

УКАЗ**О ПРОГЛАШЕЊУ ЗАКОНА О ДОПУНИ ЗАКОНА О АКЦИЈСКОМ ФОНДУ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ**

Проглашавам Закон о допуни Закона о Акцијском фонду Републике Српске, који је Народна скупштина Републике Српске усвојила на Тридесет деветој посебној сједници, одржаној 9. јула 2026. године, а Вијеће народа 17. јула 2026. године констатовало да се усвојени Закон о допуни Закона о Акцијском фонду Републике Српске не односи на витални национални интерес ниједног од конститутивних народа у Републици Српској, чиме су се испунили формално-правни услови за доношење указа.

Број: 01-020-2439/26
20. јула 2026. године
Бањалука

Предсједник
Републике,
Проф. др **Синиша Каран**, с.р.

ЗАКОН**О ДОПУНИ ЗАКОНА О АКЦИЈСКОМ ФОНДУ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ****Члан 1.**

У Закону о Акцијском фонду Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", број 28/13) послјије члана 15. додаје се нови члан 15а, који гласи:

"Члан 15а.

Средства Фонда могу се уложити у удјеле у отвореним инвестиционим фондовима са јавном и приватном понудом, регистрованим у Републици Српској, под условом да укупна изложеност Фонда према једном инвестиционом фонду не може бити већа од 10% нето вриједности Фонда."

Члан 2.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику Републике Српске".

Број: 02/1-021-915/26
9. јула 2026. године
Бањалука

Предсједник
Народне скупштине,
Др **Ненад Стевандић**, с.р.

1719

На основу члана 80. став 1. тачка 4. Устава Републике Српске, предсједник Републике **д о н о с и**

УКАЗ**О ПРОГЛАШЕЊУ ЗАКОНА О ИЗМЈЕНАМА И ДОПУНАМА ЗАКОНА О ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ**

Проглашавам Закон о измјенама и допунама Закона о обавезном здравственом осигурању, који је Народна скупштина Републике Српске усвојила на Тридесет деветој посебној сједници, одржаној 9. јула 2026. године, а Вијеће народа 17. јула 2026. године констатовало да се усвојени Закон о измјенама и допунама Закона о обавезном здравственом осигурању не односи на витални национални интерес ниједног од конститутивних народа у Републици Српској, чиме су се испунили формално-правни услови за доношење указа.

Број: 01-020-2452/26
20. јула 2026. године
Бањалука

Предсједник
Републике,
Проф. др **Синиша Каран**, с.р.

ЗАКОН**О ИЗМЈЕНАМА И ДОПУНАМА ЗАКОНА О ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ****Члан 1.**

У Закону о обавезном здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 93/22 и 132/22), у

члану 3. послјије става 6. додају се нови ст. 7, 8. и 9, који гласе:

"(7) Изузетно од става 6. овог члана, у случају смрти осигураног лица у току болничког лијечења поступак за остваривање права на рефундацију трошкова здравствене заштите могу покренути или наставити наслједници у складу са прописима којим је уређена област наслједивања.

(8) О правима из обавезног здравственог осигурања која се у складу са овим законом остварују уз претходно одобрење Фонда, рјешење доноси руководиоца мјесно надлежне филијале у складу са овим законом и прописима донесеним на основу овог закона.

(9) Осигураник има право жалбе на рјешење из става 8. овог члана у року од 15 дана од дана достављања рјешења, о којој одлучује директор Фонда."

Члан 2.

У члану 14. у ставу 1. послјије ријечи: "прописана" додаје се ријеч: "мјесечна".

Члан 3.

У члану 15. послјије тачке 4) додају се нове т. 5) и 6), које гласе:

"5) лице које је изабрано или именовано на јавну или другу дужност без заснивања радног односа и обављањем те дужности остварује примања која представљају доходак у смислу закона којим се уређује порез на доходак,

6) лице које обавља привремене или повремене послове у складу са прописима којима је уређена област рада,".

Досадашње т. 5) до 18) постају т. 7) до 20).

Досадашња тачка 5), која постаје тачка 7), мијења се и гласи:

"7) држављанин Републике који остварује пензију или инвалиднину од иностраног исплатиоца у цијелости или дјелимично по основу већинског стажа осигурања оствареног у иностранству, ако међународним уговором о социјалном осигурању који је Босна и Херцеговина закључила или преузела (у даљем тексту: међународни уговор) није другачије одређено,".

У досадашњој тачки 15), која постаје тачка 17), послјије ријечи: "породица" додаје се ријеч: "погинулих".

Члан 4.

У члану 16. став 3. мијења се и гласи:

"(3) Изузетно од става 2. овог члана, уколико лице испуњава услов за осигурање из члана 15. тачка 7) овог закона, а ради се о лицу које има утврђен статус борца, војног инвалида, члана породице погинулог борца, цивилне жртве рата или жртве ратне тортуре Одбрамбено-отаџбинског рата примјењује се основ осигурања из члана 15. тачка 17) овог закона."

Члан 5.

У члану 17. ријечи: "тачка 18)" замјењују се ријечима: "тачка 20)".

Члан 6.

У члану 18. т. 1), 4) и 5) бришу се.

Досадашње т. 2), 3) и 6) постају т. 1), 2) и 3).

Члан 7.

У члану 19. у ставу 1. ријечи: "из члана 15. т. 1) до 10), т. 14), 15) и 17) овог закона" замјењују се ријечима: "из члана 15. т. од 1) до 12), т. 16), 17) и 19) овог закона".

У ставу 2. ријечи: "тачка 18)" замјењују се ријечима: "тачка 20)".

У ставу 3. ријечи: "из члана 15. т. 11), 12) и 13) овог закона" замјењују се ријечима: "из члана 15. т. 13), 14) и 15) овог закона".

Члан 8.

У члану 20. у ставу 1. ријечи: "из члана 15. т. од 1) до 17) овог закона" замјењују се ријечима: "из члана 15. т. 1) до 19) овог закона".

Члан 9.

У члану 22. у ставу 2. ријечи: “тачка 18)” замјењују се ријечима: “тачка 20)”.

У ставу 3. послјије ријечи: “здравственог осигурања” додају се запета и ријечи: “а Фонд својство осигураног лица утврђује на основу поднесене пријаве”.

Ст. 4, 5, 6. и 7. бришу се.

Члан 10.

Послјије члана 29. додаје се нови члан 29а, који гласи:

“Програми здравствене заштите
Члан 29а.

(1) Програми здравствене заштите обухватају садржај, обим и начин остваривања здравствене заштите која се не финансира из средстава обавезног здравственог осигурања.

(2) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, до 31. јула текуће године за наредну годину доноси:

- 1) Програм за обезбјеђивање дијагностичких процедура,
- 2) Програм за обезбјеђивање биомедицински потпомогнуте оплодње,
- 3) Програм за обезбјеђивање лијекова,
- 4) Програм за обезбјеђивање медицинских средстава.

(3) Програмом из става 2. тачка 1) овог члана утврђује се обезбјеђивање дијагностичких процедура које нису обухваћене чланом 31. овог закона.

(4) Програмом из става 2. тачка 2) овог члана утврђује се обезбјеђивање биомедицински потпомогнуте оплодње у здравственој установи у Републици са којом Фонд има закључен уговор, а изузетно након финансирања два неуспјела покушаја биомедицински потпомогнуте оплодње у Републици, Фонд може у складу са програмом из става 2. тачка 2) овог члана одобрити обезбјеђивање још једног покушаја биомедицински потпомогнуте оплодње и у здравственој установи изван Републике.

(5) Програмом из става 2. тачка 3) овог члана се утврђује обезбјеђивање лијекова који нису обухваћени листама из члана 38. став 1. овог закона и који се примјењују у ограничено доступним количинама, према приоритетима које листом чекања у складу са медицинским индикацијама, стручно-медицинским и доктринарним ставовима одређује здравствена установа терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици (у даљем тексту: Програм лијекова).

(6) Програмом из става 2. тачка 4) овог члана се утврђује обезбјеђивање медицинских средстава који нису обухваћени листом из члана 44. став 9. овог закона, а односе се на потребу одржавања виталних функција или његу у кућним условима, а садрже и друга медицинска средства која се примјењују у ограничено доступним количинама, према приоритетима које листом чекања у складу са медицинским индикацијама, стручно-медицинским и доктринарним ставовима одређује здравствена установа терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици.

(7) Влада Републике Српске (у даљем тексту: Влада) доноси Одлуку о начину финансирања програма из става 2. овог члана до 30. септембра текуће године за наредну годину.

(8) Програми из става 2. овог члана објављују се у ‘Службеном гласнику Републике Српске’.”

Члан 11.

У члану 31. ст. 3, 4. и 5. бришу се.

Члан 12.

Члан 32. мијења се и гласи:

“(1) Осигурано лице приступ специјалистичко-консултативној здравственој заштити остварује на приједлог тима у ком је регистрован у здравственој установи на примарном нивоу здравствене заштите.

(2) Специјалистичко-консултативна здравствена заштита из става 1. овог члана се остварује у јавној здравственој

установи на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у Републици са којом је Фонд у складу са овим законом закључио уговор за услуге за које је оспособљена према дјелатностима из цјеновника здравствених услуга.

(3) Изузетно од става 2. овог члана, ради обезбјеђења доступности специјалистичко-консултативне здравствене заштите, Управни одбор Фонда, доноси одлуку којом прописује специјалистичко-консултативну здравствену заштиту у оквиру које Фонд у складу са правилником којим се прописују основи за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга у Републици закључује уговоре са приватним здравственим установама на секундарном нивоу здравствене заштите у Републици.

(4) Одлука из става 3. овог члана објављује се у ‘Службеном гласнику Републике Српске’.”

Члан 13.

Члан 35. мијења се и гласи:

“(1) Осигурано лице приступ болничкој здравственој заштити остварује у здравственој установи на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у Републици са којом је Фонд закључио уговор у складу са овим законом на приједлог тима у ком је регистрован у здравственој установи на примарном нивоу здравствене заштите или уколико је упућивање на болничко лијечење неодложно потребно на приједлог доктора медицине из службе хитне медицинске помоћи или приједлог доктора медицине специјалисте из специјалистичко-консултативне здравствене заштите.

(2) Болничка здравствена заштита обухвата: дијагностику, лијечење, здравствену и палијативну његу, рану рехабилитацију, ресоцијализацију, боравак и исхрану болесника у здравственој установи, санитетски превоз и пратњу другог лица.

(3) Пратња другог лица из става 2. овог члана подразумева:

- 1) мајку дјетета док постоји потреба дојења,
- 2) једног од родитеља, усвојитеља или старатеља дјетета млађег од седам година,

3) једног од родитеља, усвојитеља или старатеља дјетета од навршених седам до навршених 18 година, уколико је медицински индиковано,

4) једног од родитеља, усвојитеља или старатеља дјетета обољелог од малигне или ријетке болести од навршених седам до навршених 18 година,

5) једног од родитеља, усвојитеља или старатеља дјетета које има утврђене сметње у развоју у складу са прописима којима се уређује област социјалне заштите,

6) једног од родитеља, усвојитеља или старатеља лица старијег од 18 година којем је утврђена потпуна пословна неспособност или над којим је продужено родитељско право,

7) лице које пружа помоћ лицу којем је инвалидитет утврђен у складу са прописима којима се уређује област социјалне заштите, област борачко-инвалидске заштите и област заштите цивилних жртава рата, уколико је медицински индиковано.

(4) Пратња другог лица у складу са ставом 3. овог члана се у Републици обезбјеђује на приједлог доктора медицине код кога је дијете или лице регистровано на примарном нивоу здравствене заштите или доктора медицине који је запослен у здравственој установи у којој се дијете или лице лијечи, уз сагласност здравствене установе из става 1. овог члана.”

Члан 14.

У члану 37. ст. 3. до 13. бришу се.

Члан 15.

У члану 38. ст. 5. до 8. мијењају се и гласе:

“(5) Директор Фонда именује стручне комисије за лијекове из става 1. овог члана и Програм лијекова из члана 29а. став 2. тачка 3) овог закона, а чланови су стручна лица

која су запослена у Фонду, односно стручна лица која нису запослена у Фонду.

(6) Стручна лица из става 5. овог члана која нису запослена у Фонду имају право на накнаду за свој рад, која не може бити већа од 300 КМ по сједници Комисије.

(7) Управни одбор Фонда, уз сагласност министра, на приједлог стручне комисије за лијекове, одлуком усваја листе лијекова из става 1. овог члана.

(8) Одлуке из става 7. овог члана објављују се у 'Службеном гласнику Републике Српске', а листе лијекова из става 1. овог члана се објављују на интернет страници Фонда."

Ст. 9. до 12. бришу се.

Члан 16.

У члану 39. у ставу 1. ријечи: "из члана 38. став 5. овог закона" замјењују се ријечима: "из члана 29а. став 2. тачка 3) овог закона".

У ставу 2. ријечи: "из члана 38. став 5. овог закона" замјењују се ријечима: "из члана 29а. став 2. тачка 3) овог закона".

У ставу 3. послје ријечи: "листе лијекова" додају се ријечи: "и Програма лијекова".

Члан 17.

У члану 40. став 3. мијења се и гласи:

"(3) Изузетно од става 1. овог члана, нови лијек који је од изузетног значаја за здравље становништва може се ставити на листе лијекова из члана 38. став 1. т. 2), 3) и 4) овог закона на посебно образложен приједлог надлежне здравствене установе или стручне комисије за лијекове, а приједлог за промјену статуса, односно измјену или допуну индикације за примјену или смјернице прописивања лијека који је већ стављен на листу лијекова из члана 38. овог закона могу дати подносилац приједлога и стручне комисије за лијекове."

Члан 18.

У члану 44. у ставу 2. ријечи: "садржана у листи из става (11) овог члана" бришу се.

У ставу 3. ријечи: "садржана у листи из става 12. овог члана" замјењују се ријечима: "садржана у листи из става 9. овог члана".

Ст. 4, 5. и 6. бришу се.

Досадашњи ст. 7. до 13. постају ст. 4. до 10.

Члан 19.

Члан 46. мијења се и гласи:

"(1) У складу са расположивим средствима према финансијском плану - буџету Фонда и правилником из члана 45. став 3. овог закона, Фонд за сваку календарску годину закључује уговоре са здравственим установама у Републици о пружању и финансирању здравствене заштите према мрежи донесеној на основу прописа којима се уређује област здравствене заштите, укључујући и уговоре којима се регулише испорука лијекова који се издају на рецепт и испорука медицинских средстава.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, Фонд са јавном здравственом установом може уговором из става 1. овог члана регулисати финансирање унапређења здравствене заштите и плаћање робе и услуга које су набављене у поступку централизованих јавних набавки у складу са прописом којим се уређује област јавних набавки.

(3) Здравственим установама у Републици са којима није закључен уговор о пружању и финансирању здравствене заштите, Фонд може платити услуге хитног збрињавања по цјеновнику из члана 45. овог закона и трошкове здравствене заштите пружене у складу са чланом 64. став 4. овог закона."

Члан 20.

У члану 49. ст. 1. и 2. мијењају се и гласе:

"(1) Партиципација се исказује у апсолутном износу или у одређеном проценту у распону од минимално 5% до максимално 50% цијене здравствене услуге, медицинског средства или лијека.

(2) Максимални износ партиципације по једној услузи из Цјеновника здравствених услуга утврђује се у висини половине нето износа најниже плате у Републици у претходној календарској години."

Члан 21.

Члан 50. мијења се и гласи:

"Осигурана лица која су ослобођена плаћања партиципације приликом коришћења здравствене заштите према личном својству или статусу су:

- 1) дјеца до 18 година,
- 2) лица преко 65 година,
- 3) лица са оштећењем вида - сљепа лица прве и друге категорије,
- 4) лица која истовремено имају оштећење слуха и немогућност говора,
- 5) лица обољела од ријетких болести чији је статус потврђен од Центра за ријетке болести,
- 6) лица у стању вигилне коме,
- 7) пратиоци осигураних лица у случају из члана 35. став 3. овог закона,
- 8) добровољни даваоци крви који су дали крв седам и више пута,
- 9) лице које је корисник права у складу са прописом којим се уређују права из области социјалне заштите за које се допринос за обавезно здравствено осигурање обезбјеђује из буџета Републике,
- 10) корисник права на пензију који прима најнижу пензију од утврђених нивоа у складу са прописима којима је уређена област пензијског и инвалидског осигурања, под условом да му је основ осигурања утврђен према члану 15. тачка 8) овог закона,
- 11) друга лица која су у складу са посебним прописима ослобођена плаћања партиципације, а за која се партиципација обезбјеђује из буџета Републике."

Члан 22.

У члану 51. у ставу 3. послје тачке 4) додају се запета и нова тачка 5), која гласи:

"5) лица са поремећајима у развоју - МКБ шифре F83 и F84".

Члан 23.

Члан 53. мијења се и гласи:

"Осигурано лице и лице из члана 3. ст. 6. и 7. овог закона има право на рефундацију трошкова здравствене заштите у Републици, коју је платило властитим средствима или коју је властитим средствима платио члан породице, а то се доказује изјавом лица датом код нотара или надлежног органа јединице локалне самоуправе, у случају када:

1) здравствена установа у Републици која је са Фондом закључила уговор у случају из члана 28. став 2. овог закона наплати здравствену услугу која се финансира из средстава обавезног здравственог осигурања - рефундација трошкова се врши према износу из приложеног рачуна на терет средстава те здравствене установе,

2) здравствена установа на примарном нивоу здравствене заштите у Републици која је са Фондом закључила уговор није била у могућности да пружи уговорену здравствену услугу, уз приложено писмено изјашњење здравствене установе - рефундација трошкова се врши према износу из приложеног рачуна на терет средстава те здравствене установе,

3) здравствена установа у Републици која је са Фондом закључила уговор наплати партиципацију лицу које је према одредбама овог закона ослобођено плаћања партици-

пације - рефундација трошкова се врши према износу из приложеног рачуна, и то:

1. када је здравствена установа Фонду испоставила фактуру у којој је цијену здравствене услуге умањила за износ наплаћене партиципације - на терет средстава обавезног здравственог осигурања,

2. када је здравствена установа Фонду испоставила фактуру у којој цијену здравствене услуге није умањила за износ наплаћене партиципације - на терет средстава те здравствене установе,

4) је здравствена установа у Републици која је са Фондом закључила уговор требало да обезбиједи санитетски материјал или медицинско средство које се уграђује у дијелове тијела из члана 44. став 2. овог закона, уз приложено писмено изјашњење здравствене установе - рефундација трошкова се врши према износу из приложеног рачуна на терет средстава те здравствене установе,

5) се медицинско средство налази на листи која је прописана правилником из члана 44. став 9. овог закона и набавка је одобрена од Фонда, али није било доступно у здравственој установи са којом је Фонд закључио уговор из члана 46. став 1. овог закона на територији јединице локалне самоуправе на чијем подручју осигурано лице има пребивалиште и/или изабраног доктора, уз приложено писмено изјашњење здравствене установе - рефундација трошкова се врши према износу из ценовника прописаног правилником из члана 44. став 9. овог закона на терет средстава обавезног здравственог осигурања,

6) Фонд у поступку јавне набавке није постигао закључивање уговора са добављачем за медицинско средство које је осигураном лицу одобрио према посебном програму из члана 29а. став 2. тачка 4) овог закона - рефундација трошкова се врши према износу из приложеног рачуна на терет средстава обавезног здравственог осигурања,

7) се лијек налази на листи лијекова који се издају на рецепт из члана 38. став 1. тачка 1) овог закона, али није био доступан у здравственој установи - апотеци са којом је Фонд закључио уговор из члана 46. овог закона, на територији јединице локалне самоуправе на чијем подручју осигурано лице има пребивалиште и/или изабраног доктора, уз приложено писмено изјашњење здравствене установе - апотеке, рефундација трошкова се врши према износу из приложеног рачуна на терет средстава обавезног здравственог осигурања,

8) се здравствена установа у Републици која је са Фондом закључила уговор писмено изјасни да није располагала лијеком који се налази на листи лијекова за амбуланте породичне медицине и домове здравља из члана 38. став 1. тачка 2) овог закона - рефундација трошкова се врши према износу из приложеног рачуна на терет средстава здравствене установе која је дала приједлог за коришћење лијека,

9) се здравствена установа у Републици која је са Фондом закључила уговор писмено изјасни да није располагала лијеком који се налази на листи лијекова који се примјењују у болничкој здравственој заштити из члана 38. став 1. тачка 3) овог закона - рефундација трошкова се врши према износу из приложеног рачуна на терет средстава болнице која је дала приједлог,

10) се здравствена установа у Републици која је са Фондом закључила уговор писмено изјасни да није располагала лијеком који се налази на листи цитотоксичних, биолошких и пратећих лијекова из члана 38. став 1. тачка 4) овог закона, иако је лијек обезбијеђен кроз поступак јавне набавке - рефундација трошкова се врши према износу из приложеног рачуна на терет средстава здравствене установе која је дала приједлог,

11) се здравствена установа у Републици која је са Фондом закључила уговор писмено изјасни да није располагала лијеком који се налази на листи цитотоксичних, биолошких и пратећих лијекова из члана 38. став 1. тачка 4) овог закона када лијек није обезбијеђен кроз поступак јавне набавке - рефундација трошкова се врши према износу из приложеног рачуна на терет средстава обавезног здравственог осигурања,

12) је конзилијум здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици која је са Фондом закључила уговор дао писмену препоруку за примјену лијека који се налази на програму из члана 29а. став 2. тачка 3) овог закона којом се изјаснио да за осигурано лице терапија препорученим лијеком нема алтернативу и да се осигурано лице не може налазити на листи чекања за терапију тим лијеком - рефундација трошкова се врши према износу из приложеног рачуна на терет средстава те здравствене установе."

Члан 24.

Назив члана "Финансирање одобрене рефундације трошкова здравствене заштите" и члан 54. мијењају се и гласе:

"Поступак остваривања права на рефундацију трошкова здравствене заштите

Члан 54.

(1) Захтјев за рефундацију трошкова из члана 53. овог закона подноси се у року од годину дана од дана када је извршено плаћање здравствене услуге, уз обавезу прилажања оригиналне финансијске документације.

(2) Чланом породице осигураног лица у смислу члана 53. овог закона сматра се родитељ, брат, сестра, брачни и ванбрачни супружник и дијете - рођено у браку или ван брака, односно усвојено у складу са прописима којима се уређује област породичних односа.

(3) Утврђивање основаности захтјева за рефундацију трошкова здравствене заштите врши Комисија стручно-медицинских консултаната, коју рјешењем именује директор Фонда.

(4) На основу приједлога Комисије из става 3. овог члана рјешење доноси руководилац филијале.

(5) Осигурано лице има право жалбе на рјешење из става 4. овог члана у року од 15 дана од дана достављања рјешења.

(6) Директор Фонда именује Комисију из реда стручних консултаната која у поступку по жалби осигураног лица врши стручно-медицинску оцјену основаности захтјева, те директору Фонда предлаже доношење рјешења по жалби.

(7) Чланови Комисије из ст. 3. и 6. овог члана именују се из реда стручних лица која су дио јединствене стручне службе Фонда и која са Фондом имају заснован радни однос и за свој рад немају право на накнаду.

(8) Директор Фонда упутством прописује врсту медицинске и финансијске документације која се прилаже уз захтјев за рефундацију трошкова здравствене заштите.

(9) Упутство из става 8. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Члан 25.

У члану 55. у ставу 1. ријечи: "према програму из члана 37. овог закона" замјењују се ријечима: "према програму из члана 29а. став 2. тачка 2) овог закона".

Члан 26.

У члану 56. у ставу 1. ријечи: "Програмом из члана 37. овог закона" замјењују се ријечима: "Програмом из члана 29а. став 2. тачка 2) овог закона".

Члан 27.

Члан 62. мијења се и гласи:

"(1) Осигураном лицу се може на терет средстава обавезног здравственог осигурања одобрити лијечење и/или спровођење дијагностичких поступака у здравственој установи изван Републике након што су исцрпљене све могућности лијечења и дијагностике у здравственом систему Републике.

(2) У складу са Законом о ратификацији споразума о успостављању специјалних и паралелних односа Републике Србије и Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", број 60/07) осигурано лице се може приоритетно упутити у здравствену установу Републике Србије

са којом Фонд има закључен уговор о пружању и финансирању здравствених услуга.

(3) Уколико су исцрпљене могућности лијечења и/или дијагностичких поступака из ст. 1. и 2. овог члана осигураном лицу може се одобрити лијечење и/или дијагностички поступак у било којој другој здравственој установи изван Републике.

(4) Изузетно од става 2. овог члана, уколико Фонд утврди да уговорна здравствена установа Републике Србије са којом Фонд има закључен уговор о пружању и финансирању здравствених услуга не може, односно није у могућности у разумном/медицински индикованом року обавити потребно лијечење и/или дијагностички поступак, наставак лијечења осигураном лицу, у складу са одредбама из члана 8. овог закона, може се одобрити у било којој другој здравственој установи у којој је могуће обавити потребно лијечење и/или дијагностички поступак.

(5) Осигурано лице у случају из ст. 2. и 3. овог члана плаћа партиципацију у складу са овим законом.

(6) Фонд осигураном лицу одобрава лијечење у здравственој установи изван Републике на територији Босне и Херцеговине, уколико се ради о хитном медицинском третману у складу са прописом којим је уређена област здравствене заштите.

(7) За случајеве коришћења здравствене заштите осигураних лица на територији БиХ, ван територије ентитета, односно Брчко Дистрикта БиХ којем осигурана лица припадају надлежни носиоци здравственог осигурања могу закључити споразум о начину поступања.

(8) Остваривање права на лијечење за осигурана лица до навршених 18 година живота уређено је прописима о лијечењу и дијагностици обољења, стања и повреда дјете у иностранству.”

Члан 28.

У члану 64. став 2. мијења се и гласи:

“(2) Комисија из става 1. овог члана врши оцјену основаности приједлога, те уколико је приједлог основан, одређује здравствену установу изван Републике из члана 62. став 1. овог закона у којој се осигураном лицу одобрава лијечење или дијагностички поступак, вријеме трајања лијечења, потребу санитетског превоза и потребу пратње у складу са чланом 35. став 3. овог закона.”

Послије става 2. додају се нови ст. 3. и 4, који гласе:

“(3) Изузетно од става 2. овог члана, у случају када здравствена установа терцијарног нивоа из члана 63. став 1. овог закона предложи упућивање на лијечење или дијагностички поступак изван Републике, а комисија из става 2. овог члана утврди да се здравствена услуга може пружити у здравственој установи у Републици са којом Фонд има закључен уговор, осигурано лице на основу упутнице остварује приступ здравственој заштити у Републици.

(4) Изузетно од става 2. овог члана, у случају када здравствена установа терцијарног нивоа из члана 63. став 1. овог закона предложи упућивање на лијечење или дијагностички поступак изван Републике, а комисија из става 2. овог члана утврди да се здравствена услуга може пружити у здравственој установи у Републици са којом Фонд нема закључен уговор, осигурано лице остварује приступ здравственој заштити у Републици на основу рјешења Фонда.”

Досадашњи ст. 3, 4, 5. и 6. постају ст. 5, 6, 7. и 8.

Члан 29.

Члан 69. мијења се и гласи:

“(1) Лијечење или спровођење дијагностичког поступка у здравственој установи изван Републике са којом Фонд нема закључен уговор предлаже здравствена установа Републике Србије са којом Фонд има закључен уговор о пружању и финансирању здравствених услуга, а може се одобрити и када Фонд посједује потврду да се потребно лијечење или дијагностички поступак не може обавити у здравственој установи Републике Србије са којом Фонд

има закључен уговор о пружању и финансирању здравствених услуга.

(2) Документација која се прилаже уз захтјев за одобравање лијечења или дијагностичког испитивања у складу са ставом 1. овог члана прописује се правилником из члана 57. став 4. овог закона.

(3) Утврђивање основаности лијечења или спровођења дијагностичког поступка из става 1. овог члана врши Комисија стручно-медицинских консултаната, коју рјешењем именује директор Фонда.

(4) На основу приједлога Комисије из става 3. овог члана, рјешење доноси руководилац филијале.

(5) Осигурано лице има право жалбе на рјешење из става 4. овог члана у року од 15 дана од дана достављања рјешења, о којој одлучује директор Фонда.

(6) Директор Фонда именује Комисију из реда стручних консултаната, која у поступку по жалби осигураног лица врши стручно-медицинску оцјену основаности захтјева и директору Фонда предлаже доношење рјешења по жалби.

(7) Чланови Комисије из ст. 3. и 6. овог члана који су запослени у Фонду немају право накнаде за свој рад, а чланови Комисије који нису запослени у Фонду имају право на накнаду за свој рад, која не може бити већа од 800 КМ мјесечно.”

Члан 30.

У члану 71. тачка 1) мијења се и гласи:

“1) медицинска испитивања ради утврђивања здравственог стања, тјелесног оштећења и инвалидности у поступцима код надлежног органа, осим медицинских испитивања и обраде у поступку упућивања осигураног лица ради вјештачења радне способности по препоруци надлежне љекарске комисије,”

Тачка 14) мијења се и гласи:

“14) хируршки или инвазивни третман који се односи на редукцију тјелесне тежине (укључујући гастични балон), осим медицински индиковане метаболичке хирургије код пацијената са тешком гојазношћу или тешком гојазношћу са придруженим коморбидитетима према одлуци мултидисциплинарног тима здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици уз обавезно континуирано праћење клиничких исхода и годишње извјештавање о клиничким исходима, а индикације за метаболичку хирургију, састав и начин рада мултидисциплинарног тима и начин извјештавања о клиничким исходима прописују се правилником из члана 28. став 6. овог закона,”

Тачка 17) мијења се и гласи:

“17) лијекове који нису утврђени листама из члана 38. овог закона, осим у случају из члана 53. тачка 12) овог закона, лијекове који се издају без рецепта, профилактичке лијекове и лијекове који служе за промјену атлетских могућности, лијекове који се дају у сврху козметике, за престанак пушења или губитак тјелесне тежине, као и суплементе хране за специфичне дијете, осим за лијечење наследних метаболичких болести и болести праћених малпсорпцијом,”

Члан 31.

У члану 72. став 4. брише се.

Члан 32.

Члан 73. мијења се и гласи:

“(1) У случају утврђене потребе њега оболелог члана уже породице одсуство са рада се осигуранику може одобрити непрекидно или по потреби са прекидима у току календарске године у прописаном трајању, и то:

1) за свако дијете млађе од 15 година - најдуже до 30 дана,

2) за свако дијете старије од 15 година - најдуже до 14 дана,

3) за свако дијете до навршених 18 година код којег је здравствена установа терцијарног нивоа здравствене

заштите у Републици утврдила потребу њега због тешког оштећења здравственог стања услед оштећења можданих структура, малигне болести или другог тешког погоршања здравственог стања - најдуже до четири мјесеца,

4) за брачног или ванбрачног супружника или родитеља - најдуже до седам дана укупно.

(2) Ограничења трајања одсуства из става 1. овог члана не примјењују се на случајеве привремене спријечености за рад из члана 74. став 6. овог закона.

(3) Уколико су оба родитеља запослена, одсуство са рада ради њега дјетета може користити један родитељ у пуном трајању или оба родитеља наизмјенично до укупног броја прописаних дана за свако дијете у току календарске године.

(4) Уколико је једном родитељу одузето родитељско право или родитељи не живе у заједници живота, одсуство са рада у прописаном трајању може користити запослени родитељ који самостално врши родитељско право, а у случају заједничког вршења родитељског права након престанка заједнице живота примјењује се правило о одсуству са рада из става 3. овог члана.

(5) Уколико је само један родитељ запослен, одсуство са рада може се одобрити запосленом родитељу у прописаном трајању ако је незапосленом родитељу одузета пословна способност или је због здравствених разлога неспособан да његује обољело дијете, а уколико дијете има једног родитеља - одсуство са рада у прописаном трајању може користити родитељ који је запослен."

Члан 33.

Члан 74. мијења се и гласи:

"(1) Привремену спријеченост за рад у трајању до 30 дана непрекидно утврђује доктор медицине у тиму породичне медицине код којег је лице регистровано у складу са прописима којима се уређује област здравствене заштите.

(2) Привремену спријеченост за рад која траје непрекидно дуже од 30 дана, почевши од 31. дана привремене спријечености за рад, утврђује Фонд преко првостепених комисија за оцјену привремене спријечености за рад (у даљем тексту: првостепене комисије) и Другостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад (у даљем тексту: Другостепена комисија).

(3) Изузетно од става 1. овог члана, у случају да осигураник буде оцијењен да је способан за рад, а изабрани доктор медицине у тиму породичне медицине у наредних шест дана процијени да, због погоршања здравственог стања и/или даљег испитивања и лијечења, постоји потреба за поновним утврђивањем привремене спријечености за рад осигураника по истој дијагнози, осигураника без одлагања упућује надлежној првостепеној комисији.

(4) Изузетно од става 1. овог члана, уколико је осигуранику у претходних шест мјесеци изабрани доктор медицине у тиму породичне медицине утврдио привремену спријеченост за рад у укупном трајању од 45 дана или дуже по основу исте или различите дијагнозе, приликом поновног утврђивања привремене спријечености за рад, изабрани доктор медицине у тиму породичне медицине осигураника без одлагања упућује првостепеној комисији за оцјену привремене спријечености за рад.

(5) Осигураник је дужан да се у току трајања утврђене привремене спријечености за рад сваких 15 дана јавља доктору медицине код кога је регистровано, а у случају да је осигураник привремено спријечен за рад по некој од дијагноза чија је препоручена дужина привремене спријечености за рад у складу са правилником којим се прописује поступак утврђивања привремене спријечености за рад до 14 дана, изабрани доктор медицине у тиму породичне медицине контролни преглед осигуранику заказује у складу са препорученом дужином.

(6) Привременом спријеченошћу за рад за коју се не врши утврђивање у складу са ст. 1. до 4. овог члана и за коју не постоји обавеза прописана ставом 5. овог члана сматра се одсуство са рада:

1) за вријеме болничког лијечења,

2) за вријеме коришћења права на смјештај у својству пратње другог лица које се налази на болничком лијечењу у складу са чланом 35. став 3. овог закона,

3) за вријеме континуираног лијечења дјетета које је одобрено у складу са овим законом и прописима о лијечењу и дијагностици обољења, стања и повреда дјете у иностранству.

(7) Надлежност првостепене комисије је да:

1) утврђује привремену спријеченост за рад по приговору осигураника Фонда на оцјену овлашћеног доктора медицине специјалисте породичне медицине који је утврђивао привремену спријеченост за рад у трајању до 30 дана,

2) утврђује привремену спријеченост за рад која траје непрекидно дуже од 30 дана и привремену спријеченост за рад у случају из ст. 3. и 4. овог члана,

3) врши ванредну оцјену привремене спријечености за рад по захтјеву послодавца из члана 79. став 1. овог закона.

(8) Надлежност Другостепене комисије је да даје налаз, оцјену и мишљење по жалби осигураника Фонда на рјешење надлежне организационе јединице Фонда у случају утврђивања привремене спријечености за рад која траје непрекидно дуже од 30 дана и привремене спријечености за рад у случају из ст. 3. и 4. овог члана."

Члан 34.

Послије члана 74. додаје се нови члан 74а, који гласи:

"Контрола утврђивања привремене спријечености за рад
Члан 74а.

(1) Контролу над поступком утврђивања привремене спријечености за рад спроводи Фонд, те када утврди да постоје одређене неправилности или злоупотребе поступа према правилнику из члана 47. став 4. овог закона.

(2) Када се у поступку контроле из става 1. овог члана констатују чињенице и околности које указују да осигураник неоправдано користи право на накнаду плате за вријеме привремене спријечености за рад, Фонд првостепеној комисији за оцјену привремене спријечености за рад подноси захтјев за ванредну оцјену привремене спријечености за рад осигураника, а осигураник, првостепена комисија и доктор медицине у тиму породичне медицине код којег је осигураник регистрован поступају у складу са чланом 79. ст. 4. до 7. овог закона."

Члан 35.

Послије члана 76. додаје се нови члан 76а, који гласи:

"Правила за повезивање дана привремене
спријечености за рад
Члан 76а.

(1) Када је за осигураника утврђено побољшање здравственог стања према којем је трајање привремене спријечености за рад окончано, након чега се наредног дана поново утврди привремена спријеченост за рад из истог или другог разлога, дани привремене спријечености за рад се не повезују са претходним.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, када је за осигураника утврђено побољшање здравственог стања према којем је трајање привремене спријечености за рад из разлога професионалне болести или повреде на раду окончано, након чега се наредног дана поново утврди привремена спријеченост за рад из истог разлога, дани привремене спријечености за рад се повезују са претходним.

(3) Када установа надлежна за пензијско и инвалидско осигурање за осигураника донесе налаз, оцјену и мишљење да лијечење и/или испитивање није завршено, дани привремене спријечености за рад прије наведеног налаза, оцјене и мишљења не повезују се са данима привремене спријечености за рад послје наведеног налаза, оцјене и мишљења.

(4) Изузетно од става 3. овог члана, када установа надлежна за пензијско и инвалидско осигурање за осигураника који је привремено спријечен за рад због професио-

налне болести или повреде на раду донесе налаз, оцјену и мишљење да лијечење и/или испитивање није завршено, дани привремене спријечености за рад прије наведеног налаза, оцјене и мишљења повезују се са данима привремене спријечености за рад послје наведеног налаза оцјене и мишљења.”

Члан 36.

У члану 78. ст. 1. и 2. мијењају се и гласе:

“(1) Осигураник Фонда има право да уколико није задовољан оцјеном првостепене комисије која је утврђивала привремену спријеченост за рад која траје непрекидно дуже од 30 дана и привремену спријеченост за рад у случају из члана 74. ст. 3. и 4. овог члана, у року од три дана, затражи издавање рјешења у надлежној филијали Фонда.

(2) Осигураник Фонда има право да на рјешење из става 1. овог члана уложи жалбу директору Фонда у року од седам дана од дана пријема рјешења, путем филијале Фонда чији руководиоца је донио рјешење.”

Члан 37.

У члану 83. став 4. мијења се и гласи:

“(4) Обрачун и исплату накнаде из члана 82. овог закона врши послодавац, у сљедећим процентима од основа:

1) болест или компликација у вези са одржавањем трудноће која је утврђена налазом и мишљењем доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства код којег је жена регистрована у складу са прописом којим је уређена област здравствене заштите или налазом и мишљењем доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства из здравствене установе секундарног или терцијарног нивоа у Републици - 100%,

2) малигна болест и њега дјетета обољелог од малигне болести - 100%,

3) добровољно давање органа, ткива или ћелија - 100%,

4) спровођење прописане мјере обавезне изолације као кличноше или због појаве заразе у његовој околини у складу са прописима којима је уређена област заштите становништва од заразних болести - 90%,

5) када је здравствена установа терцијарног нивоа здравствене заштите утврдила потребу коришћења права на смјештај у својству пратње дјетета које се налази на болничком лијечењу или потребу одсуства са рада за вријеме континуираног лијечења дјетета због тешког оштећења здравственог стања услед оштећења можданих структура или другог тешког погоршања здравственог стања - 100%,

6) болест, повреда, медицинско испитивање или њега обољелог члана уже породице, изузев у случају из т. 2) и 5) овог става - 70%.”

Члан 38.

У члану 85. у ставу 2. ријечи: “може се поднијети” замјењују се ријечима: “подноси се”.

Послије става 3. додаје се нови став 4, који гласи:

“(4) Изузетно од става 1. овог члана, послодавцу се не обезбјеђује поврат накнаде нето плате исплаћене раднику коме је разлог привремене спријечености за рад повреда на раду или професионална болест.”

Досадашњи став 4. постаје став 5.

Члан 39.

У члану 86. у ставу 2. тачка 1) мијења се и гласи:

“(1) је осигураник намјерно проузроковао привремену спријеченост за рад или је разлог привремене спријечености за рад повреда на раду или професионална болест.”

У ставу 3. ријечи: “у складу са чланом 83. став 1. овог закона од прописане основице” замјењују се ријечима: “у складу са чланом 83. став 4. овог закона од најмање прописане основице”.

У ставу 4. ријечи: “може се поднијети” замјењују се ријечима: “подноси се”.

Члан 40.

У члану 103. став 4. мијења се и гласи:

“(4) Из буџета Републике Српске могу се обезбиједити средства за финансирање програма из члана 29а. став 2. овог закона и другог посебног програма Владе из области здравствене заштите.”

Члан 41.

У члану 115. у ставу 1. у тачки 1) број: “3” замјењује се бројем: “6”.

Став 3. брише се.

У досадашњем ставу 4, који постаје став 3, у тачки 1) ријечи: “(члан 53. став 9)” замјењују се ријечима: “(члан 54. став 8)”.

Досадашњи ст. 4. и 5. постају ст. 3. и 4.

Члан 42.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у “Службеном гласнику Републике Српске”.

Број: 02/1-021-928/26
9. јула 2026. године
Бањалука

Предсједник
Народне скупштине,
Др **Ненад Стевандић**, с.р.

1720

На основу члана 80. став 1. тачка 4. Устава Републике Српске, предсједник Републике д о н о с и

У К А З

О ПРОГЛАШЕЊУ ЗАКОНА О ИЗМЈЕНАМА И ДОПУНАМА ЗАКОНА О ОБАВЕЗНИМ ОСИГУРАЊИМА У САОБРАЋАЈУ

Проглашавам Закон о измјенама и допунама Закона о обавезним осигурањима у саобраћају, који је Народна скупштина Републике Српске усвојила на Тридесет деветој посебној сједници, одржаној 9. јула 2026. године, а Вијеће народа 17. јула 2026. године констатовало да се усвојени Закон о измјенама и допунама Закона о обавезним осигурањима у саобраћају не односи на витални национални интерес ниједног од конститутивних народа у Републици Српској, чиме су се испунили формално-правни услови за доношење указа.

Број: 01-020-2453/26
20. јула 2026. године
Бањалука

Предсједник
Републике,
Проф. др **Синиша Каран**, с.р.

ЗАКОН

О ИЗМЈЕНАМА И ДОПУНАМА ЗАКОНА О ОБАВЕЗНИМ ОСИГУРАЊИМА У САОБРАЋАЈУ

Члан 1.

У Закону о обавезним осигурањима у саобраћају (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 82/15, 78/20 и 1/24) у члану 4. у ставу 1. у тачки 22) послје ријечи: “монетарни фонд” додају се запета и нове т. 23) и 24), које гласе:

“23) лични податак има значење утврђено у закону којим се уређује заштита личних података,

24) јединствени матични број (ЈМБ) је лични податак који се уписује у одговарајуће евиденције прописане овим законом и који се обрађује у складу са овим законом, законом којим се уређује ЈМБ Босне и Херцеговине и законом којим се уређује заштита личних података”.

Члан 2.

У члану 12. у ставу 2. број: “2026” замјењује се бројем: “2031”.

Члан 3.

У члану 15. у ставу 1. послје ријечи: “личне” додају се ријечи: “податке, укључујући и ЈМБ”.