



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 državne 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 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 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 izdržavanje.

Član 21.

Supru nik je zdravstveno osiguran kao:

1. supru nik 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 izdržavanje, 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 izdržavanje.

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 djeci 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 izdržava.

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

Član 23.

Dr avljani Federacije Bosne i Hercegovine zaposleni u inozemstvu kod inozemnog poslodavca 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 o 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 izdr avanje saglasno propisima o 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 izdr 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 o 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 o 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 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,
- 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 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 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 pružene 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 mogu 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 upititi

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

morala 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, zastarjavaju 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 raspoloivih 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 kamatom, 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 mogu 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 odnora.**

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 doprinosu 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 otpuše 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 prenositi 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.

Sredstva za ostvarivanje prava iz proširenog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se dodatnim doprinosima sukladno propisima upanije.

Sredstva iz st. 1. i 2. ovog članka mogu se osigurati i iz drugih izvora utvrđenih zakonom i drugim propisima donesenim na temelju zakona (porezi, donacije, premije, pristojbe, sredstva proračuna upanije i Federacije).

Sredstva za dragovoljno zdravstveno osiguranje osiguravaju građani osobno ili putem poduzeća, ustanova ili na drugi način na koji sami odluče udruiti sredstva za ovo osiguranje.

Članak 14.

Za stanovite se rizike u provedbi zdravstvenog osiguranja u okviru Federacije ustanovljuje obvezatno zdravstveno osiguranje i reosiguranje.

Članak 15.

U svrhu ostvarivanja prava i osiguravanja sredstava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja osniva se zavod zdravstvenog osiguranja upanije (u daljem tekstu: upanijski zavod osiguranja).

Članak 16.

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

Članak 17.

U svrhu ostvarivanja prava i osiguravanja sredstava za dragovoljno zdravstveno osiguranje građana, može se osnovati jedan ili više zavoda dragovoljnog zdravstvenog osiguranja ili drugih oblika organiziracije-sukladno zakonu.

Članak 18.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja i upanijski zavod osiguranja obvezatni su, u okviru jedinstvenog informacijskog sustava, organizirati praćenje ostvarivanja i korišćenja prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja, praćenje uplata i potrošnje, po obveznicima doprinosa, kao i drugih sredstava i osobno za svakog osiguranika.

Odredba stavka 1. ovog članka shodno se primjereno se primjenjuje i na zavode dragovoljnog zdravstvenog osiguranja.

II - OBVEZATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. Osigurana 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 djelatnika koji samostalno obavljaju djelatnost osobnim radom sredstvima u svojini građana, kod djelatnika koji osobnim radom, samostalno-u vidu zanimanja- obavljaju profesionalnu djelatnost (u daljnjem tekstu: pravne i fizičke osobe), na teritoriju Federacije;
2. osobe u radnom odnosu u pravne ili fizičke osobe sa sjedištem na teritoriju Federacije, upućena na rad ili stručno usavršavanje u inozemstvu, te osobe na radu u kućanstvu osiguranika koji se nalaze na radu u inozemstvu, ako su dravljeni Bosne i Hercegovine, a građani Federacije BiH;

3. osobe koja su izabrane ili imenovane na stalne dužnosti u određenim tijelima dr. avne ili sudbene vlasti ili uprave u Federaciji ili upaniji, ako za taj rad primaju plaću;
4. dravljeni Federacije Bosne i Hercegovine, uposljeni u stranim ili međunarodnim organizacijama i ustanovama, stranim konzularnim i diplomatskim predstavništvima sa sjedištem na teritoriji Federacije;
5. osobe s prebivalištem na teritoriju Federacije uposljeni u inozemstvu kod inozemnog poslodavca koja nemaju zdravstveno osiguranje inozemne ustanove, odnosno tijela u čijem je nadležstvu provedba zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: inozemni nositelj zdravstvenog osiguranja);
6. osobe koja se nakon svršenog obrazovanja nalaze na obvezatnom praktičnom radu, ako rade puno radno vrijeme;
7. osobe koja na teritoriju Federacije obavljaju gospodarsku ili negospodarsku djelatnost osobnim radom;
8. osobe koje su vlasnici privatnih preduzeća sa sjedištem na teritoriju Federacije, ako nisu zdravstveno osigurani po drugoj osnovi;
9. seljaci koji se na teritoriju Federacije bave poljodjelstvom kao jedinom ili glavnim zanimanjem, seljaci koji su svoje poljodjelsko zemljište dali u zakup i osobe koje su uzele poljodjelsko zemljište u zakup, ako nisu zdravstveno osigurane po drugoj osnovi;
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 teritoriju Federacije koji to pravo ostvaruju isključivo od inozemnog nositelja mirovinskog i invalidskog osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drugačije određeno;
12. neuposlene osobe koje su prijavljene zavodu za zapošljavanje:
 - ako su se prijavila u roku od 30 dana nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti, ili nakon prestanka primanja nadoknade plaća na koju imaju pravo prema ovome zakonu ili prema propisima donesenim na temelju ovoga zakona,
 - ako su se prijavile u roku od 30 dana nakon sluzbenja vojnog roka, ili nakon prestanka nesposobnosti za rad zbog koje su otpuštene s te vojne sluzbe,
 - ako su se prijavile 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 sigurnosna mjera obvezatnog psihijatrijskog liječenja u zdravstvenoj ustanovi ili obvezatnog liječenja alkoholičara i narkomana,
 - ako su na stručnom osposobljavanju ili prekvalifikaciji koje organizira zavod za zapošljavanje,
 - ako su se prijavile u roku od 30 dana, po povratku iz inozemstva i ako su prije odlaska u inozemstvo bile zdravstveno osigurane,
 - ako su se prijavile u roku od 90 dana nakon svršetka školske godine u kojoj su svršile redovito školovanje, odnosno od dana položenog ispita, ako su prije toga izgubile pravo na zdravstvenu zaštitu,
 - ako su se prijavila u roku od 90 dana nakon sluzbenja vojnog roka, odnosno od dana prestanka nesposobnosti zbog bolesti koje su uzrokom otpuštanja s te vojne sluzbe, ako

- su na slu enje vojnog roka stupile u roku od 60 dana od dana svršenog školovanja u odgovarajućoj ustanovi.
13. djeca koja su navršila 15 godina ivota, a nisu završila osnovno školovanje ili se po svršetku osnovnog školovanja nisu uposlila, ako se u roku od 30 dana od dana navršenih 15 godina ivota, odnosno od dana svršetka školske godine prijave Zavodu za zapošljavanje;
 14. osobe koja su, prema propisima o školovanju izgubile status učenika, odnosno redovitog studenta ili su prekinule redovito školovanje, zadržavaju pravo na zdravstvenu zaštitu u trajanju od 1 godine od dana prekida školovanja- ako su se prijavile 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, mirnodobnog i civilnog invalida rata, odnosno status korisnika obiteljske invalidnine, sukladno pozitivnim propisima, ako nisu zdravstveno osigurana po drugoj osnovi;
 16. pripadnici Vojske Federacije, **uključujući i osobe na redovnom odslu enju vojnog roka i Federalnog ministarstva unutarnjih poslova (u daljem tekstu: Federalna vojska i pripadnici FMUP-a)**;
 17. pripadnici upanijske policije;
 18. osobe koje su prekinula rad zbog toga što ih je pravna osoba uputila na stručno usavršavanje ili postdiplomski studij;
 19. osobe što ih je pravna osoba prije stupanja u radni odnos, kao svoje stipendiste, uputila na praktični rad ili u drugu pravnu osobu radi stručnog osposobljavanja ili usavršavanja;
 20. osobe upućene u inozemstvo u okviru međunarodne prosvjetne, tehničke i kulturne suradnje;
 21. vrhunski športaši, ako nisu osigurani po drugoj osnovi.

b) Članovi obitelji osiguranika

Članak 20.

Prema ovom zakonu članovima obitelji osiguranika smatraju se:

1. supru nik (bračni i izvanbračni, sukladno propisima o braku i obiteljskim odnosima),
2. djeca (rođena u braku, izvan braka, usvojena ili pastorčad) i druga djeca bez roditelja ako ih osiguranik uzdržava,
3. roditelji (otac, majka, očuh, maćeha, usvojitelji osiguranika) ako ih osiguranik uzdržava,
4. unuci, braća, sestre, djed i baka ako su nesposobni za samostalan život i rad i ako nemaju sredstva za uzdržavanje, pa ih osiguranik uzdržava.

Članovi obitelji osiguranika iz stavka 1. ovog članka stječu pravo na obvezatno zdravstveno osiguranje na temelju ovoga zakona, pod uvjetom da isto pravo ne ostvaruju po osnovu radnog odnosa ili obavljanja gospodarske ili negospodarske djelatnosti osobnim radom odnosno poljodjelskom djelatnošću.

Vlada Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: Vlada Federacije) će provodbenim propisom utvrditi uvjete pod kojima se smatra da je osoba nesposobna za samostalan rad i život i da nema vlastitih sredstava za uzdržavanje.

Članak 21.

Supru nik je zdravstveno osiguran kao:

1. supru nik umrlog osiguranika, koji, nakon smrti supru nika, nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu jer nije

navršio određene godine ivota, 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 mirovinsko-invalidskom osiguranju nije drukčije regulirano pravo na korištenje prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja dok je prijavljen zavodu za zapošljavanje, ako mu se prijavi u roku od 90 dana nakon smrti supru nika.

2. razvedeni supru nik koji je sudskom odlukom stekao pravo na uzdržavanje, 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 praduava korištenje prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja, ako je potpuno i trajno nesposoban za rad sukladno propisima o mirovinskom i invalidskom osiguranju.
3. razvedeni supru nik mlađi od 45 godina (ena) odnosno 60 godina (muškarac), kojemu su sudskom odlukom povjerena djeca na čuvanje i odgajanje- dok je prijavljen zavodu za zapošljavanje, tj. ako mu se prijavi u roku od 90 dana nakon razvoda braka i dok djeca imaju pravo na uzdržavanje.

Članak 22.

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

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

Djeci osiguranika iz stavka 2. ovog članka, kao i djeci osiguranika koja su, zbog slu enja vojnog roka, prekinula redovito školovanje praduava se korištenje prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja za vrijeme nastavka redovitog školovanja za onoliko vremena koliko je trajao prekid redovitog školovanja.

Djeca osiguranika koja postanu potpuno i trajno nesposobna za rad, sukladno posebnim propisima prije navešene 15. godine ivota, odnosno za vrijeme trajanja redovitog školovanja imaju pravo na zdravstveno osiguranje tijekom trajanja te nesposobnosti.

Pravo na zdravstveno osiguranje tijekom trajanja nesposobnosti pripada i djeci osiguranika koja postanu potpuno i trajno nesposobna za rad, sukladno posebnim propisima, poslije isteka razdoblja iz stavka 4. ovog članka ako ih osiguranik uzdržava.

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

Članak 23.

Dravljeni Federacije Bosne i Hercegovine uposljeni u inozemstvu kod inozemnog poslodavca čiji članovi obitelji (supru nik i djeca) nisu zdravstveno osigurani kod inozemnog nositelja zdravstvenog osiguranja, a prije odlaska u inozemstvo su bili zdravstveno osigurani, obvezatni su zdravstveno osigurati svoje članove obitelji.

c) Druge osobe osigurane u određenim okolnostima

Članak 24.

Pravo na zdravstvenu zaštitu u opsegu koji pripada osiguranicima imaju:

1. osobe koje sudjeluju u organiziranim javnim radovima na teritoriju Federacije,
2. osobe koje ispunjavaju obvezu sudjelovanja u civilnoj zaštiti ili u slu bi osmatranja i obavješćivanja,
3. osobe koje kao članovi operativnih sastava dragovoljnih vatrogasnih organizacija vrše du nosti po propisima o zaštiti od po ara.

Članak 25.

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

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

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

Članak 26.

Osobe s prebivalištem na teritoriju Federacije koje su nesposobne za samostalan ivot i rad i nemaju sredstva za uzdr avanje sukladno propisima o socijalnoj skrbi, obvezatno su osigurane na zdravstvenu zaštitu u opsegu utvrđenom za članove obitelji osiguranika, ako im se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi.

Članak 27.

Osobe s prebivalištem na teritoriju Federacije koje imaju sredstva za uzdr avanje, obvezatna su se osigurati na zdravstvenu zaštitu u opsegu utvrđenom za članove obitelji osiguranika, ako im se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi.

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

Članak 28.

Pravo na zdravstvenu zaštitu zbog ozljede na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti imaju:

1. učenici i studenti koji sudjeluju na praktičnoj nastavi, praktičnom radu i na stručnim putovanjima,
2. osobe koje su nakon svršenog školovanja na praktičnom radu bez obzira da li primaju naknadu,
3. djeca i mlade sa smetnjama u tjelesnom i duševnom razvoju na praktičnoj nastavi ili na obvezatnom praktičnom radu kod pravne osobe za osposobljavanje,
4. osobe koje poma u redarstvenim slu bama u obavljanju poslova iz njihova nadležstva,
5. osobe koje sudjeluju u organiziranim akcijama spašavanja ili zaštite i pri spašavanju u slučaju prirodnih i drugih nepogoda,
6. osobe koje, na poziv dr avnih i drugih mjerodavnih organa obavljaju du nosti,
7. športaši, treneri ili organizatori u okviru organizirane športske djelatnosti, odnosno osobe koje sudjeluju u športskim akcijama,
8. osobe koje kao članovi gorske slu be spašavanja ili roniaci, obavljaju akcije spašavanja ivota ili otklanjanja, odnosno sprječavanja opasnosti koje neposredno ugro avaju ivot ili imetak 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 ozljedom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti, u smislu ovog zakona, smatra se ozljeda odnosno oboljenje utvrđeno propisima o mirovinskom i invalidskom osiguranju.

Pravna su i fizičke osobe obvezatne za svaki slučaj ozljede na radu i oboljenja od profesionalne bolesti djelatnika dostaviti upanijskom zavodu osiguranja prijavu u roku od tri dana od dana ozljede, odnosno utvrđivanja oboljenja od profesionalne bolesti.

Članak 29.

Korisnicima novčane nadoknade za tjelesno oštećenje, prema propisima o mirovinskom i invalidskom osiguranju, ako nemaju pravo na zdravstvenu zaštitu po drugoj osnovi, pripada zdravstvena zaštita samo kad je u svezi s ozljedom ili bolešću koja je prouzročila tjelesno oštećenje po kojem im već pripada pravo na novčanu naknadu.

Članak 30.

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

2. Prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja

Članak 31.

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

1. osiguranicima:
 - a) zdravstvena zaštita;
 - b) nadoknada plaća;
 - c) nadoknada putnih troškova u svezi s korišćenjem zdravstvene zaštite;
2. članovima obitelji osiguranika:
 - a) zdravstvena zaštita;
 - b) naknada putnih troškova u svezi s korišćenjem zdravstvene zaštite.

3. Zdravstvena zaštita

Članak 32.

Zdravstvena zaštita koja se osigurava ovim zakonom, obuhvaća:

- hitnu medicinsku pomoć,
- liječenje zaraznih bolesti,
- liječenje akutnih, kroničnih bolesti u slučajevima i stanjima kada ugro avaju ivot,
- zdravstvenu zaštitu djece do navršene 15. godine ivota,
- zdravstvenu zaštitu redovitih učenika i studenata,
- otkrivanje i liječenje endemske nefropatije,
- liječenje malignih oboljenja i inzulo ovisnog dijabetesa,
- zdravstvenu zaštitu u trudnoći i materinstvu,
- zdravstvenu zaštitu duševnih bolesnika koji zbog prirode i stanja bolesti mogu ugroziti svoj ivot i ivot drugih osoba, ili oštetiti materijalna dobra,
- zdravstvenu zaštitu oboljelih od progresivnih neuro-mišićnih oboljenja, paraplegije, kvadrilegije, cerebralne paralize i multipleks skleroze,
- provedbu obvezatne imunizacije protiv dječijih zaraznih oboljenja,
- liječenje ozljeda na radu i profesionalnih oboljenja,

- zdravstvenu zaštitu pučanstva 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,
- slubuprikupljanjarkrvi.

Parlament Federacije Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Parlament Federacije) će temeljem stavka 1. alineja 3. ovoga članka, na prijedlog Vlade Federacije za svaku godinu odrediti "paket zdravstvenih prava".

Članak 33.

Osigurane osobe, osim prava iz članka 32. ovog zakona, sukladno utvrđenoj medicinskoj indikaciji, imaju pravo na korištenje ortopedskih i drugih pomagala, na stomatološko-protetsku pomoć i stomatološko-protetske nadomjestke, te pravo na korištenje lijekova čije je stavljanje u promet odobrio ministar zdravstva, a nalaze se na listi lijekova koji se osigurancima mogu propisivati na teret sredstava upanijskog zavoda osiguranja.

Opseg prava iz stavka 1. ovoga članka utvrdit će se upanijskim 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 obvezatnim zdravstvenim osiguranjem podrazumijeva osiguranje zdravstvenog standarda pod jednakim uvjetima za osigurane osobe u zadovoljavanju potreba u primarnoj, specijalističko-konsultativnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti s odgovarajućom medicinskom rehabilitacijom.

Opseg će prava obaveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 32. ovog zakona, za svaku kalendarsku godinu utvrditi Parlament 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, osigurancima se obvezatno osigurava:

1. zdravstvena zaštita i provodbe mjera otkrivanja i sprječavanja ozljeda na radu i oboljenja od profesionalne bolesti,
2. odgovarajuća medicinska pomoć i pravo na ortopedska pomagala radi liječenja i medicinske rehabilitacije od posljedica ozljeda na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti, poduzet u svrhu uspostave radne sposobnosti,
3. naknada putnih troškova u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite i rehabilitacije prouzročene ozljedom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti,
4. naknada plaće za svo vrijeme trajanja bolovanja prouzročeno ozljedom na radu, odnosno profesionalnom bolesti.

Članak 37.

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

Članak 38.

Ugovorima iz članka 37. utvrđuju se: vrsta, opseg i kvaliteta zdravstvenih usluga koje zdravstvena ustanova pruža osiguranim osobama, nadoknade koje upanijski zavod osiguranja plaća za pružanje ugovorenih usluga, način obračunavanja i plaćanja usluga i druga uzajamna prava i obveze ugovorača.

Osnove, kriteriji i mjerila za zaključivanje ugovora iz članka 37. ovog zakona odredit će se upanijskim propisima.

Osnovama, kriterijima i mjerilima iz stavka 2. ovog članka osigurava se zakonita i pravilna uspostava ugovornih odnosa između upanijskog zavoda osiguranja i zdravstvenih ustanova, utvrđuju elementi što ih moraju sadržavati ti ugovori, uređuje način iskazivanja vrste, opsega i kvalitete zdravstvenih usluga, način utvrđivanja nadoknada, način kontrole vrste, opsega i kvalitete izvršenih zdravstvenih usluga i drugo.

Članak 39.

Ugovori zaključeni između upanijskog zavoda osiguranja i zdravstvenih ustanova na njegovu području, u pogledu ugovorenih nadoknada za zdravstvene usluge važe sve upanijske zavode čije osigurane osobe koriste usluge tih zdravstvenih ustanova.

Članak 40.

Zdravstvenim se ustanovama kojima upanijski zavod osiguranja nije zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite mogu na teret fonda upanijskog zavoda osiguranja isplatiti samo troškovi medicinske pomoći pružene osiguranim osobama u hitnim slučajevima i drugi troškovi u svezi sa pružanjem te pomoći.

Članak 41.

Osigurana osoba ima pravo na liječenje u inozemstvu, **odnosno na području drave Bosne i Hercegovine**, pod uvjetima i na način utvrđen posebnim propisima ako je u pitanju oboljenje koje se ne može liječiti u Federaciji, a u zemlji, **odnosno drugom entitetu**, u koju se osigurana osoba upućuje postoji mogućnost uspješnog liječenja tog oboljenja.

Osigurana osoba ima pravo koristi zdravstvenu zaštitu u inozemstvu za vrijeme rada, odnosno boravka u inozemstvu sukladno posebnim propisima.

Propise iz ovoga članka donosi ministar zdravstva.

4. Novčane nadoknade i pomoći

a) Nadoknada plaće

Članak 42.

Osiguranci iz članka 19. toč. 1. do 7. i toč. 16. i 17. ovog zakona imaju pravo na nadoknadu plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad (u daljnjem tekstu: nadoknada plaće), ako su:

1. privremeno spriječeni za rad zbog bolesti ili ozljede, odnosno dok su-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 pratioća bolesnika upućenog na liječenje ili liječnički pregled u najbližem mjesto,
5. određeni da njegu oboljelog suprunika ili djeteta uz uvjete propisane ovim zakonom.

Nadoknada plaće pripada osiguraniku samo za dane za koje bi mu pripadala plaća, ili nadoknada plaće u smislu propisa o radnim odnosima.

Osigurancima kod kojih spriječenost za rad nastupi dok se nalaze na neplaćenom odsustvu, pripada nadoknada plaće samo po isteku neplaćenog odsustva, ako u to vrijeme još postoji privremena spriječenost za rad.

Članak 43.

Nadoknada plaće u slučajevima iz članka 42. ovoga 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 liječnička komisija, ne utvrdi da je uspostavljena radna sposobnost, ili dok se pravosudnim rješenjem nadležnog tijela, po propisima iz mirovinskog i invalidskog osiguranja ne utvrdi da postoji invalidnost.

Članak 44.

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

Iznimno, u slučaju privremene spriječenosti za rad zbog povrede na radu, ili oboljenja od profesionalne bolesti, osiguraniku pripada nadoknada plaće i nakon prestanka radnog odnosa, sve do ponovne uspostave radne sposobnosti, odnosno konačne ocjene radne sposobnosti ili invalidnosti, a ne dulje od 12 mjeseci.

Članak 45.

Osiguranik nema pravo na nadoknadu plaće ako:

- je svijesno prouzročio privremenu nesposobnost za rad,
- namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje,
- prima plaću ili obavlja drugu djelatnost,
- bez opravdanog razloga ne odgovori na poziv za liječnički pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite,
- izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno kontrolor kantonalnog zavoda osiguranja utvrdi da se ne pridržava naputka za liječenje, odnosno ako bez odobrenja izabranog doktora medicine otpuće iz mjesta prebivališta,
- u roku od tri dana nakon početka bolesti ne javi izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite da je obolio.

Osiguraniku ne pripada nadoknada plaće od trenutka kada su nastupile okolnosti iz stavka 1. ovoga članka, pa sve dok one traju.

Članak 46.

Nadoknade se plaće utvrđuju od osnovice za nadoknadu koju čini plaća isplaćena osiguraniku za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem nastupi slučaj na temelju kojega se stječe pravo na nadoknadu.

Ako u mjesecu koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio slučaj na temelju kojega se stječe pravo na nadoknadu osiguranik nije ostvario plaću, kao osnovicu za nadoknadu uzima prosječna plaća na razini upanije za odgovarajući mjesec.

Kad osiguranik prima nadoknadu plaće neprekidno dulje od tri mjeseca, osnovica za utvrđivanje nadoknade iz st. 1. i 2. ovoga članka valorizira se sukladno prosječnom porastu plaća uposlenih kod pravne, odnosno fizičke osobe, ako je taj porast veći od 5%.

Nadoknada plaće, prema stavku 3. ovoga članka, pripada osiguraniku od prvog dana idućeg mjeseca po isteku tri mjeseca

neprekidnog korištenja nadoknade plaće, ako je ispunjen uvjet za povećanje nadoknade.

Upravno vijeće upanijskog zavoda osiguranja će općim aktom pobliže propisati način utvrđivanja valorizacije osnovice za nadoknadu plaće iz stavka 3. ovoga članka.

Članak 47.

Nadoknada se plaće određuje se u visini od najmanje 80% osnovice za nadoknadu, s tim da ne može biti niža od iznosa minimalne plaće važeće za mjesec za koji se utvrđuje nadoknada.

Nadoknada plaće iznosi 100% od osnovice za nadoknadu:

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

Visinu nadoknade plaće i najviši iznos nadoknade plaće, koja se isplaćuje na teret upanijskog zavoda osiguranja, utvrđuje upravno vijeće upanijskog zavoda osiguranja.

b) Nadoknade putnih troškova u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite

Članak 48.

U ostvarivanju zdravstvene zaštite osigurane osobe imaju pravo na nadoknadu putnih troškova u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite.

Pod troškovima se iz stavka 1. ovoga članka ne podrazumijeva prevoz kolima hitne pomoći.

Članak 49.

Osigurane osobe imaju pravo na nadoknadu putnih troškova iz članka 48. ovoga zakona;

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

Članak 50.

Nadoknada putnih troškova iz članka 48. stavka 1. ovoga 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 nadoknada za njegovo korištenje.

Provedbene propise o visini, kriterijima i načinu korištenja nadoknade troškova prijevoza iz st. 1. i 2. ovoga članka donijet će nadležni organ upanijskog zavoda.

Članak 51.

Pravo na nadoknadu 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 nadoknade i pomoći

Članak 52.

Osiguranci imaju pravo na nadoknadu za pogrebne troškove.

Provedbene propise o visini, uvjetima i načinu korištenja nadoknade za pogrebne troškove donijet će mjerodavno tijelo upanijskog zavoda osiguranja.

5. Ostvarivanje i zaštita prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja

Članak 53.

Pravo iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja može ostvariti samo osoba kojoj je utvrđen status osigurane osobe.

Status osigurane osobe utvrđuje upanijski zavod osiguranja, a dokazuje se posebnom ispravom.

Provedbene propise o sadržaju i obliku isprave iz stavka 2. ovoga članka, kao i način njezina izdavanja, donijet će ministar zdravstva.

Članak 54.

Sve su fizičke i pravne osobe obvezatna upanijskom zavodu osiguranja dostaviti sve podatke u svezi s prijavom i odjavom osigurane osobe - a radi ostvarivanja prava i obveza iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja i izdavanja posebne isprave iz članka 53. stavka 2. ovoga zakona.

Osoba za koju pravna ili fizička osoba ne podnose prijavu iz stavka 1. ovoga članka od upanijskog zavoda osiguranja može zahtijevati da im utvrdi status osigurane osobe.

Ako upanijski zavod osiguranja ne prihvati podnesenu prijavu ili utvrdi svojstvo osigurane osobe po nekoj drugoj osnovi, o tome donosi pismeno rješenje koje dostavlja podnosiocu prijave i zainteresiranoj osobi.

Protiv rješenja iz stavka 3. ovoga članka može se izjaviti alba nadle nom tijelu upanijskog zavoda osiguranja.

Protiv rješenja donesenog po albi, može se pokrenuti upravni spor.

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

Provedbene propise o načinu prijavljivanja i odjavljivanja osigurane osobe iz stavka 1. ovoga članka donijet će ministar zdravstva, **uz prethodno pribavljeno mišljenje upanijskih ministarstava zdravstva.**

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. ovoga članka izabrani doktor medicine izvještava osiguranika, pravnu, odnosno fizičku osobu kod kojeg je osiguranik uposlen i nadle ni upanijski zavod osiguranja.

Osiguranik, pravna, odnosno fizička osoba kod koje je osiguranik uposlen i kontrolor upanijskog zavoda osiguranja mogu u roku od 48 sati od priocjenja ocjene uložiti prigovor na ocjenu izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovoga članka.

O prigovoru rješava liječnička komisija upanijskog zavoda osiguranja, s tim da se rješenje liječničke komisije smatra konačnim.

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

Nadzor iz stavka 5. ovoga članka vrši kontrolor upanijskog zavoda osiguranja i pravna, odnosno fizička osoba za vrijeme za koje ono isplaćuje nadoknadu 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.

Nadoknadu plaće iz članka 42. toč. 1. i 2. ovoga 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. preduzeće za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje invalida, odnosno pravna ili fizička osoba za rad osiguranika invalida za prvih sedam dana bolovanja.

Visinu nadoknade plaće iz stavka 1. ovoga članka utvrđuje općim aktom nadle ni tijelo pravne osobe, odnosno fizičke osobe.

Članak 57.

Nadoknada se plaće u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz članka 42. toč. 3. do 5. ovoga zakona isplaćuje osiguraniku na teret sredstava upanijskog zavoda osiguranja od prvog dana korištenja prava.

Nadoknadu plaće iz stavka 1. ovoga članka obračunava i isplaćuje pravna odnosno fizička osoba, s tim da je upanijski zavod osiguranja obvezan vratiti isplaćenu nadoknadu u roku od 45 dana od dana primitka zahtijeva za povrat.

Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na nadoknadu plaće iz stavka 1. ovoga članka donijet će upravno vijeće upanijskog zavoda osiguranja.

Članak 58.

Nadoknadu plaće zbog povrijeđene na radu ili oboljenja od profesionalne bolesti obračunava i isplaćuje iz svojih sredstava pravna, odnosno fizička osoba kod kojeg je uposlen osiguranik, sve dok osiguranik nije radno sposoban, odnosno do pravosnažnosti odluke nadle nog tijela o utvrđivanju invalidnosti osiguranika, osim u slučaju stečajnog postupka, kada nadoknadu isplaćuje upanijski zavod osiguranja.

Članak 59.

O pravu na nadoknadu plaće pravna odnosno fizička osoba i upanijski zavod osiguranja rješava po pribavljenoj ocjeni izabranog doktora medicine, odnosno liječničke komisije bez donošenja formalnog rješenja, uz obvezatno izdavanje pismenog rješenja ako to osiguranik traži.

U slučaju kada osiguraniku pravna odnosno fizička osoba nije utvrdila nadoknadu plaće na način, u visini i rokovima utvrđenim ovim zakonom i provedbenim propisima donesenim na temelju ovoga zakona, osiguranik ima pravo uložiti prigovor nadle nom tijelu upanijskog zavoda osiguranja. Do donošenja konačne odluke isplatu nadoknade dužan je osigurati upanijski zavod osiguranja suglasno članku 46. stavku 2. ovoga zakona, s tim da je pravna, odnosno fizička osoba dužna vratiti isplaćenu nadoknadu u roku od 30 dana od dana prijema nadoknade za privremenu spriječenost za rad.

Članak 60.

Ako bolovanje traje neprekidno ili u prekidima ukupno 12 mjeseci za istu bolest u tijeku dvije kalendarske godine, izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite obvezan uputiti osiguranika nadle nom 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 nadoknadu plaće na teret sredstava upanijskog zavoda osiguranja odnosno na teret sredstava pravne ili fizičke osobe u slučaju iz članka 58. ovoga zakona, do navršanih 14 mjeseci neprekidnog trajanja privremene spriječenosti za rad.

Ako nadle no tijelo mirovinskog i invalidskog osiguranja ne donese ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti u roku iz stavka 1. ovoga članka, upanijski će zavod osiguranja i dalje isplaćivati nadoknadu plaće osiguraniku, ali je nadle no tijelo mirovinskog

i invalidskog osiguranja obvezatno vratiti isplaćenu nadoknadu upanijskom zavodu osiguranja, najkasnije u roku od 30 dana od dana prijema zahtjeva za povrat.

U radu nadle nog tijela mirovinskog i invalidskog osiguranja za ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti sudjeluje kao član i predstavnik upanijskog zavoda osiguranja.

Članak 61.

Kad se utvrdi da postoje činjenice iz članka 45. stavka 1. ovoga zakona, upanijski zavod osiguranja, odnosno pravna ili fizička osoba koja vrši isplatu nadoknade plaće na teret svojih sredstava, obustavlja isplatu te nadoknade.

Akt o obustavi isplate nadoknade plaće u smislu stavka 1. ovoga članka donosi kontrolor upanijskog zavoda osiguranja, odnosno pravna ili fizička osoba koja vrši isplatu nadoknade plaće na teret svojih sredstava, na temelju mišljenja izabranog doktora medicine koji je utvrdio privremenu spriječenost za rad.

Akt se iz stavka 2. ovoga članka izdaje pismeno, u dva primjeka, od kojih se jedan uručuje osiguraniku, a jedan upanijskom zavodu osiguranja, odnosno pravnoj ili fizičkoj osobi koja vrši isplatu nadoknade plaće na teret svojih sredstava, uz izvješće.

Osiguranik kome je aktom iz stavka 2. ovoga članka obustavljena isplata nadoknade plaće, ima pravo u roku od tri dana od dana uručivanja akta zahtijevati da upanijski zavod osiguranja, odnosno pravna ili fizička osoba koja je isplaćivala nadoknadu plaće na teret svojih sredstava, raspravi stvar rješenjem.

O ponovnoj uspostavi isplate nadoknade plaće obustavljene u smislu odredaba ovoga članka rješava upanijski zavod osiguranja, odnosno pravna ili fizička osoba koja je isplaćivala nadoknadu plaće na teret svojih sredstava, na zahtjev osiguranika, ako se za to steknu uvjeti.

Članak 62.

U svrhu zaštite prava iz ovoga zakona, osiguranim se osobama u upanijskom zavodu osiguranja osigurava dvostupnost rješavanja u postupku koji je pokrenula osigurana osoba.

Drugostupanjsko rješenje upanijskog zavoda osiguranja je konačno i protiv njega se može pokrenuti upravni spor pred nadle nim sudom.

Članak 63.

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

Članak 64.

Pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja prema odredbama ovoga 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, sukladno 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 period od najmanje godinu dana.

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

6. Nadoknada štete

Članak 65.

Osigurana je osoba obvezatna upanijskom zavodu osiguranja nadoknaditi štetu:

1. ako je ostvarila primanje iz sredstava kantonalnog zavoda osiguranja na temelju 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 opsegu nego što joj pripada;
2. ako je ostvarila primanje iz sredstava upanijskog zavoda osiguranja zato što nije prijavila promjenu koja utiče na gubitak ili opseg prava, a znala je ili je morala znati za tu promjenu.

Članak 66.

Županijski zavod osiguranja je obvezatan zahtijevati nadoknadu prouzročene štete od osobe koja je prouzročila bolest, povrjedu ili smrti osigurane osobe.

Za štetu koju je upanijskom zavodu osiguranja u slučajevima iz stavka 1. ovoga članka, počinio djelatnik na radu ili u svezi s radom, odgovara pravna osoba ili fizička osoba, osim ako se doka e da je djelatnik postupio onako kako je trebao. Županijski zavod osiguranja je obvezatan u slučajevima iz stavka 2. ovoga članka zahtijevati nadoknadu štete i neposredno od djelatnika ako je šteta prouzročena namjerno. Kada upanijski zavod osiguranja zahtijeva nadoknadu štete od pravne, odnosno fizičke osobe i od djelatnika, oni za štetu odgovaraju solidarno.

Članak 67.

Osigurana je osoba koja iz sredstava upanijskog zavoda osiguranja isplaćen novčani iznos na koji nije imala pravo, obvezatna vratiti primljeni iznos suglasno odredbama Zakona o obvezatnim odnosima.

Članak 68.

Županijski je zavod osiguranja obvezatan zahtijevati nadoknadu prouzročene štete od pravne, odnosno fizičke osobe:

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

Osigurane osobe koje su obvezatne same podnositi prijave ili davati određene podatke u svezi sa svojim pravima i obvezama, obvezatne su u slučajevima iz stavka 1. ovoga članka same upanijskom zavodu osiguranja nadoknaditi štetu koja je nastala ako prijava nije podnesena ili su dati neistiniti podaci.

Za štetu u slučajevima iz stavka 1. ovoga članka odgovaraju pravne i fizičke osobe, osim ako doka u da se u danim okolnostima postupalo kako je trebalo, a osigurane osobe u slučajevima iz stavka 2. ovoga članka odgovaraju za štetu ako su znale ili morale znati da su dani podaci neistiniti ili netočni, odnosno ako su znale ili morale znati za promjenu koja utiče na gubitak ili opseg prava, a te promjene nisu prijavile.

Članak 69.

Županijski je zavod osiguranja obvezatan zahtijevati nadoknadu prouzročene štete od pravne ili fizičke osobe ako su bolest, povrjeda ili smrt djelatnika nastali zbog toga što nisu provedene mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana.

Županijski je zavod osiguranja obvezatan zahtijevati nadoknadu prouzročne štete od pravne ili fizičke osobe i kad je šteta nastala time što je djelatnik 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.

Županijski zavod osiguranja obvezatan je zahtijevati nadoknadu prouzročne štete u slučajevima iz članka 66. ovoga zakona i neposredno od pravne osobe za osiguranje imovine i osoba kod koje su ove osobe osigurane odgovornosti za štetu prouročenu trećim osobama, prema propisima o obvezatnom osiguranju ovog rizika.

Članak 71.

Županijski zavod osiguranja je obvezatan zahtijevati nadoknadu štete prouzročne u slučajevima iz članka 66. ovoga zakona kad je šteta nastala uporabom motornog vozila neposredno od pravne osobe za osiguranje imovine i osoba kod koga je štetnik sklopio ugovor o obvezatnom osiguranju od odgovornosti za štete pričinjene trećim osobama.

Županijski zavod osiguranja je obvezatan zahtijevati nadoknadu štete prouzročne uporabom vozila kojim se koristila, odnosno kojim je upravljala osoba koja za to nije imala ovlast.

Županijski zavod osiguranja je obvezatan zahtijevati nadoknadu štete prouzročne uporabom vozila za koje nije sklopljen ugovor o osiguranju, odnosno uporabom nepoznatog vozila od pravne osobe za osiguranje imovine i osoba koja obavlja osiguranje autoodgovornosti u mjestu nastanka štete.

U slučaju iz stavka 3. ovoga članka pravna osoba za osiguranje imovine i osoba, obvezatno je isplatiti nadoknadu kao da je bio sklopljen ugovor o osiguranju.

Članak 72.

Županijski zavod osiguranja obvezatan zahtijevati nadoknadu štete prouzročne uporabom vozila s inozemnom registracijom za koje postoji valjana međunarodna isprava, ili dokaz o postojanju osiguranja od bilo koje pravne osobe za osiguranje imovine i osobe sa sjedištem na teritoriju Federacije.

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

Članak 73.

Županijski je zavod osiguranja obvezatan zahtijevati nadoknadu štete u slučajevima predviđenim ovim zakonom, bez obzira na to što je nastala isplatom davanja koja, kao pravo, pripadaju osiguranoj osobi iz sredstava upanijskog zavoda osiguranja.

Članak 74.

Pri utvrđivanju prava na nadoknadu štete prouzročne upanijskom zavodu osiguranja primjenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obvezatnim odnosima, kao i posebni propisi o nadoknadi štete.

Članak 75.

Potra ivanje nadoknade štete, u smislu odredaba ovog zakona, zastarijevaju istekom rokova određenih Zakonom o obvezatnim odnosima.

Rokovi zastare potra ivanja nadoknade štete, u smislu odredaba ovoga zakona, počinju teći:

1. u slučajevima iz članka 65. i članka 68. stavak 1. ovoga zakona, od dana kada je postalo konačno rješenje kojim je utvrđeno da isplaćeno primanje nije pripadalo ili je pripadalo u manjem opsegu;

2. u slučajevima iz čl. 66. i 69. ovoga zakona, od dana kada je postalo izvršnim rješenjem kojim je priznato pravo na primanje iz sredstava upanijskog zavoda osiguranja;

3. u ostalim slučajevima kada se zahtijeva nadoknada za pojedina isplaćena davanja iz članka 71. ovoga zakona, od dana izvršene isplate svakog pojedinog davanja.

Članak 76.

Kada se utvrdi da je šteta nestala, upanijski će zavod osiguranja, uz navođenje dokaza, pozvati osiguranu, pravnu ili fizičku osobu, pravnu osobu za osiguranje imovine i osoba ili drugu osobu koja je du na nadoknaditi štetu, da u određenom roku naknadu štete.

Ako šteta ne bude nadoknađena u određenom roku, upanijski zavod osiguranja potra ivanje ostvaruje tu bom kod nadle nog suda.

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

Županijski zavod osiguranja nema pravo, bez izričitog pristanka osiguranika ili osigurane osobe, ostvariti nadoknadu štete obustavom isplate, ili ustezanjem od novčane nadoknade na koju osigurana osoba ima pravo u svezi s korišćenjem prava iz zdravstvenog osiguranja.

III - PROŠIRENO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 77.

Ukoliko zakonodavno tijelo upanije, suglasno članku 8. ovoga zakona uvede prošireno zdravstveno osiguranje, odlukom će odrediti vidove zdravstvene zaštite, odnosno prava i pogodnosti koje se osiguravaju proširenim zdravstvenim osiguranjem, visinu doprinosa za prošireno zdravstveno osiguranje, uvjete i način pristupanja proširenom zdravstvenom osiguranju, kao i način poslovanja proširenog zdravstvenog osiguranja.

Za provedbu proširenog zdravstvenog osiguranja osnivaju se posebni fondovi, čije se poslovanje vodi odvojeno od poslovanja ostalih fondova.

IV - DRAGOVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 78.

Gradani-osiguranici mogu za sebe i za svoje članove obitelji dragovoljnim zdravstvenim osiguranjem osigurati dodatna prava iz zdravstvene zaštite koja nisu obuhvaćena obvezatnim zdravstvenim osiguranjem.

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

Članak 79.

Zavodi se dragovoljnog zdravstvenog osiguranja financiraju iz premija dragovoljnog zdravstvenog osiguranja što ih plaćaju građani, poduzeća ili druge pravne osobe.

V - OSIGURAVANJE SREDSTAVA

1. Financiranje obvezatnog zdravstvenog osiguranja

Članak 80.

Sredstva za financiranje prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se:

1. iz doprinosa iz plaća radnika koji su u radnom odnosu kod pravne ili fizičke osobe;
2. iz doprinosa na prihod osoba koje obavljaju gospodarsku ili negospodarsku djelatnost osobnim radom;
3. iz doprinosa mirovina i invalidnina i drugih nadoknada iz mirovinskog i invalidskog osiguranja,

4. iz doprinosa za neuposlene građane,
5. iz doprinosa koji se plaća na stalnu novčanu pomoć i za osobe smještene u ustanovama socijalne zaštite,
6. iz doprinosa iz prihoda od samostalne estradne djelatnosti, izdavanja ploča, audio i video kazeta i na ulaznice za organizaciju sportskih, estradnih i drugih kulturnih javnih priredaba,
7. iz doprinosa za prihod od autorskih prava, patenata i tehničkih unapređenja,
8. iz dodatnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu;
9. iz doprinosa iz diohodka poljodjelstva, kao i zakupnine za poljodjelstveno zemljište,
10. iz doprinosa osoba koje same plaćaju doprinos,
11. iz nadoknada za zdravstvenu zaštitu članova obitelji djelatnika uposlenih u inozemstvu, inozemnih umirovljenika i članova njihovih obitelji;
12. iz sredstava proračuna upanije, odnosno općine,
13. iz sredstava osobnog udjela osiguranih osoba u pokriću troškova zdravstvene zaštite, i
14. iz prihoda od donacije, pomoći, pristojbi, kamata, dividendi i drugih prihoda.

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

Članak 81.

Za povrjedu na radu i oboljenja od profesionalne bolesti osiguranih prava ili fizička osoba u cijelosti osigurava sredstva za ostvarivanje prava iz članka 36. ovoga zakona.

Pravne su se ili fizičke osobe obvezatno reosigurati radi rizika - iz stavka 1. ovoga članka.

Članak 82.

Sredstva se obvezatnog zdravstvenog osiguranja osiguravaju u upanijskom zavodu osiguranja, sukladno namjenama.

Upravni vijeće upanijskog zavoda osiguranja, uz suglasnost upanijskog ministra, sačinjava godišnji plan prihoda i rashoda za financiranje potreba iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja, pola eći od raspolo ivih sredstava, utvrđenog standarda zdravstvene zaštite i programa mjera za provedbu obvezatnog zdravstvenog osiguranja.

Županijski je zavod osiguranja du an poduzeti potrebne mjere radi osiguranja dodatnih sredstava ukoliko raspolo iva sredstva nisu dostatna za pokriće rashoda obvezatnog zdravstvenog osiguranja.

U svrhu osiguranja dodatnih sredstava za pokriće rashoda obvezatnog zdravstvenog osiguranja, upanijski zavodi osiguranja mogu dogovorno, a usklađeno od Federalnog ministarstva zdravstva, udru ivati dio sredstava kod Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Dogovorom iz stavka 4. ovoga članka utvrđuje se visina i način udru ivanja sredstava, te kriterij i postupak za njihovo korištenje.

Upravno vijeće Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja odlučuje o korištenju udru enih sredstava sukladno dogovoru iz stavka 4. ovoga članka.

Predviđene mjere iz stavka 3. ovoga članka poduzima upanijski zavod osiguranja, uz prethodnu suglasnost upanijskog ministra.

2. Osnovica i način obračunavanja doprinosa

Članak 83.

Pri utvrđivanju osnovice, način obračunavanja i uplate doprinosa za obvezatno zdravstveno osiguranje iz plaća djelatnika 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. ovoga zakona utvrđuje svojim propisima zakonodavno tijelo upanije- na prijedlog upanijskog zavoda osiguranja.

Članak 85.

Stope za utvrđivanje visine doprinosa iz članka 80. ovoga zakona utvrđuje, svojom odlukom, zakonodavno tijelo upanije- na prijedlog upanijskog zavoda za osiguranje.

Osnova za donošenje odluke iz stavka 1. ovoga članka predstavlja plan potrebnih sredstava za provedbu obvezatnog zdravstvenog osiguranja što ga utvrđuje upravno vijeće upanijskog zavoda osiguranja, polazeći od utvrđenog standarda zdravstvene zaštite i predviđenog programa mjera za provedbu obvezatnog zdravstvenog osiguranja.

3. Obveznici uplate doprinosa

Članak 86.

Obveznici obračunavanja i uplate doprinosa za obvezatno zdravstveno osiguranje su:

1. preduzeća, druge pravne i fizičke osobe koje obavljaju gospodarsku i negospodarsku djelatnost - za djelatnike u radnom odnosu i s njima izjednačene osiguranike, za osobe birane ili imenovane na funkcije u određenim tijelima dr avne ili sudske vlasti i uprave u Federaciji, upaniji i općini, za osobe koje obavljaju rad po ugovoru prema propisima o radnim odnosima, za osobe upućene na školovanje, stručno usavršavanje, postdiplomski i doktorski studij ili na praktičan rad, za osobe na profesionalnim funkcijama u vjerskim i drugim registriranim udrugama, za volontere, za dodatni doprinos za korišćenje zdravstvene zaštite u inozemstvu;
2. Zavod za mirovinsko i invalidsko osiguranje - za korisnike mirovine i korisnike drugih prava po osovni mirovinskog i invalidskog osiguranja;
3. Zavod za zapošljavanje - za osobe koje su privremeno neuposlene 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 nositelji investicija u okviru kojih se izvode radovi - za osobe na javnim i drugim radovima;
6. osobe uposlena u inozemstvu - za članove svoje obitelji čije je prebivalište na teritoriju upanije, ako nisu osigurani po drugoj osnovi;
7. nadle no tjelo uprave u Federaciji, odnosno upaniji-za pripadnike Federalne vojske, **pripadnike F MUP-a** i za pripadnike upanijske policije;
8. nadle no tijelo uprave upanije-za učenike, odnosno studente koji nisu osigurani po drugoj osnovi, kao i za učenike, odnosno studente koji vrše praktičan rad u svezi s nastavom;
9. nadle no tijelo uprave upanije, odnosno općine - za socijalno ugro ene osobe koje nisu osigurane po drugoj

osnovi, i osobe iz članka 19. toč. 15. i 16. i članka 24. toč. 1, 2. i 3. ovoga zakona;

10. za strane dr avljane i osobe bez dr avljanstva koje se školuju ili stručno usavršavaju - davalac stipendije, ako ugovorom o stipendiji nije predviđeno da sami plaćaju doprinos;

11. osiguranik - seljak koji je starješina seljačkog kućanstva, obveznikom je uplate doprinosa za sebe i članove svoje obitelji;

12. autorske agencije, udru enja građana, druge profesionalne udruge i športski savez, odnosno organizatori športskih i drugih javnih priredaba - za sudionike u tim priredbama, odnosno za članove svojih udruga koje se bave profesionalnom i drugom djelatnošću, odnosno preko kojih ostavruju prihod, kao i za vrhunske športaše, koji su kao takvi rangirani od Olimpijskog komiteta ili udruge športaša na razini Federacije.

Ostala osobe same uplaćuju doprinos na temelju obračuna upanijskog zavoda osiguranja.

Članak 87.

Županijski zavod osiguranja obavlja preglede poslovnih knjiga i evidencija pravnih i fizičkih osoba, radi kontrole pravilnosti obračunavanja i uplaćivanja sredstava za obvezatno zdravstveno osiguranje.

Županijski zavod osiguranja prati redovitu naplatu doprinosa za obvezatno zdravstveno osiguranje svih obveznika plaćanja doprinosa.

Županijski zavod osiguranja svojim općim aktom utvrditi način vršenja kontrole iz st. 1. i 2. ovoga članka.

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

Pravo korištenja zdravstvene zaštite se u cijelosti uspostavlja danom podmirjenja svih dospjelih a neuplaćenih sredstava upanijskom zavodu osiguranja sukladno odredbama Zakona o obvezatnim odnosima.

Županijski zavod osiguranja utvrđuje kad su dospjela sredstva uredno uplaćena.

Članak 88.

Organizacija ovlaštena za obavljanje platnog prometa obvezatna je, na zahtjev upanijskog zavoda osiguranja, a na osnovu izvršenog platnog naloga, odnosno na temelju izvršne sudske odluke, izvršiti naplatu iznosa neuplaćenog doprinosa s kamatama, prijenosom sa računa obveznika na račun upanijskog 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 obveza plaćanja.

4. Sredstva proračuna

Članak 89.

Sredstva iz proračuna upanije ili općine iz članka 80. stavak 1. točka 13. ovoga zakona, odobrava zakonodavno tijelo upanije ili općine na temelju zahtjeva što ga utvrđuje upravno vijeće upanijskog zavoda osiguranja, polazeći od plana potrebnih sredstava za provedbu obvezatnog zdravstvenog osiguranja.

Sredstvima iz stavka 1. ovoga članka osiguravaju se:

- pokriće povećanih troškova zdravstvene zaštite izazvanih većim odstupanjima u odnosu na planirana sredstva zdravstvenog osiguranja zbog određenih izvanrednih ili drugih ote anih uvjeta provedbe zdravstvene zaštite,

- za pokriće troškova zdravstvene zaštite osoba starijih od 65 godina izvan razine obvezatnog zdravstvenog osiguranja zbog stanovitih izvanrednih ili drugih ote anih uvjeta provedbe zdravstvene zaštite,

- za pokriće troškova nadoknada plaća iz članka 57. stavka 1. ovoga zakona,

- za pokriće troškova zdravstvene zaštite osobe čije je prebivalište nepoznato, i

- sredstva za razvoj znanstveno-istra ivačke djelatnosti, statističkih istra ivanja u oblasti zdravstva koja su od interesa za upaniju i zdravstveno informacijskog sistema u upaniji.

5. Osobni udio osiguranika

Članak 90.

Sredstva osobnog udjela osiguranih osoba iz članka 80. stavak 1. točka 13. ovoga zakona mo e se utvrditi za određene vidove korištenja zdravstvene zaštite na osnovi propisa što ih donosi zakonodavno tijelo upanije na prijedlog upanijskog zavoda osiguranja.

Pri donošenju propisa o visini iznosa, te kriterija i načina udjela osiguranih osoba u korištenju zdravstvene zaštite uzimaju se u obzir socijalne prilike osiguranih osoba i opeg raspolo ivih sredstava za financiranje obvezatnog zdravstvenog osiguranja.

VI - OBVEZATNO ZDRAVSTVENO REOSIGURANJE

Članak 91.

Obvezatno se zdravstveno reosiguranje organizira i provodi u okviru Fedaracije.

Članak 92.

Parlament Federacije odlukom utvrđuje rizike koji se obvezatno reosiguravaju i uvjete pod kojima se priznaje da je nastupio slučaj koji predstavlja osnovu za nadoknadu, iznose premije za reosiguranje, nadoknade koje se osiguravaju u slučaju nastupanja reosiguranih rizika i postupak za ostvarivanje ovih nadoknada.

Kao rizici koji se obvezatno reosiguravaju određuju se rizici koji nastaju zbog elementarnih nesreća (poplava, zemljotresa, po ara) i epidemija širih razmjera.

Parlament Federacije mo e utvrditi druge rizike koji se obvezatno reosiguravaju.

Članak 93.

Od sredstava ostvarenih premijama za reosiguranja 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 upanijskim zavodima osiguranja, ovisno postotku udjela u reosiguranju.

Članak 94.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja obavlja poslove u svezi s pripremom i provedbom akata iz čl. 92. i 93. ovoga zakona.

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

Članak 95.

Županijski zavodi osiguranja i Federalni zavod osiguranja i reosiguranja su pravne osobe s pravima i obvezama, te odgovornosti utvrđenim ovim zakonom i statutima upanijskih zavoda osiguranja i Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Županijski zavodi osiguranja se mogu međusobno udruživati radi ostvarivanja potreba iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja.

Članak 96.

Statutom upanijskog zavoda osiguranja, odnosno statutom Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja utvrđuje se naročito: organizacija upanijskog 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 upanijski zavod osiguranja, odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja, kao i druga pitanja propisana zakonom od značaja za rad upanijskog zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Statut upanijskog zavoda osiguranja, odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja donosi upravno vijeće upanijskog zavoda osiguranja, odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja uz suglasnost zakonodavnog tijela upanije, odnosno Parlamenta Federacije.

Članak 97.

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

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

Unutarnje ustrojstvo stručne službe zavoda iz prethodnog stavka utvrđuje se pravilnikom kojeg donosi rukovoditelj, uz suglasnost vlade upanije, odnosno Vlade Federacije.

Članak 98.

Županijski zavod osiguranja, odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja imaju iro račun.

Članak 99.

Županijski zavod osiguranja:

- provodi politiku razvoja i promicanja zdravstvene zaštite koju osiguravaju obvezatnim zdravstvenim osiguranjem;
- planira i prikuplja novčana sredstva obvezatnog zdravstvenog osiguranja, te plaća usluga zdravstvenim ustanovama i prihvatnim zdravstvenim djelatnicima;
- obavlja poslove u svezi s ostvarivanjem prava osiguranih osoba, stara se o zakonitom i pravodobnom ostvarivanju tih prava te im pruža stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštite njihovih interesa;
- obavlja poslove ugovaranja sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim djelatnicima;
- određuje kriterije i način korištenja te visine novčanog isnosa za nadoknadu putnih troškova u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite i nadoknadu za pogrebne troškove,
- određuje visinu nadoknade plaće i najviši iznos nadoknade plaće na teret kantonalnog zavoda osiguranja, način valorizacije osnovice za nadoknadu plaća za vrijeme bolovanja,
- sudjeluje u izradi i provodi međunarodne ugovore o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obvezatno zdravstveno osiguranje (vrši obračun dugovanja i potraživanja troškova zdravstvene zaštite s inozemnim nositeljima zdravstvenog osiguranja i druge poslove sukladno ovim ugovorima);
- obavlja poslove u svezi s ostvarivanjem zdravstvene zaštite u inozemstvu;

- obavlja nadzor i financijsku kontrolu poslovanja zdravstvenih ustanova i privatnih zdravstvenih djelatnika, sukladno zaključenom ugovoru za tekuću godinu;
- obavlja poslove izrade podzakonskih i općih akata u svezi s ostvarivanjem prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja za čije su donošenje nadležna tijela upanije odnosno upanijskog zavoda za zdravstveno osiguranje;
- uređuje ostala pitanja u svezi s ostvarivanjem prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja.

Članak 100.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja:

- obavlja poslove vođenja evidencija, u oblasti obvezatnog zdravstvenog osiguranja, a po potrebi uvodi dodatna statistička istraživanja od interesa za obvezatno zdravstveno osiguranje;
- osigurava vođenje jedinstvenog informacijskog sustava obvezatnog zdravstvenog osiguranja;
- vrši poslove izrade izvješća o provedbi obvezatnog zdravstvenog osiguranja na teritoriju Federacije;
- obavlja poslove međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obvezatno zdravstveno osiguranje i provodi ih,
- usklađuje rad upanijskih zavoda osiguranja u provedbi ovih ugovora i neposredno sudjeluje u međunarodnim dogovorima u svezi s ovom oblasti,
- obavlja poslove u svezi s ostvarivanjem zdravstvene zaštite u inozemstvu za koje je ovlašten propisima iz članka 41. stavka 2. ovog zakona;
- vrši poslove u svezi s izradom standarda i normativa obvezatnog zdravstvenog osiguranja,
- obavlja poslove izrade podzakonskih akata u svezi ostvarivanja prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja,
- obavlja poslove iz članka 94. ovoga zakona,
- obavlja i druge poslove utvrđene zakonom i propisima donesenim na temelju zakona, kao i poslove koje mu povjere upanijski zavodi osiguranja.

Sredstva potrebna za rad Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja, osiguravaju se iz sredstava upanijskih zavoda osiguranja i sredstava reosiguranja razmjerno vrsti i opsegu poslova, te kadrovskoj strukturi i broju uposlenih djelatnika nu n ih za kvalitetno i pravodobno obavljanje planiranih poslova.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja ostvaruje sredstva iz prethodnog stavka na temelju sporazuma sa upanijskim zavodima osiguranja i na osnovu odluke Vlade Federacije o obavljanju poslova u vezi s obvezatnim zdravstvenim reosiguranjem.

Članak 101.

Županijskim zavodom osiguranja upravlja upravno vijeće.

Upravno se vijeće sastoji od devet članova što ih imenuje vlada upanije na prijedlog upanijskog ministra, i to:

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

Predsjednika upravnog vijeća imenuje vlada upanije prilikom imenovanja ostalih članova upravnog vijeća.

Djelokrug, ovlasti i odgovornost upravnog vijeća utvrđuju se statutom upanijskog zavoda osiguranja.

Članak 102.

Federalnim zavodom osiguranja i reosiguranja upravlja Upravno vijeće.

Upravno vijeće Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja ima sedam članova što ih imenuje Vlada Federacije na prijedlog ministra zdravstva, i to:

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

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

Članak 103.

Upravno vijeće upanijskog zavoda osiguranja:

- utvrđuje program djelatnosti obvezatnog zdravstvenog osiguranja i mjera za promicanje obvezatnog zdravstvenog osiguranja, utvrđuje politiku korištenja sredstava obvezatnog zdravstvenog osiguranja, daje smjernice za funkcioniranje stručne službe upanijskog zavoda osiguranja radi pravilnog ostvarivanja prava osiguranih osoba i racionalnog poslovanja;
- donosi statut upanijskog zavoda osiguranja uz suglasnost zakonodavnog tijela upanije i druge opće akte za čije je donošenje ovlašten zakonom;
- predlaže i suglasno zakonu, stope doprinosa za obvezatno 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 upanijskog zavoda osiguranja i njegove stručne službe;
- razmatra izvješće o kontroli vrste, opsegu i kvaliteta izvršenih zdravstvenih usluga;
- provodi prošireno zdravstveno osiguranje ako je uvedeno odlukom zakonodavnog tijela upanije;
- surađuje s drugim upanijskim 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 osnovati odbore i komisije 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 finansijski plan i usvaja završni račun;
- razmatra probleme u svezi s osiguranjem sredstava za provedbu obvezatnog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja na teritoriju Federacije i predlaže odgovarajuće mjere;
- razmatra izvješće o provedbi obvezatnog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja na teritoriju Federacije i izvješće o radu stručne službe;
- razmatra izvješće o provedbi međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obvezatno zdravstveno osiguranje;
- razmatra izvješće o ostvarivanju zdravstvene zaštite u inozemstvu;

- priprema prijedloge akata iz oblasti obvezatnog zdravstvenog osiguranja i reosiguranja koje sukladno zakonu, donosi ministar zdravstva, odnosno Vlada Federacije,
- sudjeluje u pripremi za zaključivanje međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u dijelu koji se odnosi na obvezatno zdravstveno osiguranje;
- vrši i druge poslove za koje je ovlašten zakonom, podzakonskim, općim i drugim aktima.

Upravno vijeće može osnovati odbore i komisije za izvršavanje određenih zadataka.

Članak 105.

Županijskim zavodom osiguranja, odnosno Federalnim zavodom osiguranja i reosiguranja rukovodi ravnatelj.

Ravnatelja upanijskog zavoda osiguranja imenuje i razrješava vlada upanije - na prijedlog upanijskog ministra zdravstva.

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

Članak 106.

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

Nadzor nad korišćenjem pričuve obavlja upravno vijeće upanijskog zavoda osiguranja.

Članak 107.

Sredstva pričuve službe za osiguranje tekuće likvidnosti, za pokriće gubitaka i mogu biti korištena za komercijalne pozajmice.

Članak 108.

Ukoliko vlada upanije ustanovi da su gubici upanijskog zavoda osiguranja nastali zbog objektivnih okolnosti, gubici se pokrivaju iz proračuna upanije kao pomoć za likvidnost u svoti koja nedostaje.

Članak 109.

U svrhu osiguranja podataka potrebnih za provedbu obvezatnog zdravstvenog osiguranja, te nadzor nad ostvarivanjem prava iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja u upanijskom 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 upanijskog 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 upanije, 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 obvezatno zdravstveno osiguranje iz plaća djelatnika (članak 86. stavka 1. točka 1.);
2. ako ne obračuna odnosno ne uplati dodatni doprinos za zdravstvenu zaštitu u inozemstvu, (članak 86. stavka 1. točka 1.)
3. ako u zakonom propisanom roku od dana povrjede na radu, odnosno utvrđivanja profesionalnog oboljenja

djelatnika ne dostavi prijavu upanijskom zavodu osiguranja (članak 28. stavka 3.), i

4. ako onemogućiti pregled i nadzor, te finansijsku kontrolu poslovanja (članak 87. stavka 1.).

Članak 112.

Novčanom kaznom u iznosu od 500 do 2.000 KM kaznit će se za prekršaj pravna osoba:

1. ako ne obračuna, odnosno ne uplati doprinos za obvezatno zdravstveno osiguranje korisnika mirovina i korisnika drugih prava po osnovi mirovinskog i invalidskog osiguranja (članak 86. stavak 1. točka 2.);
2. ako ne obračuna odnosno ne uplati doprinos za obvezatno zdravstveno osiguranje neuposlenih osoba koje su uredno prijavljene (članak 86. stavak 1. točka 3.); i
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 prekršaje iz stavka 1. ovoga 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 2.000 KM kaznit će se za prekršaj osoba:

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

Članak 114.

Novčanom kaznom u iznosu od 250 do 400 KM kaznit će se za prekršaj seljak, odnosno seljačko kućanstvo:

1. ako ne izvrši uplatu doprinosu za obvezatno zdravstveno osiguranje (članak 86. stavak 1. točka 11.);
2. ako ne dostavi nadle noj pravnoj osobi podatke u svezi s prijavom i odjavom osigurane osobe, radi ostvarivanja prava i obveza iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja (članak 54.).

Članak 115.

Novčanom kaznom u iznosu od 300 do 1.500 KM kaznit će se za prekršaj pravna odnosno fizička osoba:

1. ako ne dostavi nadle nom upanijskom zavodu osiguranja sve podatke u svezi s prijavom i odjavom osigurane osobe, radi ostvarivanja prava i obveza iz obvezatnog zdravstvenog osiguranja (članak 54.).

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga 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 osnove (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 prekoračila privremenu nesposobnost za rad, namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje, radi, bez opravdanog razloga ne odgovori na poziv za liječnički pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, ne pridržava se uputa za liječenje, odnosno bez dopuštenja doktora medicine otpu- tuje 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 nadoknadu putnih troškova u svezi sa liječenjem, a za to nije imao pravne osnove (članak 49.), i
3. ako koristi ispravu kojom dokazuje status osigurane osobe na način suprotan odredbama ovog zakona i propisa done- senih na osnovu odredaba ovog zakona (članak 53.)

Članak 118.

Do puštanja u opticaj KM, novčane kazne predviđene u čl. 111. do 117. ovoga zakona, mogu se plaćati u DEM ili u protuvrijednosti valuta koje se koriste u platnom prometu Federacije, po srednjem tečaju koji objavljuje nadle na fi- nancijska institucija na dan plaćanja.

IX - PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 119.

Ministarstvo zdravstva u suradnji sa upanijskim ministar- stvima zdravstva, poduzet će sve mjere, osigurati uvjete i izvršiti druge potrebne radnje za početak rada upanijskih zavoda osigu- ranja i Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Članak 120.

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja i upanijski zavodi osiguranja preuzimaju rukovodne i ostale djelatnike koji su na dan stupanja na snagu ovog zakona bili uposleni na poslovima zdravstvenog osiguranja na području Federacije.

Preuzimanje i raspoređivanje djelatnika u smislu stavka 1. ovoga članka, izvršit će se na temelju internog natječaja, prema potrebama procesa rada, te prema školskoj spremi i radnim sposobnostima djelatnika.

Članak 121.

Županijski zavodi osiguranja, odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja preuzimaju pripadajuća prava i obveze, poslovni prostor, opremu i inventar i druge stvari, pismohran, akte, predmete i drugu dokumentaciju i sredstva za rad koji su preuzeti od Republičkog fonda za zdravstvenu zaštitu.

Osim sredstava iz stavka 1. ovoga članka upanijski zavodi osiguranja, odnosno Federalni zavod osiguranja i reosiguranja preuzimaju prava, obveze i sredstva ostvarena tijekom rada na podacima zdravstvenog osiguranja do dana početka rada upani- jskih zavoda osiguranja odnosno Federalnog zavoda osiguranja i reosiguranja.

Članak 122.

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

Članak 123.

Županijski 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 6 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

