku od 30 dana od dana prijema zahtjeva za povrat.

U radu nadležnog tijela mirovinskog i invalidskog osiguranja za ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti sudjeluje kao članak i predstavnik kantonalnog zavoda osiguranja.

Članak 61.

Kad se utvrdi da postoje činjenice iz članka 45. stavak 1. ovog zakona, kantonalni zavod osiguranja odnosno pravna ili fizička osoba koja vrši isplatu naknade plaće na teret svojih sredstava, obustavlja isplatu te naknade.

Akt o obustavi isplate naknade plaće u smislu stavka 1. ovog članka donosi kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja odnosno pravne ili fizičke osobe koja vrši isplatu naknade plaće na teret sredstava, na osnovu mišljenja izabranog doktora medicine koji je utvrdio privremenu spriječenost za rad.

Akt iz stavka 2. ovog članka izdaje se pismeno, u dva primjerka, od kojih se jedan uručuje osiguraniku, a jedan kantonalnom zavodu osiguranja odnosno pravnoj ili fizičkoj osobi koja vrši isplatu naknade plaće na teret svojih sredstava, uz izvještaj.

Osiguranik kome je aktom iz stavka 2. ovog članka obustavljena isplata naknade plaće ima pravo u roku od tri dana od dana uručjenja akta zahtijevati da kantonalni zavod osiguranja odnosno pravna ili fizička osoba koja je isplaćivala naknadu plaće na teret svojih sredstava, raspravi stvar rješenjem.

O ponovnom uspostavljanju isplate naknade plaće obustavljene u smislu odredaba ovog članka rješava kantonalni zavod osiguranja odnosno pravna ili fizička osoba koja je isplaćivala naknadu plaće na teret svojih sredstava, na zahtjev osiguranika, ako se za to steknu uvjeti.

Članak 62.

Radi zaštite prava iz ovog zakona, osiguranim osobama se u kantonalnom zavodu osiguranja osigurava dvostepenost rješavanja u postupku koji je pokrenula osigurana osoba .

Drugostepeno rješenje kantonalnog zavoda osiguranja je konačno i protiv njega se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim sudom.

Članak 63.

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

Članak 64.

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

Osiguranik ima pravo na slobodan izbor zavoda osiguranja kod kojeg se može osigurati na prošireno zdravstveno osiguranje, u skladu a zakonom, a uz prethodno pribavljenu suglasnost obveznika uplate doprinosa i zavoda osiguranja koji provodi prošireno zdravstveno osiguranje.

Osigurana osoba bira doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite na razdoblje 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

Članak 65.

Osigurana osoba obvezna je kantonalnom zavodu osiguranja nadoknaditi štetu:

1. ako je ostvarila primanje iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja na osnovu neistinitih ili netočnih podataka za koje je znala ili je morala znati da su neistiniti, odnosno netočni ili je primanje ostvarila na drugi protupravan način, odnosno u većem obimu nego što joj pripada;
2. ako je ostvarila primanje iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja uslijed toga što nije prijavila promjenu koja utječe na gubitak ili obim prava, a znala je ili je morala znati za tu promjenu.

Članak 66.

Kantonalni zavod osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od osobe koja je prouzrokovala bolest, povredu ili smrt osigurane osobe .

Za štetu koju je kantonalnom zavodu osiguranja u slučajevima iz stavka 1. ovog članka počinio radnik na radu ili u vezi s radom odgovara pravna osoba ili fizička osoba, osim ako se dokaže da je radnik postupio onako kako je trebalo.

Kantonalni zavod osiguranja je obvezan u slučajevima iz stavka 2. ovog članka zahtijevati naknadu štete i neposredno od radnika ako je šteta prouzrokovana namjerno.

Kada kantonalni zavod osiguranja zahtijeva naknadu štete od pravne odnosno fizičke osobe i od radnika, oni odgovaraju za štetu solidarno.

Članak 67.

Osigurana osoba kojoj je iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja isplaćen novčani iznos na koji nije imala pravo, obvezan je vratiti primljeni iznos suglasno odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Članak 68.

Kantonalni zavod osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od pravne odnosno fizičke osobe:

1. ako je šteta nastala zato što nisu dati podaci ili što su dati neistiniti ili netočni podaci o činjenicama od kojih zavisi stjecanje ili obim prava,
2. ako je isplata izvršena na temelju neistinitih ili netočnih podataka navedenih u prijavi o stupanju radnika na rad,
3. ako je isplata izvršena zbog toga što nije podnesena prijava o promjenama koje utječu na gubitak ili na obim prava radnika, odnosno prijava o istupanju radnika s rada ili ako je prijava podnesena poslije propisanog roka.

Osigurane osobe koje su obvezne same podnositi prijave ili davati određene podatke u vezi sa svojim pravima i obvezama, obvezna su u slučajevima iz stavka 1. ovog članka sama kantonalnom zavodu osiguranja nadoknaditi štetu koja je nastala ako prijava nije podnesena ili su dati neistiniti podaci.

Za štetu u slučajevima iz stavka 1. ovog članka, odgovaraju pravne i fizičke osobe osim ako dokažu da se u datim okolnostima postupalo kako je trebalo, a osigurane osobe u slučajevima iz stavka 2. ovog članka odgovaraju za štetu ako su znale ili morale znati da su dati podaci neistiniti ili netočni, odnosno ako su znale ili morale znati za promjenu koja utječe na gubitak ili obim prava, a te promjene nisu prijavile.

Članak 69.

Kantonalni zavod osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od pravne ili fizičke osobe 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 obvezan zahtijevati naknadu prouzrokovane štete od pravne ili fizičke osobe i kada je šteta nastala jer je radnik stupio na rad bez propisanog prethodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se zdravstvenim pregledom utvrdi da ta osoba prema zdravstvenom stanju nije bila sposobna za rad na određenim poslovima.

Članak 70.

Kantonalni zavod osiguranja obvezan je zahtijevati naknadu prouzrokovane štete u slučajevima iz članka 66. ovog zakona i neposredno od pravne osobe za osiguranje imovine i osoba kod koga su ove osobe osigurane odgovornosti za štetu prouzrokovanu trećim osobama, prema propisima o obveznom osiguranju ovog rizika.

Članak 71.

Kantonalni zavod osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane u slučajevima iz članka 66. ovog zakona kada je šteta nastala upotrebom motornog vozila neposredno od pravne osobe za osiguranja imovine i osoba kod koga je štetnik sklopio ugovor o obveznom osiguranju od odgovornosti za štete prouzrokovane trećim osobama.

Kantonalni zavod osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila kojim se koristilo, odnosno kojim je upravljala osoba koja za to nije imala ovlaštenje.

Kantonalni zavod osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila za koje nije sklopljen ugovor o osiguranju, odnosno upotrebom nepoznatog vozila od pravne osobe za osiguranje imovine i osoba koje obavlja osiguranje autoodgovornosti u mjestu nestanka štete.

U slučaju iz stavka 3. ovog članka pravna osoba za osiguranje imovine i osoba, obvezna je isplatiti naknadu kao da je bio sklopljen ugovor o osiguranju.

Članak 72.

Kantonalni zavod osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete prouzrokovane upotrebom vozila s inozemnom registracijom za koje postoji valjana međunarodna isprava ili dokaz o postojanju osiguranja od bilo kog pravne osobe za osiguranje imovine i osoba sa sjedištem na teritoriji Federacije.

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

Članak 73.

Kantonalni zavod osiguranja je obvezan zahtijevati naknadu štete u slučajevima predviđenim ovim zakonom, bez obzira na to što je nastala isplatom davanja koja kao pravo pripadaju osiguranoj osobi iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja.

Članak 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.

Članak 75.

Potraživanje naknade štete, u smislu odredbi ovog zakona, zastarjevaju istekom rokova određenih Zakonom o obligacionim odnosima.

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

1. u slučajevima iz članka 65. i članka 68. stavak 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 članka 71. ovog zakona, od dana izvršene isplate svakog pojedinog davanja.

Članak 76.

Kada se utvrdi da je nestala šteta, kantonalni zavod osiguranja će uz navođenje dokaza pozvati osiguranu osobu, pravnu ili fizičku osobu, pravnu osobu za osiguranje imovine i osoba ili drugu osobu koja je dužna naknaditi štetu da u određenom roku naknadi štetu.

Ako šteta ne bude nadoknađena u određenom roku kantonalni zavod osiguranja potraživanja ostvaruje tužbom kod nadležnog 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 osigurane osobe, ostvariti naknadu štete obustavom isplate ili ustezanjem od novčane naknade na koju osigurana osoba ima pravo u vezi s korištenjem prava iz zdravstvenog osiguranja.

III - PROŠIRENO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 77.

Ukoliko zakonodavno tijelo kantona, suglasno članaku 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

Članak 78.

Građani-osiguranici mogu za sebe i za svoje članove obitelji dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem osigurati dodatna prava iz zdravstvene zaštite koja nisu obuhvaćala obveznim zdravstvenim osiguranjem.

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

Članak 79.

Zavodi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja finansiraju se iz premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje plaćaju radnici, poduzeća ili druge pravne osobe.

V - OSIGURAVANJE SREDSTAVA

1. Financiranje obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 80.

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

1. doprinosa iz plaća radnika koji su u radnom odnosu kod pravne ili fizičke osobe;
2. doprinosa na prihod osoba koje obavljaju privrednu ili neprivrednu djelatnost osobnim radom;
3. doprinosa iz mirovina i invalidnina i drugih naknada iz mirovinskog i invalidskog osiguranja,
4. doprinosa za nezaposlene građane,
5. doprinosa koji se plaća na stalnu novčanu pomoć i za osobe smještene 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 korištenje 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 osoba koje sama plaćaju doprinos,
11. naknada za zdravstvenu zaštitu članova obitelji radnika zaposlenih u inozemstvu inostranih umirovljenika i članova njihovih obitelji,
12. sredstava proračuna kantona odnosno općine,
13. sredstava osobnog sudjelovanja osiguranih osoba u pokriću troškova zdravstvene zaštite, i
14. prihoda od donacije, pomoći, taksu, kamata, dividendi i drugih prihoda.

Sredstva iz stavka 1. ovog članka vode se i evidentiraju odvojeno.

Članak 81.

Za povredu na radu i oboljenja od profesionalne bolesti osiguranika pravna ili fizička osoba osigurava u cijelosti sredstva za ostvarivanje prava iz članka 36. ovog zakona.

Pravna ili fizička osoba obvezna su da se reosiguraju radi rizika iz stavka 1. ovog članka.

Članak 82.

Sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se u kantonalnom zavodu osiguranja i u Federalnom zavodu osiguranja i reosiguranja, u skladu sa namjenama.

Upravno vijeće kantonalnog zavoda osiguranja, uz suglasnost kantonalnog ministra, sačinjava godišnji plan prihoda i rashoda za financiranje potreba iz obveznog zdravstvenog osiguranja, polazeći od raspoloživih sredstava, utvrđenog standarda zdravstvene zaštite i programa mjera za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja.

Kantonalni zavod osiguranja je dužan poduzeti potrebne mjere, ukoliko raspoloživa sredstva nisu dovoljna za pokriće rashoda obveznog zdravstvenog osiguranja u cilju osiguravanja dodatnih sredstava.

U cilju osiguranja sredstava federalne solidarnosti u okviru jedinstvene stope doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, Vlada Federacije, na prijedlog federalnog ministra, za svaku kalendarsku godinu, posebnom odlukom utvrđuje postotak izdvajanja sredstava od ukupnih prihoda ostvarenih po osnovu doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, u federalni fond solidarnosti, o čemu je dužna izvijestiti Parlament Federacije u roku od 15 dana od dana donošenja odluke.

Isti iznos sredstava osigurat će se iz Proračuna Federacije.

Sredstva federalnog fonda solidarnosti koriste se namjenski za osiguranje jednakih uvjeta za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja u svim kantonima, za prioritetne federalne programe zdravstvene zaštite i prioritetne najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati osiguranim osobama na teritoriju Federacije i ne mogu se koristiti za druge namjene.

Ukoliko se sredstva federalnog fonda solidarnosti u cijelosti ne iskoriste do konca tekuće poslovne godine, neutrošeni iznos sredstava vraća se kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja razmjerno njihovom učešću u formiranju tih sredstava.

Kriteriji i način korištenja sredstava federalne solidarnosti, utvrđuju se posebnom odlukom Vlade Federacije.

2. Osnovica i način obračunavanja doprinosa

Članak 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.

Članak 84.

Osnovicu, način obračunavanja i uplate doprinosa iz članka 80. stavak 1. toč. 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.

Članak 85.

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

Osnov za donošenje odluke iz stavaka 1. ovog članka predstavlja plan potrebnih sredstava za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja koji utvrđuje upravno vijeće kantonalnog zavoda osiguranja polazeći od utvrđivanja standarda zdravstvene zaštite i predviđenog programa mjera za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja.

3. Obveznici uplate doprinosa

Članak 86.

Obveznici obračunavanja i uplate doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje su:

1. poduzeća, druge pravne i fizičke osobe koje obavljaju privrednu i neprivrednu djelatnost - za radnike u radnom odnosu i s njima izjednačene osiguranike, za osobe birane ili imenovane na funkcije u određenim tijelima državne ili sudske vlasti i uprave u Federaciji, kantonu i općini, za osobe koje obavljaju rad po ugovoru prema propisima o radnim odnosima, za osobe upućene na školovanje, stručno usavršavanje, postdiplomatski i doktorski studij ili na praktičan rad, za osobe na profesionalnim funkcijama u vjerskim i drugim registriranim udruženjima, za volontere, za dodatni doprinos za korišćenje zdravstvene zaštite u inozemstvu,

2. Zavod za mirovinsko i invalidsko osiguranje za korisnike mirovina i korisnike drugih prava po osnovu mirovinskog i invalidskog osiguranja,

3. Zavod za zapošljavanje za osobe koje su privremeno nezaposlene i kod kojih su te osobe prijavljene,

4. Zavod za socijalnu zaštitu za osobe koje primaju stalnu novčanu pomoć i za osobe smještene u ustanovama socijalne zaštite,

5. poduzeća i druge pravne osobe odnosno nosioci investicija u okviru kojih se izvode radovi - za osobe na javnim i drugim radovima,

6. osobe zaposlene u inozemstvu - za članove svojih obitelji čije je prebivalište na teritoriji kantona ako nisu osigurani po drugom osnovu,

7. nadležno tijelo uprave u Federaciji odnosno kantonu-za pripadnike Federalne vojske, pripadnike F MUP-a i za pripadnike kantonalne policije,

7a. tijelo uprave kantona mjerodavno za poslove socijalne i dječje zaštite

- za djecu od rođenja do polaska u osnovnu školu koja nisu osigurana po drugoj osnovi, a sukladno članku 19. točka 13a. Zakona,

- za osobe nakon navršениh 65 godina života, koje nisu zdravstveno osigurane po drugoj osnovi, a sukladno članku 19. točka 13b. Zakona.

8. tijelo uprave kantona mjerodavno za obrazovanje - za učenike odnosno studente koji nisu osigurani po drugoj osnovi sukladno članku 19. točka 13a. Zakona, kao i za učenike odnosno studente koji vrše praktičan rad u svezi s nastavom,

9. nadležno tijelo uprave kantona odnosno općine - za socijalno ugrožene osobe koje nisu osigurana po drugom osnovu, i osobe iz članka 19. toč. 15. i 16. i članka 24. toč. 1, 2. i 3. ovog zakona,

10. za strane državljane i osobe bez državljanstva 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 obiteljskog domaćinstva,

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

Ostale osobe same uplaćuju doprinos na osnovu obračuna kantonalnog zavoda osiguranja.

Članak 87.

Kontrolu obračuna i uplate doprinosa vrši Porezna uprava Federacije Bosne i Hercegovine sukladno Zakonu o doprinosima i članku 23. Zakona o jedinstvenoj registraciji.

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

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

Utvrđena dugovanja po osnovu obveze obračuna i uplate doprinosa realiziraju se tako što se obvezniku obračuna i uplate doprinosa, rješenjem nalaže obveza da uplati doprinos i rok u kome se ta obveza treba izvršiti.

Žalba na rješenje kojim se nalaže obračun i uplata doprinosa ne odlaže izvršenje rješenja i rješenje je izvršna isprava u postupku izvršenja radi naplate novčanih potraživanja.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja prati redovnu uplatu sredstava za federalni fond solidarnosti svih obveznika uplate ovih sredstava, na način i sukladno ovom zakonu.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja će svojim općim aktom utvrditi način vršenja kontrole iz stavka 8. ovog članka.

Vlada Federacije će donijeti propis o suradnji institucija zdravstvenog osiguranja i Porezne uprave Federacije u cilju postizanja redovne i potpune uplate doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje kao i uplate sredstava u federalni fond solidarnosti

Članak 88.

Organizacija ovlaštena za obavljanje platnog prometa obvezna je na zahtjev kantonalnog zavoda osiguranja, a na temelju izvršenog platnog naloga, odnosno na temelju 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 zastarijeva za pet godina ne računajući do kraja godinu u koju je dospjela obveza plaćanja.

4. Sredstva proračuna

Članak 89.

Sredstva iz proračuna kantona ili općine iz članka 80. stavak 1. točka 13. ovog zakona odobrava zakonodavno tijelo kantona ili općine na osnovu zahtjeva koji utvrđuje upravno vijeće kantonalnog zavoda osiguranja polazeći od plana potrebnih sredstava za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja.

Sredstvima iz stavka 1. ovog članka osiguravaju se:

- pokriće povećanih troškova zdravstvene zaštite izazvanih većim odstupanjima u odnosu na planirana sredstva zdravstvenog osiguranja zbog određenih izvanrednih ili drugih otežanih uvjeta sprovođenja zdravstvene zaštite,
- za pokriće troškova zdravstvene zaštite osoba starijih od 65 godina izvan nivoa obveznog zdravstvenog osiguranja zbog određenih izvanrednih ili drugih otežanih uvjeta provođenja zdravstvene zaštite,
- za pokriće troškova naknada plaća iz članka 57. stavak 1. ovog zakona,
- za pokriće troškova zdravstvene zaštite osoba čije je prebivalište nepoznato,
- sredstva za razvoj naučnoistraživačke djelatnosti, statističkih istraživanja u oblasti zdravstva koja su od interesa za kanton i zdravstveno informacionog sustava u kantonu.

5. Osobno učešće osiguranika

Članak 90.

Parlament Federacije može, u osnovnom paketu zdravstvenih prava, utvrditi maksimalni iznos neposrednog udjela osiguranih osoba u troškovima korištenja pojedinih vidova zdravstvene zaštite, uzimajući u obzir socijalne prilike osiguranih osoba i njihov doprinos obveznom zdravstvenom osiguranju, kao i iznos raspoloživih sredstava za financiranje obveznog zdravstvenog osiguranja.

Djeca od rođenja do navršene 15. godine života, odnosno stariji maloljetnici do 18 godina života i osobe nakon navršene 65 godina života, koji nisu zdravstveno osigurani po drugoj osnovi, oslobođeni su od plaćanja sredstava osobnog sudjelovanja osiguranih osoba prilikom korištenja zdravstvene zaštite.

Za djecu od rođenja do navršene 15 godina života, odnosno starije maloljetnike do 18 godina života i osobe nakon navršene 65 godina života, koji nisu zdravstveno osigurani po drugoj osnovi, plaćanje izravnoga sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite vršit će tijelo uprave kantona mjerodavno za poslove socijalne i dječje zaštite.

VI - OBVEZNO ZDRAVSTVENO REOSIGURANJE

Članak 91.

Obvezno zdravstveno reosiguranje organizira se i provodi u okviru Federacije.

Članak 92.

Parlament Federacije odlukom utvrđuje rizike koji se obvezno 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 obvezno reosiguravaju određuju se rizici koji nastaju uslijed elementarnih nesreća (poplava, zemljotresa, požara), i epidemije širih razmjera.

Parlament Federacije može utvrditi druge rizike koji se obvezno reosiguravaju.

Članak 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 procentulanog sudjelovanja u reosiguranju.

Članak 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

Članak 95.

Kantonalni zavodi osiguranja i Federalni zavod osiguranja i reosiguranja su pravne osobe s pravima i obvezama 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 obveznog zdravstvenog osiguranja, uz prethodno pribavljenu suglasnost Vlade federacije i vlade kantona.

Članak 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, obveze 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 upravno vijeće kantonalnog zavoda osiguranja, odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja uz suglasnost zakonodavnog tijela kantona, odnosno Parlamenta Federacije.

Članak 97.

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

Stručne službe iz stavka 1. ovog članka organiziraju se tako da se osigura nesmetano, racionalno i uspješno obavljanje djelatnosti kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Unutarnja organizacija stručne službe zavoda iz prethodnog stavka utvrđuje se pravilnikom kojeg donosi rukovoditelj, uz suglasnost vlade kantona, odnosno Vlade Federacije.

Članak 98.

Kantonalni zavod osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja imaju žiro račun.

Članak 99.

Kantonalni zavod osiguranja:

- provodi politiku razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite koja se osigurava obveznim zdravstvenim osiguranjem,
- planira i prikuplja novčana sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja, te plaća usluga zdravstvenim ustanovama i prihvatnim zdravstvenim radnicima,
- obavlja poslove u vezi s ostvarivanjem prava osiguranih osoba, brine se o zakonitom 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 obvezno 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 ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za čije su donošenje nadležni organi kantona odnosno organi kantonalnog zavoda osiguranja,
- uređuje ostala pitanja vezana za ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Članak 100.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja:

- prati politiku provođenja i unaprjeđivanja obveznog zdravstvenog osiguranja i koordinira rad kantonalnih zavoda osiguranja u tom domenu;
- obavlja poslove izrade projekcije sredstava neophodnih za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja;

- planira i prikuplja sredstva federalnog fonda solidarnosti;
- obavlja poslove u svezi s izradom osnova za utvrđivanje cijena i cjenovnika zdravstvenih usluga iz osnova obveznog zdravstvenog osiguranja;
- obavlja poslove u svezi s zaključivanjem ugovora, praćenjem provođenja, plaćanjem i kontrolom izvršenih zdravstvenih usluga sukladno članku 8. ovog zakona;
- obavlja poslove u svezi s izradom obračuna ukupnih sredstava ostvarenih i utrošenih u zdravstvu, sa izvješćem;
- obavlja poslove u svezi s izradom obračuna ukupnih sredstava ostvarenih i utrošenih za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja sa izvješćem;
- obavlja poslove u svezi s izradom obračuna sredstava federalnog fonda solidarnosti, po namjenama, sa izvješćem;
- obavlja poslove u svezi s nabavkama iz svoje nadležnosti sukladno zakonu i podzakonskim aktima;
- obavlja poslove vođenja evidencija, u oblasti obveznog zdravstvenog osiguranja, a po potrebi uvozi dodatna statistička istaživanja od interesa za obvezno zdravstveno osiguranje,
- osigurava vođenje jedinstvenog informacijskog sustava obveznog zdravstvenog osiguranja,
- vrši poslove izrade izvještaja o provođenju obveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Federacije,
- obavlja poslove izrade međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obvezno zdravstveno osiguranje i provodi ih,
- koordinira rad kantonalnih zavoda osiguranja u provođenju ovih ugovora i neposredno sudjeluje u međunarodnim dogovorima vezanim za ovu oblast,
- obavlja poslove u svezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite u inozemstvu za koje je ovlašten propisima iz članka 41. stavak 2. ovog zakona,
- vrši poslove u vezi s izradom standarda i normativa obveznog zdravstvenog osiguranja,
- obavlja poslove izrade podzakonskih akata u vezi sa ostvarivanjem prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja,
- obavlja poslove iz članka 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 stavka na temelju sporazuma sa kantonalnim zavodima osiguranja i na temelju odluke Vlade Federacije o obavljanju poslova u svezi sa obveznim zdravstvenim reosiguranjem.

Članak 100a.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja obavlja poslove izrade obračuna ukupnih sredstava ostvarenih i utrošenih u zdravstvu Federacije (u daljnjem tekstu: obračun sredstava u zdravstvu).

Obračun sredstava u zdravstvu obuhvata obradu prikupljenih podataka o:

- stanovništvu (demografska struktura);

- uposlenim, neuposlenim, korisnicima mirovine, korisnicima prava po osnovu socijalne zaštite i sl.;
- iznosima plaća, mirovina i drugih osobnih primanja;
- osiguranicima, osobama koje od ovih izvode pravo na zdravstvenu zaštitu, neosiguranim osobama;
- prihodima (po izvorima) i rashodima (po namjenama) kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja, Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja, te institucija dragovoljnog (privatnog) zdravstvenog osiguranja;
- prihodima (po izvorima) i rashodima (po namjenama) zdravstvenih ustanova i zdravstvenih djelatnika u privatnoj praksi;
- uposlenosti po stupnju izobrazbe i zanimanja u institucijama zdravstvenog osiguranja i zdravstvenim ustanovama i u privatnoj praksi;
- kapacitetima i iskorištenosti kapaciteta u zdravstvenim ustanovama i u privatnoj praksi.

Podaci iz stavka 2. ovog članka sistematiziraju se i obrađuju na razini općina i kantona te se objedinjavaju za Federaciju kao cjelinu.

Izvori podataka za obračun sredstava u zdravstvu zvanična su izvješća o poslovanju odnosno završni računi institucija zdravstvenog osiguranja, zdravstvenih ustanova, izvješća 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 dr.

Pravilnikom o obračunu sredstava u zdravstvu koga donosi federalni ministar pobliže se uređuju obveze sudionika u postupku i rokovi za obradu i analizu podataka, vrsta i sadržaj izvješća o rezultatima obračuna sredstava u zdravstvu, način njegovog objavljivanja i dr.

Članak 101.

Kantonalnim zavodom osiguranja upravlja upravno vijeće.

Upravno vijeće 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 vijeća imenuje vlada kantona prilikom imenovanja ostalih članova upravnog vijeća.

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

Članak 102.

Federalnim zavodom osiguranja i reosiguranja upravlja upravno vijeće.

Upravno vijeće Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja ima 11 članova koje imenuje Vlada Federacije na prijedlog federalnog ministra, i to:

- po jedan član iz svakog kantona, kojeg predlažu kantonalna ministarstva zdravstva;

- jedan član iz Federalnog ministarstva zdravstva.

Predsjednika upravnog vijeća imenuje Vlada Federacije prilikom imenovanja ostalih članova upravnog vijeća.

Upravno vijeće donosi odluke većinom ukupnog broja članova Upravnog vijeća.

Članak 103.

Upravno vijeće kantonalnog zavoda osiguranja:

- utvrđuje program djelatnosti obveznog zdravstvenog osiguranja i mjera za unapređivanje obveznog zdravstvenog osiguranja, utvrđuje politiku korištenja sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja, daje smjernice za funkcioniranje stručne službe kantonalnog zavoda osiguranja radi pravilnog ostvarivanja prava osiguranih osoba i racionalnog poslovanja,
 - donosi statut kantonalnog zavoda osiguranja uz suglasnost zakonodavnog tijela kantona i druge opće akte za čije je donošenje ovlašten zakonom,
 - predlaže suglasno zakonu stope doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje,
 - donosi financijski plan i usvaja završni račun,
 - odlučuje o osiguravanju dopunskih sredstava i o načinu pokrivanja eventualnih gubitaka nastalih u poslovanju,
 - pretresa godišnje izvješće o radu kantonalnog zavoda osiguranja i njegove stručne službe,
 - razmatra izvješće o kontroli vrste, obima i kvaliteta izvršenih zdravstvenih usluga,
 - provodi prošireno zdravstveno osiguranje ako je utvrđeno odlukom zakonodavnog tijela kantona,
 - surađuje 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.
- Upravno vijeće može obrazovati odbore i povjerenstva za izvršavanje određenih zadataka.

Članak 104.

Upravno vijeće 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 suglasnost Parlamenta Federacije i druge opće akte,
- donosi financijski plan i usvaja završni račun,
- raspoređuje sredstva federalne solidarnosti po utvrđenim namjenama; - razmatra probleme u vezi sa osiguranjem sredstava za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja na teritoriji Federacije i predlaže odgovarajuće mjere,
- donosi projekciju sredstava neophodnih za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja;
- utvrđuje prijedlog Pravilnika o osnovama, kriterijima i mjerilima za zaključivanje ugovora iz članka 8. ovog zakona;
- donosi opći akt o osnovama za utvrđivanje cijena sa cjenikom zdravstvenih usluga iz osnova obveznog zdravstvenog osiguranja;
- usvaja obračune iz članka 15. stavak 1. alineja 6., 7. i 8. ovog zakona i dostavlja ih Parlamentu Federacije na razmatranje;
- donosi financijski plan federalnog fonda solidarnosti;

- priprema Prednacrt odluke o utvrđivanju prioriternih vertikalnih programa zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioriternih najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati osiguranim osobama na teritoriju Federacije Bosne i Hercegovine, kao i Prednacrt odluke o kriterijima i načinu korištenja sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine;
 - prati izvršenje prihoda i rashoda federalnog fonda solidarnosti i o tome dostavlja izvješća kantonalnim zavodima zdravstvenog osiguranja i Federalnom ministarstvu zdravstva, svaka tri mjeseca;
 - donosi odluku o raspisivanju tendera za nabavku potrošnog materijala i lijekova i imenuje povjerenstvo za provođenje tendera i izbor najpovoljnijeg ponuđača;
 - utvrđuje ugovore koje Federalni zavod osiguranja i reosiguranja zaključuje sa zdravstvenim ustanovama za pružanje zdravstvenih usluga koje se financiraju iz sredstava solidarnosti i prati njihovo izvršenje;
 - donosi druge akte neophodne za poslovanje federalnog fonda solidarnosti;
 - razmatra izvještaj o provođenju obveznog 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 obvezno zdravstveno osiguranje,
 - razmatra izvještaj o ostvarivanju zdravstvene zaštite u inozemstvu,
 - priprema prijedloge akata iz oblasti obveznog 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 obvezno zdravstveno osiguranje,
 - vrši i druge poslove za koje je ovlašten zakonom, podzakonom, općim i drugim aktima.
- Upravno vijeće može obrazovati odbore i povjerenstva za izvršavanje određenih zadataka.

Članak 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.

Ravnatelj Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja ima zamjenika.

Ravnatelj i zamjenik ravnatelja Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja ne mogu biti imenovani iz istog konstitutivnog naroda u Federaciji.

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

Članak 106.

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

Nadzor nad korištenjem rezerve obavlja upravno vijeće kantonalnog zavoda osiguranja.

Članak 107.

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

Članak 108.

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

Članak 109.

U svrhu osiguranja podataka potrebnih za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja, te nadzor nad ostvarivanjem prava iz obveznog 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 obveznicima vođenja evidencije, donijet će upravno vijeće kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Članak 110.

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

VIII - KAZNENE ODREDBE

Članak 111.

Novčanom kaznom u iznosu od 500 do 2000 KM kaznit će se za prekršaj pravna odnosno fizička osoba:

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

Članak 112.

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

1. ako ne obračuna odnosno ne uplati doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje korisnika mirovina i korisnika drugih prava po osnovu mirovinskog i invalidskog osiguranja (članak 86. stavak 1. točka 2.)
2. ako ne obračuna odnosno ne uplati doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje nezaposlenih osoba koja su uredno prijavljena, (članak 86. stavak 1. točka 3.)
3. ako ne obračuna odnosno ne uplati doprinos za osobe smještene u ustanove socijalne zaštite i osobe koje primaju stalnu novčanu pomoć. (članak 86. stavak 1. točka 4.)

Za prekršaj iz stavka 1. ovog članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 250 do 500 KM i odgovorna osoba u pravnoj osobi.

Članak 113.

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

1. ako ne uplati doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje koje je obvezno da samo uplati, (članak 86. stavak 2.)
2. ako onemogućiti pregled i nadzor te financijsku kontrolu poslovanja. (članak 87. stavak 1.)

Članak 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 obvezno zdravstveno osiguranje, (članak 86. stavak 1. točka 11.)
2. ako ne dostavi nadležnoj pravnoj osobi podatke u vezi sa prijavom i odjavom osigurane osobe, radi ostvarivanja prava i obveza iz obveznog zdravstvenog osiguranja. (članak 54.)

Članak 115.

Novčanom kaznom u iznosu od 300 do 1500 KM kaznit će se za prekršaj pravna odnosno fizička osoba:

1. ako ne dostavi nadležnom kantonalnom zavodu osiguranju sve podatke u vezi sa prijavom i odjavom osigurane osobe, radi ostvarivanja prava i obveza iz obveznog zdravstvenog osiguranja. (članak 54.)

Za prekršaj iz stavka 1. ovog članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 250 do 500 KM i odgovorna osoba u pravnoj osobi.

Članak 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 osigurana osoba ima pravo na korištenje bolovanja, a za to nema osnovu. (članak 55. stavak 1.)

Članak 117.

Novčanom kaznom u iznosu od 250 do 400 KM kaznit će se za prekršaj osigurana osoba:

1. ako je svjesno prekoračilo privremenu nesposobnost za rad, namjerno sprječava 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 otputuje iz mjesta prebivališta ili u roku od tri dana nakon početka bolesti, ne izvijesti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite da je obolio, (članak 45.)
2. ako je ostvario pravo na naknadu putnih troškova u vezi sa liječenjem a za to nije imao pravnog osnova, (članak 49.)
3. ako koristi ispravu kojom dokazuje status osigurane osobe na način suprotan odredbama ovog zakona i propisa donesenih na osnovu odredaba ovog zakona. (članak 53.)

Članak 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 tečaju koji objavljuje nadležna financijska institucija na dan plaćanja.

IX - PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 119.

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

Članak 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 članka, izvršit će se na osnovu internog natječaja prema potrebama procesa rada, te prema školskoj spremi i radnim sposobnostima radnika.

Članak 121.

Kantonalni zavodi osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja preuzimaju pripadajuća prava i obveze, 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 stavka 1. ovog članka kantonalni zavodi osiguranja odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja preuzimaju prava, obveze i sredstva ostvarena tokom rada na poslovima zdravstvenog osiguranja do dana početka rada kantonalnog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Članak 122.

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

Članak 123.

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

Članak 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.

Članak 125.

Osigurane osobe koje su započele ostvarivati prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava koja proizlaze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja prije stupanja na snagu ovog zakona, od dana njegovog stupanja na snagu ostvaruju ta prava prema odredbama ovog zakona.

Osobe iz stavka 1. ovog članka koje prema odredbama ovog zakona ne ispunjavaju propisane uvjete za korištenje prava priznatog prema dosadašnjim propisima, nastavljaju započeto korištenje 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 dječje zaštite, koji će regulirati porodijsko odsustvo, ostvaruje se u oblasti zdravstvenog osiguranja.

Sredstva za naknadu plaće po osnovu porodijskog odsustva, osigurati će se u proračunu kantona i isplaćivat će se u visini i na način koji odredi zakonodavno tijelo kantona.

Članak 126.

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.

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 provođenje zdravstvenog osiguranja mogu se osigurati iz proračuna kantona za mjere iz nadležnosti kantonalnih zavoda osiguranja, odnosno budžeta Federacije za mjere iz nadležnosti Federacije.

Članak 127.

Sve pravne i fizičke osobe u ostvarivanju prava i obveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dužna su svoje poslovanje uskladiti sa odredbama ovog zakona u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Članak 128.

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

Članak 129.

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

