

Zakon o zdravstvenom osiguranju

Zakon je objavljen u "Službenom listu RCG", br. [39/2004](#).

Vidi: [Odluku](#) US RCG, U br. 64/04 i 88/04 - 23/2005-62.

Prestale da važe odredbe koje se odnose na registraciju poreskih obveznika i osiguranika i podnošenje prijave za obračun i plaćanje poreza i doprinosa koje su u suprotnosti sa Zakonom o objedinjenoj registraciji i sistemu izvještavanja o obračunu i naplati poreza i doprinosa - vidi: [čl. 18](#). Zakona - 29/2005-12. Vidi: [čl. 38. st. 1. alineja 2](#). Zakona - CG, 12/2007-104. Vidi: [čl. 32. tač. 3](#). Zakona - CG, 13/2007-24. Vidi: [čl. 176](#). Zakona - 40/2011-1.

I OSNOVNE ODREDBE

Član 1

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

Član 2

Cilj ovog zakona je da stvori uslove za:

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

Član 3

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

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

Član 4

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje predstavlja poseban vid zdravstvenog osiguranja kojim se, na principu dobrovoljnosti, u okviru utvrđenih standarda, obezbjeđuju posebni uslovi pružanja zdravstvene zaštite u pogledu kadra, smještaja i vremena pružanja zdravstvene zaštite, kao i prava koja nijesu obezbijedena obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Član 5

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

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

+ **Sudska praksa**

Član 6

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

1) **osigurano lice** je lice koje ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu i druga prava iz zdravstvenog osiguranja pod uslovima utvrđenim ovim zakonom;

2) **izabrani tim ili izabrani doktor** podrazumijeva izabrani tim doktora medicine ili izabranog doktora medicine ili izabranog doktora stomatologije;

3) **davaoci zdravstvenih usluga** su zdravstvene ustanove i izabrani tim ili izabrani doktor;

4) **zdravstvena knjižica** je javna isprava kojom se dokazuje status osiguranog lica;

5) **stranac** je strani državljanin i lice bez državljanstva.

II OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. Osigurana lica

Član 7

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

1) Osiguranici

Član 8

Osiguranici, u smislu ovog zakona, su:

1) lica zaposlena u privrednom društvu, drugom pravnom licu, državnom organu, organu jedinice lokalne samouprave, odnosno lokalne uprave ili kod fizičkog lica (u daljem tekstu: poslodavac);

2) lica koja obavljaju poslove po posebnom ugovoru o radu, u skladu sa posebnim zakonom;

3) civilna lica na službi u vojsci i vojnim jedinicama i vojnim ustanovama;

4) izabrana ili imenovana lica, ako za obavljanje funkcije ostvaruju zaradu;

5) članovi odbora direktora u privrednom društvu i drugom pravnom licu i članovi upravnih odbora u

javnim preduzećima i ustanovama koji za svoj rad primaju naknadu, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

6) državljani Srbije i Crne Gore koji su u Republici zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija i ustanova, stranih konzularnih ili diplomatskih predstavništava ili kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

7) zaposlena lica upućena na rad u inostranstvo, odnosno lica koja su zaposlena u privrednom društvu ili drugom pravnom licu čije je sjedište u Republici, a koje obavlja djelatnost u inostranstvu, ako nijesu obavezno osigurana po propisima države u koju su upućeni, odnosno u kojoj su zaposleni ili ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

8) državljani Srbije i Crne Gore zaposleni u inostranstvu u domaćinstvima državljana Republike iz tačke 7 ovog člana;

9) državljani Srbije i Crne Gore zaposleni u inostranstvu, ako za to vrijeme nijesu obavezno osigurani kod stranog nosioca osiguranja ili ako prava iz zdravstvenog osiguranja, po propisima te države, ne mogu ostvariti ili koristiti van njene teritorije, a neposredno prije odlaska u inostranstvo bili su osigurani u Republici, odnosno ako su prije odlaska u inostranstvo imali prebivalište u Republici;

10) stranci koji u Republici rade kod domaćih pravnih, odnosno fizičkih lica, na osnovu posebnih ugovora i sporazuma o međunarodno - tehničkoj saradnji;

11) stranci koji su u Republici zaposleni kod međunarodnih organizacija i ustanova i drugih stranih pravnih i fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, odnosno ako nijesu osigurana po propisima druge države;

12) stranci koji su u Republici zaposleni kod stranih diplomatskih i konzularnih predstavništava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom;

13) preduzetnici i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje;

14) lica koja obavljaju poslove po osnovu ugovora, o djelu, odnosno poslove po osnovu autorskog ugovora, kao i poslove po osnovu drugih ugovora po osnovu kojih za izvršen posao ostvaruju naknadu, ako nijesu osigurana po drugom osnovu;

15) lica za čijim je radom prestala potreba, odnosno koja su prestala da obavljaju preduzetničku djelatnost dok ostvaruju novčanu naknadu prema propisima o radu i nezaposlena lica koja ostvaruju pravo na naknadu u skladu sa propisima o zapošljavanju;

16) lica koja po prestanku rada ostvaruju pravo na naknadu zarade u skladu sa posebnim zakonom;

17) nezaposlena lica koja su na evidenciji nezaposlenih lica, a ne primaju naknadu po tom osnovu;

18) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;

19) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, članovi njihovih porodica i korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

20) korisnici socijalno zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

21) državljani Republike koji primaju penziju ili invalidninu isključivo od inostranog nosioca osiguranja koji imaju prebivalište u Republici, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

22) osnivači, odnosno vlasnici privrednih društava i preduzetnici koji po tom osnovu nijesu u radnom odnosu, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

23) lica koja se bave poljoprivrednom djelatnošću kao jedinim ili glavnim zanimanjem u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju, kao i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta, a nijesu

osigurana po drugom osnovu;

24) sveštenici i vjerski službenici (u daljem tekstu: vjerski službenici), kao i monasi i monahinje (u daljem tekstu: lica koja obavljaju vjerske funkcije), ako nijesu obavezno osigurani po drugom osnovu;

25) lica koja su na izdržavanju kazne zatvora, kao i lica kojima je izrečena mjera obaveznog čuvanja i obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana.

Osnivaču, odnosno vlasniku preduzetniku iz stava 1 tačka 22 ovog člana prestaje svojstvo osiguranika po tom osnovu za vrijeme privremene odjave, ako za to vrijeme ne plaća doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje.

+ Sudska praksa

Član 9

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

2) Članovi porodice osiguranika

Član 10

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

Članovima porodice, u smislu ovog zakona, smatraju se:

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

+ Sudska praksa

Član 11

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

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

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

Član 12

Dijete osiguranika ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima iz ovog zakona, do završetka obaveznog školovanja po propisima iz oblasti obrazovanja, a ako je na redovnom ili

vanrednom školovanju, do kraja roka propisanog za redovno školovanje, a najkasnije do navršene 26. godine života.

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

Ako dijete iz stava 1 ovog člana postane nesposobno za samostalan život i rad, u smislu posebnih propisa, prije isteka roka za redovno školovanje iz stava 1 ovog člana, ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i za vrijeme dok takva nesposobnost traje.

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

Član 13

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

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

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

Član 14

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

2. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 15

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

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

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

+ Sudska praksa

1) Pravo na zdravstvenu zaštitu

Član 16

Zdravstvena zaštita obuhvata:

- 1) medicinske mjere i postupke za unapređivanje zdravlja, sprječavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti i drugih poremećaja zdravlja;
- 2) ljebarske preglede i druge vrste medicinske pomoći u cilju utvrđivanja, praćenja i provjeravanja zdravstvenog stanja;
- 3) liječenje oboljelih i povrijeđenih i druge vrste medicinske pomoći;
- 4) liječenje van Republike i u inostranstvu;
- 5) prevenciju i liječenje bolesti usta i zuba;
- 6) medicinsku rehabilitaciju;
- 7) lijekove i medicinska sredstva;
- 8) medicinsko - tehnička pomagala (proteze, ortopedska i druga pomagala, stomato-protetičku pomoć i stomatološke materijale i nadoknade).

Zdravstvena zaštita iz stava 1 tačka 5 ovog člana obuhvata liječenje bolesti usta i zuba u hitnim medicinskim stanjima i prevenciju i liječenje bolesti usta i zuba kod djece do navršениh 15 godina života, žena u toku trudnoće i lica starijih od 65 godina života.

Član 17

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

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

Član 18

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

- 1) medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, tjelesnog oštećenja i invalidnosti u postupcima kod drugih organa i organizacija;
- 2) zdravstveni pregledi radi zapošljavanja, upisa u odgovarajuće ustanove obrazovanja, pohađanja kurseva, dobijanja uvjerenja za vozačke dozvole, za sudske i druge sporove i u drugim slučajevima kada

se pregled ne obavlja u cilju zdravstvene zaštite;

3) pregled zaposlenih upućenih na rad u inostranstvo od strane poslodavca, u skladu sa posebnim zakonom, kao i mjere preventivne zdravstvene zaštite za putovanja u inostranstvo i zdravstveni pregled za ta putovanja.

+ Sudska praksa

Član 19

Fond utvrđuje:

1) indikacije za korišćenje medicinske rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu rehabilitaciju;

2) listu lijekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava Fonda namijenjenih za obavezno zdravstveno osiguranje;

3) indikacije za medicinsko-tehnička pomagala (proteze, ortopedska i druga pomagala, stomatoprotetičku pomoć, stomatološke materijale i nadoknade) i standarde za materijale od kojih se izrađuju ova sredstva, rokove korišćenja, kao i uslove za izradu novih sredstava prije isteka tih rokova.

Na akt iz stava 1 tačka 2 ovog člana saglasnost daje ministarstvo nadležno za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo).

U postupku donošenja akata iz stava 1 tač. 1 i 3 ovog člana Fond pribavlja stručno mišljenje nadležne zdravstvene ustanove.

+ Sudska praksa

Član 20

Fond ne obezbjeđuje sredstva za ostvarivanje zdravstvene zaštite u slučajevima:

1) zahvata estetske rekonstruktivne hirurgije, osim estetske rekonstrukcije kongenitalnih anomalija kod djece, rekonstrukcije dojke nakon mastektomije, estetske rekonstrukcije nakon teških ozljeđivanja u cilju sprječavanja invaliditeta;

2) postupaka vještačke oplodnje, uključujući in vitro fertilizaciju nakon drugog pokušaja;

3) hirurškog liječenja gojaznosti;

4) liječenja medicinskih komplikacija koja nastaju kao posljedica korišćenja zdravstvene zaštite van utvrđenih standarda zdravstvene zaštite;

5) specifične zdravstvene zaštite zaposlenih, koja se ostvaruje na osnovu ugovora između poslodavca i zdravstvene ustanove.

2) Zdravstvena zaštita osiguranih lica na radu u inostranstvu

Član 21

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

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

imaju zdravstvenu zaštitu samo u slučaju hitne medicinske pomoći.

Član 22

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

Član 23

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

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

Član 24

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

+ Sudska praksa

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

Član 25

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

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

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

Privremenu spriječenost za rad iz stava 2 ovog člana utvrđuje izabrani tim ili izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija, zavisno od vrste i prirode bolesti, u skladu sa aktom Fonda.

Član 26

Naknadu zarade za prvih 60 dana privremene spriječenosti za rad obezbjeđuje poslodavac iz svojih sredstava, a nakon toga naknadu obezbjeđuje Fond.

Član 27

Osnov za obračun naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad je prosjek zarade koju je zaposleni ostvario u posljednja tri mjeseca koja prethode mjesecu u kome je nastupila privremena spriječenost za rad, s tim što ne može biti veća od zarade koja služi kao osnov za obračun i uplatu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

U osnov za naknadu iz stava 1 ovog člana ulazi i osnov od koga je određena naknada zarade, ako je osiguranik u to vrijeme bio spriječen za rad, naknada za rad u dane državnih praznika, naknada za godišnji odmor i naknada za vrijeme plaćenog odsustva.

Ukoliko privremena spriječenost za rad traje duže od mjesec dana, osnov za naknadu za svaki naredni mjesec neprekidne spriječenosti za rad usklađuje se sa porastom zarada kod pravnog, odnosno fizičkog lica gdje je zaposleni u radnom odnosu, ostvarenim u posljednjem mjesecu koji prethodi mjesecu za koji se isplaćuje naknada.

Ukoliko nije moguće utvrditi osnov za naknadu, kao osnov za naknadu se uzima iznos zarade koju bi zaposleni ostvario da je radio.

Za preduzetnike i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje osnov za naknadu za vrijeme privremene spriječenosti za rad čini osnov na koji se obračunavaju i plaćaju doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje.

+ Sudska praksa

Član 28

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

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

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad prouzrokovane povredom na radu i profesionalnom bolešću, izolovanja zbog kliconošta, zbog davanja krvi, tkiva i organa, za vrijeme održavanja trudnoće, kao i za slijepa lica i hendikepirana lica, obezbjeđuje se u visini od 100% od osnova za naknadu.

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

Član 29

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

Član 30

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

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

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

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

Član 31

Osiguraniku ne pripada naknada zarade, ako:

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

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

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

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

Član 32

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

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

Član 33

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

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

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

3. Ostvarivanje prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

1) Utvrđivanje svojstva osiguranog lica

Član 34

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

Svojstvo osiguranog lica može se ostvariti samo po jednom osnovu.

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje Fond na osnovu prijave za obavezno zdravstveno osiguranje, a dokazuje se propisanom ispravom (u daljem tekstu: zdravstvena knjižica), koju izdaje Fond.

Ovjeru zdravstvene knjižice vrši Fond, na osnovu dokaza da je obveznik plaćanja doprinosa uplatio sve dospelje obaveze po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje u rokovima iz člana 67 ovog zakona.

Lica koja ne mogu dokazati svojstvo osiguranih lica na način utvrđen u stavu 4 ovog člana prilikom korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja sama snose nastale troškove, osim u slučaju urgentnih stanja.

Član 35

Pravna i fizička lica obavezna su da dostave Fondu sve podatke u vezi sa prijavom i odjavom na obavezno zdravstveno osiguranje, radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Rok za podnošenje prijave na osiguranje, odjave i druge promjene je osam dana od dana kada su se stekli uslovi za prijavu, odjavu, odnosno prijavu promjene.

Ako Fond licu za koje je podnijeta prijava na obavezno zdravstveno osiguranje ne prizna svojstvo osiguranog lica ili mu to svojstvo prizna po nekom drugom osnovu, dužan je da o tome donese rješenje.

+ Sudska praksa

Član 36

Fond vodi evidenciju o osiguranim licima i obveznicima plaćanja doprinosa.

Evidencija se vodi prema jedinstvenim metodološkim principima.

Podaci se unose u evidenciju prema jedinstvenom kodeksu šifara.

Podaci se unose u evidenciju na osnovu prijava i odjava podnesenih na propisanim obrascima, koji se mogu dostavljati i putem sredstava za elektronsku obradu podataka.

U slučaju kada su prijave, odnosno odjave dostavljene putem sredstava za elektronsku obradu podataka, podnositelj prijave je dužan da, na zahtjev Fonda, te prijave podnese na propisanom obrascu.

Član 37

U evidenciju se unose podaci o:

- 1) osiguranim licima;
- 2) obveznicima plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje.

Član 38

U evidenciju se unose sljedeći podaci o osiguranicima licima:

- 1) prezime i ime;
- 2) jedinstveni matični broj građanina i poreski identifikacioni broj;
- 3) pol;
- 4) dan, mjesec i godina rođenja;
- 5) zanimanje;
- 6) školska sprema;
- 7) osnov osiguranja;
- 8) datum sticanja i prestanka svojstva osiguranog lica;
- 9) obveznik plaćanja doprinosa.

Za osiguranike, pored podataka iz stava 1 ovog člana, u evidenciju se unose sljedeći podaci:

- 1) datum sticanja i prestanka svojstva osiguranika;
- 2) zarade, naknade zarada i druga primanja i naknade koja služe za utvrđivanje osnovice osiguranja;
- 3) visina uplaćenog doprinosa.

Član 39

Obveznici podnošenja prijave podataka za evidenciju su:

- 1) Poslodavac:

- prijave podataka o obvezniku plaćanja doprinosa koje obuhvataju prijave početka i prijave prestanka poslovanja;

- prijave na osiguranje i odjave osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 8, tač. 10, 11, 12 i 16 ovog zakona;

- prijave podataka o zaradi i naknadi zarade koje služe za utvrđivanje osnovice osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 7 ovog zakona;

- prijave promjene podataka iz al. 1 do 3 ove tačke;

- 2) Osiguranik koji je sam obveznik plaćanja doprinosa:

- prijave na osiguranje i odjave osiguranja, kao i promjene tih podataka za osiguranike iz člana 8 stav

1 tač. 9, 13, 14, 21 i 22, kao i tačke 23 ovog zakona, za osiguranike - vlasnike poljoprivrednog zemljišta;

- prijave podataka za utvrđivanje osnovice osiguranja, kao i prijave promjene tih podataka;

3) Organ uprave nadležan za poslove javnih prihoda - prijave podataka za utvrđivanje osnovice osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 13 i 14 ovog zakona, kao i prijave promjene tih podataka;

4) Zavod za zapošljavanje Crne Gore (u daljem tekstu: Zavod za zapošljavanje):

- prijave na osiguranje i odjave osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 15 i 17 ovog zakona, kao i prijave promjene tih podataka;

- prijave podataka o naknadi zarade i visini uplaćenog doprinosa za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 15 ovog zakona.

5) Republički fond penzijskog i invalidskog osiguranja:

- prijave na osiguranje i odjave osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 18 ovog zakona, kao i prijave promjene tih podataka;

- prijave podataka o visini penzije i o visini uplaćenog doprinosa za lica iz člana 8 stav 1 tačka 18 ovog zakona, kao i prijave promjena tih podataka;

6) Pravoslavna crkva, Islamska vjerska zajednica i Rimokatolička crkva za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 24 ovog zakona - prijave na osiguranje, odjave osiguranja, kao i prijave promjena tih podataka;

7) Organ lokalne uprave nadležan za poslove boračke i invalidske zaštite i nadležni centar za socijalni rad za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 19 i 20 i člana 13 ovog zakona;

- prijave na osiguranje, odjave osiguranja, kao i prijave promjena tih podataka;

- prijave podataka za utvrđivanje osnovice osiguranja kao i promjene tih podataka;

8) Ministarstvo nadležno za poslove poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede za osiguranike koji se bave poljoprivredom kao jedinim ili glavnim zanimanjem iz člana 8 stav 1 tačka 23 ovog zakona - prijave na osiguranje, odjave osiguranja kao i prijave promjena tih podataka;

9) Zavod za izvršenje krivičnih sankcija i ustanove za smještaj i obavezno liječenje alkoholičara i narkomana i obavezno psihijatrijsko liječenje za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 25 ovog zakona - prijave na osiguranje, odjave osiguranja, kao i prijave promjena tih podataka;

10) Nadležni matičar - prijave o smrti osiguranih lica.

Član 40

Za tačnost podataka unesenih u prijave podataka iz člana 39 ovog zakona odgovoran je podnosilac prijave.

Fond je dužan da provjerava tačnost podataka unesenih u prijave podataka iz stava 1 ovog člana, da zahtijeva dokaze i vrši uvid u evidencije i dokumentaciju na kojima se zasnivaju podaci uneseni u prijave.

Podnosilac prijave je dužan da osiguraniku i Fondu daje tačna obavještenja, odnosno podatke od značaja za utvrđivanje činjenica važnih za sticanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i da Fondu pruži dokaze i omogući uvid u evidenciju i dokumentaciju.

Član 41

Prijave podataka za evidenciju iz člana 36 ovog zakona dostavljaju se Fondu, odnosno njegovoj organizacionoj jedinici, i to za:

1) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 8, tač. 10, 11, 12 i 16 ovog zakona - prema sjedištu poslodavca, odnosno njegove organizacione jedinice (filijale, ekspoziture, ispostave, poslovnice, predstavništva, zastupništva i druge poslovne i radne jedinice);

2) osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 9 ovog zakona - prema mjestu u kome su bili osigurani, odnosno imali prebivalište prije odlaska u inostranstvo;

3) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 15 i 17 ovog zakona - prema sjedištu organizacione jedinice Zavoda za zapošljavanje;

4) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 13, 14 i 22 ovog zakona - prema mjestu u kome je osiguranik registrovao obavljanje djelatnosti na osnovu koje je osiguran;

5) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 18 do 21 i tač. 24 i 25 i člana 14 ovog zakona - prema prebivalištu, odnosno boravištu osiguranika;

6) osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 23 ovog zakona - prema sjedištu organizacione jedinice organa uprave nadležnog za poslove javnih prihoda.

Član 42

Svojstvo osiguranika, visinu zarade, naknade i ostalih primanja koja služe za utvrđivanje osnovice osiguranja utvrđuje Fond na osnovu prijava podataka iz člana 39 ovog zakona.

Član 43

Ako Fond, prilikom provjere podataka iz člana 39 ovog zakona, utvrdi da prijava o zaradama, naknadama zarada, odnosno osnovicama osiguranja, kao i podaci o visini uplaćenih doprinosa nijesu pravilno popunjeni ili da podaci nijesu uneseni u skladu sa propisima o zdravstvenom osiguranju naložice podnosiocu prijave da ih ispravi u roku koji ne može biti duži od osam dana.

Član 44

Fond je dužan da osiguraniku, na njegov zahtjev, izda uvjerenje o podacima unesenim u evidenciju osiguranika.

Uvjerenje iz stava 1 ovog člana ima karakter javne isprave.

Član 45

Podaci unijeti u evidenciju iz člana 36 ovog zakona mogu se naknadno mijenjati na način utvrđen ovim zakonom u sljedećim slučajevima:

1) ako Fond naknadno u propisanom postupku utvrdi promjenu podataka;

2) ako su podaci o zaradama, naknadama zarada, odnosno osnovicama osiguranja, kao i podaci o visini uplaćenih doprinosa unijeti u evidenciju na osnovu lažnih isprava;

3) ako se naknadno, provjerom podataka ili na neki drugi način utvrdi da su u evidenciju unijeti netačni ili nepotpuni podaci.

Promjena podataka unijetih u evidenciju vrši se na osnovu odgovarajuće prijave promjene podataka, po postupku utvrđenom ovim zakonom.

Član 46

Fond je dužan da podatke iz primljenih prijava unese u evidenciju iz člana 36 ovog zakona odmah, a najkasnije u roku od osam dana od dana prijema prijave.

Član 47

Prijave podataka za vođenje evidencije čuvaju se najmanje 10 godina od posljednjeg unošenja podataka u evidenciju.

Član 48

Umjesto originalnih prijava podataka mogu se čuvati prijave snimljene na mikrofilmovima, odnosno sredstvima za elektronsku obradu podataka.

Član 49

Uništavanje originalnih prijava na osnovu kojih su podaci unijeti u evidenciju vrši komisija koju obrazuje Fond.

Član 50

Podaci sadržani u evidenciji mogu se koristiti i za statistička istraživanja.

Zaštita podataka iz evidencije obezbjeđuje se na način propisan zakonom.

2) Ostvarivanje prava

Član 51

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

Član 52

Osiguranik se upućuje radi liječenja van Republike ili u inostranstvo na teret sredstava Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje, ako oboljenje od kojeg boluje nije moglo uspješno da se liječi u Republici.

Osiguranik ostvaruje prava iz stava 1 ovog člana u skladu sa aktom Fonda, na koji saglasnost daje Ministarstvo.

+ Sudska praksa

Član 53

Zdravstvena zaštita osiguranim licima obezbjeđuje se iz sredstava Fonda namijenjenih za obavezno osiguranje, u skladu sa propisanim obimom zdravstvene zaštite iz člana 17 ovog zakona.

+ Sudska praksa

Član 54

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

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

Član 55

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

Član 56

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

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

Član 57

O pravima utvrđenim ovim zakonom u prvom stepenu odlučuje Fond, a u drugom stepenu Ministarstvo.

Protiv konačnog rješenja iz stava 1 ovog člana može se pokrenuti upravni spor.

Član 58

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

Način vođenja evidencije i podaci koji se vode u evidenciji iz stava 1 ovog člana, način vođenja evidencije iz člana 36 ovog zakona, obrazac zdravstvene knjižice i način njenog korišćenja, obrazac prijave, objave i drugi obrasci utvrđuju se aktom Fonda.

4. Lično učešće osiguranih lica u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite

Član 59

Osigurana lica učestvuju u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite.

Odluku o visini učešća osiguranih lica u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite donosi Ministarstvo na osnovu godišnjeg programa zdravstvene zaštite Fonda i godišnjeg finansijskog plana Fonda.

Član 60

Pri utvrđivanju visine ličnog učešća u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite uzima se u obzir: vrsta bolesti, visina troškova dijagnostike, liječenja i rehabilitacije i nivo zdravstvene zaštite.

Član 61

Ličnom učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ne podliježu:

- 1) djeca iz čl. 12 i 13 ovog zakona;
- 2) žene u toku trudnoće, porođaja i godinu dana poslije porođaja;
- 3) lica iznad 65 godina života;
- 4) lica koja su u stanju socijalne potrebe i po tom osnovu ostvaruju naknadu;
- 5) lica oboljela od bubrežnih bolesti na dijalizi;

6) lica oboljela od tuberkuloze, HIV infekcija i drugih zaraznih bolesti u smislu ovog zakona, malignih bolesti, epilepsije, sistemskih autoimunih bolesti, šećerne bolesti, kao i lica sa duševnim poremećajima i nedovoljno mentalno razvijena lica;

7) slijepa i gluvonijema lica, lica oboljela od paraplegije i kvadriplegije, mišićne distrofije, multipleks skleroze i cerebralne paralize;

8) hendikepirana lica sa značajnim tjelesnim oštećenjem od najmanje 70% utvrđenim u smislu posebnih propisa;

9) lica čije je stanje u neposrednoj životnoj opasnosti zbog bolesti ili povrede.

Lica iz stava 1 tač. 7 i 8 ovog člana ne podliježu ličnom učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite na osnovu rješenja Fonda.

Lica iz stava 1 tač. 5 i 6 ovog člana ne podliježu ličnom učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite samo za troškove liječenja osnovne bolesti.

5. Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 62

Prihodi obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

- 1) doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje;
- 2) - **prestala da važi** -
- 3) - **prestala da važi** -
- 4) donacije;
- 5) sredstava po konvencijama;
- 6) iz naknada štete;
- 7) od kamata, dividendi, renti;
- 8) iz drugih izvora, u skladu sa zakonom.

+ **Vidi:**

čl. 38. Zakona - 12/2007-104.

Član 63

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

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

Član 64

- prestao da važi -

+ Vidi:

čl. 32. Zakona - 17/2007-24.

Član 65

- prestao da važi -

+ Vidi:

čl. 32. Zakona - 17/2007-24.

Član 66

- prestao da važi -

+ Vidi:

čl. 32. Zakona - 17/2007-24.

Član 67

- prestao da važi -

+ Vidi:

čl. 32. Zakona - 17/2007-24.

Član 68

Doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje obveznici plaćaju Fondu.

Član 69

- prestao da važi -

+ Vidi:

čl. 32. Zakona - 17/2007-24.

Član 70

Fond ima pravo uvida u dokumentaciju obveznika uplate doprinosa koja se odnose na pravilan

obračun i blagovremenu uplatu doprinosa, kao i da zahtijeva od organa uprave nadležnog za poslove javnih prihoda podatke o naplaćenim doprinosima.

6. Naknada štete u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 71

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

1) je na osnovu netačnih podataka za koje je znao ili morao znati da su netačni ili na drugi protivpravni način ostvario iz obaveznog zdravstvenog osiguranja neko pravo, odnosno primanje na koje nije imao pravo ili ga je ostvario u većem obimu nego što mu pripada;

2) je ostvario neko primanje usljed toga što nije prijavio nastale promjene koje utiču na gubitak ili obim nekog prava, a znao je ili je morao znati za te promjene;

3) je primio novčane isplate u iznosu većem od onoga koji mu je određen rješenjem.

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

Član 72

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

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

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

Član 73

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

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

Član 74

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca:

1) ako je šteta nastala usljed toga što nijesu dati podaci ili što su dati neistiniti podaci o činjenicama od kojih zavisi sticanje ili određivanje prava;

2) ako je isplata izvršena na osnovu neistinitih podataka u prijavi o stupanju zaposlenog na posao ili što nije podnesena prijava o promjenama koje utiču na gubitak ili obim prava ili ako je prijava podnesena poslije propisanog roka.

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

Član 75

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

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

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

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

Član 76

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

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

Član 77

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

Član 78

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

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

III DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 79

Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem građanin može sebi i članovima svoje porodice obezbijediti:

- u okviru utvrđenih standarda posebne uslove pružanja zdravstvene zaštite u pogledu kadra, smještaja i vremena pružanja zdravstvene zaštite;
- prava koja nijesu obezbijeđena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, u skladu sa ovim zakonom.

Član 80

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu obezbijediti i poslodavci za svoje zaposlene.

Član 81

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje obezbjeđuje i sprovodi Fond, u skladu sa ovim zakonom.

Član 82

Fond vodi sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja odvojeno od sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i posebno finansijsko poslovanje za ova dva vida osiguranja.

Sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja mogu se koristiti samo za utvrđene namjene.

Član 83

Fond određuje premije iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, zavisno od rizika kojem su osiguranici izloženi, uzimajući u obzir starost, pol, bonus i malus, tabele smrtnosti i tabele bolesti i trajanje zaključenih ugovora o osiguranju.

Fond je obavezan da:

- dobrovoljno osiguranje obezbjedi kao dugoročno osiguranje;
- zaključi ugovor o osiguranju sa osiguranicima koji se žele osigurati za prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- za sve osiguranike obezbijedi, pod jednakim uslovima, prava i obaveze iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 84

Bliže uslove i način korišćenja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, visinu i način uplate premija utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 85

Fond u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ugovara pružanje zdravstvenih usluga sa zdravstvenim ustanovama.

Ugovorom iz stava 1 ovog člana uređuje se vrsta i kvalitet zdravstvenih usluga, njihov obim, cijena, način obračuna i rokovi plaćanja, kao i druga međusobna prava i obaveze.

Član 86

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu obezbjeđivati i sprovoditi i druga pravna lica, u skladu sa posebnim zakonom.

IV FOND

1. Organizacija i način rada Fonda

Član 87

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

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

Član 88

Fond obavlja sljedeće poslove:

- 1) učestvuje u sprovođenju zdravstvene politike u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem;
- 2) određuje obim standarda zdravstvene zaštite, u skladu sa ovim zakonom;
- 3) vodi evidenciju o osiguranim licima i obveznicima uplate doprinosa i vrši kontrolu prijavljivanja i odjavljivanja osiguranih lica;
- 4) obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem prava osiguranih lica, brine o zakonitom ostvarivanju tih prava i pruža potrebnu stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa;
- 5) utvrđuje prioritete u finansiranju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 6) utvrđuje kriterijume za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga iz člana 99 ovog zakona, zaključuje ugovore i vrši kontrolu izvršenja ugovornih obaveza;
- 7) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;
- 8) obezbjeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;
- 9) donosi godišnji program zdravstvene zaštite i usvaja godišnji izvještaj o poslovanju;
- 10) utvrđuje visinu učešća osiguranih lica u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite iz člana 59 ovog zakona;
- 11) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje zdravstvenog osiguranja u Republici;
- 12) sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa ovim zakonom;
- 13) vrši i druge poslove u vezi sa sprovođenjem i ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, statutom i drugim aktima Fonda.

+ **Vidi:**

čl. 38. Zakona - 12/2007-104.

Član 89

Organi Fonda su Upravni odbor i direktor.

Član 90

Upravni odbor upravlja radom Fonda. Upravni odbor ima 13 članova, koje imenuje i razrješava Vlada, i to:

- 1) dva člana na predlog Saveza samostalnih sindikata Crne Gore;
- 2) dva člana na predlog Privredne komore Crne Gore;

- 3) jednog člana na predlog Saveza udruženja penzionera Crne Gore;
- 4) jednog člana na predlog Ljekarske i Farmaceutске komore;
- 5) pet članova na predlog Ministarstva, iz reda osiguranika, poslodavaca i drugih obveznika plaćanja doprinosa.

Ministar nadležan za poslove zdravlja i ministar nadležan za poslove finansija članovi su Upravnog odbora po položaju.

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

+ **Vidi:**

Odluku US RCG - 23/2005-62.

+ **Sudska praksa**

Član 91

Upravni odbor Fonda:

- 1) donosi statut i druge opšte akte, u skladu sa zakonom;
- 2) donosi godišnji program zdravstvene zaštite i usvaja godišnji izvještaj o poslovanju Fonda;
- 3) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;
- 4) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje i razvoj zdravstvenog osiguranja u Republici;
- 5) vrši i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

+ **Vidi:**

čl. 38. Zakona - 12/2007-104.

Član 92

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

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

Direktor Fonda se imenuje na period od četiri godine.

Član 93

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

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

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

Na akt iz stava 3 ovog člana saglasnost daje Ministarstvo.

Član 94

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

Na statut Fonda saglasnost daje Vlada.

Statut i drugi opšti akti Fonda kojima se uređuju prava i obaveze osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja objavljuju se u "Službenom listu Republike Crne Gore".

Član 95

Rad Fonda je javan.

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

Član 96

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

Član 97

- prestao da važi -

+ **Vidi:**

čl. 38. Zakona - 12/2007-104.

Član 98

- prestao da važi -

+ **Vidi:**

čl. 38. Zakona - 12/2007-104.

2. Odnos Fonda i davalaca zdravstvenih usluga

Član 99

Pružanje zdravstvenih usluga iz člana 16 ovoga zakona uređuje se ugovorom, koji zaključuje Fond sa davaocima zdravstvenih usluga, u skladu sa ovim zakonom.

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

- broj osiguranika na nivou primarne zdravstvene zaštite;

- određene cijene po vrstama zdravstvenih usluga;
- programe određenih vrsta zdravstvene zaštite;
- druge objektivne pokazatelje troškova zdravstvenih usluga.

Član 100

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

Davaoci zdravstvenih usluga koji su zainteresovani za zaključivanje ugovora dužni su da Fondu dostave ponudu sa finansijskim i drugim podacima u vezi sa pružanjem zdravstvenih usluga, na način i u rokovima predviđenim aktom Fonda iz člana 99 stava 2 ovog zakona.

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

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

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

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

Član 101

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

Član 102

Ugovori se zaključuju najkasnije do 31. marta za tekuću godinu.

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

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

Član 103

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

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

V NADZOR

Član 104

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

VI KAZNENE ODREDBE

Član 105

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

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

2) ne vodi ili neuredno vodi propisane evidencije o osiguranicima, uskrati davanje pojedinih podataka Fondu ili da netačne podatke i obavještenja o osiguranom licu, odnosno ne ispravi netačne podatke po nalogu Fonda ili spriječi pregled poslovnih knjiga ili evidencija koje se odnose na obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa odredbama čl. 40 i 43 ovog zakona;

3) ne podnese prijavu na obavezno zdravstveno osiguranje osiguranika, odjavu, ili promjenu prijave ili ove prijave ne podnese u propisanom roku, u skladu sa odredbom člana 35 ovog zakona.

+ **Vidi:**

[čl. 176. Zakona - 40/2011-1.](#)

Član 106

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

+ **Vidi:**

[čl. 176. Zakona - 40/2011-1.](#)

Član 107

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

+ **Vidi:**

[čl. 176. Zakona - 40/2011-1.](#)

VII PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 108

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

Do donošenja propisa na osnovu ovog zakona primjenjivaće se važeći propisi, ako nijesu u

suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 109

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

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

Član 110

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

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

Član 111

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

Član 112

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

Član 113

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

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

Član 114

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

Član 115

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

Član 116

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

Član 117

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

OSNOVNI TEKST

Na osnovu člana 88 tačke 2 Ustava Republike Crne Gore donosim

Ukaz o proglašenju Zakona o zdravstvenom osiguranju

Proglašava se Zakon o zdravstvenom osiguranju, koji je donijela Skupština Republike Crne Gore, na trećoj sjednici prvog redovnog zasijedanja u 2004. godini, dana 31. maja 2004. godine.

Broj: 01-813/2

Podgorica, 3. juna 2004. godine

Predsjednik Republike Crne Gore,

Filip Vujanović, s.r.

Zakon o zdravstvenom osiguranju

Zakon je objavljen u "Službenom listu RCG", br. 39/2004 od 9.6.2004. godine.

I OSNOVNE ODREDBE

Član 1

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

Član 2

Cilj ovog zakona je da stvori uslove za:

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

Član 3

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

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

Član 4

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje predstavlja poseban vid zdravstvenog osiguranja kojim se, na principu dobrovoljnosti, u okviru utvrđenih standarda, obezbjeđuju posebni uslovi pružanja zdravstvene zaštite u pogledu kadra, smještaja i vremena pružanja zdravstvene zaštite, kao i prava koja nijesu obezbijedena obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Član 5

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

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

Član 6

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

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

II OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. Osigurana lica

Član 7

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

1) Osiguranici

Član 8

Osiguranici, u smislu ovog zakona, su:

1) lica zaposlena u privrednom društvu, drugom pravnom licu, državnom organu, organu jedinice lokalne samouprave, odnosno lokalne uprave ili kod fizičkog lica (u daljem tekstu: poslodavac);

2) lica koja obavljaju poslove po posebnom ugovoru o radu, u skladu sa posebnim zakonom;

3) civilna lica na službi u vojsci i vojnim jedinicama i vojnim ustanovama;

4) izabrana ili imenovana lica, ako za obavljanje funkcije ostvaruju zaradu;

5) članovi odbora direktora u privrednom društvu i drugom pravnom licu i članovi upravnih odbora u javnim preduzećima i ustanovama koji za svoj rad primaju naknadu, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

6) državljani Srbije i Crne Gore koji su u Republici zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija i ustanova, stranih konzularnih ili diplomatskih predstavništava ili kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

7) zaposlena lica upućena na rad u inostranstvo, odnosno lica koja su zaposlena u privrednom društvu ili drugom pravnom licu čije je sjedište u Republici, a koje obavlja djelatnost u inostranstvu, ako nijesu obavezno osigurana po propisima države u koju su upućeni, odnosno u kojoj su zaposleni ili ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

8) državljani Srbije i Crne Gore zaposleni u inostranstvu u domaćinstvima državljana Republike iz tačke 7 ovog člana;

9) državljani Srbije i Crne Gore zaposleni u inostranstvu, ako za to vrijeme nijesu obavezno osigurani kod stranog nosioca osiguranja ili ako prava iz zdravstvenog osiguranja, po propisima te države, ne mogu ostvariti ili koristiti van njene teritorije, a neposredno prije odlaska u inostranstvo bili su osigurani u Republici, odnosno ako su prije odlaska u inostranstvo imali prebivalište u Republici;

10) stranci koji u Republici rade kod domaćih pravnih, odnosno fizičkih lica, na osnovu posebnih ugovora i sporazuma o međunarodno - tehničkoj saradnji;

11) stranci koji su u Republici zaposleni kod međunarodnih organizacija i ustanova i drugih stranih pravnih i fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, odnosno ako nijesu osigurana po propisima druge države;

12) stranci koji su u Republici zaposleni kod stranih diplomatskih i konzularnih predstavništava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom;

13) preduzetnici i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje;

14) lica koja obavljaju poslove po osnovu ugovora, o djelu, odnosno poslove po osnovu autorskog

ugovora, kao i poslove po osnovu drugih ugovora po osnovu kojih za izvršen posao ostvaruju naknadu, ako nijesu osigurana po drugom osnovu;

15) lica za čijim je radom prestala potreba, odnosno koja su prestala da obavljaju preduzetničku djelatnost dok ostvaruju novčanu naknadu prema propisima o radu i nezaposlena lica koja ostvaruju pravo na naknadu u skladu sa propisima o zapošljavanju;

16) lica koja po prestanku rada ostvaruju pravo na naknadu zarade u skladu sa posebnim zakonom;

17) nezaposlena lica koja su na evidenciji nezaposlenih lica, a ne primaju naknadu po tom osnovu;

18) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;

19) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, članovi njihovih porodica i korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

20) korisnici socijalno zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

21) državljani Republike koji primaju penziju ili invalidninu isključivo od inostranog nosioca osiguranja koji imaju prebivalište u Republici, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

22) osnivači, odnosno vlasnici privrednih društava i preduzetnici koji po tom osnovu nijesu u radnom odnosu, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

23) lica koja se bave poljoprivrednom djelatnošću kao jednim ili glavnim zanimanjem u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju, kao i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta, a nijesu osigurana po drugom osnovu;

24) sveštenici i vjerski službenici (u daljem tekstu: vjerski službenici), kao i monasi i monahinje (u daljem tekstu: lica koja obavljaju vjerske funkcije), ako nijesu obavezno osigurani po drugom osnovu;

25) lica koja su na izdržavanju kazne zatvora, kao i lica kojima je izrečena mjera obaveznog čuvanja i obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana.

Osnivaču, odnosno vlasniku preduzetniku iz stava 1 tačka 22 ovog člana prestaje svojstvo osiguranika po tom osnovu za vrijeme privremene odjave, ako za to vrijeme ne plaća doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 9

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

2) Članovi porodice osiguranika

Član 10

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

Članovima porodice, u smislu ovog zakona, smatraju se:

- članovi uže porodice: bračni drug i djeca rođena u braku ili van braka, usvojena, pastorčad i djeca prihvaćena na izdržavanje;

- članovi šire porodice: roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i usvojilac), unučad, braća i sestre, ako su trajno i potpuno nesposobni za samostalan život i rad u smislu posebnih propisa i ako ih osiguranik

izdržava.

Član 11

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

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

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

Član 12

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

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

Ako dijete iz stava 1 ovog člana postane nesposobno za samostalan život i rad, u smislu posebnih propisa, prije isteka roka za redovno školovanje iz stava 1 ovog člana, ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i za vrijeme dok takva nesposobnost traje.

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

Član 13

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

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

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

Član 14

Lica koja nemaju svojstvo osiguranog lica ni po jednom osnovu iz čl. 8 do 13 ovog zakona mogu steći svojstvo osiguranog lica za sebe i članove uže porodice i obezbijediti prava iz obaveznog

zdravstvenog osiguranja pod uslovima i na način utvrđen ovim zakonom.

2. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 15

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

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

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

1) Pravo na zdravstvenu zaštitu

Član 16

Zdravstvena zaštita obuhvata:

- 1) medicinske mjere i postupke za unapređivanje zdravlja, sprječavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti i drugih poremećaja zdravlja;
- 2) ljekarske preglede i druge vrste medicinske pomoći u cilju utvrđivanja, praćenja i provjeravanja zdravstvenog stanja;
- 3) liječenje oboljelih i povrijeđenih i druge vrste medicinske pomoći;
- 4) liječenje van Republike i u inostranstvu;
- 5) prevenciju i liječenje bolesti usta i zuba;
- 6) medicinsku rehabilitaciju;
- 7) lijekove i medicinska sredstva;
- 8) medicinsko - tehnička pomagala (proteze, ortopedska i druga pomagala, stomato-protetičku pomoć i stomatološke materijale i nadoknade).

Zdravstvena zaštita iz stava 1 tačka 5 ovog člana obuhvata liječenje bolesti usta i zuba u hitnim medicinskim stanjima i prevenciju i liječenje bolesti usta i zuba kod djece do navršениh 15 godina života, žena u toku trudnoće i lica starijih od 65 godina života.

Član 17

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

- 1) djece iz čl. 12 i 13 ovog zakona;
- 2) žena u toku trudnoće, porođaja i materinstva;
- 3) lica starijih od 65 godina života;

4) vojnih invalida i civilnih invalida rata, u skladu sa posebnim propisima;

5) hendikepiranih lica sa značajnim tjelesnim oštećenjem od najmanje 70% utvrđenim u smislu posebnih propisa;

6) lica oboljelih od zaraznih bolesti, reumatske groznice i njenih komplikacija, malignih oboljenja, šećerne bolesti, hronične bubrežne insuficijencije, koronarne, cerebralne i vaskularne bolesti, sistemskih autoimunih bolesti, fiksne hipertenzije sa komplikacijama, progresivnih nervno-mišićnih oboljenja, cerebralne paralize, multipleks skleroze, cistične fibroze i hemofilije, lica sa duševnim poremećajima i nedovoljno mentalno razvijenih lica, u vezi sa zdravstvenom zaštitom od tih bolesti.

Član 18

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

1) medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, tjelesnog oštećenja i invalidnosti u postupcima kod drugih organa i organizacija;

2) zdravstveni pregledi radi zapošljavanja, upisa u odgovarajuće ustanove obrazovanja, pohađanja kurseva, dobijanja uvjerenja za vozačke dozvole, za sudske i druge sporove i u drugim slučajevima kada se pregled ne obavlja u cilju zdravstvene zaštite;

3) pregled zaposlenih upućenih na rad u inostranstvo od strane poslodavca, u skladu sa posebnim zakonom, kao i mjere preventivne zdravstvene zaštite za putovanja u inostranstvo i zdravstveni pregled za ta putovanja.

Član 19

Fond utvrđuje:

1) indikacije za korišćenje medicinske rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu rehabilitaciju;

2) listu lijekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava Fonda namijenjenih za obavezno zdravstveno osiguranje;

3) indikacije za medicinsko-tehnička pomagala (proteze, ortopedska i druga pomagala, stomato-protećku pomoć, stomatološke materijale i nadoknade) i standarde za materijale od kojih se izrađuju ova sredstva, rokove korišćenja, kao i uslove za izradu novih sredstava prije isteka tih rokova.

Na akt iz stava 1 tačka 2 ovog člana saglasnost daje ministarstvo nadležno za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo).

U postupku donošenja akata iz stava 1 tač. 1 i 3 ovog člana Fond pribavlja stručno mišljenje nadležne zdravstvene ustanove.

Član 20

Fond ne obezbjeđuje sredstva za ostvarivanje zdravstvene zaštite u slučajevima:

1) zahvata estetske rekonstruktivne hirurgije, osim estetske rekonstrukcije kongenitalnih anomalija kod djece, rekonstrukcije dojke nakon mastektomije, estetske rekonstrukcije nakon teških ozljeđivanja u cilju sprječavanja invaliditeta;

2) postupaka vještačke oplodnje, uključujući in vitro fertilizaciju nakon drugog pokušaja;

- 3) hirurškog liječenja gojaznosti;
- 4) liječenja medicinskih komplikacija koja nastaju kao posljedica korišćenja zdravstvene zaštite van utvrđenih standarda zdravstvene zaštite;
- 5) specifične zdravstvene zaštite zaposlenih, koja se ostvaruje na osnovu ugovora između poslodavca i zdravstvene ustanove.

2) Zdravstvena zaštita osiguranih lica na radu u inostranstvu

Član 21

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

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

Član 22

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

Član 23

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

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

Član 24

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

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

Član 25

Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad imaju osiguranici-zaposleni iz

člana 8 tač. 1, 3, 4 i 13 ovog zakona.

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

- 1) usljed bolesti ili povrede privremeno spriječeni za rad;
- 2) spriječeni da rade zbog medicinskog ispitivanja;
- 3) izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u njihovoj okolini;
- 4) određeni da njeguju oboljelog člana uže porodice, u skladu sa opštim aktom Fonda;
- 5) spriječeni da rade zbog dobrovoljnog davanja tkiva i organa;

6) određeni za pratioca oboljelog lica upućenog na liječenje ili ljekarski pregled u drugo mjesto, odnosno dok borave kao pratilac u stacionaru, u skladu sa opštim aktom Fonda.

Privremenu spriječenost za rad iz stava 2 ovog člana utvrđuje izabrani tim ili izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija, zavisno od vrste i prirode bolesti, u skladu sa aktom Fonda.

Član 26

Naknadu zarade za prvih 60 dana privremene spriječenosti za rad obezbjeđuje poslodavac iz svojih sredstava, a nakon toga naknadu obezbjeđuje Fond.

Član 27

Osnov za obračun naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad je prosjek zarade koju je zaposleni ostvario u poslednja tri mjeseca koja prethode mjesecu u kome je nastupila privremena spriječenost za rad, s tim što ne može biti veća od zarade koja služi kao osnov za obračun i uplatu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

U osnov za naknadu iz stava 1 ovog člana ulazi i osnov od koga je određena naknada zarade, ako je osiguranik u to vrijeme bio spriječen za rad, naknada za rad u dane državnih praznika, naknada za godišnji odmor i naknada za vrijeme plaćenog odsustva.

Ukoliko privremena spriječenost za rad traje duže od mjesec dana, osnov za naknadu za svaki naredni mjesec neprekidne spriječenosti za rad usklađuje se sa porastom zarada kod pravnog, odnosno fizičkog lica gdje je zaposleni u radnom odnosu, ostvarenim u posljednjem mjesecu koji prethodi mjesecu za koji se isplaćuje naknada.

Ukoliko nije moguće utvrditi osnov za naknadu, kao osnov za naknadu se uzima iznos zarade koju bi zaposleni ostvario da je radio.

Za preduzetnike i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje osnov za naknadu za vrijeme privremene spriječenosti za rad čini osnov na koji se obračunavaju i plaćaju doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 28

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

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

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad prouzrokovane povredom na radu i

profesionalnom bolešću, izolovanja zbog kliconošta, zbog davanja krvi, tkiva i organa, za vrijeme održavanja trudnoće, kao i za slijepa lica i hendikepirana lica, obezbjeđuje se u visini od 100% od osnova za naknadu.

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

Član 29

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

Član 30

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

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

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

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

Član 31

Osiguraniku ne pripada naknada zarade, ako:

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

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

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

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

Član 32

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

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

Član 33

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

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

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

3. Ostvarivanje prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

1) Utvrđivanje svojstva osiguranog lica

Član 34

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

Svojstvo osiguranog lica može se ostvariti samo po jednom osnovu.

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje Fond na osnovu prijave za obavezno zdravstveno osiguranje, a dokazuje se propisanom ispravom (u daljem tekstu: zdravstvena knjižica), koju izdaje Fond.

Ovjeru zdravstvene knjižice vrši Fond, na osnovu dokaza da je obveznik plaćanja doprinosa uplatio sve dospjele obaveze po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje u rokovima iz člana 67 ovog zakona.

Lica koja ne mogu dokazati svojstvo osiguranih lica na način utvrđen u stavu 4 ovog člana prilikom korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja sama snose nastale troškove, osim u slučaju urgentnih stanja.

Član 35

Pravna i fizička lica obavezna su da dostave Fondu sve podatke u vezi sa prijavom i odjavom na obavezno zdravstveno osiguranje, radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Rok za podnošenje prijave na osiguranje, odjave i druge promjene je osam dana od dana kada su se stekli uslovi za prijavu, odjavu, odnosno prijavu promjene.

Ako Fond licu za koje je podnijeta prijava na obavezno zdravstveno osiguranje ne prizna svojstvo osiguranog lica ili mu to svojstvo prizna po nekom drugom osnovu, dužan je da o tome donese rješenje.

Član 36

Fond vodi evidenciju o osiguranim licima i obveznicima plaćanja doprinosa.

Evidencija se vodi prema jedinstvenim metodološkim principima.

Podaci se unose u evidenciju prema jedinstvenom kodeksu šifara.

Podaci se unose u evidenciju na osnovu prijave i odjava podnesenih na propisanim obrascima, koji se mogu dostavljati i putem sredstava za elektronsku obradu podataka.

U slučaju kada su prijave, odnosno odjave dostavljene putem sredstava za elektronsku obradu podataka, podnosilac prijave je dužan da, na zahtjev Fonda, te prijave podnese na propisanom obrascu.

Član 37

U evidenciju se unose podaci o:

- 1) osiguranim licima;
- 2) obveznicima plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje.

Član 38

U evidenciju se unose sljedeći podaci o osiguranicima licima:

- 1) prezime i ime;
- 2) jedinstveni matični broj građanina i poreski identifikacioni broj;
- 3) pol;
- 4) dan, mjesec i godina rođenja;
- 5) zanimanje;
- 6) školska sprema;
- 7) osnov osiguranja;
- 8) datum sticanja i prestanka svojstva osiguranog lica;
- 9) obveznik plaćanja doprinosa.

Za osiguranike, pored podataka iz stava 1 ovog člana, u evidenciju se unose sljedeći podaci:

- 1) datum sticanja i prestanka svojstva osiguranika;
- 2) zarade, naknade zarada i druga primanja i naknade koja služe za utvrđivanje osnovice osiguranja;
- 3) visina uplaćenog doprinosa.

Član 39

Obveznici podnošenja prijava podataka za evidenciju su:

1) Poslodavac:

- prijave podataka o obvezniku plaćanja doprinosa koje obuhvataju prijave početka i prijave prestanka poslovanja;

- prijave na osiguranje i odjave osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 8, tač. 10, 11, 12 i 16 ovog zakona;

- prijave podataka o zaradi i naknadi zarade koje služe za utvrđivanje osnovice osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 7 ovog zakona;

- prijave promjene podataka iz al. 1 do 3 ove tačke;

2) Osiguranik koji je sam obveznik plaćanja doprinosa:

- prijave na osiguranje i odjave osiguranja, kao i promjene tih podataka za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 9, 13, 14, 21 i 22, kao i tačke 23 ovog zakona, za osiguranike - vlasnike poljoprivrednog zemljišta;

- prijave podataka za utvrđivanje osnovice osiguranja, kao i prijave promjene tih podataka;

3) Organ uprave nadležan za poslove javnih prihoda - prijave podataka za utvrđivanje osnovice osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 13 i 14 ovog zakona, kao i prijave promjene tih podataka;

4) Zavod za zapošljavanje Crne Gore (u daljem tekstu: Zavod za zapošljavanje):

- prijave na osiguranje i odjave osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 15 i 17 ovog zakona, kao i prijave promjene tih podataka;

- prijave podataka o naknadi zarade i visini uplaćenog doprinosa za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 15 ovog zakona.

5) Republički fond penzijskog i invalidskog osiguranja:

- prijave na osiguranje i odjave osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 18 ovog zakona, kao i prijave promjene tih podataka;

- prijave podataka o visini penzije i o visini uplaćenog doprinosa za lica iz člana 8 stav 1 tačka 18 ovog zakona, kao i prijave promjena tih podataka;

6) Pravoslavna crkva, Islamska vjerska zajednica i Rimokatolička crkva za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 24 ovog zakona - prijave na osiguranje, odjave osiguranja, kao i prijave promjena tih podataka;

7) Organ lokalne uprave nadležan za poslove boračke i invalidske zaštite i nadležni centar za socijalni rad za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 19 i 20 i člana 13 ovog zakona;

- prijave na osiguranje, odjave osiguranja, kao i prijave promjena tih podataka;

- prijave podataka za utvrđivanje osnovice osiguranja kao i promjene tih podataka;

8) Ministarstvo nadležno za poslove poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede za osiguranike koji se bave poljoprivredom kao jedinim ili glavnim zanimanjem iz člana 8 stav 1 tačka 23 ovog zakona - prijave na osiguranje, odjave osiguranja kao i prijave promjena tih podataka;

9) Zavod za izvršenje krivičnih sankcija i ustanove za smještaj i obavezno liječenje alkoholičara i narkomana i obavezno psihijatrijsko liječenje za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 25 ovog zakona - prijave na osiguranje, odjave osiguranja, kao i prijave promjena tih podataka;

10) Nadležni matičar - prijave o smrti osiguranih lica.

Član 40

Za tačnost podataka unesenih u prijave podataka iz člana 39 ovog zakona odgovoran je podnosilac prijave.

Fond je dužan da provjerava tačnost podataka unesenih u prijave podataka iz stava 1 ovog člana, da zahtijeva dokaze i vrši uvid u evidencije i dokumentaciju na kojima se zasnivaju podaci uneseni u prijave.

Podnosilac prijave je dužan da osiguraniku i Fondu daje tačna obavještenja, odnosno podatke od značaja za utvrđivanje činjenica važnih za sticanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i da Fondu pruži dokaze i omogući uvid u evidenciju i dokumentaciju.

Član 41

Prijave podataka za evidenciju iz člana 36 ovog zakona dostavljaju se Fondu, odnosno njegovoj organizacionoj jedinici, i to za:

1) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 8, tač. 10, 11, 12 i 16 ovog zakona - prema sjedištu poslodavca, odnosno njegove organizacione jedinice (filijale, ekspoziture, ispostave, poslovne, predstavništva, zastupništva i druge poslovne i radne jedinice);

2) osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 9 ovog zakona - prema mjestu u kome su bili osigurani, odnosno imali prebivalište prije odlaska u inostranstvo;

3) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 15 i 17 ovog zakona - prema sjedištu organizacione jedinice Zavoda za zapošljavanje;

4) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 13, 14 i 22 ovog zakona - prema mjestu u kome je osiguranik registrovao obavljanje djelatnosti na osnovu koje je osiguran;

5) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 18 do 21 i tač. 24 i 25 i člana 14 ovog zakona - prema prebivalištu, odnosno boravištu osiguranika;

6) osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 23 ovog zakona - prema sjedištu organizacione jedinice organa uprave nadležnog za poslove javnih prihoda.

Član 42

Svojestvo osiguranika, visinu zarade, naknade i ostalih primanja koja služe za utvrđivanje osnovice osiguranja utvrđuje Fond na osnovu prijave podataka iz člana 39 ovog zakona.

Član 43

Ako Fond, prilikom provjere podataka iz člana 39 ovog zakona, utvrdi da prijava o zaradama, naknadama zarada, odnosno osnovicama osiguranja, kao i podaci o visini uplaćenih doprinosa nijesu pravilno popunjeni ili da podaci nijesu uneseni u skladu sa propisima o zdravstvenom osiguranju naložice podnosiocu prijave da ih ispravi u roku koji ne može biti duži od osam dana.

Član 44

Fond je dužan da osiguraniku, na njegov zahtjev, izda uvjerenje o podacima unesenim u evidenciju osiguranika.

Uvjerenje iz stava 1 ovog člana ima karakter javne isprave.

Član 45

Podaci unijeti u evidenciju iz člana 36 ovog zakona mogu se naknadno mijenjati na način utvrđen ovim zakonom u sljedećim slučajevima:

- 1) ako Fond naknadno u propisanom postupku utvrdi promjenu podataka;
- 2) ako su podaci o zaradama, naknadama zarada, odnosno osnovicama osiguranja, kao i podaci o visini uplaćenih doprinosa unijeti u evidenciju na osnovu lažnih isprava;
- 3) ako se naknadno, provjerom podataka ili na neki drugi način utvrdi da su u evidenciju unijeti netačni ili nepotpuni podaci.

Promjena podataka unijetih u evidenciju vrši se na osnovu odgovarajuće prijave promjene podataka, po postupku utvrđenom ovim zakonom.

Član 46

Fond je dužan da podatke iz primljenih prijava unese u evidenciju iz člana 36 ovog zakona odmah, a najkasnije u roku od osam dana od dana prijema prijave.

Član 47

Prijave podataka za vođenje evidencije čuvaju se najmanje 10 godina od posljednjeg unošenja podataka u evidenciju.

Član 48

Umjesto originalnih prijava podataka mogu se čuvati prijave snimljene na mikrofilmovima, odnosno sredstvima za elektronsku obradu podataka.

Član 49

Uništavanje originalnih prijava na osnovu kojih su podaci unijeti u evidenciju vrši komisija koju obrazuje Fond.

Član 50

Podaci sadržani u evidenciji mogu se koristiti i za statistička istraživanja.

Zaštita podataka iz evidencije obezbjeđuje se na način propisan zakonom.

2) Ostvarivanje prava

Član 51

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

Član 52

Osiguranik se upućuje radi liječenja van Republike ili u inostranstvo na teret sredstava Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje, ako oboljenje od kojeg boluje nije moglo uspješno da se liječi u Republici.

Osiguranik ostvaruje prava iz stava 1 ovog člana u skladu sa aktom Fonda, na koji saglasnost daje Ministarstvo.

Član 53

Zdravstvena zaštita osiguranim licima obezbjeđuje se iz sredstava Fonda namijenjenih za obavezno osiguranje, u skladu sa propisanim obimom zdravstvene zaštite iz člana 17 ovog zakona.

Član 54

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

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

Član 55

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

Član 56

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

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

Član 57

O pravima utvrđenim ovim zakonom u prvom stepenu odlučuje Fond, a u drugom stepenu Ministarstvo.

Protiv konačnog rješenja iz stava 1 ovog člana može se pokrenuti upravni spor.

Član 58

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

Način vođenja evidencije i podaci koji se vode u evidenciji iz stava 1 ovog člana, način vođenja evidencije iz člana 36 ovog zakona, obrazac zdravstvene knjižice i način njenog korišćenja, obrazac prijave, odjave i drugi obrasci utvrđuju se aktom Fonda.

4. Lično učešće osiguranih lica u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite

Član 59

Osigurana lica učestvuju u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite.

Odluku o visini učešća osiguranih lica u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite donosi Ministarstvo na osnovu godišnjeg programa zdravstvene zaštite Fonda i godišnjeg finansijskog plana Fonda.

Član 60

Pri utvrđivanju visine ličnog učešća u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite uzima se u obzir: vrsta bolesti, visina troškova dijagnostike, liječenja i rehabilitacije i nivo zdravstvene zaštite.

Član 61

Ličnom učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ne podliježu:

- 1) djeca iz čl. 12 i 13 ovog zakona;
- 2) žene u toku trudnoće, porođaja i godinu dana poslije porođaja;
- 3) lica iznad 65 godina života;
- 4) lica koja su u stanju socijalne potrebe i po tom osnovu ostvaruju naknadu;
- 5) lica oboljela od bubrežnih bolesti na dijalizi;

6) lica oboljela od tuberkuloze, HIV infekcija i drugih zaraznih bolesti u smislu ovog zakona, malignih bolesti, epilepsije, sistemskih autoimunih bolesti, šećerne bolesti, kao i lica sa duševnim poremećajima i nedovoljno mentalno razvijena lica;

7) slijepa i gluvonijema lica, lica oboljela od paraplegije i kvadriplegije, mišićne distrofije, multipleks skleroze i cerebralne paralize;

8) hendikepirana lica sa značajnim tjelesnim oštećenjem od najmanje 70% utvrđenim u smislu posebnih propisa;

9) lica čije je stanje u neposrednoj životnoj opasnosti zbog bolesti ili povrede.

Lica iz stava 1 tač. 7 i 8 ovog člana ne podliježu ličnom učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite na osnovu rješenja Fonda.

Lica iz stava 1 tač. 5 i 6 ovog člana ne podliježu ličnom učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite samo za troškove liječenja osnovne bolesti.

5. Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 62

Prihodi obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

- 1) doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje;
- 2) sredstva iz budžeta Republike;
- 3) sredstva akciza koja budžet Republike ustupa za finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 4) donacije;
- 5) sredstava po konvencijama;

- 6) iz naknada štete;
- 7) od kamata, dividendi, renti;
- 8) iz drugih izvora, u skladu sa zakonom.

Član 63

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

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

Član 64

Obveznici plaćanja doprinosa su:

- 1) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 8, tač. 10, 11, 12 i 16 ovog zakona - poslodavac i zaposleni;
- 2) osiguranici iz člana 8 stav 1 tač. 9, 13, 14, 21, 22 i 23 ovog zakona - uplaćuju doprinos sami za sebe;
- 3) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 17, 19, 20 i 25 i člana 13 ovog zakona - budžet Republike;
- 4) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 15 ovog zakona - Zavod za zapošljavanje;
- 5) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 18 ovog zakona - Republički fond penzijskog i invalidskog osiguranja;
- 6) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 24 ovog zakona - Pravoslavna crkva, Islamska vjerska zajednica ili Rimokatolička crkva.

Član 65

Osnovica za obračunavanje i plaćanje doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje je:

- 1) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 4 i tač. 11 i 12 ovog zakona - zarada, odnosno naknada zarade, u skladu sa zakonom, kolektivnim ugovorom i ugovorom o radu, pri čemu osnovica ne može biti niža od najniže cijene rada propisane opštim kolektivnim ugovorom za odgovarajuću kategoriju stručnosti;
- 2) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 5 ovog zakona - novčana naknada za rad u odboru direktora, odnosno upravnom odboru;
- 3) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 6 ovog zakona - isplaćena zarada koja ne može biti niža od najniže cijene rada propisane opštim kolektivnim ugovorom za odgovarajuću kategoriju stručnosti;
- 4) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 7 ovog zakona - zarada koju bi, u skladu sa zakonom i kolektivnim ugovorom, ta lica ostvarila u Republici na istim ili sličnim poslovima u skladu sa tačkom 1 ovog člana;
- 5) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 8 do 10 i tačka 22 i člana 14 ovog zakona - 50% prosječne mjesečne zarade u Republici u mjesecu za koji se doprinos plaća;

6) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 19 i 20 ovog zakona - iznos plaćene naknade, s tim što ista ne može biti niža od najniže cijene rada;

7) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 24 i 25 i člana 13 ovog zakona - iznos najniže cijene rada;

8) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 13 ovog zakona - oporezivi dohodak od samostalne djelatnosti u skladu sa propisima o porezu na dohodak fizičkih lica, s tim što osnovica ne može biti niža od prosječne zarade u Republici za mjesec za koji se plaća doprinos;

9) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 14 ovog zakona - oporezivi dohodak u skladu sa propisima o porezu na dohodak;

10) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 15 i 16 ovog zakona - novčana naknada ostvarena u skladu sa zakonom;

11) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 17 ovog zakona - 50% najniže cijene rada u Republici u mjesecu za koji se doprinos plaća;

12) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 18 i 21 ovog zakona - penzija ostvarena u skladu sa zakonom;

13) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 23 ovog zakona - 50% prosječne mjesečne zarade u Republici u mjesecu za koji se doprinos plaća.

Član 66

Stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje iznose:

1) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 8, tač. 10, 11, 12 i 16 ovog zakona - na teret poslodavca 6%, na teret zaposlenog 7,5%;

2) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 9, 13, 14 i 22 i člana 14 ovog zakona - 13,5%;

3) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 15 ovog zakona - 7,5%;

4) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 17, 19, 20 i 25 i člana 13 ovog zakona - 7,5%;

5) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 18 i 21 ovog zakona - 19%;

6) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 23 ovog zakona - 13,5%;

7) za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 24 ovog zakona - 7,5%.

Za zaposlene koji se nalaze na neplaćenom odsustvu dužem od 30 dana, poslodavac plaća doprinos u iznosu od 13%.

Član 67

Doprinos za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 8, tač. 10, 11, 12 i 16 ovog zakona uplaćuje poslodavac, prilikom isplate zarade, odnosno novčane naknade.

Doprinos za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 9, 13, 14, 21, 22 i 23 i člana 14 ovog zakona uplaćuje sam osiguranik do 15-og u mjesecu po isteku svakog tromjesečja.

Doprinos za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 24 ovog zakona uplaćuje Pravoslavna crkva, Islamska vjerska zajednica ili Rimokatolička crkva do 15-og u mjesecu po isteku svakog tromjesečja.

Doprinos za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 15 ovog zakona uplaćuje Zavod za zapošljavanje, prilikom isplate naknade.

Doprinos za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 18 ovog zakona uplaćuje Republički fond penzijskog i invalidskog osiguranja, prilikom isplata penzija.

Doprinos za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 19 i 20 ovog zakona uplaćuje ministarstvo nadležno za poslove boračko - invalidske i socijalne zaštite, prilikom isplate odgovarajućih naknada.

Doprinos za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 17 i 25 ovog zakona uplaćuje se iz budžeta Republike, mjesečno.

Član 68

Doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje obveznici plaćaju Fondu.

Član 69

Kontrolu pravilnosti obračuna i uplate doprinosa vrši organ uprave nadležan za poslove javnih prihoda, u skladu sa propisima kojima se uređuje poreski postupak.

U pogledu utvrđivanja doprinosa, rokova, kamata, kazni, načina plaćanja i ostalog što nije uređeno ovim zakonom, izuzev odredaba koje se odnose na zastarjelost, poreska oslobođenja i olakšice, primjenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje porez na dohodak fizičkog lica, odnosno zakona kojim se uređuje poreski postupak.

Član 70

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

6. Naknada štete u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 71

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

1) je na osnovu netačnih podataka za koje je znao ili morao znati da su netačni ili na drugi protivpravni način ostvario iz obaveznog zdravstvenog osiguranja neko pravo, odnosno primanje na koje nije imao pravo ili ga je ostvario u većem obimu nego što mu pripada;

2) je ostvario neko primanje usljed toga što nije prijavio nastale promjene koje utiču na gubitak ili obim nekog prava, a znao je ili je morao znati za te promjene;

3) je primio novčane isplate u iznosu većem od onoga koji mu je određen rješenjem.

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

Član 72

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

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

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

Član 73

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

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

Član 74

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca:

1) ako je šteta nastala usljed toga što nijesu dati podaci ili što su dati neistiniti podaci o činjenicama od kojih zavisi sticanje ili određivanje prava;

2) ako je isplata izvršena na osnovu neistinitih podataka u prijavi o stupanju zaposlenog na posao ili što nije podnesena prijava o promjenama koje utiču na gubitak ili obim prava ili ako je prijava podnesena poslije propisanog roka.

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

Član 75

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

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

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

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

Član 76

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

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

Član 77

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

Član 78

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

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

III DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 79

Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem građanin može sebi i članovima svoje porodice obezbijediti:

- u okviru utvrđenih standarda posebne uslove pružanja zdravstvene zaštite u pogledu kadra, smještaja i vremena pružanja zdravstvene zaštite;
- prava koja nijesu obezbijeđena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, u skladu sa ovim zakonom.

Član 80

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu obezbijediti i poslodavci za svoje zaposlene.

Član 81

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje obezbjeđuje i sprovodi Fond, u skladu sa ovim zakonom.

Član 82

Fond vodi sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja odvojeno od sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i posebno finansijsko poslovanje za ova dva vida osiguranja.

Sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja mogu se koristiti samo za utvrđene namjene.

Član 83

Fond određuje premije iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, zavisno od rizika kojem su osiguranici izloženi, uzimajući u obzir starost, pol, bonus i malus, tabele smrtnosti i tabele bolesti i trajanje zaključenih ugovora o osiguranju.

Fond je obavezan da:

- dobrovoljno osiguranje obezbijedi kao dugoročno osiguranje;
- zaključi ugovor o osiguranju sa osiguranicima koji se žele osigurati za prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- za sve osiguranike obezbijedi, pod jednakim uslovima, prava i obaveze iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 84

Bliže uslove i način korišćenja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, visinu i način uplate premija utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 85

Fond u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ugovara pružanje zdravstvenih usluga sa zdravstvenim ustanovama.

Ugovorom iz stava 1 ovog člana uređuje se vrsta i kvalitet zdravstvenih usluga, njihov obim, cijena, način obračuna i rokovi plaćanja, kao i druga međusobna prava i obaveze.

Član 86

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu obezbjeđivati i sprovoditi i druga pravna lica, u skladu sa posebnim zakonom.

IV FOND

1. Organizacija i način rada Fonda

Član 87

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

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

Član 88

Fond obavlja sljedeće poslove:

- 1) učestvuje u sprovođenju zdravstvene politike u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem;
- 2) određuje obim standarda zdravstvene zaštite, u skladu sa ovim zakonom;
- 3) vodi evidenciju o osiguranim licima i obveznicima uplate doprinosa i vrši kontrolu prijavljivanja i odjavljivanja osiguranih lica;
- 4) obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem prava osiguranih lica, brine o zakonitom ostvarivanju tih prava i pruža potrebnu stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa;
- 5) utvrđuje prioritete u finansiranju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 6) utvrđuje kriterijume za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga iz člana 99 ovog zakona, zaključuje ugovore i vrši kontrolu izvršenja ugovornih obaveza;
- 7) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;
- 8) obezbjeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;

9) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, godišnji finansijski plan i usvaja godišnji izvještaj o poslovanju;

10) utvrđuje visinu učešća osiguranih lica u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite iz člana 59 ovog zakona;

11) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje zdravstvenog osiguranja u Republici;

12) sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa ovim zakonom;

13) vrši i druge poslove u vezi sa sprovođenjem i ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, statutom i drugim aktima Fonda.

Član 89

Organi Fonda su Upravni odbor i direktor.

Član 90

Upravni odbor upravlja radom Fonda. Upravni odbor ima 13 članova, koje imenuje i razrješava Vlada, i to:

1) dva člana na predlog Saveza samostalnih sindikata Crne Gore;

2) dva člana na predlog Privredne komore Crne Gore;

3) jednog člana na predlog Saveza udruženja penzionera Crne Gore;

4) jednog člana na predlog Ljekarske i Farmaceutске komore;

5) pet članova na predlog Ministarstva, iz reda osiguranika, poslodavaca i drugih obveznika plaćanja doprinosa.

Ministar nadležan za poslove zdravlja i ministar nadležan za poslove finansija članovi su Upravnog odbora po položaju.

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

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

Član 91

Upravni odbor Fonda:

1) donosi statut i druge opšte akte, u skladu sa zakonom;

2) donosi godišnji program zdravstvene zaštite i godišnji finansijski plan i usvaja godišnji izvještaj o poslovanju i završni račun Fonda;

3) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;

4) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje i razvoj zdravstvenog osiguranja u Republici;

5) vrši i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Član 92

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

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

Direktor Fonda se imenuje na period od četiri godine.

Član 93

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

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

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

Na akt iz stava 3 ovog člana saglasnost daje Ministarstvo.

Član 94

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

Na statut Fonda saglasnost daje Vlada.

Statut i drugi opšti akti Fonda kojima se uređuju prava i obaveze osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja objavljuju se u "Službenom listu Republike Crne Gore".

Član 95

Rad Fonda je javan.

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

Član 96

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

Član 97

Za sprovođenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Fond obrazuje sredstva rezervi.

Ako se po završnom računu utvrdi višak prihoda, taj se višak unosi u rezervu, izdvajanjem najmanje 50% viška prihoda.

Nadzor nad korišćenjem sredstava rezervi vrši Upravni odbor Fonda.

Član 98

Sredstva rezervi iz člana 97 ovog zakona mogu iznositi najviše do 5% rashoda u prethodnoj godini za sprovođenje utvrđenog obima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Tokom godine sredstva rezervi se mogu koristiti za izmirivanje tekućih obaveza Fonda.

Sredstva rezervi služe za pokrivanje gubitaka Fonda.

Ako se gubici Fonda ne mogu pokriti iz sredstava rezervi iz stava 1 ovog člana, čime se dovodi u pitanje ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, za obaveze Fonda za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja garantuje Republika.

2. Odnos Fonda i davalaca zdravstvenih usluga

Član 99

Pružanje zdravstvenih usluga iz člana 16 ovoga zakona uređuje se ugovorom, koji zaključuje Fond sa davaocima zdravstvenih usluga, u skladu sa ovim zakonom.

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

- broj osiguranika na nivou primarne zdravstvene zaštite;
- određene cijene po vrstama zdravstvenih usluga;
- programe određenih vrsta zdravstvene zaštite;
- druge objektivne pokazatelje troškova zdravstvenih usluga.

Član 100

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

Davaoci zdravstvenih usluga koji su zainteresovani za zaključivanje ugovora dužni su da Fondu dostave ponudu sa finansijskim i drugim podacima u vezi sa pružanjem zdravstvenih usluga, na način i u rokovima predviđenim aktom Fonda iz člana 99 stava 2 ovog zakona.

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

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

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

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

Član 101

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

Član 102

Ugovori se zaključuju najkasnije do 31. marta za tekuću godinu.

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

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

Član 103

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

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

V NADZOR

Član 104

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

VI KAZNENE ODREDBE

Član 105

Novčanom kaznom od dvadesetostrukog do tristostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj pravno lice ili poslodavac, ako:

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

2) ne vodi ili neuredno vodi propisane evidencije o osiguranicima, uskrati davanje pojedinih podataka Fondu ili da netačne podatke i obavještenja o osiguranom licu, odnosno ne ispravi netačne podatke po nalogu Fonda ili spriječi pregled poslovnih knjiga ili evidencija koje se odnose na obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa odredbama čl. 40 i 43 ovog zakona;

3) ne podnese prijavu na obavezno zdravstveno osiguranje osiguranika, odjavu, ili promjenu prijave ili ove prijave ne podnese u propisanom roku, u skladu sa odredbom člana 35 ovog zakona.

Član 106

Novčanom kaznom od desetostrukog do tridesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj osiguranik, ako: svjesno prouzrokuje nesposobnost za rad, namjerno spriječi ozdravljenje ili osposobljavanje za rad ili za vrijeme bolovanja ostvaruje zaradu ili se bavi privatnom djelatnošću (član 31).

Član 107

Novčanom kaznom od desetostrukog do tridesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj izabrani tim ili izabrani doktor ili članovi ljekarske komisije koji nezakonito utvrde privremenu spriječenost za rad osiguranika iz člana 25 ovog zakona.

VII PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 108

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

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

Član 109

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

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

Član 110

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

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

Član 111

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

Član 112

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

Član 113

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

ostvarivanjem tih prava prema odredbama ovog zakona.

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

Član 114

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

Član 115

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

Član 116

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

Član 117

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

IZMENE

Odluka Ustavnog suda Republike Crne Gore kojom se utvrđuje da odredba člana 90 stav 3 Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list Republike Crne Gore", br. 39/04), nije u saglasnosti sa Ustavom Republike Crne Gore i prestaje da važi danom objavljivanja ove odluke

Ustavni sud Republike Crne Gore, u sastavu: sudija Radovan Krivokapić, koji zamjenjuje predsjednika Suda i sudije - Veselin Racković, Zoran Smolović i Fetija Međedović, na osnovu odredaba člana 113 stav 1 tačka 1 Ustava Republike Crne Gore, člana 51 stav 2 i člana 56 tačka 1 Zakona o Ustavnom sudu Republike Crne Gore ("Službeni list Republike Crne Gore", br. 21/93), na sjednici od 16. marta 2005. godine, donio je

Odluku

*Odluka je objavljena u "Službenom listu RCG", br. 23/2005
od 12.4.2005. godine.*

UTVRĐUJE SE da odredba člana 90 stav 3 Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list Republike Crne Gore", br. 39/04), nije u saglasnosti sa Ustavom Republike Crne Gore i prestaje da važi danom objavljivanja ove odluke.

Ova odluka objaviće se u "Službenom listu Republike Crne Gore".

U. br. 64/04 i 88/04

Podgorica, 16. mart 2005. godine

Ustavni sud Republike Crne Gore

Zamjenjuje predsjednika

Ustavnog suda Republike Crne Gore,

Sudija,

Radovan Krivokapić, s.r.

Član 18 Zakona o objedinjenoj registraciji i sistemu izvještavanja o obračunu i naplati poreza i doprinosa

*Zakon je objavljen u "Službenom listu RCG", br. 29/2005 od
9.5.2005. godine.*

Član 18

Danom početka primjene ovog zakona prestaju da važe odredbe Zakona o poreskoj administraciji ("Službeni list RCG", br. 65/01 i 80/04), Zakona o porezu na dohodak fizičkih lica ("Službeni list RCG", br. 65/01 i 37/04), Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju ("Službeni list RCG", br. 54/03 i 39/04), Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list RCG", br. 39/04), Zakona o zapošljavanju ("Službeni list RCG", br. 5/02 i 79/04) i Zakona o doprinosima za socijalno osiguranje ("Službeni list RCG", br. 23/93, 3/94, 42/94, 13/96 i 45/98), koje se odnose na registraciju poreskih obveznika i osiguranika i podnošenje prijave za obračun i plaćanje poreza i doprinosa, koje su u suprotnosti sa ovim

zakonom.

Član 38 stav 1 alineja 2 Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o Budžetu

Zakon je objavljen u "Službenom listu CG", br. 12/2007 od 14.12.2007. godine.

Član 38

Stupanjem na snagu ovog zakona prestaje da važi Zakon o zaduživanju i upravljanju dugom javnog sektora ("Službeni list RCG", br. 11/04 i 13/04) i odredbe:

...

- člana 62 tač. 2 i 3; člana 88 tačka 9, u dijelu koji se odnosi na ovlašćenje za donošenje godišnjeg finansijskog plana; člana 91 tačka 2, u dijelu ovlašćenja za donošenje godišnjeg finansijskog plana i završnog računa fonda; čl. 97 i 98 Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list RCG", broj 39/04);

...

Član 32 Zakona o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje

Zakon je objavljen u "Službenom listu CG", br. 13/2007 od 18.12.2007. godine.

Član 32

Danom početka primjene ovog zakona prestaju da važe:

1) Odredbe Zakona o doprinosima za socijalno osiguranje ("Službeni list RCG" br. 32/93, 3/94,

42/94, 13/96 i 45/98), koje se odnose na obveznike, osnovice i stope doprinosa za osiguranje od nezaposlenosti;

2) Čl. 147 do 164, 166 stav 1, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 188 stav 1 tačka 6, 191, 192 i 209 Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju ("Službeni list RCG" br. 54/03, 39/04 i 79/04);

3) Čl. 64 do 67 i 69 Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list RCG" broj 39/04).

Član 176 Zakona o izmjenama i dopunama Zakona kojima su propisane novčane kazne za prekršaje

*Zakon je objavljen u "Službenom listu CG", br. 40/2011 od
8.8.2011. godine.*

Član 176

U **Zakonu o zdravstvenom osiguranju** ("Službeni list RCG", br. 43/04) u članu 105 riječi: "od dvadesetostrukog do tristosetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici" zamjenjuju se riječima: "od 1.000 eura do 20.000 eura".

U članu 106 riječi: "od desetostrukog do tridesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici" zamjenjuju se riječima: "od 500 eura do 1.500 eura".

U članu 107 riječi: "od desetostrukog do tridesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici" zamjenjuju se riječima: "od 500 eura do 1.500 eura".