

ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

("Sl. glasnik RS", br. 107/2005, 109/2005 - ispr.
i 57/2011)

(INTERNO PREČIŠĆEN TEKST)

I OSNOVNE ODREDBE

Član 1

Ovim zakonom uređuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja zaposlenih i drugih građana, obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, organizacija i finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, dobrovoljno zdravstveno osiguranje i druga pitanja od značaja za sistem zdravstvenog osiguranja.

Član 2

U Republici Srbiji (u daljem tekstu: Republika) zdravstveno osiguranje je obavezno zdravstveno osiguranje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Član 3

Obavezno zdravstveno osiguranje je zdravstveno osiguranje kojim se zaposlenima i drugim građanima obuhvaćenim obaveznim zdravstvenim osiguranjem obezbeđuju pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade za slučajeve utvrđene ovim zakonom.

Član 4

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je osiguranje od nastanka rizika plaćanja učešća u troškovima zdravstvene zaštite u skladu sa ovim zakonom, osiguranje građana koji nisu obavezno osigurani po ovom zakonu odnosno koji se nisu uključili u obavezno zdravstveno osiguranje, kao i osiguranje na veći obim i standard i druge vrste prava iz zdravstvenog osiguranja.

Član 5

Obavezno zdravstveno osiguranje organizuje se na načelu solidarnosti i uzajamnosti, kao i drugim načelima, utvrđenim ovim zakonom. U sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja primenjuju se načela zdravstvene zaštite i ostvaruju prava pacijenata, utvrđena zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

Član 6

Obavezno zdravstveno osiguranje obezbeđuje se i sprovodi u Republičkom fondu za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Republički fond) i u organizacionim jedinicama Republičkog fonda (u daljem tekstu: filijale).

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu da sprovedu pravna lica koja obavljaju delatnost osiguranja u skladu sa zakonom, kao i Republički fond.

Član 7

Prava iz obaveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasleđivati.

Novčane naknade koje su dospеле za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti lica obuhvaćenih obaveznim, odnosno dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, mogu se nasleđivati.

Član 8

Sredstva za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se uplatom doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: doprinos), kao i iz drugih izvora, u skladu sa zakonom.

Sredstva za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se u skladu sa zakonom.

II OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 9

Obavezno zdravstveno osiguranje obuhvata:

- 1) osiguranje za slučaj bolesti i povrede van rada;
- 2) osiguranje za slučaj povrede na radu ili profesionalne bolesti.

1) NAČELA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Načelo obaveznosti

Član 10

Načelo obaveznosti ostvaruje se organizovanjem i sprovođenjem sveobuhvatnog obaveznog zdravstvenog osiguranja za zaposlene i druge građane u Republici (u daljem tekstu: osiguranici) u skladu sa ovim zakonom, kojim osiguranici za sebe i članove svojih porodica (u daljem tekstu: osigurana lica) obezbeđuju pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade, u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Načelo obaveznosti obezbeđuje se obavezom plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje od strane zaposlenih i poslodavaca, kao i drugih obveznika uplate doprinosa u skladu sa zakonom, što predstavlja uslov za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Načelo obaveznosti ostvaruje se i sprovodi ukupnom organizacijom obaveznog zdravstvenog osiguranja, kojom se zaposlenima i drugim licima obuhvaćenim ovim osiguranjem obezbeđuje i garantuje ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog

osiguranja propisanih ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Načelo solidarnosti i uzajamnosti

Član 11

Načelo solidarnosti i uzajamnosti ostvaruje se uspostavljanjem međugeneracijske solidarnosti i uzajamnosti, solidarnosti i uzajamnosti između polova, između bolesnih i zdravih, kao i između lica različitog materijalnog statusa, u obezbeđivanju i korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Načelo solidarnosti i uzajamnosti ostvaruje se uspostavljanjem takvog sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja u kojem troškove obaveznog zdravstvenog osiguranja snose osiguranici i drugi uplatioci doprinosa, srazmerno svojim materijalnim mogućnostima, i to uplatom doprinosa na ostvarene prihode, s tim da prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koriste ona lica kod kojih je nastupila bolest ili drugi osigurani slučaj.

Načelo javnosti

Član 12

Načelo javnosti ostvaruje se pravom osiguranih lica na sve vrste informacija u vezi sa pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i javnošću rada organa i službi Republičkog fonda za potrebe osiguranih lica, organa i organizacija zainteresovanih za rad Republičkog fonda.

Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa

Član 13

Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se preduzimanjem mera i aktivnosti koje omogućavaju da interes osiguranog lica, zasnovan na pravednoj dostupnosti, predstavlja osnovu sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i da osigurano lice što lakše zaštiti i ostvari svoja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, vodeći računa da ostvarivanje tih prava ne bude na štetu prava i pravnih interesa drugih osiguranih lica niti u suprotnosti sa zakonom utvrđenim javnim interesom.

Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se i obavezom Republičkog fonda da osiguranim licima ukaže na postojanje osnova za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i na obaveze osiguranog lica radi ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se i preduzimanjem mera i aktivnosti za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na način koji omogućava da finansijska sredstva koja se obezbeđuju od uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje prate osiguranika prema mestu utvrđivanja svojstva osiguranika, odnosno ostvarivanja prava.

Načelo stalnog unapređivanja kvaliteta obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 14

Načelo stalnog unapređivanja kvaliteta obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se praćenjem savremenih dostignuća u oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja i sprovođenjem mera i aktivnosti kojima se u skladu sa razvojem sistema zdravstvenog osiguranja povećavaju mogućnosti povoljnijeg ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za svako osigurano lice.

Načelo ekonomičnosti i efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 15

Načelo ekonomičnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se stalnim nastojanjem da se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju uz što manje finansijskih i drugih sredstava.

Načelo efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se postizanjem najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoložive resurse, kao i postizanjem najvišeg nivoa prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja uz najniži utrošak finansijskih sredstava.

2) OSIGURANA LICA I DRUGA LICA OSIGURANA ZA ODREĐENE SLUČAJEVE

Član 16

Osiguranim licima, u smislu ovog zakona, smatraju se osiguranici i članovi njihovih porodica, kojima se u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona obezbeđuju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se i drugim licima koja su osigurana za određene slučajeve, u skladu sa ovim zakonom.

1. Osiguranici

Član 17

Osiguranici su fizička lica koja su obavezno osigurana u skladu sa ovim zakonom, i to:

1) lica u radnom odnosu, odnosno zaposlena u privrednom društvu, drugom pravnom licu, državnom organu, organu jedinice lokalne samouprave i autonomne pokrajine, kao i kod fizičkih lica (u daljem tekstu: zaposleni);

2) civilna lica na službi u Vojsci i vojnim jedinicama i vojnim ustanovama;

3) izabrana, imenovana ili postavljena lica, ako za obavljanje funkcije ostvaruju zaradu, odnosno platu ili naknadu zarade;

4) lica koja, u skladu sa zakonom kojim se uređuje rad, obavljaju poslove van prostorija poslodavca;

5) lica koja, u skladu sa zakonom kojim se uređuje rad, obavljaju poslove kućnog pomoćnog osoblja;

6) državljani Republike koji su na teritoriji Republike zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija i ustanova, stranih konzularnih ili diplomatskih predstavništava ili su zaposleni kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

7) lica u radnom odnosu, odnosno zaposleni upućeni na rad u inostranstvo, odnosno zaposleni u privrednom društvu ili drugom pravnom licu koje obavlja delatnost ili usluge u inostranstvu, ako nisu obavezno osigurani po propisima te zemlje, ili ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

8) zaposleni roditelj, usvojitelj, hranitelj, odnosno staratelj koji odsustvuje sa rada dok dete ne navrši tri godine života, dok mu miruju prava i obaveze po osnovu rada, u skladu sa propisima o radu;

9) državljani Republike zaposleni u inostranstvu kod stranog poslodavca koji nemaju zdravstveno osiguranje stranog nosioca zdravstvenog osiguranja ili koji nisu obavezno osigurani prema propisima strane države, odnosno ako prava iz zdravstvenog osiguranja po propisima te države, za sebe ili članove svoje porodice, ne mogu ostvarivati ili koristiti van teritorije te države;

10) strani državljani i lica bez državljanstva koji su, na teritoriji Republike, zaposleni kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, kao i kod međunarodnih organizacija i ustanova i stranih diplomatskih i konzularnih predstavništava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom;

11) državljani Republike zaposleni u domaćinstvima državljana Republike u radnom odnosu u inostranstvu kod organizacije čije je sedište na teritoriji Republike;

12) lica koja imaju pravo na novčanu naknadu po osnovu nezaposlenosti, prema propisima o zapošljavanju;

13) lica koja obavljaju privremene i povremene poslove u skladu sa zakonom kojim se uređuje rad (lica koja nisu u radnom odnosu, zaposleni koji rade nepuno radno vreme - do punog radnog vremena i korisnici starosne penzije);

14) lica koja u skladu sa zakonom obavljaju privremene i povremene poslove preko omladinske, odnosno studentske zadruge a imaju navršениh 26 godina života, odnosno bez obzira na godine života ako nisu na školovanju;

15) lica koja po prestanku radnog odnosa ostvaruju pravo na naknadu zarade zbog povrede na radu ili profesionalne bolesti, u skladu sa ovim zakonom;

16) lica koja obavljaju poslove po osnovu ugovora o delu, po osnovu autorskog ugovora, po osnovu ugovora o porodičnom smeštaju prema propisima o socijalnoj zaštiti, kao i po osnovu drugih ugovora kod kojih se za izvršen posao ostvaruje naknada (u daljem tekstu: ugovorena naknada);

17) lica koja su osnivači, članovi, odnosno akcionari privrednih društava (ortračka društva, komanditna društva, društva sa ograničenom odgovornošću, akcionarska

društva i druge pravne forme privrednih društava, odnosno preduzeća), koji u njima nisu zasnovali radni odnos ali obavljaju određene poslove (u daljem tekstu: osnivači privrednih društava);

18) preduzetnici koji su registrovani za obavljanje zakonom dozvoljene delatnosti u vidu zanimanja radi samostalnog obavljanja delatnosti, obavljanja delatnosti slobodne profesije, kao i samostalni umetnici, u skladu sa zakonom (u daljem tekstu: preduzetnici);

19) sportisti, koji u skladu sa zakonom kojim se uređuje sport obavljaju sportsku delatnost kao samostalnu delatnost;

20) sveštenici i verski službenici koji te poslove obavljaju kao samostalnu delatnost;

21) poljoprivrednici stariji od 18 godina života, koji obavljaju poljoprivrednu delatnost kao jedino ili osnovno zanimanje, u skladu sa zakonom, ako nisu: osiguranici zaposleni, osiguranici samostalnih delatnosti, osiguranici iz tačke 17) ovog stava, korisnici penzija, lica na školovanju;

22) korisnici penzije i prava na novčane naknade koji su ova prava ostvarili prema propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;

23) državljani Republike koji primaju penziju ili invalidninu isključivo od inostranog nosioca osiguranja dok borave ili imaju prebivalište na teritoriji Republike, odnosno koji primaju penziju od države sa kojom ne postoji bilateralni sporazum o socijalnom osiguranju ili ako prava iz zdravstvenog osiguranja po propisima države isplatioca penzije, za sebe ili članove svoje porodice, ne mogu koristiti ili ostvarivati van teritorije te države;

24) strani državljani koji na teritoriji Republike rade kod domaćih organizacija, odnosno privatnih poslodavaca na osnovu posebnih ugovora o razmeni stručnjaka ili sporazuma o međunarodnoj tehničkoj saradnji;

25) strani državljani za vreme školovanja ili stručnog usavršavanja na teritoriji Republike.

Svojstvo osiguranika iz stava 1. ovog člana može se steći samo po jednom osnovu osiguranja.

Izuzetno od stava 1. tačka 16) ovog člana, lica koja ostvaruju ugovorenu naknadu na osnovu ugovora o davanju u zakup poljoprivrednog zemljišta, a nisu: osiguranici zaposleni, osiguranici samostalnih delatnosti, osiguranici iz stava 1. tačka 17) ovog člana, korisnici penzija ili lica na školovanju, svojstvo osiguranika stiču u skladu sa stavom 1. tačka 21) ovog člana.

Član 18

Pod obavljanjem određenih poslova u smislu člana 17. stav 1. tačka 17) ovog zakona smatra se predstavljanje i zastupanje privrednog društva od strane njegovih osnivača, ortaka, članova društva, odnosno akcionara i drugih lica u skladu sa zakonom, na osnovu upisa u registar nadležnog organa, kao i obavljanje poslovodstvenih ovlašćenja i poslova upravljanja u skladu sa zakonom kojim se uređuju privredna društva.

Član 19

Preduzetniku iz člana 17. stav 1. tačka 18) ovog zakona prestaje svojstvo osiguranika po tom osnovu za vreme privremene odjave obavljanja delatnosti, ako za to vreme ne plaća doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje, osim za vreme trajanja privremene sprečenosti za rad nastale pre odjave, u skladu sa ovim zakonom.

Član 20

Osiguraniku iz člana 17. stav 1. tačka 21) ovog zakona koji je navršio 65 godina života prestaje svojstvo osiguranika pod uslovom:

- 1) da nije ostvario pravo na penziju u skladu sa zakonom;
- 2) da su prihodi osiguranika ispod prihoda utvrđenih aktom iz člana 22. stav 2. ovog zakona.

Osiguraniku iz stava 1. ovog člana kome je prestalo svojstvo osiguranika po tom osnovu, utvrđuje se novi osnov za obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa članom 22. ovog zakona, na lični zahtev osiguranika.

Član 21

Ako osiguranik iz člana 17. ovog zakona ispunjava uslove za sticanje svojstva osiguranika po više osnova osiguranja, prioritetni osnov osiguranja, koji isključuje druge osnove osiguranja, utvrđuje se po sledećim prioritetima:

- 1) osiguranje po osnovu zaposlenja ili penzije (član 17. stav 1. tač. 1)-12) i 22)-23) ovog zakona;
- 2) osiguranje po osnovu osnivanja privrednih društava, po osnovu preduzetništva, odnosno po osnovu samostalnog obavljanja delatnosti (član 17. stav 1. tač. 17) - 20) ovog zakona);
- 3) osiguranje po osnovu bavljenja poljoprivredom (član 17. stav 1. tačka 21) ovog zakona);
- 4) osiguranje po osnovu drugih propisanih osnova osiguranja (član 17. stav 1. tač. 13) - 16), 24) i 25) ovog zakona).

Lice koje ispunjava uslov za sticanje svojstva osiguranika iz člana 17. stav 1. tač. 1)-12), tač. 17)-20), kao i tač. 22) i 23) ovog zakona, po više osnova osiguranja, dužno je da izabere jedan od osnova osiguranja po kome će biti zdravstveno osigurano, odnosno po kome će ostvarivati prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Osiguranici iz stava 1. ovog člana prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju prema prioritetno utvrđenom osnovu osiguranja.

Član 22

Osiguranicima, u smislu ovog zakona i pod uslovima propisanim ovim zakonom, smatraju se i lica koja pripadaju grupaciji stanovništva koja je izložena povećanom

riziku obolevanja; lica čija je zdravstvena zaštita potrebna u vezi sa sprečavanjem, suzbijanjem, ranim otkrivanjem i lečenjem bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja; kao i lica koja su u kategoriji socijalno ugroženog stanovništva, ako ne ispunjavaju uslove za sticanje svojstva osiguranika iz člana 17. ovog zakona, ili ako prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne ostvaruju kao članovi porodice osiguranika, i to:

1) deca do navršenih 18 godina života, školska deca i studenti do kraja propisanog školovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina, u skladu sa zakonom;

2) žene u vezi sa planiranjem porodice, kao i u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 meseci nakon porođaja;

3) lica starija od 65 godina života;

4) osobe sa invaliditetom, po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju, kao i mentalno nedovoljno razvijena lica;

5) lica u vezi sa lečenjem od HIV infekcije ili drugih zaraznih bolesti koje su utvrđene posebnim zakonom kojim se uređuje oblast zaštite stanovništva od zaraznih bolesti, malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, lica u terminalnoj fazi hronične bubrežne insuficijencije, cistične fibroze, sistemske autoimune bolesti, reumatske groznice, bolesti zavisnosti, oboleli od retkih bolesti; kao i lica obuhvaćena zdravstvenom zaštitom u vezi sa davanjem i primanjem tkiva i organa;

6) monasi i monahinje;

7) materijalno neobebeđena lica koja primaju novčanu socijalnu pomoć, odnosno koja su korisnici porodične invalidnine, po propisima o socijalnoj zaštiti, odnosno po propisima o zaštiti boraca, vojnih invalida i civilnih invalida rata;

8) korisnici stalnih novčanih pomoći, kao i pomoći za smeštaj u ustanove socijalne zaštite ili u druge porodice, po propisima o socijalnoj zaštiti;

9) nezaposlena lica i druge kategorije socijalno ugroženih lica čiji su mesečni prihodi ispod prihoda utvrđenih u skladu sa ovim zakonom;

10) korisnici pomoći - članovi porodice čiji je hranilac na odsluženju vojnog roka;

11) lica romske nacionalnosti koja zbog tradicionalnog načina života nemaju stalno prebivalište, odnosno boravište u Republici;

12) žrtve nasilja u porodici;

13) žrtve trgovinom ljudima.

Mesečni iznos prihoda kao cenzus za sticanje svojstva osiguranog lica iz stava 1. tačka 9) ovog člana sporazumno propisuju ministar nadležan za poslove zdravlja (u daljem tekstu: ministar) i ministar nadležan za poslove obezbeđivanja socijalne zaštite građana.

Domaćinstvom, u smislu ovog zakona, smatra se zajednica života, privređivanja i trošenja prihoda ostvarenih radom njenih članova bez obzira na srodstvo.

Osiguranikom, u smislu ovog zakona, smatra se i lice kome je nadležni republički organ utvrdio status izbeglog, odnosno prognanog lica iz bivših republika SFRJ, ako ispunjava uslov iz stava 2. ovog člana i ako ima boravište na teritoriji Republike.

U budžetu Republike obezbeđuju se sredstva za uplatu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje za lica iz st. 1. i 4. ovog člana, na osnovicu i po stopi doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje koje su propisane ovim zakonom.

Osiguranici iz st. 1. i 4. ovog člana ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u sadržaju, obimu, na način i po postupku propisanom ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

2. Lica koja se uključuju u obavezno zdravstveno osiguranje

Član 23

Lica koja nisu obavezno osigurana u smislu ovog zakona mogu da se uključe u obavezno zdravstveno osiguranje radi obezbeđivanja za sebe i članove svoje uže porodice prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima, na način, u sadržaju i obimu propisanim ovim zakonom.

Lica iz stava 1. ovog člana imaju svojstvo osiguranika, odnosno osiguranog lica.

Svojstvo osiguranika stiče se, odnosno prestaje danom podnošenja zahteva, u skladu sa ovim zakonom.

Lica iz stava 1. ovog člana koja imaju svojstvo osiguranika plaćaju doprinos iz svojih sredstava u skladu sa zakonom kojim se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje.

3. Članovi porodice osiguranika

Član 24

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđena ovim zakonom obezbeđuju se i članovima porodice osiguranika iz člana 17. stav 1. ovog zakona, osim iz stava 1. tač. 24) i 25) tog člana.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđena ovim zakonom obezbeđuju se i članovima uže porodice osiguranika iz člana 22. stav 1. tač. 7) - 9) i 11) ovog zakona, kao i iz člana 23. stav 1. ovog zakona.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđena ovim zakonom obezbeđuju se i članovima uže porodice osiguranika iz člana 22. stav 4. ovog zakona, pod uslovima koji su propisani za te osiguranike.

Članovima porodice, u smislu ovog zakona, smatraju se:

1) članovi uže porodice (supružnik ili vanbračni partner, deca rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad i deca uzeta na izdržavanje);

2) članovi šire porodice (roditelji, očuh, maćeha, usvojitelj, deda, baba, unučad, braća i sestre, koje osiguranik izdržava, u smislu propisa o porodičnoj zaštiti, kao i propisa o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana).

Vanbračni partner smatra se članom uže porodice, u smislu ovog zakona, ako sa osiguranikom živi u vanbračnoj zajednici najmanje dve godine pre dana podnošenja prijave na osiguranje.

Član 25

Supružnik ili vanbračni partner osiguranika ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dok je sa osiguranikom u braku ili u vanbračnoj zajednici u smislu propisa o porodici.

Razvedeni supružnik kome je sudskom odlukom utvrđeno pravo na izdržavanje ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ako je u momentu razvoda bio stariji od 45 godina (žena) odnosno 55 godina (muškarac), ili bez obzira na godine života ako mu je u vreme razvoda utvrđen potpuni gubitak radne sposobnosti u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Član 26

Dete osiguranika ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja a najkasnije do navršenih 26 godina života.

Dete iz stava 1. ovog člana koje je zbog bolesti prekinulo školovanje ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i za vreme trajanja te bolesti, a ako nastavi školovanje ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i posle starosne granice utvrđene u stavu 1. ovog člana, ali najduže onoliko vremena koliko je trajao prekid školovanja zbog bolesti. Opravdanost prekida školovanja zbog bolesti ceni lekarska komisija koja se obrazuje u skladu sa ovim zakonom.

Ako dete iz stava 1. ovog člana postane nesposobno za samostalan život i rad u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju pre nego što isteknu rokovi za školovanje, ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i za vreme dok takva nesposobnost traje.

Dete iz stava 1. ovog člana koje postane nesposobno za samostalan život i rad u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju i posle uzrasta utvrđenog u stavu 1. ovog člana ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dok takva nesposobnost traje ako ga osiguranik izdržava zbog toga što nema sopstvenih prihoda za izdržavanje.

Član 27

Roditelji, braća i sestre, očuh i maćeha, usvojitelj, koje osiguranik izdržava u smislu propisa o porodici, zbog toga što nemaju dovoljno sredstava za izdržavanje imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ako su navršili 65 godina života, ili ako su mlađi ali su nesposobni za privređivanje, a ta nesposobnost odgovara potpunom gubitku radne sposobnosti u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Deda i baba osiguranika imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovima iz stava 1. ovog člana.

4. Lica kojima se u određenim slučajevima obezbeđuju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 28

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđena ovim zakonom, samo u slučaju nastanka povrede na radu ili profesionalne bolesti, obezbeđuju se:

- 1) učenicima i studentima koji se, u skladu sa zakonom, nalaze na obaveznom proizvodnom radu, profesionalnoj praksi ili praktičnoj nastavi;
- 2) licima koja, u skladu sa zakonom, obavljaju određene poslove za koje ne primaju zaradu, odnosno ugovorenu naknadu (na osnovu ugovora o volonterskom radu);
- 3) licima koja, u skladu sa zakonom, obavljaju privremene i povremene poslove preko omladinske odnosno studentske zadruge do navršenih 26 godina života, ako su na školovanju;
- 4) licima koja se nalaze na dodatnom obrazovanju i obuci po uputu organizacije nadležne za zapošljavanje;
- 5) licima koja učestvuju u organizovanim javnim radovima od opšteg značaja;
- 6) licima koja učestvuju u akcijama spasavanja ili u zaštiti i spasavanju prilikom elementarnih nepogoda i drugih nesreća;
- 7) licima angažovanim u vatrogasnim službama za gašenje požara i na obuci za gašenje požara;
- 8) licima koja se nalaze na osposobljavanju i obučavanju za odbranu i druge vidove obuke za potrebe odbrane zemlje;
- 9) licima koja su angažovana na obezbeđivanju javnih skupova, kulturnih i sportskih događaja i drugih javnih okupljanja građana;
- 10) licima koja se nalaze na izdržavanju kazne zatvora dok rade u privrednoj jedinici zavoda za izdržavanje kazne zatvora (radionica, radilište i sl.) i na drugom mestu rada.

5. Državljeni, odnosno osiguranici zemalja sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju

Član 29

Državljeni, odnosno osiguranici zemalja sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u sadržaju i obimu koji su utvrđeni ovim zakonom, ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije određeno.

Troškovi zdravstvene zaštite stranih državljana, odnosno osiguranika iz stava 1. ovog člana, ako je međunarodnim ugovorom utvrđeno recipročno plaćanje, isplaćuju se u skladu sa zakonom, odnosno međunarodnim ugovorom.

Troškove zdravstvene zaštite državljana, odnosno osiguranika zemalja sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju, ako je tim ugovorom utvrđena naknada stvarnih troškova, snosi Republički fond u celini, a nadoknađuje ih od inostranog nosioca zdravstvenog osiguranja.

3) PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 30

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja jesu:

- 1) pravo na zdravstvenu zaštitu;
- 2) pravo na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad osiguranika (u daljem tekstu: naknada zarade);
- 3) pravo na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite (u daljem tekstu: naknada troškova prevoza).

Prava iz zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana ostvaruju se pod uslovom da je dospeli doprinos za zdravstveno osiguranje plaćen, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

Član 31

Osiguranicima iz člana 17. stav 1. ovog zakona obezbeđuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 30. stav 1. tač. 1) - 3) ovog zakona, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

Osiguranicima iz člana 17. stav 1. tač. 24) i 25) obezbeđuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 30. stav 1. tač. 1) i 3) ovog zakona.

Osiguranicima iz člana 22. st. 1. i 4. ovog zakona obezbeđuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 30. stav 1. tač. 1) i 3) ovog zakona.

Licima koja se uključuju u obavezno zdravstveno osiguranje iz člana 23. stav 1. ovog zakona obezbeđuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 30. stav 1. tač. 1) i 3) ovog zakona.

Pravo na naknadu zarade pripada osiguranicima iz člana 17. stav 1. ovog zakona, pod uslovima propisanim ovim zakonom, ako za vreme privremene sprečenosti za rad gube zaradu ili deo zarade.

Članovima porodice iz čl. 24 - 27. ovog zakona obezbeđuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 30. stav 1. tač. 1) i 3) ovog zakona.

Licima iz člana 28. ovog zakona obezbeđuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 30. stav 1. tač. 1) i 3) ovog zakona samo u slučaju povrede na radu ili profesionalne bolesti.

Državljanima, odnosno osiguranicima zemalja sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju iz člana 29. ovog zakona obezbeđuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa tim ugovorom.

1. Prethodni staž zdravstvenog osiguranja

Član 32

Za ostvarivanje prava iz člana 30. ovog zakona, osiguranici moraju da imaju staž osiguranja u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u svojstvu osiguranika u skladu sa ovim zakonom, u trajanju od najmanje tri meseca neprekidno ili šest meseci sa prekidima u poslednjih 18 meseci, pre početka korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: prethodno osiguranje).

U prethodno osiguranje računa se vreme od dana kada je osiguranik stekao svojstvo osiguranika u skladu sa ovim zakonom, za koje je uplaćen doprinos.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguranik ostvaruje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i u slučaju ako nisu ispunjeni uslovi u pogledu prethodnog osiguranja, i to:

- 1) u slučaju povrede na radu ili profesionalne bolesti osiguranika iz čl. 17. i 23. ovog zakona;
- 2) u slučaju hitne medicinske pomoći i ostvarivanja pripadajućih novčanih naknada iz člana 30. ovog zakona;
- 3) za ostvarivanje prava na naknadu zarade u visini minimalne zarade utvrđene u skladu sa propisima o radu za mesec za koji se naknada zarade isplaćuje.

Članovi porodice osiguranika ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovom da osiguranik na osnovu koga ostvaruju ta prava ispunjava uslove u pogledu prethodnog osiguranja.

2. Pravo na zdravstvenu zaštitu

Član 33

Pravo na zdravstvenu zaštitu za slučaj nastanka bolesti i povrede van rada obuhvata zdravstvenu zaštitu u pogledu prevencije i ranog otkrivanja bolesti, zdravstvenu zaštitu u vezi sa planiranjem porodice, kao i u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 meseci nakon porođaja, kao i zdravstvenu zaštitu u slučaju bolesti i povrede van rada bez obzira na uzrok, koja se obezbeđuje na primarnom, sekundarnom i tercijernom nivou, u zavisnosti od zdravstvenog stanja osiguranog lica, u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Pravo na zdravstvenu zaštitu u slučaju povrede na radu ili profesionalne bolesti obuhvata zdravstvenu zaštitu u slučaju nastanka povrede na radu ili profesionalne bolesti koja se obezbeđuje na primarnom, sekundarnom i tercijernom nivou.

Zdravstvena zaštita iz st. 1. i 2. ovog člana pruža se na način da sačuva, povrati ili unapredi zdravstveno stanje osiguranog lica i njegovu sposobnost da radi i zadovolji

svoje lične potrebe u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Povreda na radu, u smislu ovog zakona, je svaka povreda, oboljenje ili smrt nastala kao posledica nesreće na poslu, odnosno kao posledica svakog neočekivanog ili neplaniranog događaja, uključujući i akt nasilja koji je nastao usled rada ili je povezan sa radom i koji je doveo do povrede, oboljenja ili smrti osiguranika koja je nastupila odmah ili u periodu od 12 meseci od dana nastanka povrede na radu.

Pod povredom na radu u smislu stava 4. ovog člana ne podrazumevaju se profesionalna oboljenja, kao i povrede pri dolasku, odnosno povratku sa posla.

Pod profesionalnim oboljenjem u smislu ovog zakona podrazumeva se oboljenje nastalo usled duže izloženosti štetnostima nastalim na radnom mestu.

Povreda na radu utvrđuje se na osnovu izveštaja o povredi na radu (u daljem tekstu: povredna lista), koji je pod neposrednom ili posrednom kontrolom poslodavca i koja se dostavlja Republičkom fondu, odnosno matičnoj filijali radi ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom.

Sadržaj i obrazac povredne liste i način popunjavanja, odnosno dostavljanja, obrade podataka iz povredne liste, kao i druga pitanja od značaja za utvrđivanje povrede na radu, sporazumno propisuju ministri nadležni za poslove zaštite zdravlja i bezbednosti na radu.

Član 34

Pravo na zdravstvenu zaštitu koje se obezbeđuje obaveznim zdravstvenim osiguranjem iz člana 33. ovog zakona, obuhvata:

- 1) mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti;
- 2) preglede i lečenje žena u vezi sa planiranjem porodice kao i u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 meseci nakon porođaja;
- 3) preglede i lečenje u slučaju bolesti i povrede;
- 4) preglede i lečenje bolesti usta i zuba;
- 5) medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povrede;
- 6) lekove i medicinska sredstva;
- 7) proteze, ortoze i druga pomagala za kretanje, stajanje i sedenje, pomagala za vid, sluh, govor, stomatološke nadoknade, kao i druga pomagala (u daljem tekstu: medicinsko-tehnička pomagala).

Republički fond može propisati prethodnu saglasnost prvostepene lekarske komisije za korišćenje zdravstvene zaštite iz stava 1. ovog člana, a posebno za određene vrste dijagnostičkih i terapijskih postupaka, stacionarno lečenje ili kućnu negu.

Mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti

Član 35

Osiguranim licima se, radi očuvanja i unapređenja zdravlja, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti i drugih poremećaja zdravlja obezbeđuju sledeće mere:

1) zdravstveno vaspitanje koje se sprovodi organizovanjem posebnih predavanja ili davanja saveta od strane zdravstvenog radnika u vezi sa zaštitom, očuvanjem i unapređenjem zdravlja, sticanjem znanja i navika o zdravom načinu života, otkrivanjem i suzbijanjem faktora rizika;

2) sistematski i ostali pregledi dece do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja a najkasnije do navršenih 26 godina života, žena u vezi sa trudnoćom i odraslih osoba u skladu sa republičkim programom prevencije i ranog otkrivanja bolesti od većeg socijalnog - medicinskog značaja, odnosno skrining programa;

3) preventivne stomatološke i profilaktičke mere za prevenciju bolesti usta i zuba kod trudnica i dece do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja a najkasnije do navršenih 26 godina života.

4) zdravstveno vaspitanje u vezi sa planiranjem porodice, prevencijom trudnoće, kontracepcijom i hirurškom sterilizacijom, testiranjem na trudnoću, testiranjem i lečenjem seksualno prenosivih bolesti i HIV infekcije;

5) vakcinacija, imunoprofilaksa i hemoprofilaksa koja je obavezna prema republičkom programu imunizacije stanovništva protiv određenih zaraznih bolesti;

6) higijensko-epidemiološke i druge zakonom predviđene mere i postupke u vezi sa sprečavanjem, otkrivanjem i lečenjem HIV infekcije i drugih zaraznih bolesti i sprečavanjem njihovog širenja.

Vlada donosi republički program prevencije i ranog otkrivanja bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja, republički program stomatološke zdravstvene zaštite dece do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja a najkasnije do navršenih 26 godina života, i trudnica, kao i republički program imunizacije stanovništva protiv određenih zaraznih bolesti, kao i medicinske standarde mera i postupaka koji proističu iz programa.

Pregledi i lečenje u vezi sa trudnoćom, porođajem i postnatalnim periodom

Član 36

Ženama u vezi sa planiranjem porodice, u trudnoći, za vreme porođaja i materinstva do 12 meseci obezbeđuje se:

1) pregledi i lečenje od strane ginekologa i babice koji se odnose na trudnoću (uključujući prenatalni period, porođaj i postporođajni period), stanja koja mogu da izazovu komplikaciju trudnoće, kao i prekid trudnoće iz medicinskih razloga;

2) bolničko lečenje kada je medicinski neophodno i porođaj u zdravstvenoj ustanovi;

3) patronažne posete i pomoć porodilji i rutinska nega novorođenčeta od strane patronažne sestre;

4) dijagnostika i lečenje steriliteta.

Pod pregledom u smislu stava 1. tačka 1) ovog člana podrazumeva se i prenatalno i genetsko testiranje i druge preventivne mere, u skladu sa medicinskim standardima.

Pregledi i lečenje u slučaju bolesti i povreda

Član 37

Obolelim, odnosno povređenim osiguranim licima, u zavisnosti od medicinskih indikacija i stručno-metodoloških i doktrinarnih stavova, obezbeđuju se:

1) ukazivanje hitne medicinske pomoći na mestu medicinske hitnosti ili u zdravstvenoj ustanovi, odnosno drugom obliku zdravstvene službe (u daljem tekstu: privatna praksa);

2) hitan sanitetski prevoz za bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranog lica;

3) sanitetski prevoz koji nije hitan, kada je opravdan i medicinski neophodan;

4) pregledi i lečenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i u kući osiguranika, od strane izabranog lekara;

5) ambulantni pregledi i lečenje kod specijaliste i zdravstvenog saradnika, po uputu izabranog lekara;

6) laboratorijska, rendgenska i druga dijagnostika koja je predložena od izabranog lekara ili lekara specijaliste, a medicinski je neophodna i opravdana za dijagnostiku i lečenje bolesti ili povrede;

7) stacionarno lečenje kada je opravdano i medicinski neophodno, koje obuhvata preglede i lečenje od strane lekara specijaliste, medicinsku negu, smeštaj u zajedničkoj sobi ili sobi intenzivne nege i ishranu, odnosno specifičnu dijetu u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi;

8) pravo na pratioca osiguranom licu do navršenih 15 godina života, kao i starijem licu koje je teže telesno ili duševno ometeno u razvoju, odnosno licu kod koga je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života, uključujući slepa, slabovidna, kao i gluva lica, za vreme stacionarnog lečenja i medicinske rehabilitacije, a da je to medicinski neophodno, osim ako ovim zakonom nije drukčije određeno;

9) kućno lečenje kada je opravdano i medicinski neophodno.

Član 38

Hitan sanitetski prevoz iz člana 37. tačka 2) ovog zakona obuhvata prevoz sanitetskim vozilom zbog bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranog lica

do najbliže zdravstvene ustanove koja je osposobljena za nastavak daljeg lečenja obolelog, odnosno povređenog.

Sanitetski prevoz koji nije hitan, iz člana 37. tačka 3) ovog zakona, obuhvata prevoz do zdravstvene ustanove u kojoj se pruža zdravstvena zaštita koja je opravdana i medicinski neophodna, kao i prevoz iz zdravstvene ustanove do kuće osiguranog lica.

Sanitetski prevoz koji nije hitan opravdan je i medicinski neophodan u slučaju da transport bilo kojim drugim transportnim sredstvom može ugroziti život i zdravlje osiguranog lica.

Član 39

Stacionarno lečenje iz člana 37. tačka 7) ovog zakona opravdano je i medicinski neophodno ako potrebna zdravstvena zaštita (dijagnostika, lečenje ili rehabilitacija) ili njen deo može isključivo da se pruži u stacionarnim zdravstvenim uslovima, odnosno ako se ne može obezbediti ambulantnim i kućnim lečenjem.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguranom licu koje je u terminalnoj fazi bolesti i nepokretno, odnosno pokretno uz pomoć drugih lica, a kome je potrebno palijativno zbrinjavanje, ima pravo na kratkotrajno bolničko lečenje radi primene simptomatske terapije i zdravstvene nege, pod uslovima propisanim opštim aktom Republičkog fonda.

Član 40

Kućno lečenje iz člana 37. tačka 9) ovog zakona opravdano je i medicinski neophodno u slučaju kada je od strane izabranog lekara ili lekara specijaliste indikovana primena parenteralnih lekova, medicinskih i rehabilitacionih procedura koje zdravstveni radnik može da pruži u kućnim uslovima osiguranom licu koje je nepokretno ili čije kretanje zahteva pomoć drugih lica.

Kućno lečenje se sprovodi i kao nastavak stacionarnog lečenja.

Pregledi i lečenja bolesti usta i zuba

Član 41

Osiguranim licima obezbeđuju se pregledi i lečenja bolesti usta i zuba u ambulantno-polikliničkim i stacionarnim uslovima i to najmanje:

- 1) pregled i lečenje bolesti usta i zuba kod dece do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja a najkasnije do navršenih 26 godina života, starijih lica koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju, kao i lica sa težim urođenim ili stečenim deformitetom lica i vilice;
- 2) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba, izuzev protetskog zbrinjavanja, kod žena u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja;
- 3) ukazivanje hitne stomatološke zdravstvene zaštite za odrasle;

- 4) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba, izuzev protetskog zbrinjavanja, pre transplantacije bubrega, odnosno operacija na srcu;
- 5) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana malignih bolesti maksilofacijalnog predela;
- 6) urgentni stomatološki i hirurški pregledi i lečenje povreda zuba i kostiju lica, uključujući primarnu rekonstrukciju osteosintetskim materijalom;
- 7) izrada akrilatne totalne i subtotalne proteze kod osoba starijih od 65 godina života;
- 8) neophodan stomatološki tretman, uključujući i fiksne ortodonske aparate u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana kod osoba sa urođenim i stečenim težim deformitetom lica i vilice;
- 9) izrada protetskih nadoknada lica i vilice (intraoralne postresekzione proteze i proteze lica) u okviru posttumske rehabilitacije i rekonstrukcije, uključujući i implantate za njihovo učvršćivanje;
- 10) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba kod lica kod kojih je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega nisu u mogućnosti da samostalno obavljaju aktivnosti svakodnevnog života;
- 11) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba osiguranika iz člana 22. ovog zakona.

Licima iz stava 1. tač. 10) i 11) ovog člana obezbeđuje se pravo na preglede i lečenje bolesti usta i zuba ako su prihodi osiguranog lica ispod cenzusa utvrđenog aktom iz člana 22. stav 2. ovog zakona.

Medicinska rehabilitacija u slučaju bolesti i povrede

Član 42

Osiguranim licima obezbeđuje se medicinska rehabilitacija radi poboljšanja ili vraćanja izgubljene ili oštećene funkcije tela kao posledice akutne bolesti ili povrede, pogoršanja hronične bolesti, medicinske intervencije, kongenitalne anomalije ili razvojnog poremećaja.

Medicinskom rehabilitacijom obezbeđuje se utvrđivanje, primena i evaluacija rehabilitacionih postupaka koji obuhvataju kineziterapiju i sve vidove fizikalne, okupacione terapije i terapije glasa i govora, kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala, nameštanje, primenu i obuku za upotrebu tog pomagala kod osiguranog lica.

Okupacionom terapijom se osiguranom licu obezbeđuju postupci medicinske rehabilitacije posle bolesti i povrede koji imaju za cilj da se osigurano lice osposobi za samostalnu brigu o sebi, odnosno da unapredi funkcionisanje u ostalim aktivnostima svakodnevnog života.

Rehabilitacijom glasa i govora se osiguranom licu obezbeđuju medicinski postupci uz upotrebu odgovarajućih pomagala koja su neophodna za dijagnozu i tretman bolesti i povreda ili kongenitalne anomalije koje za posledicu imaju poremećaj glasa i govora

koji onemogućava komunikaciju osiguranog lica, odnosno poremećaj gutanja koji je posledica bolesti ili povrede.

Fizikalnom terapijom obezbeđuje se utvrđivanje, primena i evaluacija svih odgovarajućih fizikalnih agenasa, uključujući prirodni lekoviti faktor u tretmanu povređenog i obolelog osiguranog lica.

Osiguranom licu obezbeđuje se medicinska rehabilitacija u ambulantno-polikliničkim i bolničkim uslovima kada je opravdana i neophodna za tretman stanja osiguranog lica.

Osiguranim licima se rehabilitacijom u stacionarnim zdravstvenim ustanovama (rana rehabilitacija) obezbeđuje sprovođenje intenzivnog programa rehabilitacije, za koji je neophodan multidisciplinarni timski rad, u okviru osnovnog medicinskog tretmana, radi poboljšanja zdravstvenog stanja i otklanjanja funkcionalnih smetnji.

Osiguranim licima obezbeđuje se rehabilitacija u stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (produžena rehabilitacija) kao kontinuirani produžetak lečenja i rehabilitacije, u okviru indikacionog područja, kada se funkcionalne smetnje ne mogu ublažiti ili otkloniti sa podjednakom efikasnošću u ambulantno-polikliničkim uslovima i u okviru bolničkog lečenja osnovne bolesti.

Pravo na pratioca obezbeđuje se osiguranom licu do navršenih 15 godina života, kao i starijem licu koje je teže telesno ili duševno ometeno u razvoju, odnosno licu kod koga je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života, uključujući slepa, slabovidna, kao i gluva lica.

Republički fond opštim aktom utvrđuje vrste indikacija za korišćenje medicinske rehabilitacije, dužinu trajanja rehabilitacije, način i postupak ostvarivanja rehabilitacije i upućivanja na rehabilitaciju iz stava 1. ovog člana.

Opšti akt iz stava 10. ovog člana objavljuje se "Službenom glasniku Republike Srbije".

Lekovi i medicinska sredstva

Član 43

Pravo na lekove i medicinska sredstva obuhvata:

1) pravo na lekove sa Liste lekova koji se propisuju na recept ili izdaju na nalog na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Lista lekova);

2) pravo na medicinska sredstva koja se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno koja se propisuju na nalog ili se ugrađuju u organizam osiguranog lica.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguranom licu obezbeđuje se i lek koji nije na Listi lekova, a medicinski je neophodan za lečenje, pod uslovima utvrđenim opštim aktom Republičkog fonda.

Republički fond donosi opšti akt kojim utvrđuje Listu lekova, koja najmanje sadrži neophodne - esencijalne lekove za lečenje bolesti i povreda, bez obzira na uzrok, u skladu sa listom esencijalnih lekova Svetske zdravstvene organizacije.

Republički fond donosi opšti akt kojim se utvrđuju kriterijumi, način i postupak za stavljanje lekova na Listu lekova, odnosno za skidanje lekova sa Liste lekova.

Republički fond donosi opšti akt kojim se utvrđuju vrsta i standard medicinskih sredstava koja se ugrađuju u organizam osiguranog lica (u daljem tekstu: implantati), kao i druge vrste neophodnih medicinskih sredstava.

Vlada daje saglasnost na opšti akt Republičkog fonda iz stava 3. ovog člana.

Opšti akti iz st. 3, 4. i 5. ovog člana objavljuju se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

Republički fond dužan je da u roku od 90 dana od dana podnošenja zahteva za stavljanje, odnosno skidanje određenog leka sa Liste lekova iz stava 3. ovog člana donese rešenje o ispunjenosti kriterijuma za stavljanje, odnosno skidanje leka sa Liste lekova u skladu sa aktom iz stava 4. ovog člana.

Ako ovim zakonom nije drukčije određeno, na postupak donošenja rešenja iz stava 8. ovog člana primenjuje se zakon kojim se uređuje opšti upravni postupak.

Rešenje iz stava 8. ovog člana konačno je u upravnom postupku i protiv njega se može pokrenuti upravni spor.

Republički fond dužan je da u prvoj narednoj Listi lekova koju donosi u skladu sa ovim zakonom, stavi, odnosno skine lek za koji je doneto rešenje o ispunjenosti kriterijuma za stavljanje, odnosno skidanje sa Liste lekova u skladu sa stavom 8. ovog člana.

Medicinsko-tehnička pomagala

Član 44

Osiguranim licima obezbeđuju se medicinsko-tehnička pomagala koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i korigovanje postojećih deformiteta, kao i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija.

Osiguranim licima obezbeđuju se medicinsko-tehnička pomagala potrebna za lečenje i rehabilitaciju koja omogućavaju poboljšanje osnovnih životnih funkcija, omogućavaju samostalan život, omogućavaju savladavanje prepreka u sredini i sprečavaju suštinsko pogoršanje zdravstvenog stanja ili smrt osiguranog lica.

Republički fond opštim aktom utvrđuje vrstu medicinsko-tehničkih pomagala i indikacije za njihovo korišćenje, standarde materijala od kojih se izrađuju, rokove trajanja, odnosno nabavku, održavanje i njihovo zadržavanje, kao i način i postupak ostvarivanja prava na medicinsko-tehnička pomagala.

Opšti akt iz stava 3. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

*Zdravstvene usluge koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog
zdravstvenog osiguranja*

Član 45

U ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz čl. 34. - 44. ovog zakona, osiguranim licima obezbeđuje se:

1) 100% plaćanja od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za:

- mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti;
- preglede i lečenje u slučaju planiranja porodice, trudnoće, porođaja i u postnatalnom periodu, uključujući prekid trudnoće iz medicinskih razloga;
- preglede, lečenje i medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povreda dece, učenika i studenata do kraja propisanog školovanja a najkasnije do navršениh 26 godina života, odnosno starijih lica koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju;
- preglede i lečenje bolesti usta i zuba kod lica iz člana 41. tač. 1), 10) i 11) ovog zakona, kao i žena u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja;
- preglede i lečenje u vezi sa HIV infekcijom i ostalim zaraznim bolestima za koje je zakonom predviđeno sprovođenje mera za sprečavanje njihovog širenja;
- preglede i lečenje od malignih bolesti, hemofilije, šećerne bolesti, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, progresivnih neuro- mišićnih bolesti, cerebralne paralize, paraplegije, tetraplegije, trajne hronične bubrežne insuficijencije kod koje je indikovana dijaliza ili transplantacija bubrega, cistične fibroze, sistemskih autoimunih bolesti, reumatske bolesti i njenih komplikacija;
- preglede i lečenje u vezi sa uzimanjem, davanjem i razmenom tkiva i organa za transplantaciju od osiguranih i drugih lica za obezbeđivanje zdravstvene zaštite osiguranih lica;
- preglede, lečenje i rehabilitaciju zbog profesionalnih bolesti i povreda na radu;
- pružanje hitne medicinske i stomatološke pomoći, kao i hitan sanitetski prevoz;
- medicinsko-tehnička pomagala, implantate i medicinska sredstva, u vezi sa lečenjem bolesti i povreda iz ove tačke;

2) najmanje 95% od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za:

- intenzivnu negu u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi;
- operativne zahvate koji se izvode u operacionoj sali, uključujući i implantate za najsloženije i najskuplje zdravstvene usluge;

- najsloženije laboratorijske, rendgenske i druge dijagnostičke i terapijske procedure (magnetna rezonanca, skener, nuklearna medicina i dr.);

- lečenje osiguranih lica upućenih u inostranstvo;

3) najmanje 80% od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za:

- preglede i lečenje od strane izabranog lekara i lekara specijaliste;

- laboratorijske, rendgen i druge dijagnostičke i terapijske procedure koje nisu obuhvaćene tačkom 2) ovog člana;

- kućno lečenje;

- stomatološke preglede i lečenje u vezi sa povredom zuba i kostiju lica, kao i stomatološke preglede i lečenje zuba pre operacije srca i transplantacije bubrega;

- lečenje komplikacija karijesa kod dece i omladine, vađenje zuba kao posledice karijesa, kao i izradu pokretnih ortodonskih aparata;

- stacionarno lečenje, kao i rehabilitaciju u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi;

- preglede i lečenje u dnevnoj bolnici, uključujući i hirurške zahvate van operacione sale;

- medicinsku rehabilitaciju u ambulantnim uslovima;

- medicinsko-tehnička pomagala, implantate i medicinska sredstva, koja nisu obuhvaćena tačkom 1) ovog člana;

4) najmanje 65% od cene zdravstvene usluge iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za:

- dijagnostiku i lečenje steriliteta;

- izradu akrilatne totalne i subtotalne proteze kod lica starijih od 65 godina života;

- očna i slušna pomagala za odrasle;

- promenu pola iz medicinskih razloga;

- sanitetski prevoz koji nije hitan.

Za zdravstvene usluge koje se obezbeđuju kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa stavom 1. ovog člana, a za koje Republički fond ne vrši plaćanje na osnovu cene zdravstvene usluge, već troškove obračunava i plaća na drugačiji način (po poseti osiguranog lica zdravstvenom radniku, dijagnostički srodnih grupa zdravstvenih usluga, programima, bolesničkom danu i dr.), osiguranim licima obezbeđuje se pravo na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u procentima propisanim u stavu 1. ovog člana.

Izuzetno od stava 1. tačka 1) alineja četvrta ovog zakona, za ostvarivanje prava na stomatološku zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Republički fond može opštim aktom iz člana 48. stav 3. ovog zakona da utvrdi plaćanje participacije, ako se osigurano lice ne odazove pozivu izabranog lekara na preventivni pregled, odnosno ako ne ostvaruje pravo na preventivne stomatološke usluge u skladu s ovim zakonom, odnosno republičkim programom stomatološke zdravstvene zaštite koji donosi Vlada u skladu s ovim zakonom.

Član 46

U Listi lekova iz člana 43. stav 3. ovog zakona Republički fond utvrđuje iznos sredstava koji se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno iznos sredstava koji obezbeđuje osigurano lice.

Član 47

Republički fond za svaku kalendarsku godinu donosi opšti akt kojim uređuje sadržaj, obim i standard prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 45. ovog zakona za pojedine vrste zdravstvenih usluga i pojedine vrste bolesti, procenat plaćanja iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja do punog iznosa cene zdravstvene usluge, kao i procenat plaćanja osiguranog lica.

Opšti akt iz stava 1. ovog člana mora biti usklađen sa planom zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i godišnjim finansijskim planom Republičkog fonda.

Za pojedine vrste zdravstvenih usluga i pojedine vrste bolesti, aktom iz stava 1. ovog člana, Republički fond može utvrditi da se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja plaća veći procenat cene zdravstvene usluge do punog iznosa cene iz člana 45. stav 1. tač. 2) - 4) ovog zakona.

U opštem aktu iz stava 1. ovog člana, Republički fond utvrđuje i najviši godišnji iznos, odnosno najviši iznos po određenoj vrsti zdravstvene usluge, koji osigurano lice plaća iz svojih sredstava, vodeći računa da takav iznos ne odvrća osigurano lice od korišćenja zdravstvene zaštite, odnosno da onemogućava osiguranom licu uspešno sprovođenje zdravstvene zaštite.

Republički fond donosi opšti akt iz stava 1. ovog člana najkasnije do 31. decembra tekuće godine za narednu godinu.

Vlada daje saglasnost na akt iz stava 1. ovog člana.

Akt iz stava 1. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

Participacija

Član 48

Novčani iznos do punog iznosa iz člana 45. stav 1. tač. 2) do 4) i stav 2. ovog zakona, kao i novčani iznos iz člana 46. ovog zakona (u daljem tekstu: participacija), plaća osigurano lice koje koristi tu zdravstvenu uslugu, odnosno lek, ako ovim zakonom nije drukčije određeno, odnosno plaća pravno lice koje osiguranom licu obezbeđuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Republički fond može opštim aktom iz člana 47. stav 1. ovog zakona utvrditi da se participacija koja pada na teret osiguranog lica plaća u fiksnom iznosu, s tim da fiksni iznos ne sme biti veći od procentualnog iznosa određenog u skladu sa ovim zakonom.

Opštim aktom iz člana 47. stav 1. ovog zakona Republički fond uređuje način i postupak naplaćivanja participacije, prestanak plaćanja participacije u toku kalendarske godine, kao i povraćaj sredstava uplaćenih iznad najvišeg godišnjeg iznosa, odnosno najvišeg iznosa participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge.

Zabranjeno je da zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa, ili drugo pravno lice sa kojima je matična filijala, odnosno Republički fond zaključio ugovore o pružanju zdravstvene zaštite (u daljem tekstu: davalac zdravstvenih usluga) naplati drukčije iznose participacije za pružene zdravstvene usluge koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem od propisanih u skladu sa čl. 45 - 47. ovog zakona, kao i da naplati participaciju osiguranom licu koje je uplatilo najviši godišnji iznos participacije ili najviši iznos participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge.

Osigurano lice ima pravo da iz svojih sredstava, odnosno iz sredstava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvari pravo na veći sadržaj, obim i standard prava iz čl. 45. i 46. ovog zakona, koja se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, na taj način što plaća razliku od cene utvrđene u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, i stvarne cene prava iz čl. 45. i 46. ovog zakona.

Republički fond opštim aktom bliže uređuje uslove, način i postupak ostvarivanja prava iz stava 5. ovog člana za određena prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja propisana čl. 45. i 46. ovog zakona.

Opšti akt iz stava 6. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije.

Član 49

Davalac zdravstvene usluge dužan je da osiguranom licu izda račun za izvršenu zdravstvenu uslugu koji sadrži podatak o iznosu koji se obezbeđuje iz sredstava Republičkog fonda kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i iznosu participacije koju plaća osigurano lice.

Obrazac računa iz stava 1. ovog člana propisuje Republički fond.

Akt iz stava 2. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije" .

Osigurano lice dužno je da čuva sve račune o naplaćenoj participaciji u toku jedne kalendarske godine, koji služe kao dokaz u postupku utvrđivanja prava na prestanak plaćanja participacije u toku te kalendarske godine, kao i druge račune za naplaćene zdravstvene usluge radi ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Zabrana naplaćivanja zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 49a

Zabranjeno je da davalac zdravstvenih usluga, odnosno lice zaposleno kod davaoca zdravstvenih usluga, odnosno drugo lice koje obavlja određene poslove kod davalaca zdravstvenih usluga naplati zdravstvenu uslugu na koju osigurano lice ima pravo u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno da traži ili primi ili na bilo koji drugi način navede osigurano lice ili članove njegove porodice, odnosno drugo pravno ili fizičko lice, na plaćanje, odnosno davanje bilo kakve materijalne ili nematerijalne koristi za pružanje takvih usluga osiguranom licu, osim ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

Licu koje postupi u suprotnosti sa stavom 1. ovog člana poslodavac može, u skladu sa zakonom kojim se uređuje rad, da otkáže ugovor o radu, odnosno da raskine drugu vrstu ugovora na osnovu koga je to lice angažovano kod davaoca zdravstvenih usluga za obavljanje određenih poslova.

Kod davaoca zdravstvenih usluga mogu da se naplaćuju osiguranim licima, kao i drugim pravnim i fizičkim licima, samo one zdravstvene usluge koje nisu obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, kao i iznos participacije utvrđen u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Osigurana lica kojima se obezbeđuje zdravstvena zaštita u punom iznosu

Član 50

Osiguranim licima obezbeđuje se zdravstvena zaštita u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja bez plaćanja participacije, i to:

- 1) ratnim vojnim invalidima, mirnodopskim vojnim invalidima i civilnim invalidima rata;
- 2) slepim licima i trajno nepokretnim licima, kao i licima koja ostvaruju novčanu naknadu za tuđu pomoć i negu drugog lica, u skladu sa zakonom;
- 3) dobrovoljnim davaocima krvi koji su krv dali deset i više puta, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinsko-tehnička pomagala i implantate;
- 4) dobrovoljnim davaocima krvi koji su krv dali manje od deset puta, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinsko-tehnička pomagala i implantate, u roku od 12 meseci posle svakog davanja krvi.

Član 51

Osiguranicima iz člana 22. st. 1. i 4. ovog zakona obezbeđuje se zdravstvena zaštita u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja bez plaćanja participacije.

Članovima uže porodice osiguranika iz člana 22. stav 1. tač. 7) - 9) i 11) ovog zakona, kao i članovima uže porodice osiguranika iz stava 4. tog člana, obezbeđuje se zdravstvena zaštita u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja bez plaćanja participacije.

Sadržaj, obim i standard zdravstvene zaštite

Član 52

Pod sadržinom zdravstvene zaštite, u smislu ovog zakona, podrazumevaju se postupci i metodi dijagnostike, lečenja i rehabilitacije radi sprečavanja, suzbijanja, ranog otkrivanja i lečenja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, a koji su obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Pod obimom zdravstvene zaštite, u smislu ovog zakona, podrazumeva se broj i dužina trajanja postupaka i metoda dijagnostike, lečenja i rehabilitacije, kao i druge veličine kojima se može izraziti obim pojedinih sadržaja zdravstvene zaštite (sistematsko pružanje zdravstvenih usluga u određenom vremenskom periodu i dr), a koji čine sadržinu prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Pod standardima zdravstvene zaštite, u smislu ovog zakona, podrazumevaju se uslovi za korišćenje postupaka i metoda koji čine sadržinu prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući ograničenja za korišćenje i način pružanja tih zdravstvenih usluga.

Hitna medicinska pomoć i neophodna zdravstvena zaštita

Član 53

Hitna medicinska pomoć, u smislu ovog zakona, jeste neposredna - trenutna medicinska pomoć koja se pruža da bi se izbeglo dovođenje osiguranog lica u životnu opasnost, odnosno nepopravljivo ili ozbiljno slabljenje ili oštećenje njegovog zdravlja ili smrt.

Pod hitnom medicinskom pomoći, u smislu ovog zakona, smatra se i medicinska pomoć koja se pruži u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja.

Neophodna zdravstvena zaštita, u smislu ovog zakona, obuhvata zdravstvenu zaštitu koja je odgovarajuća, odnosno potrebna za dijagnostiku, odnosno lečenje bolesti ili povreda osiguranog lica, koja je u skladu sa standardima dobre medicinske prakse u zemlji i koja nije pružena, na zahtev osiguranog lica ili zdravstvenog radnika, radi stavljanja osiguranog lica u povoljniji položaj u odnosu na druga osigurana lica, odnosno radi sticanja posebnih koristi za zdravstvenu ustanovu, privatnu praksu ili zdravstvenog radnika.

Hitnu i neophodnu zdravstvenu zaštitu u postupku ostvarivanja prava osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđuju stručno-medicinski organi u postupku ostvarivanja prava.

Plan zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 54

Pravo osiguranog lica na zdravstvenu zaštitu iz čl. 34 - 45. ovog zakona utvrđuje se na osnovu plana zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji se donosi na osnovu:

- 1) zdravstvenih potreba osiguranih lica;
- 2) obezbeđenih finansijskih sredstava za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja;

3) utvrđenih prioriteta za sprovođenje zdravstvene zaštite na primarnom, sekundarnom i tercijernom nivou;

4) raspoloživih kapaciteta zdravstvene službe.

Plan iz stava 1. ovog člana Republički fond donosi za period za koji se donosi budžetski memorandum, odnosno finansijski plan Republičkog fonda, a u izuzetnim slučajevima - za jednu kalendarsku godinu, najkasnije do 31. decembra - za narednu godinu.

Ministar daje saglasnost na plan iz stava 1. ovog člana.

Plan iz stava 1. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

Nomenklatura i cene zdravstvenih usluga

Član 55

Nomenklaturu zdravstvenih usluga iz člana 45. ovog zakona utvrđuje ministar.

Republički fond donosi akt kojim se utvrđuju: cene zdravstvenih usluga, program zdravstvene zaštite, cene dijagnostički srodnih grupa zdravstvenih usluga, bolesnički dan, posete osiguranog lica zdravstvenom radniku, plaćanje po opredeljenom pacijentu, kao i drugi troškovi zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Ministar daje saglasnost na akt iz stava 2. ovog člana.

Cene, odnosno troškovi iz stava 2. ovog člana utvrđuju se na osnovu nekih od navedenih elemenata:

1) nomenklature zdravstvenih usluga;

2) normativa i standarda rada, kada je to neophodno za utvrđivanje cene, odnosno troškova;

3) troškova uloženo rada zaposlenih u pružanju zdravstvenih usluga koji se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom i zaključenim kolektivnim ugovorima, osim onih prava koja obezbeđuje poslodavac na osnovu zaključenih kolektivnih ugovora kod poslodavca;

4) analize troškova zdravstvene zaštite;

5) amortizacije propisane zakonom, odnosno drugim propisima;

6) materijalnih troškova;

7) drugih zakonskih obaveza.

Radi utvrđivanja cene, odnosno troškova iz stava 2. ovog člana Republički fond utvrđuje normative i standarde rada iz stava 4. tačka 2) ovog člana, ako isti nisu uređeni na drukčiji način.

Republički fond aktom iz stav 2. ovog člana, na osnovu metodologije za obračun troškova obrade krvi i komponenata krvi, utvrđuje troškove obrade krvi i komponenata krvi.

Akt iz st. 2. i 5. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije.

Lista čekanja

Član 56

Za određene vrste zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i koje nisu hitne može se utvrditi redosled korišćenja, u zavisnosti od medicinskih indikacija i zdravstvenog stanja osiguranog lica, kao i datuma javljanja zdravstvenoj ustanovi, s tim da vreme čekanja ne može da bude takvo da ugrozi zdravlje ili život osiguranog lica (u daljem tekstu: lista čekanja).

Republički fond donosi opšti akt kojim utvrđuje vrste zdravstvenih usluga za koje se utvrđuje lista čekanja, kao i kriterijume i standardizovane mere za procenu zdravstvenog stanja pacijenata i za stavljanje na listu čekanja, najduže vreme čekanja za zdravstvene usluge, neophodne podatke i metodologiju za formiranje liste čekanja.

Akt iz stava 2. ovog člana Republički fond donosi na osnovu stručno-metodološke instrukcije ministra.

Aktom iz stava 2. ovog člana uređuje se i način informisanja pacijenta, lekara koji je uputio pacijenta i Republičkog fonda o bitnim podacima sa liste čekanja, izmenama, dopunama, kao i brisanju osiguranih lica sa liste čekanja, nadzor nad listom čekanja, kao i način korišćenja zdravstvene zaštite mimo liste čekanja.

Davalac zdravstvenih usluga sa kojim je matična filijala, odnosno Republički fond zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja dužan je da utvrdi listu čekanja u skladu sa st. 1 - 4. ovog člana i da osiguranom licu pruži zdravstvenu uslugu u skladu sa tom listom čekanja.

Prethodno obaveštenje osiguranog lica

Član 57

Ako davalac zdravstvenih usluga sa kojim je Republički fond, odnosno matična filijala zaključila ugovor utvrdi da zdravstvena usluga nije medicinski neophodna, odnosno opravdana za zdravstveno stanje osiguranog lica, dužan je da o tome izda pismeno obaveštenje osiguranom licu, pre pružanja zdravstvene zaštite (u daljem tekstu: prethodno obaveštenje).

Prethodno obaveštenje davalac zdravstvenih usluga mora dati i osiguranom licu koga stavlja na listu čekanja, u skladu sa članom 56. ovog zakona.

Prethodno obaveštenje sadrži pismenu informaciju davaoca zdravstvenih usluga o razlozima zbog kojih zdravstvena usluga nije medicinski neophodna, odnosno opravdana za zdravstveno stanje osiguranog lica, kao i razlozima za stavljanje na listu čekanja i o utvrđenom redosledu na listi čekanja.

Ako se osiguranom licu i pored prethodnog obaveštenja iz stava 1. ovog člana zdravstvena usluga pruži na lični zahtev osiguranog lica, troškovi zdravstvene usluge padaju na teret osiguranog lica.

Pravo Republičkog fonda da odbije plaćanje određenih zdravstvenih usluga

Član 58

Republički fond ima pravo da odbije plaćanje troškova davaocima zdravstvenih usluga za pružene zdravstvene usluge, medicinsko-tehnička pomagala, lekove, medicinska sredstva, implantate, kao i za druge vrste zdravstvenih usluga koje nisu utvrđene kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno koje nisu u skladu sa sadržinom, obimom i standardom zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u posebnim okolnostima

Član 59

Ukoliko se sadržina i obim prava na zdravstvenu zaštitu obuhvaćenog obaveznim zdravstvenim osiguranjem, utvrđenih u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, ne može ostvariti usled nedovoljno ostvarenih prihoda Republičkog fonda, odnosno usled drugih posebnih okolnosti, Vlada može doneti akt kojim će se utvrditi prioriteti u obezbeđivanju i sprovođenju zdravstvene zaštite.

U budžetu Republike Srbije obezbeđuju se sredstva za lečenje obolelih od određenih vrsta retkih bolesti pod uslovom da Republički fond ne može da obezbedi dovoljan iznos sredstava za lečenje tih oboljenja od uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, kao i iz drugih izvora finansiranja u skladu sa zakonom.

Vlada, za svaku kalendarsku godinu, na predlog ministra nadležnog za poslove zdravlja, donosi akt kojim se utvrđuju vrste retkih bolesti, kao i druga pitanja od značaja za lečenje obolelih od ovih bolesti za koje se sredstva obezbeđuju u budžetu Republike Srbije.

Državna garancija za izvršenje obaveza Republičkog fonda

Član 60

Republika je garant za izvršenje obaveza Republičkog fonda u ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (državna garancija), za hitnu medicinsku pomoć i zdravstvenu zaštitu koja se pruža u stacionarnim zdravstvenim ustanovama osiguranim licima, a koja je kao prioritet utvrđena u skladu sa članom 59. ovog zakona.

Zdravstvena zaštita koja se ne obezbeđuje u obaveznom zdravstvenom osiguranju

Član 61

Osiguranim licima u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja ne obezbeđuje se zdravstvena zaštita koja obuhvata sledeće:

- 1) medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, telesnog oštećenja i invalidnosti u postupcima kod nadležnog organa, osim ispitivanja po uputu stručno-medicinskog organa u postupku ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja, odnosno radi ostvarivanja određenih prava kod drugih organa i organizacija;
- 2) zdravstveni pregledi radi upisa u srednje škole, visokoškolske ustanove i na kurseve, dobijanje uverenja o zdravstvenoj sposobnosti za zasnivanje radnog odnosa, odnosno dobijanje drugih dozvola za rad, za bavljenje rekreacijom i sportom;
- 3) utvrđivanje zdravstvenog stanja osiguranog lica po zahtevu drugih organa, odnosno koje se ne ostvaruje po zahtevu stručno-medicinskih organa u postupku u skladu sa ovim zakonom (kod osiguravajućih društava, sudova, u krivičnom i prekrivičnom postupku, kod izdavanja potvrda za vozače motornih vozila, utvrđivanja zdravstvene sposobnosti po predlogu poslodavca, mera u vezi sa zaštitom na radu itd.), ako ovim zakonom nije drukčije određeno;
- 4) obaveza poslodavca da iz svojih sredstava obezbedi specifičnu zdravstvenu zaštitu zaposlenih, kao društvenu brigu za zdravlje na nivou poslodavca u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita;
- 5) korišćenje zdravstvene zaštite u suprotnosti sa načinom i postupkom ostvarivanja zdravstvene zaštite koji je propisan ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona;
- 6) lični komfor i posebna udobnost smeštaja i lične nege u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno smeštaj u jednokrevetnu ili dvokrevetnu bolničku sobu sa posebnim kupatilom, kao i televizorom, telefonom i drugim vanstandardnim uslovima smeštaja, a koji nije medicinski neophodan ili se vrši na lični zahtev;
- 7) zdravstvena zaštita koja je povezana sa lečenjem akutnog pijanstva;
- 8) kozmetičke hirurške procedure koje imaju za cilj da poboljšaju spoljašnji izgled bez uspostavljanja i vraćanja telesne funkcije, kao i vršenje hirurških estetskih korekcija organa i delova tela, osim za: korekcije urođenih anomalija koje prouzrokuju funkcionalne smetnje, estetske rekonstrukcije dojke koje su nastale nakon mastektomije i estetske korekcije nakon teških povreda, odnosno bolesti koje su neophodne za uspostavljanje bitnih funkcija organa i delova tela;
- 9) prekid trudnoće iz nemedicinskih razloga;
- 10) neobavezne imunizacije i imunizacije koje su vezane za putovanje u inostranstvo ili za obavljanje određenog posla;
- 11) stomatološke usluge koje nisu utvrđene kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona;
- 12) dijagnostika i lečenje seksualne disfunkcije ili seksualne neadekvatnosti, uključujući impotenciju, zdravstvene usluge, lekove i medicinsko-tehnička pomagala koja su vezana za promenu pola, osim ako ovim zakonom nije drukčije određeno i reverzija prethodne dobrovoljne hirurške sterilizacije;

13) hirurški ili invazivni tretman (uključujući gastični balon) koji se odnosi na redukciju telesne težine, osim ako su medicinski neophodni, dijetetski saveti i program gubitka telesne težine kod lica starijih od 15 godina života, izuzev predlaganja dijetetske ishrane kod novootkrivenih bolesnika sa šećernom bolešću i bolesnika sa terminalnom bubrežnom insuficijencijom;

14) metodi i postupci alternativne, komplementarne ili tradicionalne medicine;

15) lekovi koji nisu na Listi lekova (osim lekova iz člana 43. stav 2. ovog zakona), odnosno lekovi koji se izdaju bez recepta, profilaktički lekovi i lekovi koji služe za promenu atletskih mogućnosti, lekovi koji se daju u svrhu kozmetike, za prestanak pušenja, gubitak telesne težine, kao i suplementi hrane za specifične dijete osim za lečenje naslednih metaboličkih bolesti i bolesti praćenih malapsorpcijom;

16) dijagnostika i lečenje koji su u fazi istraživanja, odnosno eksperimenta, lečenje uz primenu lekova i medicinskih sredstava koji su u fazi kliničkih ispitivanja, dijagnostika, lečenje i rehabilitacija, lekovi i medicinsko-tehnička pomagala koji nisu pruženi u skladu sa prihvaćenim standardima medicinske, stomatološke i farmaceutske prakse;

17) pregledi i lečenja profesionalnih i amaterskih sportista koji nisu utvrđeni kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno programi medicine sporta koji imaju za cilj poboljšanje sportske sposobnosti;

18) radijalna keratotomija ili bilo koja druga hirurška procedura za poboljšanje vida, u slučaju kada se vid može adekvatno poboljšati korišćenjem naočara ili kontaktnih sočiva;

19) sanitetski prevoz u slučaju kada osigurano lice može da bude bezbedno transportovano na drugi adekvatan način, i hitan vazdušni saobraćaj u slučaju kada osigurano lice može biti sigurno transportovano drumskim ili drugim prevozom;

20) hidroterapija, terapija hipnozom, elektrohipnoza, elektroslip terapija, elektronarkoza i narkosinteza;

21) psihološko savetovanje koje se odnosi na promenu ponašanja, tretman loših porodičnih i radnih odnosa i nesposobnost pamćenja i učenja;

22) dugotrajna nega i kućna nega, kao i nega u zdravstvenoj ustanovi i ustanovi socijalne zaštite koja se prevashodno pruža s ciljem uobičajene lične nege i oporavka, odnosno radi staranja i pomoći pri dnevnim životnim aktivnostima, kao što su pomoć pri hodu, smeštanje i ustajanje iz kreveta, kupanje, oblačenje, spremanje hrane, nadzor nad uzimanjem lekova, i koja nema za cilj dijagnostiku, terapiju ili rehabilitaciju zbog bolesti ili povrede;

23) medicinsko-tehnička pomagala i implantati koji su preko standarda funkcionalnosti koji je medicinski neophodan za tretman bolesti ili povrede;

24) lečenje komplikacija koje su posledica zdravstvenih usluga koje se ne obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom;

25) druge vrste zdravstvenih usluga koje nisu utvrđene kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda.

Usluge iz stava 1. ovog člana plaća osigurano lice iz svojih sredstava, po cenama koje utvrđuje davalac zdravstvene usluge.

Korišćenje zdravstvene zaštite osiguranih lica u inostranstvu

Član 62

Osiguranik iz člana 17. ovog zakona koga je poslodavac uputio na rad, stručno usavršavanje ili školovanje u zemlju sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ima pravo na korišćenje zdravstvene zaštite na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zaključenim međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju.

Osiguranik iz stava 1. ovog člana koristi zdravstvenu zaštitu u inostranstvu u sadržaju, obimu, na način i po postupku propisanim ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, kao i zaključenim međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju.

Član uže porodice osiguranika iz stava 1. ovog člana koji boravi sa osiguranikom u inostranstvu koristi zdravstvenu zaštitu pod istim uslovima pod kojima zdravstvenu zaštitu koristi i osiguranik iz stava 1. ovog člana.

Član 63

Osiguranik, koji je od strane poslodavca sa sedištem na teritoriji Republike, upućen u zemlju sa kojom nije zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju, ima pravo na korišćenje zdravstvene zaštite na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako je:

- 1) kao zaposlen u domaćem ili mešovitom privrednom društvu, ustanovi, drugoj organizaciji ili kod preduzetnika (detaširani radnici) upućen na rad;
- 2) kao zaposlen u domaćinstvu domaćeg državljanina na službi u toj zemlji, kod međunarodnih i stranih organizacija, odnosno poslodavaca, upućen na rad;
- 3) upućen na školovanje, stručno usavršavanje i specijalizaciju;
- 4) na službenom putu.

Lica iz stava 1. ovog člana za vreme boravka u inostranstvu imaju pravo na korišćenje zdravstvene zaštite samo u slučaju hitne medicinske pomoći kako bi se otklonila neposredna opasnost po život i zdravlje osiguranog lica.

Pravo na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, pod istim uslovima kao i osiguranik iz stava 1. ovog člana, imaju članovi uže porodice dok sa osiguranikom borave u inostranstvu, osim u slučaju službenog putovanja osiguranika.

Član 64

Osigurano lice za vreme privatnog boravka u inostranstvu (turističko putovanje i dr.) ima pravo na korišćenje zdravstvene zaštite na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja samo u slučaju hitne medicinske pomoći kako bi se otklonila neposredna opasnost po život i zdravlje osiguranog lica.

Član 65

Pravo na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, ima osigurano lice ako je pre njegovog odlaska u inostranstvo utvrđeno da ne boluje, odnosno da nije bolovalo od akutnih ili hroničnih bolesti u akutnoj fazi, u poslednjih 12 meseci, za koje je potrebno duže ili stalno lečenje, odnosno da se osigurano lice ne nalazi u stanju koje bi ubrzo po dolasku u inostranstvo zahtevalo duže lečenje, odnosno smeštaj u stacionarnu zdravstvenu ustanovu, uključujući trudnoću i druge zdravstvene usluge.

Zdravstveno stanje iz stava 1. ovog člana utvrđuje prvostepena lekarska komisija matične filijale, a filijala izdaje potvrdu o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu (u daljem tekstu: potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite).

Potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite izdaje se na osnovu nalaza i mišljenja izabranog lekara da osigurano lice ne boluje, odnosno da nije bolovalo od akutnih ili hroničnih bolesti u akutnoj fazi u poslednjih 12 meseci, za koje je potrebno duže ili stalno lečenje, odnosno da se osigurano lice ne nalazi u stanju koje bi ubrzo po dolasku u inostranstvo zahtevalo duže lečenje, odnosno smeštaj u stacionarnu zdravstvenu ustanovu, uključujući trudnoću i druge zdravstvene usluge.

Radi izdavanja potvrde o korišćenju zdravstvene zaštite, prvostepena lekarska komisija može naložiti da osigurano lice izvrši određene vrste medicinskih pregleda s ciljem utvrđivanja zdravstvenog stanja osiguranog lica.

Davanje nalaza i mišljenja izabranog lekara, odnosno utvrđivanje zdravstvenog stanja od strane prvostepene lekarske komisije, odnosno izdavanje potvrde o korišćenju zdravstvene zaštite, obezbeđuje se osiguranom licu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite izdaje se na osnovu neposrednog pregleda osiguranog lica od strane izabranog lekara, kao i na osnovu medicinske dokumentacije, i to: uvida u zdravstveni karton, uvida u izvod zdravstvenog kartona, nalaza i mišljenja izabranog lekara da osigurano lice ne boluje i da nije bolovalo od akutnih ili hroničnih bolesti u akutnoj fazi, u poslednjih 12 meseci, za koje je potrebno duže ili stalno lečenje, odnosno da se osigurano lice ne nalazi u stanju koje bi ubrzo po dolasku u inostranstvo zahtevalo duže lečenje, odnosno smeštaj u stacionarnu zdravstvenu ustanovu, uključujući trudnoću i druge zdravstvene usluge, kao i potvrde izabranog lekara - stomatologa o stanju zuba.

Matična filijala izdaje potvrdu o korišćenju zdravstvene zaštite na obrascu koji propisuje Republički fond, a na kojem je odštampano i detaljno objašnjenje o načinu, postupku i uslovima za korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu.

Član 66

Potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite važi do isteka vremena za koje je izdata, a najduže za period od 12 meseci od dana izdavanja, odnosno za kraći period za koji je osiguranik upućen u inostranstvo, i ne može se izdati osiguranom licu ukoliko prvostepena lekarska komisija utvrdi da postoje smetnje u pogledu zdravstvenog stanja osiguranog lica.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite za vreme privatnog boravka u inostranstvu iz člana 64. ovog zakona izdaje se najduže za period od 90 dana od dana izdavanja potvrde.

Član 67

Osigurano lice koje je boravilo u inostranstvu bez prethodno utvrđenog zdravstvenog stanja od strane prvostepene lekarske komisije, odnosno bez prethodno izdate potvrde o korišćenju zdravstvene zaštite, nema pravo na naknadu troškova koji su nastali korišćenjem hitne medicinske pomoći za vreme boravka u inostranstvu.

Član 68

Ukoliko osigurano lice za vreme boravka u inostranstvu koristi hitnu medicinsku pomoć u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, može je koristiti u inostranstvu samo onoliko vremena koliko je potrebno da se osposobi za zdravstveno bezbedan povratak u zemlju.

Opravdanost bolničkog lečenja iz stava 1. ovog člana ceni prvostepena lekarska komisija matične filijale.

Član 69

Za vreme boravka u inostranstvu osigurano lice može koristiti zdravstvenu zaštitu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja samo u zdravstvenim ustanovama koje su u sistemu javnog zdravlja strane države.

Član 70

Opravdanost privremene sprečenosti za rad osiguranika, koja je nastupila prilikom privremenog boravka u inostranstvu, u zemlji sa kojom nije zaključen sporazum o socijalnom osiguranju, ceni lekarska komisija matične filijale na predlog izabranog lekara po zahtevu osiguranika i priložene medicinske dokumentacije, od prvog dana te sprečenosti.

Član 71

Osigurana lica ostvaruju u inostranstvu pravo na nabavku medicinsko-tehničkih pomagala, kao i implantata, koji su neophodni u slučaju hitne medicinske pomoći, na način na koji to pravo ostvaruju osiguranici u zemlji, po prethodno dobijenom odobrenju lekarske komisije matične filijale.

Pravo iz stava 1. ovog člana ostvaruje se na osnovu priložene medicinske dokumentacije koju zahteva lekarska komisija, kao i predračuna i specifikacije troškova.

Iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja nadoknađuju se troškovi za ostvarivanje prava iz st. 1. i 2. ovog člana najviše do iznosa troškova za korišćenje tih prava u zemlji, pod uslovima propisanim ovim zakonom.

Upućivanje na lečenje u inostranstvo

Član 72

Osiguranom licu može se izuzetno odobriti lečenje u inostranstvu, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, za lečenje oboljenja, stanja ili povrede koji se ne mogu uspešno lečiti u Republici, a u zemlji u koju se osigurano lice upućuje postoji mogućnost za uspešno lečenje tog oboljenja, stanja ili povrede.

Republički fond donosi opšti akt kojim bliže uređuje uslove, način i postupak, kao i vrste oboljenja, stanja ili povreda za koje se može odobriti lečenje u inostranstvu.

Vlada daje saglasnost na akt iz stava 2. ovog člana.

Akt iz stava 2. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

3. Pravo na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad

Slučajevi i uslovi za sticanje prava na naknadu zarade

Član 73

Pravo na naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja imaju osiguranici:

- 1) zaposleni iz člana 17. stav 1. tač. 1) - 7) ovog zakona;
- 2) preduzetnici iz člana 17. stav 1. tačka 18) ovog zakona;
- 3) sveštenici i verski službenici iz člana 17. stav 1. tačka 20) ovog zakona.

Član 74

Naknada zarade za vreme privremene sprečenosti za rad pripada osiguranicima iz člana 73. ovog zakona, ako je zdravstveno stanje osiguranika, odnosno člana njegove uže porodice takvo da je osiguranik sprečen za rad iz razloga propisanih ovim zakonom, bez obzira na isplatioća naknade zarade, i to ako je:

- 1) privremeno sprečen za rad usled bolesti ili povrede van rada;
- 2) privremeno sprečen za rad usled profesionalne bolesti ili povrede na radu;
- 3) privremeno sprečen za rad zbog bolesti ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće;
- 4) privremeno sprečen za rad zbog propisane mere obavezne izolacije kao kliconoše ili zbog pojave zaraznih bolesti u njegovoj okolini;
- 5) privremeno sprečen za rad zbog nege bolesnog člana uže porodice, pod uslovima utvrđenim ovim zakonom;
- 6) privremeno sprečeni za rad zbog dobrovoljnog davanja organa i tkiva, izuzev dobrovoljnog davanja krvi;
- 7) privremeno sprečen za rad jer je određen za pratioca bolesnog osiguranog lica upućenog na lečenje ili lekarski pregled u drugo mesto, odnosno dok boravi kao

pratilac u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda.

Dužinu privremene sprečenosti za rad ocenjuje stručno-medicinski organ Republičkog fonda, odnosno matične filijale na osnovu medicinsko-doktrinarnih standarda za utvrđivanje privremene sprečenosti za rad.

Medicinsko-doktrinarne standarde iz stava 2. ovog člana utvrđuje Republički fond na osnovu predloga republičkih stručnih komisija za određene vrste bolesti.

Zabranjeno je da izabrani lekar ili član stručno-medicinskog organa Republičkog fonda, odnosno matične filijale utvrdi da kod osiguranika postoji privremena sprečenost za rad ako nisu ispunjeni uslovi iz stava 1. tač. 1) - 7) ovog člana.

Član 75

Osiguraniku koji u momentu nastupanja privremene sprečenosti za rad nema prethodno osiguranje iz člana 32. ovog zakona, pripada pravo na naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u visini minimalne zarade utvrđene u skladu sa propisima o radu za mesec za koji se naknada zarade isplaćuje.

Danom sticanja uslova u pogledu prethodnog osiguranja, kao i ostvarivanja zarade koja predstavlja osnov za obračun naknade zarade, u skladu sa ovim zakonom, osiguraniku pripada naknada zarade koja se obračunava i isplaćuje pod uslovima propisanim ovim zakonom.

Povezivanje privremene sprečenosti za rad

Član 76

U slučaju da je osiguranik privremeno sprečen za rad iz jednog od razloga iz člana 74. stav 1. ovog zakona, a zatim bez prekida (naredni dan) bude sprečen za rad iz drugog razloga privremene sprečenosti za rad iz člana 74. stav 1. ovog zakona, dani privremene sprečenosti za rad osiguranika ne povezuju se u pogledu osnova, visine i isplatioca naknade zarade.

U slučaju da je osiguranik privremeno sprečen za rad zbog jedne bolesti ili povrede, a narednog dana (bez prekida), odnosno najduže u roku od šest dana od poslednjeg dana prethodne sprečenosti za rad, bude sprečen za rad zbog iste ili druge bolesti ili povrede, dani sprečenosti za rad povezuju se u pogledu osnova, visine i isplatioca naknade zarade.

U slučaju da je osiguranik privremeno sprečen za rad zbog iste ili dve različite bolesti, odnosno povrede, sa prekidom između sprečenosti za rad koji je duži od šest dana od poslednjeg dana prethodne sprečenosti za rad, dani sprečenosti za rad ne povezuju se u pogledu osnova, visine i isplatioca naknade zarade.

U slučaju iz stava 2. ovog člana izabrani lekar dužan je da osiguranika uputi na prvostepenu lekarsku komisiju po isteku 30. dana ukupne sprečenosti za rad.

U slučaju iz stava 3. ovog člana izabrani lekar dužan je da osiguranika uputi na prvostepenu lekarsku komisiju ako je osiguranik bio sprečen za rad u ukupnom trajanju od 30 dana u periodu od 45 dana od dana prve sprečenosti za rad.

Dužina korišćenja prava na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad

Član 77

Sprečenost za rad osiguranika nastupa danom kada izabrani lekar ustanovi da osiguranik nije sposoban za obavljanje svog rada zbog bolesti ili povrede, odnosno danom kada izabrani lekar ustanovi potrebu za negu člana uže porodice osiguranika ili kada ustanovi drugi propisani razlog za privremenu sprečenost za rad osiguranika.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, izabrani lekar može da oceni privremenu sprečenost za rad osiguranika i za period pre prvog javljanja osiguranika na pregled, odnosno javljanja osiguranika izabranom lekaru, ali najviše za tri dana unazad od dana kada se osiguranik javio izabranom lekaru.

Ako je osiguranik bio na stacionarnom lečenju ili ako je privremena sprečenost za rad nastala za vreme njegovog boravka u inostranstvu, kao i u drugim opravdanim slučajevima u kojima osiguranik nije mogao da dođe kod izabranog lekara, odnosno nije mogao da ga obavesti o razlozima za sprečenost za rad, po predlogu izabranog lekara, lekarska komisija može dati ocenu o sprečenosti za rad osiguranika za period duži od tri dana pre javljanja izabranom lekaru.

Član 78

Izabrani lekar, odnosno lekarska komisija određuje privremenu sprečenost za rad osiguranika datumom početka privremene sprečenosti za rad i datumom završetka privremene sprečenosti za rad.

Pravo na naknadu za vreme privremene sprečenosti za rad osiguranika može trajati do otklanjanja uzroka sprečenosti za rad, u zavisnosti od vrste i uzroka bolesti, odnosno povrede, u skladu sa ovim zakonom.

Pravo na naknadu zarade pripada od prvog dana sprečenosti za rad i za sve vreme njenog trajanja, ali samo za vreme trajanja radnog odnosa za koje bi osiguranik primao zaradu, u skladu sa propisima o radu, odnosno za vreme za koje bi obavljao delatnost kao preduzetnik da nije nastupila privremena sprečenost za rad.

Izuzetno od stava 3. ovog člana, ako je privremena sprečenost za rad nastala kao posledica povrede na radu ili profesionalne bolesti, naknada zarade pripada osiguraniku od prvog dana sprečenosti i za sve vreme njenog trajanja, kao i posle prestanka radnog odnosa osiguranika, do prestanka uzroka privremene sprečenosti za rad po oceni izabranog lekara, odnosno lekarske komisije.

Član 79

Osiguraniku iz člana 73. ovog zakona pripada naknada zarade zbog nege obolelog člana uže porodice mlađeg od sedam godina života ili starijeg člana uže porodice koji je teško telesno ili duševno ometen u razvoju, u svakom pojedinačnom slučaju bolesti najduže do 15 dana, a ako je oboleli, odnosno povređeni član uže porodice stariji od sedam godina života, najduže do sedam dana.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, kada postoje opravdani razlozi koji se odnose na zdravstveno stanje člana uže porodice, prvostepena lekarska komisija može produžiti

trajanje privremene sprečenosti za rad zbog nege člana uže porodice, najduže do 30 dana za negu deteta mlađeg od sedam godina života ili starijeg člana uže porodice koji je teško telesno ili duševno ometen u razvoju, odnosno do 14 dana za negu člana uže porodice koji je stariji od sedam godina života.

U slučaju teškog oštećenja zdravstvenog stanja deteta do navršenih 18 godina života zbog teškog oštećenja moždanih struktura, maligne bolesti, ili drugog teškog pogoršanja zdravstvenog stanja deteta, drugostepena lekarska komisija može, na predlog zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu delatnost na tercijernom nivou u kojoj se dete leči, kao i uputa izabranog lekara, produžiti pravo na naknadu zarade zbog nege člana uže porodice do četiri meseca.

Član 80

Naknada zarade zbog nege deteta pripada osiguraniku ako su oba roditelja zaposlena, odnosno ako oba roditelja obavljaju delatnost kao preduzetnik na osnovu koje su osigurani, ili ako dete ima samo jednog roditelja ili ako jedan od roditelja nije zaposlen, odnosno ne obavlja delatnost kao preduzetnik, ali je iz zdravstvenih razloga nesposoban da neguje obolelo dete.

Obavezno upućivanje osiguranika na ocenu radne sposobnosti pred nadležnim penzijsko-invalidskim organom

Član 81

Izabrani lekar, odnosno lekarska komisija, bez obzira na dužinu trajanja i uzrok privremene sprečenosti za rad osiguranika, dužan je da osiguranika bez odlaganja uputi nadležnom organu za ocenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju (u daljem tekstu: invalidska komisija) ako oceni da zdravstveno stanje osiguranika ukazuje na gubitak radne sposobnosti, odnosno da se ne očekuje poboljšanje zdravstvenog stanja osiguranika koje bi mu omogućilo vraćanje radne sposobnosti.

U slučaju dužeg trajanja sprečenosti za rad prouzrokovane bolešću ili povredom, a najkasnije po isteku šest meseci neprekidne sprečenosti za rad, odnosno ako je osiguranik u poslednjih 18 meseci bio sprečen za rad 12 meseci sa prekidima, izabrani lekar, odnosno lekarska komisija, dužna je da osiguranika sa potrebnom medicinskom dokumentacijom uputi na invalidsku komisiju radi utvrđivanja gubitka radne sposobnosti.

Član 82

Kada je osiguranik u toku privremene sprečenosti za rad upućen na invalidsku komisiju iz člana 81. ovog zakona, ima pravo na naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja najduže 60 dana od dana podnošenja zahteva za pokretanje postupka pred nadležnom organizacijom za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje.

Organizacija nadležna za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje dužna je da u roku iz stava 1. ovog člana, za osiguranike koji su upućeni na utvrđivanje gubitka radne sposobnosti u skladu sa članom 81. ovog zakona, utvrdi da li postoji ili ne postoji potpuni gubitak radne sposobnosti, u skladu sa propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Ako organizacija nadležna za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje ne donese rešenje iz stava 2. ovog člana, u roku od 60 dana od dana podnošenja zahteva za pokretanje postupka u skladu sa članom 81. ovog zakona, osiguranik, počev od 61-og dana ima pravo na naknadu zarade koju obezbeđuje nadležna organizacija za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje iz svojih sredstava.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, ukoliko se potpuni gubitak radne sposobnosti utvrdi pre isteka roka od 60 dana od dana podnošenja zahteva, naknada zarade do dana utvrđivanja potpunog gubitka radne sposobnosti pada na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, a posle toga dana na teret sredstava nadležne organizacije za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje.

Potraživanje isplaćene naknade zarade od nadležne organizacije za penzijsko i invalidsko osiguranje dospeva isplatom naknade zarade osiguraniku, a povraćaj isplaćene naknade vrši se prema odredbama zakona kojim se uređuju obligacioni odnosi.

Član 83

Za sve vreme trajanja privremene sprečenosti za rad, osiguraniku koji je upućen na invalidsku komisiju, u skladu sa ovim zakonom, bez obzira na isplatioca naknade zarade, privremenu sprečenost za rad na svakih 30 dana sprečenosti za rad ceni lekarska komisija, po predlogu izabranog lekara, na način i po postupku koji je uređen ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, a do dana dobijanja rešenja iz člana 82. ovog zakona.

Član 84

Nadležna organizacija za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje dužna je da matičnoj filijali, odnosno Republičkom fondu odmah dostavi rešenje kojim je utvrđen potpuni gubitak radne sposobnosti osiguranika, odnosno rešenje da ne postoji potpuni gubitak radne sposobnosti, a najkasnije u roku od 15 dana od dana pravnosnažnosti rešenja.

Osiguranik ima pravo na naknadu zarade do dana dostavljanja pravnosnažnog rešenja iz stava 1. ovog člana.

Odnosi između Republičkog fonda i nadležne organizacije za penzijsko i invalidsko osiguranje o pitanjima u vezi sa upućivanjem osiguranika na ocenu radne sposobnosti, isplatom naknade zarade i drugim pitanjima od zajedničkog interesa, uređuju se ugovorom.

Slučajevi u kojima ne pripada pravo na naknadu zarade

Član 85

Osiguraniku privremeno sprečenom za rad u skladu sa ovim zakonom ne pripada pravo na naknadu zarade, bez obzira na isplatioca:

- 1) ako je namerno prouzrokovao nesposobnost za rad;
- 2) ako je nesposobnost za rad prouzrokovana akutnim pijanstvom ili upotrebom psihotropnih supstanci;

- 3) ako je namerno sprečavao ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad;
- 4) ako se bez opravdanog razloga ne podvrgne lečenju, osim ako za lečenje nije potreban pristanak predviđen zakonom;
- 5) ako se bez opravdanog razloga ne javi izabranom lekaru za ocenu privremene sprečenosti za rad ili se ne odazove na poziv lekarske komisije, u roku od tri dana od dana nastanka privremene sprečenosti za rad, odnosno od dana dobijanja poziva za izlazak na lekarsku komisiju, odnosno od prestanka okolnosti koje su ga u tome sprečavale;
- 6) ako se za vreme privremene sprečenosti za rad bavi privrednom ili drugom aktivnošću kojom ostvaruje prihode;
- 7) ako bez dozvole stručno-medicinskog organa matične filijale, odnosno Republičkog fonda otputuje iz mesta prebivališta, odnosno boravišta ili ako izabrani lekar, odnosno organ nadležan za kontrolu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, utvrdi da ne postupa po uputstvu za lečenje;
- 8) ako prima naknadu zarade po drugim propisima;
- 9) ako zloupotrebi pravo na korišćenje odsustvovanja sa rada zbog privremene sprečenosti za rad na neki drugi način.

Osiguraniku ne pripada naknada zarade od dana kada su utvrđene okolnosti iz stava 1. ovog člana, za sve vreme dok traju te okolnosti ili njihove posledice.

Naknada zarade ne pripada licima na izdržavanju kazne zatvora i licima prema kojima se sprovodi mera bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi i obaveznog lečenja alkoholičara i narkomana u zdravstvenoj ustanovi.

Ako se činjenice iz stava 1. ovog člana utvrde posle započinjanja sa korišćenjem prava na naknadu zarade, odnosno posle ostvarivanja prava na naknadu zarade, isplata naknade se obustavlja, odnosno isplatilac naknade ima pravo na povraćaj isplaćenih sredstava.

Član 86

Osiguraniku iz člana 17. stav 1. tačka 18) ovog zakona ne pripada naknada zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ako za vreme privremene sprečenosti za rad nije privremeno odjavio obavljanje delatnosti, bez obzira ko je isplatilac naknade.

U slučaju iz stava 1. ovog člana osiguraniku koji zapošljava jednog ili više radnika pripada 50% od naknade zarade koja bi mu pripadala da je odjavio radnju.

Osnov za naknadu zarade

Član 87

Osnov za naknadu zarade za osiguranike zaposlene iz člana 73. tačka 1) ovog zakona, koju isplaćuje poslodavac iz svojih sredstava, utvrđuje se u skladu sa propisima o radu.

Član 88

Osnov za obračun naknade zarade (u daljem tekstu: osnov za naknadu zarade) koja se isplaćuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, za osiguranike iz člana 73. tačka 1) ovog zakona, čini prosečna zarada koju je osiguranik ostvario u prethodna tri meseca pre meseca u kojem je nastupila privremena sprečenost za rad.

Zaradu u smislu stava 1. ovog člana čini zarada za obavljeni rad i vreme provedeno na radu, utvrđena u skladu sa propisima o radu, i to:

- 1) osnovna zarada zaposlenog;
- 2) uvećana zarada po osnovu vremena provedenog na radu za svaku punu godinu rada ostvarenu u radnom odnosu.

Za sve vreme isplate naknade zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, za osiguranika koji ima prethodno osiguranje, osnov za naknadu utvrđuje se u skladu sa stavom 1. ovog člana.

Za osiguranika koji ne ispunjava uslov u pogledu prethodnog osiguranja u momentu početka korišćenja prava na naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, osnov za naknadu zarade utvrđuje se u skladu sa stavom 1. ovog člana, od momenta ispunjenja uslova u pogledu prethodnog osiguranja, kao i ostvarivanja zarade iz stava 2. ovog člana.

Član 89

Osnov za naknadu zarade za svaki pojedinačni mesec koji ulazi u iznos prosečne zarade iz člana 88. ovog zakona, ne može biti viši od najviše mesečne osnovice na koju se plaća doprinos za mesec koji ulazi u prosečan iznos zarade, u skladu sa zakonom kojim se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje.

Najviši osnov za naknadu zarade čini zbir najviših mesečnih osnovica na koje se plaća doprinos za svaki od tri meseca koji ulaze u prosečan iznos zarade.

Ako osiguranik koji ispunjava uslov u pogledu prethodnog osiguranja nije ostvario zaradu u tri kalendarska meseca koja prethode mesecu u kojem je nastupila privremena sprečenost za rad, osnov za naknadu zarade čini prosečan iznos zarade iz člana 88. stav 2. ovog zakona za vreme za koje je osiguranik ostvario zaradu, uz ograničenje najvišeg osnova za naknadu iz stava 2. ovog člana.

Ako osiguranik koji ispunjava uslov u pogledu prethodnog osiguranja nije ostvario zaradu ni u jednom od tri meseca koja prethode mesecu pre nastupanja privremene sprečenosti za rad, osnov za naknadu zarade čini zarada koju bi osiguranik ostvario u skladu sa članom 88. stav 2. ovog zakona, u mesecu za koji se isplaćuje naknada zarade, da nije nastupila privremena sprečenost za rad.

Član 90

Osnov za naknadu zarade za osiguranike iz člana 73. tač. 2) i 3) ovog zakona, koji ispunjavaju uslov u pogledu prethodnog osiguranja, čini prosečna mesečna osnovica na koju je plaćen doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa zakonom, utvrđena u kalendarskom tromesečju koje prethodi tromesečju u kojem je nastupio slučaj po kojem se stiče pravo na naknadu zarade, a ako je u prethodnom tromesečju po tom osnovu osiguranja bio osiguran kraće, osnov za naknadu zarade čini osnovica na koju je plaćen doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje, utvrđena prema vremenu za koje je bio osiguran u prethodnom tromesečju.

Ako osiguranik iz stava 1. ovog člana u prethodnom tromesečju nije obavljao delatnost preduzetnika, odnosno versku funkciju, osnov za naknadu zarade čini osnovica iz stava 1. ovog člana utvrđena za tekuće kalendarsko tromesečje.

Član 91

Osiguraniku koji je pre nastupanja privremene sprečenosti za rad, odnosno u periodu iz kojeg se utvrđuje osnov za naknadu zarade, radio kod dva ili više poslodavaca ili ako je kao preduzetnik obavljao delatnost i radio kod poslodavca, osnov za naknadu zarade se utvrđuje prema ukupnom zbiru osnova za naknadu zarade iz čl. 88. i 90. ovog zakona, a koji ne može biti veći od najvišeg osnova za naknadu zarade iz člana 89. stav 2. ovog zakona.

Usklađivanje osnova za naknadu zarade

Član 92

Kada osiguranik iz člana 73. tačka 1) ovog zakona prima naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja duže od dva kalendarska meseca, ima pravo na usklađivanje osnova za naknadu zarade.

Usklađivanje osnova za naknadu zarade vrši se od prvog dana narednog kalendarskog meseca po isteku drugog kalendarskog meseca neprekidne sprečenosti za rad.

Osnov za naknadu zarade iz stava 1. ovog člana usklađuje se sa kretanjem zarada kod poslodavca u mesecu koji prethodi mesecu od kojeg osiguraniku pripada pravo na usklađivanje osnova za naknadu zarade (prvo usklađivanje osnova za naknadu zarade).

Svako naredno usklađivanje osnova za naknadu zarade vrši se mesečno prema kretanju zarada kod poslodavca.

Član 93

Kada osiguranik iz člana 73. tač. 2) i 3) ovog zakona prima naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja duže od dva kalendarska meseca, ima pravo na usklađivanje osnova za naknadu zarade.

Usklađivanje osnova za naknadu zarade vrši se od prvog dana narednog kalendarskog meseca po isteku drugog kalendarskog meseca neprekidne sprečenosti za rad.

Osnov za naknadu zarade iz stava 1. ovog člana usklađuje se sa kretanjem prosečne mesečne zarade po zaposlenom na teritoriji Republike prema poslednjem objavljenom podatku republičkog organa nadležnog za poslove statistike, u mesecu koji prethodi mesecu od kojeg osiguraniku pripada pravo na usklađivanje osnova za naknadu zarade (prvo usklađivanje osnova za naknadu zarade).

Svako naredno usklađivanje osnova za naknadu zarade vrši se mesečno prema kretanju prosečne mesečne zarade po zaposlenom na teritoriji Republike prema poslednjem objavljenom podatku republičkog organa nadležnog za poslove statistike.

Član 94

Usklađeni iznos osnova za naknadu zarade iz čl. 92. i 93. ovog zakona ne može biti veći od najvišeg osnova za naknadu zarade iz člana 89. stav 2. ovog zakona.

Visina naknade zarade

Član 95

Visina naknade zarade koju obezbeđuje poslodavac za prvih 30 dana sprečenosti za rad osiguranika iz svojih sredstava u slučajevima iz člana 74. stav 1. ovog zakona, utvrđuju se u skladu sa propisima o radu i ovim zakonom.

Član 96

Visina naknada zarade koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i iz sredstava poslodavaca u slučajevima iz člana 74. stav 1. tač. 1), 3), 4), 5) i 7) ovog zakona iznosi 65% od osnova za naknadu zarade.

Visina naknade zarade koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i iz sredstava poslodavca, u slučajevima iz člana 74. stav 1. tač. 2) i 6) ovog zakona iznosi 100% od osnova za naknadu zarade.

Član 97

Visina naknade zarade koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ne može biti niža od minimalne zarade utvrđene u skladu sa propisima o radu za mesec za koji se vrši obračun naknade zarade, niti viša od 65%, odnosno 100% najvišeg osnova za naknadu zarade utvrđenog u skladu sa ovim zakonom.

Član 98

Osiguranik ima pravo na naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u visini minimalne zarade utvrđene za mesec u kojem se vrši isplata naknade zarade, u skladu sa propisima o radu, za vreme dok njegov poslodavac ne vrši isplatu zarada zaposlenima, a obračunava i uplaćuje doprinos - ali ne duže od tri meseca.

Ako poslodavac naknadno isplati zaradu zaposlenima, osiguranik iz stava 1. ovog člana ima pravo na preračun naknade zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima propisanim ovim zakonom.

Naknada zarade u posebnim slučajevima

Član 99

Kada stručno-medicinski organ matične filijale, odnosno Republičkog fonda u toku lečenja osiguranika koji prima naknadu zarade, utvrdi da je njegovo zdravstveno stanje poboljšano i da bi rad za osiguranika bio koristan za brže uspostavljanje pune radne sposobnosti, može odrediti da zaposleni određeno vreme radi sa skraćenim radnim vremenom kod poslodavca, a najmanje četiri časa dnevno.

Rad sa skraćenim radnim vremenom iz stava 1. ovog člana može trajati najduže tri meseca neprekidno ili sa prekidima u toku dvanaest meseci od dana početka rada sa skraćenim radnim vremenom.

Poslodavac kod koga je zaposleni u radnom odnosu dužan je da zaposlenom obezbedi rad sa skraćenim radnim vremenom u skladu sa st. 1. i 2. ovog člana.

Član 100

Osiguraniku koji za vreme privremene sprečenosti za rad radi sa skraćenim radnim vremenom, u skladu sa članom 99. ovog zakona, naknada zarade pripada srazmerno vremenu provedenom na radu prema punom radnom vremenu.

Član 101

Ako je za osiguranika za vreme korišćenja prava na naknadu zarade doneta odluka o udaljenju sa rada, u vezi sa pokrenutim krivičnim postupkom, u slučaju određivanja pritvora, kao i u drugim slučajevima utvrđenim zakonom, naknada zarade isplaćuje se u visini jedne četvrtine utvrđene naknade zarade, a ako osiguranik izdržava članove uže porodice, u visini jedne trećine te naknade zarade.

Ako postupak protiv osiguranika iz stava 1. ovog člana bude obustavljen, odnosno ako osiguranik bude oslobođen optužbe, ako osiguraniku ne bude izrečena mera u vezi sa povredom radne obaveze ili kršenjem radne discipline, isplatiće mu se deo naknade zarade do punog iznosa utvrđenog u skladu sa ovim zakonom.

Obezbeđivanje isplate naknade zarade

Član 102

Naknadu zarade za slučajeve privremene sprečenosti za rad iz člana 74. ovog zakona za prvih 30 dana sprečenosti za rad obezbeđuje poslodavac iz svojih sredstava, a od 31. dana naknadu zarade obezbeđuje Republički fond, odnosno matična filijala.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, naknada zarade obezbeđuje se osiguraniku iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja od prvog dana sprečenosti za rad zbog dobrovoljnog davanja tkiva i organa, kao i osiguraniku majci, odnosno ocu, usvojitelju ili drugom osiguraniku koji se stara o detetu, za vreme privremene sprečenosti za rad zbog nege bolesnog deteta mlađeg od tri godine.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, za osiguranika iz člana 73. tačka 1) ovog zakona naknadu zarade u slučaju privremene sprečenosti za rad zbog povrede na radu ili profesionalne bolesti, obezbeđuje poslodavac iz svojih sredstava za vreme trajanja

radnog odnosa osiguranika, od prvog dana privremene sprečenosti za rad, za sve vreme trajanja privremene sprečenosti za rad osiguranika.

Za osiguranika kome je prestao radni odnos u toku korišćenja prava na naknadu zarade zbog povrede na radu ili profesionalne bolesti, isplatu naknade zarade obezbeđuje matična filijala, odnosno Republički fond, od dana prestanka radnog odnosa osiguranika.

Za osiguranika iz člana 73. tač. 2) i 3) ovog zakona, naknadu zarade zbog povrede na radu ili profesionalne bolesti obezbeđuje matična filijala, odnosno Republički fond od 31. dana sprečenosti za rad i za sve vreme trajanja privremene sprečenosti za rad osiguranika zbog povrede na radu ili profesionalne bolesti.

Član 103

Poslodavac isplaćuje i naknadu zarade zaposlenima koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.

Poslodavac vrši obračun naknade zarade iz stava 1. ovog člana u skladu sa ovim zakonom i dostavlja ga matičnoj filijali.

Matična filijala utvrđuje pravo na naknadu zarade i visinu naknade i najkasnije u roku od 30 dana od dana prijema obračuna iz stava 2. ovog člana prenosi odgovarajući iznos sredstava na poseban račun poslodavca.

Sredstva iz stava 3. ovog člana koja ne isplati osiguraniku u roku od 30 dana od dana njihovog prijema poslodavac je dužan da vrati matičnoj filijali sa kamatom za koju su sredstva uvećana dok su se nalazila na posebnom računu poslodavca.

Sredstva iz stava 3. ovog člana ne mogu biti predmet izvršenja, osim za svrhu iz stava 1. ovog člana.

Naknadu zarade preduzetnicima i zaposlenima kod preduzetnika, pod uslovom da preduzetnici nemaju poseban račun, kao i sveštenicima i verskim službenicima, koja se obezbeđuje iz sredstava matične filijale, obračunava i isplaćuje matična filijala.

Poslodavac može iz svojih sredstava isplatiti naknadu zarade i kada se ta naknada obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, s tim da je matična filijala dužna da isplaćene iznose naknadi poslodavcu u roku od 30 dana od dana predaje zahteva matičnoj filijali.

4. Pravo na naknadu troškova prevoza

Član 104

Naknada troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite obezbeđuje se osiguranim licima, kao i pratiocu osiguranog lica, u slučaju upućivanja u zdravstvenu ustanovu van područja matične filijale, ako je zdravstvena ustanova udaljena najmanje 50 kilometara od mesta njegovog stanovanja, u skladu sa odredbama ovog zakona.

Naknada troškova prevoza pripada osiguranom licu kada je od izabranog lekara, zdravstvene ustanove ili nadležne lekarske komisije upućen ili pozvan u drugo mesto

van područja matične filijale u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite ili radi ocene privremene sprečenosti za rad.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguranom licu upućenom na hemodijalizu, kao i na hemio i radio terapiju, detetu do navršениh 18 godina života i starijem licu koje je teško duševno ili telesno ometeno u razvoju, upućenim na svakodnevno lečenje i rehabilitaciju u zdravstvenu ustanovu, odnosno privatnu praksu, van mesta prebivališta u drugo mesto na području matične filijale, pripada naknada troškova prevoza na osnovu mišljenja lekarske komisije.

Član 105

Osigurana lica imaju pravo na naknadu troškova prevoza prema najkraćoj relaciji u visini cene koštanja karte autobusa ili drugog razreda voza.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, uzimajući u obzir prirodu oboljenja ili povrede, naknada troškova prevoza pripada i za druga sredstva javnog saobraćaja ako je takav prevoz neophodan.

Kao prevozno sredstvo osigurano lice može u slučaju neophodne zdravstvene zaštite da koristi, po nalogu lekarske komisije, sanitetska kola, a ako mu se i pored utvrđene neophodnosti ne mogu obezbediti sanitetska kola, osigurano lice ima pravo na naknadu stvarnih troškova prevoza, najviše do iznosa 10% od cene jednog litra benzina za svaki pređeni kilometar.

Član 106

Osigurano lice koje se za vreme boravka u drugom mestu (službeni put, godišnji odmor i sl.) razboli, odnosno povredi nema pravo na naknadu troškova prevoza za povratak u mesto zaposlenja odnosno prebivališta, osim ako zbog zdravstvenog stanja osiguranog lica postoji potreba posebnog prevoza, o čemu odluku donosi prvostepena lekarska komisija.

Član 107

Ako osigurano lice po drugim propisima ima pravo na besplatan prevoz, ne pripada mu naknada troškova prevoza, a ako ima pravo na prevoz sa popustom, pripada mu deo naknade troškova prevoza u visini razlike do pune cene koštanja prevoza.

Član 108

Osiguranom licu može biti određen pratilac za vreme putovanja ili za vreme putovanja i boravka u drugom mestu, ako je to neophodno.

Pratiocu pripada naknada troškova prevoza pod istim uslovima koji su propisani i za osigurano lice.

Pratiocu pripada naknada troškova prevoza i kada se sam vraća u svoje mesto prebivališta, odnosno boravka ili kada odlazi u drugo mesto radi praćenja osiguranog lica.

Smatra se da je pratilac za vreme putovanja neophodan ako se na lečenje ili lekarski pregled u drugo mesto upućuje dete mlađe od 18 godina života, odnosno starije lice

koje je teže telesno ili duševno ometeno u razvoju, kao i lice kod kojeg je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija, zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života, uključujući slepa, slabovida i gluva lica.

5. Dospelost prava i rok za isplatu dospelih prava

Član 109

Naknada zarade dospeva istekom poslednjeg dana za koji osiguraniku pripada naknada ako privremena sprečenost za rad traje kraće od jednog meseca, a ako traje jedan mesec ili duže, istekom poslednjeg dana u mesecu za svaki mesec u kojem pripada naknada zarade.

Naknada troškova prevoza dospeva za isplatu danom završenog putovanja u vezi sa lečenjem.

Filijala vrši isplatu naknada iz st. 1. i 2. ovog člana u roku od 30 dana od dana prijema zahteva za isplatu naknade.

Član 110

Zahtev za ostvarivanje novčanih naknada i drugih prava iz zdravstvenog osiguranja može se podneti u roku od tri godine od dana dospelosti prava.

4) UTVRĐIVANJE SVOJSTVA OSIGURANOG LICA I OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Utvrđivanje svojstva osiguranog lica

Član 111

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje filijala koja se u smislu ovog zakona smatra matičnom filijalom.

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje se samo po jednom osnovu.

Svojstvo osiguranog lica prestaje danom prestanka osnova po kojem je to svojstvo priznato.

Član 112

Licu kojem je priznato svojstvo osiguranog lica matična filijala izdaje propisanu ispravu o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: isprava o osiguranju), kojom se dokazuje svojstvo osiguranog lica.

Licu kojem se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju u određenim slučajevima iz člana 28. ovog zakona, izdaje se posebna isprava za korišćenje zdravstvene zaštite samo u slučaju povrede na radu ili profesionalne bolesti.

Isprava o osiguranju iz st. 1. i 2. ovog člana jeste i zdravstvena kartica koja sadrži prostor za kontaktni mikrokontroler (ČIP) i prostor za mašinski čitljivu zonu za potrebe automatskog očitavanja podataka, u koji se unose svi vidljivi podaci na ispravi o osiguranju, kao i podaci koji se vode u matičnoj evidenciji u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Troškove izdavanja zdravstvene kartice iz stava 3. ovog člana snosi osiguranik za sebe i članove svoje porodice.

Izuzetno od stava 4. ovog člana obveznik uplate doprinosa, odnosno drugo pravno ili fizičko lice, odnosno Republički fond može preuzeti obavezu naknade troškova izdavanja zdravstvene kartice.

Visinu troškova iz stava 4. ovog člana propisuje Republički fond.

Sredstva ostvarena u skladu sa stavom 6. ovog člana predstavljaju prihod Republičkog fonda.

Vlada daje saglasnost na akt iz stava 6. ovog člana.

Republički fond propisuje sadržaj i oblik isprave o osiguranju, zdravstvene kartice, odnosno posebne isprave za korišćenje zdravstvene zaštite iz st. 1-3. ovog člana, način njihove overe, osigurana lica za koja preuzima obavezu troškova izdavanja zdravstvene kartice, kao i druga pitanja od značaja za korišćenje tih isprava.

Akt iz st. 6. i 9. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

Član 113

Pravna i fizička lica dužna su da matičnoj filijali dostave sve podatke u vezi sa prijavom na obavezno zdravstveno osiguranje, prijavom promene u obaveznom zdravstvenom osiguranju ili odjavom sa obaveznog zdravstvenog osiguranja, radi utvrđivanja svojstva osiguranog lica, odnosno podatke o prestanku ili promeni u utvrđenom svojstvu osiguranog lica.

Na osnovu podataka iz stava 1. ovog člana, matična filijala utvrđuje činjenice za sticanje svojstva obavezno osiguranog lica.

Rok za podnošenje prijave na osiguranje, prijave promene ili odjave jeste osam dana od dana kada su se za to stekli uslovi.

Izuzetno od st. 1-3. ovog člana matična filijala može po službenoj dužnosti da izvrši odjavu sa obaveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju kada je pravno ili fizičko lice koje je obveznik podnošenja odjave sa zdravstvenog osiguranja prestalo da postoji, odnosno ako je umrlo, kao i u slučaju ako je u momentu podnošenja prijave na zdravstveno osiguranje poznat i datum prestanka osnova za osiguranje po kome je to lice steklo svojstvo osiguranika u skladu sa ovim zakonom, pod uslovom da obveznik podnošenja odjave ne podnese odjavu sa zdravstvenog osiguranja u zakonom propisanom roku.

Član 114

Ako matična filijala, za lice za koje je podneta prijava na obavezno zdravstveno osiguranje, ne prizna svojstvo osiguranog lica po osnovu osiguranja iz podnete prijave, ili ako mu to svojstvo prizna po nekom drugom osnovu, dužna je da o tome donese rešenje koje dostavlja podnosiocu prijave.

Matična filijala dužna je da donese rešenje o utvrđenom svojstvu obavezno osiguranog lica ili prestanku, odnosno promeni u svojstvu obavezno osiguranog lica, na zahtev osiguranog lica ili drugog nadležnog organa.

Ako pravno ili fizičko lice nije podnelo prijavu na obavezno zdravstveno osiguranje u roku propisanom ovim zakonom, matična filijala po službenoj dužnosti utvrđuje svojstvo osiguranog lica, o čemu donosi rešenje.

U rešenju iz stava 3. ovog člana, matična filijala utvrđuje datum sticanja svojstva osiguranog lica i dospele obaveze po osnovu uplate doprinosa na dan donošenja rešenja.

2. Matična evidencija o osiguranim licima i korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 115

Svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju utvrđuje se na osnovu podataka koji se vode u matičnoj evidenciji o osiguranim licima i korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: matična evidencija), koju jedinstveno za teritoriju Republike ustrojava i organizuje Republički fond.

Matična filijala obavlja određene poslove matične evidencije, u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Član 116

U matičnoj evidenciji vode se podaci o osiguranicima, odnosno osiguranim licima, obveznicima plaćanja doprinosa i korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Matična evidencija vodi se po propisanim jedinstvenim metodološkim principima.

Podaci se unose u matičnu evidenciju prema propisanom jedinstvenom kodeksu šifara.

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

U slučaju kada su prijave na osiguranje, prijave promene u osiguranju i odjave sa osiguranja dostavljene putem sredstava za elektronsku obradu podataka, podnosilac prijave, odnosno odjave dužan je da ih, na zahtev Republičkog fonda, odnosno matične filijale, podnese na propisanom obrascu.

Jedinstvene metodološke principe za vođenje matične evidencije, jedinstveni kodeks šifara i obrasce prijave na osiguranje, prijave promene u osiguranju i odjave sa osiguranja i druga pitanja od značaja za vođenje matične evidencije - uređuje Vlada.

Član 117

Matična evidencija ustrojava se unošenjem podataka o osiguraniku i drugom obvezniku uplate doprinosa, na osnovu podataka iz prijave na osiguranje, kao i na osnovu drugih podataka u skladu sa ovim zakonom.

Član 118

U matičnu evidenciju unose se podaci o:

- 1) osiguranicima;
- 2) članovima porodice osiguranika;
- 3) obveznicima plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje;
- 4) korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Podaci iz stava 1. tačka 4) ovog člana predstavljaju službenu tajnu, vode se odvojeno od drugih podataka, a te podatke može unositi, odnosno njima rukovati za to posebno ovlašćeno službeno lice matične filijale, odnosno Republičkog fonda.

Član 119

U matičnu evidenciju unose se sledeći podaci o osiguranicima:

- 1) prezime i ime;
- 2) jedinstveni matični broj građana i poreski identifikacioni broj;
- 3) pol;
- 4) dan, mesec i godina rođenja;
- 5) zanimanje;
- 6) školska sprema;
- 7) osnov osiguranja;
- 8) datum sticanja, odnosno prestanka svojstva osiguranika, kao i promene u toku osiguranja;
- 9) staž zdravstvenog osiguranja;
- 10) obveznik plaćanja doprinosa;
- 11) visina uplate doprinosa;
- 12) zarade, naknade zarada i druga primanja i naknade koje služe za utvrđivanje osnovice osiguranja na koju se obračunava i plaća doprinos;

- 13) visina uplaćenog doprinosa;
- 14) adresa prebivališta;
- 15) naziv poslodavca, registarski broj poslodavca, šifra delatnosti i adresa sedišta poslodavca;
- 16) opština na kojoj se nepokretnost nalazi;
- 17) državljanstvo.

Za članove porodice osiguranika, pored podataka o osiguraniku iz stava 1. ovog člana, unose se i sledeći podaci:

- 1) prezime i ime;
- 2) jedinstveni matični broj građana;
- 3) pol;
- 4) dan, mesec i godina rođenja;
- 5) srodstvo sa osiguranikom;
- 6) adresa prebivališta;
- 7) zanimanje;
- 8) državljanstvo.

U matičnu evidenciju unose se i podaci o povredi na radu, odnosno profesionalnoj bolesti osiguranika.

Član 120

U matičnu evidenciju unose se i podaci propisani zakonom kojim se uređuje evidencija u oblasti zdravstva a koji se odnose na osigurana lica.

U matičnu evidenciju unose se i podaci o korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a naročito o:

- 1) vrsti prava iz zdravstvenog osiguranja koja se obezbeđuju osiguranom licu;
- 2) pruženim zdravstvenim uslugama;
- 3) novčanim naknadama;
- 4) medicinsko-tehničkim pomagalicama i implantatima;
- 5) lekovima izdatim na recept;
- 6) godišnjem iznosu plaćenih participacija;

- 7) izabranom lekaru osiguranog lica;
- 8) ostvarivanju prava pred lekarskim komisijama;
- 9) ostvarivanju prava u vezi sa profesionalnom bolešću ili povredom na radu osiguranika;
- 10) upućivanju na invalidsku komisiju u skladu sa ovim zakonom.

Republički fond može opštim aktom propisati i druge podatke koji se vode u matičnoj evidenciji, a koji se odnose na ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i posebne obrasce za vođenje evidencije o ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (račune i drugu specifičnu dokumentaciju, a koja nije propisana zakonom kojim se uređuju evidencije u oblasti zdravstva).

U matičnu evidenciju unose se i podaci o davaocu zdravstvenih usluga sa kojim je filijala, odnosno Republički fond zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite osiguranim licima iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Akt iz stava 3. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

Član 121

Republički fond, odnosno matična filijala ima pravo da po službenoj dužnosti pribavi podatke iz čl. 119. i 120. ovog zakona koji se vode kod drugih nadležnih državnih organa i organizacija o osiguranim licima.

Član 122

Republički fond određuje obveznicima plaćanja doprinosa registarski broj.

Registarski broj iz stava 1. ovog člana sastoji se od oznake Republičkog fonda, odnosno filijale, opštine, tekućeg rednog broja registra i kontrolnog broja.

Član 123

Prijavu podataka za matičnu evidenciju podnose matičnoj filijali, odnosno Republičkom fondu:

1) poslodavac:

- (1) prijavu podataka o obvezniku plaćanja doprinosa koja obuhvata prijavu početka poslovanja, prijavu promene u toku poslovanja i prijavu prestanka poslovanja;
- (2) prijavu na osiguranje, prijavu promena u osiguranju i odjavu sa osiguranja - za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 1) - 8), tačka 10) i tač. 13) i 14) ovog zakona;
- (3) prijavu podataka za utvrđivanje staža u zdravstvenom osiguranju, podataka o zaradi i naknadama zarade koje služe za utvrđivanje osnovice i visine uplaćenog doprinosa;

(4) prijavu o uplati doprinosa po osnovu ugovorene naknade i o visini te naknade;

2) organ nadležan za poslove javnih prihoda: prijavu podataka za utvrđivanje staža zdravstvenog osiguranja, podataka o osnovici osiguranja i visini uplaćenog doprinosa - za osiguranike samostalnih delatnosti (preduzetnike) i osiguranike poljoprivrednike, sveštenike i verske službenike, kao i prijavu promene tih podataka;

3) organizacija, savez i udruženje: prijavu na osiguranje i odjavu sa osiguranja, osim za osiguranike koji samostalno obavljaju privrednu delatnost (preduzetnici), kao i prijavu promene tih podataka;

4) osiguranik koji je sam obveznik plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, osim osiguranika iz tač. 2) i 3) ovog člana:

(1) prijavu podataka o obvezniku plaćanja doprinosa;

(2) prijavu na osiguranje, prijavu promene podataka u toku osiguranja i odjavu sa osiguranja;

5) organizacija za zapošljavanje:

(1) prijavu na osiguranje i odjavu sa osiguranja za osiguranike - za koje je, u skladu sa zakonom, obveznik plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, kao i prijavu promene tih podataka;

(2) prijavu podataka o utvrđenom stažu u zdravstvenom osiguranju, naknadi zarade i visini uplaćenog doprinosa za lica iz podtačke (1) ove tačke, kao i prijavu promene tih podataka;

6) organizacija za penzijsko i invalidsko osiguranje:

(1) prijavu na osiguranje, prijavu promena u osiguranju i odjavu sa osiguranja - za osiguranike za koje, u skladu sa zakonom plaća doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje;

(2) prijavu podataka o stažu osiguranja i visini uplaćenog doprinosa za lica iz podtačke (1) ove tačke, kao i prijavu promene tih podataka;

7) Republički fond:

(1) unosi u matičnu evidenciju podatke o prijavama na zdravstveno osiguranje, prijavama promena u osiguranju i odjavama sa osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, o utvrđenom stažu zdravstvenog osiguranja, zaradi, naknadama zarade, osnovicama osiguranja, ugovorenim naknadama i drugim naknadama koje služe za obračun i uplatu doprinosa kao i o visini uplaćenog doprinosa za osiguranike koji su sami obveznici plaćanja doprinosa, ako ovim zakonom nije drukčije određeno;

(2) vodi posebnu evidenciju o uplaćenim doprinosima iz tačke 1) podtačka (4) ovog člana.

Član 124

Za osiguranika iz člana 22. ovog zakona prijavu na osiguranje, prijavu promene u osiguranju i odjavu sa osiguranja podnosi taj osiguranik uz potrebne dokaze za utvrđivanje svojstva osiguranika, osim za osiguranike iz tač. 7) i 8) tog člana za koje prijavu, promenu i odjavu podnosi isplatilac materijalnog obezbeđenja, odnosno stalne novčane pomoći.

Za lice koje se uključuje u obavezno zdravstveno osiguranje, iz člana 23. ovog zakona, prijavu na osiguranje, prijavu promene u osiguranju, odnosno odjavu sa osiguranja podnosi to lice, uz potrebne dokaze za utvrđivanje svojstva osiguranika.

Republički fond vodi posebnu evidenciju za osiguranike iz čl. 22. i 23. ovog zakona.

Republički fond opštim aktom uređuje način i postupak, kao i potrebne dokaze, za utvrđivanje svojstva osiguranika iz člana 22. ovog zakona.

Republički fond opštim aktom uređuje način i postupak, kao i potrebne dokaze, za uključivanje u obavezno zdravstveno osiguranje lica iz člana 23. ovog zakona.

Opšti akti iz st. 4. i 5. ovog člana objavljuju se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

Član 125

U prijave podataka za matičnu evidenciju podaci se unose samo na osnovu javnih isprava i evidencija propisanih zakonom i propisima donetim za sprovođenje zakona.

Član 126

Za tačnost podataka unesenih u prijave podataka za matičnu evidenciju odgovoran je podnosilac prijave.

Matična filijala dužna je da proveri tačnost podataka unesenih u prijave podataka za matičnu evidenciju, da zahteva dokaze i vrši uvid u evidencije i dokumentaciju na kojima se zasnivaju podaci uneseni u prijave, kao i da po potrebi pribavi podatke.

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

Član 127

Svojstvo osiguranika za lica za koja je podneta prijava na osiguranje utvrđuje se uvođenjem u matičnu evidenciju i potvrdom prijema na obrascu prijave na osiguranje.

Prilikom prijema prijave na osiguranje vrši se provera podataka sadržanih u prijavi i zahtevaju dokazi na kojima se ti podaci zasnivaju.

Odredbe st. 1. i 2. ovog člana primenjuju se i prilikom prijema odjave sa osiguranja, odnosno prijave promene u osiguranju.

Podnosilac je dužan da licu, za koje je podneo prijavu na osiguranje, prijavu promene u osiguranju, odnosno odjavu osiguranja, preda overenu fotokopiju potvrde o prijemu te prijave, odjave, odnosno promene, u roku od osam dana od dana njenog izdavanja.

Ako se na osnovu podnesene prijave na osiguranje utvrdi da nisu ispunjeni uslovi za priznavanje svojstva osiguranika, podnosiocu prijave izdaje se pismeno rešenje.

Kopiju potvrde o prijemu prijave na osiguranje i odjave sa osiguranja za osiguranike koji obavljaju samostalnu delatnost (preduzetnike), za poljoprivrednike, kao i za druga lica o kojima nadležni poreski organ vodi evidencije, matična filijala, odnosno Republički fond dužan je da dostavi poreskom organu do 5. u mesecu za prethodni mesec.

Dostavljanje podataka iz stava 6. ovog člana može se vršiti i u elektronskoj formi, uz obavezu dostavljanja kopije potvrde o prijemu prijave, odnosno odjave, u roku od osam dana.

Član 128

Lice za koje obveznik podnošenja prijave nije podneo prijavu na osiguranje Republičkom fondu, odnosno matičnoj filijali, može podneti zahtev za utvrđivanje svojstva osiguranika.

Zahtev iz stava 1. ovog člana može se podneti i obvezniku podnošenja prijave.

Matična filijala će pokrenuti postupak za utvrđivanje svojstva osiguranika i kada, prilikom kontrole ili na drugi način, utvrdi da prijava na osiguranje nije podneta za lica koja imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U slučajevima iz st. 1 - 3. ovog člana matična filijala donosi rešenje o utvrđivanju svojstva osiguranika.

Obveznik podnošenja prijave dužan je da na osnovu rešenja iz stava 4. ovog člana, kojim je utvrđeno svojstvo osiguranika, podnese prijavu na osiguranje.

Odredbe st. 1 - 5. ovog člana primenjuju se i u slučaju kad obveznik podnošenja odjave sa osiguranja, odnosno prijave promene u osiguranju, nije podneo odjavu, odnosno prijavu promene osiguranja.

Član 129

Prijava podataka za matičnu evidenciju podnosi se matičnoj filijali, i to:

1) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 1) i 2), tač. 4)-8), tač. 10), 11) i 13), tač. 15)-18) i tačka 24) ovog zakona, u slučaju kada su mesto prebivališta osiguranika i sedište obveznika na području iste filijale - prema sedištu obveznika uplate doprinosa;

2) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 3) ovog zakona u slučaju kada postoji razlika u mestu prebivališta osiguranika u odnosu na sedište obveznika uplate doprinosa - prema sedištu obveznika uplate doprinosa;

3) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 9) i tač. 19) - 22) ovog zakona - prema prebivalištu osiguranika u Republici;

4) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 12) ovog zakona - prema prebivalištu osiguranika ili mestu poslednjeg prestanka radnog odnosa;

5) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 14) ovog zakona, u slučaju kada postoji razlika u mestu prebivališta osiguranika u odnosu na sedište obveznika uplate doprinosa - prema sedištu omladinske, odnosno studentske zadruge;

6) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 23) ovog zakona - prema boravištu ili prebivalištu;

7) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 25) ovog zakona - prema sedištu škole, odnosno visokoškolske ustanove.

Izuzetno od stava 1. tač. 1) ovog člana, u slučaju kada je prebivalište osiguranika na području jedne filijale a sedište obveznika uplate doprinosa na području druge filijale, prijava podataka za matičnu evidenciju podnosi se matičnoj filijali prema prebivalištu osiguranika u Republici.

Za članove porodice osiguranika prijava podataka za matičnu evidenciju podnosi se matičnoj filijali, odnosno filijali na način propisan u st. 1. i 2. ovog člana.

Član 130

Prijava podataka za matičnu evidenciju za osiguranika iz člana 22. stav 1. ovog zakona podnosi se matičnoj filijali prema prebivalištu, a za osiguranike iz tač. 11)-13) tog člana - prema prebivalištu, odnosno boravištu.

Prijava podataka za matičnu evidenciju za lice koje se uključuje u obavezno zdravstveno osiguranje, iz člana 23. ovog zakona, podnosi se prema prebivalištu tog lica.

Za članove porodice osiguranika iz st. 1. i 2. ovog člana prijava podataka za matičnu evidenciju podnosi se onoj matičnoj filijali koja je utvrdila svojstvo osiguranika za lica iz st. 1. i 2. ovog člana.

Član 131

Svojstvo osiguranika, visinu zarade, naknada i ostalih primanja koja služe za utvrđivanje osnovice osiguranja na koju se obračunava i plaća doprinos matična filijala utvrđuje na osnovu prijave podataka iz člana 119. ovog zakona.

Član 132

Ako matična filijala, prilikom provere podataka, utvrdi da prijava, u pogledu staža osiguranja, zarade, naknade zarade, osnovice osiguranja na koju se obračunava i plaća doprinos, ugovorene naknade i visine uplaćenih doprinosa, nije pravilno popunjena ili da podaci nisu uneseni u skladu sa propisima o obaveznom zdravstvenom osiguranju, naložiće podnosiocu prijave da ih ispravi u roku koji ne može biti duži od 30 dana.

Član 133

Matična filijala dužna je da osiguranom licu, na lični zahtev osiguranika, izda uverenje o podacima unetim u matičnu evidenciju.

Uverenje iz stava 1. ovog člana ima svojstvo javne isprave.

Član 134

Podaci uneti u matičnu evidenciju, na način utvrđen ovim zakonom, mogu se naknadno menjati u sledećim slučajevima:

- 1) ako nadležni organ naknadno, u propisanom postupku, utvrdi promenu podataka;
- 2) ako su podaci o osiguraniku, stažu zdravstvenog osiguranja, zaradama, naknadama zarada, ugovorenim naknadama, osnovicama osiguranja i stopi odnosno visini uplaćenih doprinosa, kao i drugi podaci koji se vode u matičnoj evidenciji, uneti u matičnu evidenciju na osnovu lažnih isprava;
- 3) ako se naknadno, proverom podataka ili na drugi način, utvrdi da su u matičnu evidenciju uneti netačni ili nepotpuni podaci.

Promena podataka unetih u matičnu evidenciju vrši se na osnovu odgovarajuće prijave promene podataka, po postupku utvrđenom ovim zakonom.

Član 135

Prijava podataka koji se unose u matičnu evidenciju, u skladu sa ovim zakonom, dostavlja se u roku od osam dana od dana početka poslovanja, odnosno zaposlenja, odnosno zaključenja ugovora, ili od dana početka obavljanja druge delatnosti po osnovu koje se stiče svojstvo osiguranika.

Prijava podataka o stažu zdravstvenog osiguranja, zaradi, naknadi zarade, osnovici osiguranja, odnosno ugovorenoj naknadi, koje služe za uplatu doprinosa, dostavlja se po izvršenoj isplati.

Prijava promene podataka dostavlja se u roku od osam dana od dana utvrđene promene, odnosno od dana prijema pravnosnažnog rešenja kojim je utvrđena promena podataka.

Matična filijala dužna je da podatke unese u matičnu evidenciju u roku od 60 dana od dana prijema, a najdocnije do kraja tekuće godine za prethodnu godinu.

Član 136

Prijava podataka za vođenje matične evidencije čuva se najmanje deset godina od dana poslednjeg unošenja podataka u evidenciju.

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

Član 137

Uništavanje originalnih prijava na osnovu kojih su podaci uneti u matičnu evidenciju vrši komisija koju obrazuje Republički fond.

Član 138

Podaci koji se vode u matičnoj evidenciji koriste se samo za potrebe obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

Podaci iz matične evidencije koji se odnose na pojedino osigurano lice, odnosno na korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, jesu lični podaci i predstavljaju službenu tajnu, odnosno ne mogu se iznositi i objavljivati u javnosti.

Podaci sadržani u matičnoj evidenciji mogu se koristiti za statistička istraživanja u skladu sa zakonom.

Zaštita podataka iz matične evidencije obezbeđuje se na način propisan u skladu sa zakonom.

3. Obezbeđivanje i ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 139

Osiguraniku se obezbeđuje ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u matičnoj filijali, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

Finansijska sredstva za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranih lica sa područja matične filijale, Republički fond prenosi toj filijali, u skladu sa zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Članovima porodice osiguranika obezbeđuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u matičnoj filijali u kojoj se ta prava obezbeđuju osiguraniku od koga oni izvode pravo na zdravstveno osiguranje, ako ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona nije drukčije određeno.

Osiguranicima iz člana 22. ovog zakona, licima koja se uključuju u obavezno zdravstveno osiguranje iz člana 23. ovog zakona, kao i licima iz člana 28. ovog zakona, prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se u filijali na čijem području ta lica imaju prebivalište, odnosno boravište.

Član 140

Prava iz zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se:

- 1) osiguraniku iz člana 17. stav 1. tač. 1) - 8), tač. 10) i 11), tač. 13) - 16) i tačka 24) ovog zakona - u filijali na čijem području je sedište njegovog poslodavca, a licu zaposlenom u poslovnoj jedinici van sedišta poslodavca - u filijali prema sedištu poslovne jedinice;
- 2) osiguraniku iz člana 17. stav 1. tačka 17) ovog zakona - u filijali prema sedištu privrednog društva, a osiguraniku iz tačke 18) - prema sedištu radnje ili prema mestu obavljanja delatnosti;

3) osiguraniku iz člana 17. stav 1. tačka 25) ovog zakona - u filijali prema sedištu škole, odnosno visokoškolske ustanove;

4) ostalim osiguranicima - u filijali prema mestu prebivališta.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguraniku iz člana 17. stav 1. tačka 21) ovog zakona prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se u filijali na čijem području se nalazi pretežni deo nepokretnosti na kojoj se obavlja poljoprivredna delatnost.

Osigurano lice koje nema prebivalište na području matične filijale, može ostvarivati pravo na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda, u filijali na čijem području ima prebivalište.

Osigurana lica učenici i studenti ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda, i u filijali prema sedištu škole, odnosno visokoškolske ustanove.

Poslovnom jedinicom, u smislu stava 1. tačka 1) ovog člana, smatra se pogon, prodavnica, stovarište, predstavništvo i sl.

Poslovna jedinica organizovana za obavljanje delatnosti do šest meseci ne smatra se poslovnom jedinicom u smislu stava 1. tačka 1) ovog člana.

Član 141

Osigurano lice ostvaruje zdravstvenu zaštitu u zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga, koji ima sedište na području matične filijale sa kojim je zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite osiguranim licima.

Osigurano lice ostvaruje zdravstvenu zaštitu i kod zdravstvene ustanove, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga, van područja matične filijale, pod uslovima propisanim ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

U ostvarivanju zdravstvene zaštite, osiguranom licu obezbeđuje se pravo na slobodan izbor zdravstvene ustanove i slobodan izbor lekara (u daljem tekstu: izabrani lekar), sa kojima je Republički fond zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Republički fond opštim aktom bliže uređuje način i postupak ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Opšti akt iz stava 4. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

Član 142

Prava iz zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu overene isprave o osiguranju, odnosno zdravstvene kartice, odnosno posebne isprave o korišćenju zdravstvene zaštite.

Overu dokumenata iz stava 1. ovog člana vrši matična filijala na osnovu raspoloživih podataka, odnosno na osnovu dokaza da je uplaćen dospel doprinos u skladu sa

zakonom, kao i poslodavac kome je matična filijala, na osnovu dokaza o uplaćenim doprinosima, izdala posebno sredstvo (markica i dr.), kojim se vrši overavanje isprave o osiguranju u skladu sa propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Overu zdravstvene kartice iz člana 112. stav 3. ovog zakona vrši matična filijala unošenjem podataka o uplaćenim dospelim doprinosima, u skladu sa zakonom, u prostor za mašinski čitljivu zonu za potrebe automatskog očitavanja podataka.

Naknadna overa isprave o osiguranju, odnosno zdravstvene kartice, odnosno posebne isprave o korišćenju zdravstvene zaštite može se izvršiti pod uslovom da je osigurano lice izvršilo izbor izabranog lekara u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Ako isprava o osiguranju, odnosno zdravstvena kartica, odnosno isprava o korišćenju zdravstvene zaštite nije overena zbog toga što dospeli doprinos nije plaćen, izvršiće se naknadna overa kada taj doprinos bude u celini uplaćen.

U slučaju da nije izvršena uplata dospelog doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, odnosno da nije izvršena u celini, pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona može da se koristi na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, samo u slučaju hitne medicinske pomoći.

Član 143

Troškove nastale po osnovu korišćenja zdravstvene zaštite osiguranih lica za koja nije uplaćen doprinos za zdravstveno osiguranje, odnosno nije uplaćen u celini, zdravstvenoj ustanovi plaća osigurano lice koje koristi tu zdravstvenu zaštitu, osim u slučaju hitne medicinske pomoći.

Ukoliko je obveznik uplate doprinosa poslodavac, odnosno drugi obveznik uplate doprinosa u skladu sa zakonom, a koji nije izvršio uplatu doprinosa, osigurano lice ima pravo na naknadu plaćenih troškova za pruženu zdravstvenu zaštitu iz stava 1. ovog člana, od poslodavca, odnosno drugog obveznika uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

Poslodavac, odnosno drugi obveznik uplate doprinosa od koga osigurano lice potražuje naknadu plaćenih troškova za pruženu zdravstvenu zaštitu koja je utvrđena kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, dužan je da u roku od 30 dana od dana podnošenja zahteva od strane osiguranog lica uplati iznos plaćenih troškova na račun osiguranog lica, odnosno da mu izvrši isplatu na drugi odgovarajući način.

Osigurano lice ima pravo na obračun zakonske kamate na iznos neisplaćenih sredstava iz stava 3. ovog člana.

Član 144

Osigurano lice ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu na način i po postupku utvrđenim ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Troškove zdravstvene zaštite koja se ostvaruje mimo načina i postupka utvrđenog u skladu sa stavom 1. ovog člana snosi osigurano lice.

Pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu osiguranim licima se obezbeđuje korišćenje zdravstvene zaštite, u skladu sa zakonom, uz primenu sigurnih, bezbednih i uspešnih medicinskih mera i postupaka, lekova, medicinskih sredstava, implantata, kao i medicinsko-tehničkih pomagala.

Ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu kao i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica koja borave u Republici Crnoj Gori, urediće se sporazumom između Republike Srbije i Republike Crne Gore.

4. Učešće stručno-medicinskih organa u postupku

Član 145

U određivanju vrste, obima i sadržaja, načina i postupka u korišćenju prava na zdravstvenu zaštitu osiguranih lica, ocenjivanju privremene sprečenosti za rad osiguranika, i u ostvarivanju prava na naknadu troškova prevoza, kao stručno-medicinski organi matične filijale, odnosno Republičkog fonda, u postupku učestvuju:

- 1) izabrani lekar;
- 2) prvostepena lekarska komisija;
- 3) drugostepena lekarska komisija.

Lekar koji je izvršio pregled, odnosno koji leči osigurano lice, ne može biti član prvostepene lekarske komisije, odnosno drugostepene lekarske komisije, koja daje ocenu o tom osiguranom licu.

Republički fond opštim aktom uređuje način rada, sastav, organizaciju, teritorijalnu raspoređenost, kontrolu ocene prvostepene, odnosno drugostepene lekarske komisije, kao i naknadu za rad članova komisije koja im se isplaćuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Opšti akt iz stava 3. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

Izabrani lekar

Član 146

Izabrani lekar je:

- 1) doktor medicine ili doktor medicine specijalista za oblast opšte medicine, odnosno specijalista medicine rada;
- 2) doktor medicine specijalista pedijatrije;
- 3) doktor medicine specijalista ginekologije;
- 4) doktor stomatologije ili doktor stomatologije specijalista dečije i preventivne stomatologije.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, izabrani lekar može biti i doktor medicine druge specijalnosti, pod uslovima koje propisuje ministar na osnovu zakona kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

Osigurano lice može imati samo jednog izabranog lekara iz grana medicine navedenih u st. 1. i 2. ovog člana.

Osigurano lice dužno je da kod prve posete zdravstvene ustanove na primarnom nivou zdravstvene zaštite u kojoj poslove obavlja izabrani lekar, a najkasnije u roku od šest meseci od dana sticanja svojstva osiguranog lica u skladu sa ovim zakonom, izvrši izbor izabranog lekara.

Ako osigurano lice ne izvrši izbor izabranog lekara u roku iz stava 4. ovog člana, ima pravo samo na pružanje hitne medicinske pomoći do momenta izbora izabranog lekara u skladu sa ovim zakonom.

Republički fond opštim aktom iz člana 141. stav 4. ovog zakona bliže uređuje uslove i način korišćenja zdravstvene zaštite i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kod izabranog lekara, način i postupak slobodnog izbora izabranog lekara, kao i standard broja osiguranih lica po jednom izabranom lekaru.

Ministar daje prethodnu saglasnost na standard broja osiguranih lica po jednom izabranom lekaru iz stava 4. ovog člana.

Član 147

Ugovorom između matične filijale i davaoca zdravstvenih usluga određuju se lekari pojedinci koji imaju ovlašćenja izabranog lekara.

Davalac zdravstvenih usluga iz stava 1. ovog člana dužan je da na vidnom mestu istakne spisak lekara koje osigurano lice može da odabere za svog izabranog lekara.

Izabrani lekar zaključuje poseban ugovor sa matičnom filijalom o obavljanju poslova izabranog lekara za potrebe obavezno osiguranih lica.

Član 148

Lekar koji ispunjava uslove propisane ovim zakonom za izabranog lekara dužan je da primi svako osigurano lice koje ga izabere, osim ako je kod tog izabranog lekara evidentiran broj osiguranih lica veći od utvrđenog standarda broja osiguranih lica po jednom izabranom lekaru.

Član 149

Osigurano lice kod prve posete izabranom lekaru potpisuje ispravu o izboru izabranog lekara.

Osigurano lice vrši izbor lekara iz stava 1. ovog člana po pravilu na period od najmanje jedne kalendarske godine. Osigurano lice može promeniti izabranog lekara i pre isteka perioda na koji ga je izabralo.

Način i postupak izbora, odnosno promene izabranog lekara, kao i obrazac isprave iz stava 1. ovog člana, Republički fond bliže uređuje opštim aktom iz člana 141. stav 4. ovog zakona.

Član 150

Isprava o izboru izabranog lekara iz člana 149. ovog zakona sadrži izjavu kojom osigurano lice dozvoljava da nadležni ovlašćeni zdravstveni radnik - nadzornik obaveznog zdravstvenog osiguranja može imati uvid u lične podatke osiguranog lica koji se odnose na ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Ako osigurano lice ne potpiše izjavu iz stava 1. ovog člana, matična filijala nije dužna da snosi troškove zdravstvene zaštite koji se ne mogu proveriti od strane ovlašćenog zdravstvenog radnika - nadzornika obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Ovlašćeni zdravstveni radnik - nadzornik obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i druga službena lica Republičkog fonda, odnosno filijale, dužni su da čuvaju lične podatke osiguranih lica iz stava 1. ovog člana, kao službenu tajnu.

Član 151

Izabrani lekar:

- 1) organizuje i sprovodi mere na očuvanju i unapređenju zdravlja osiguranih lica, otkrivanju i suzbijanju faktora rizika za nastanak bolesti, obavlja preventivne preglede, mere i postupke, uključujući i zdravstveno vaspitanje, koji su utvrđeni kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 2) obavlja preglede i dijagnostiku;
- 3) određuje način i vrstu lečenja, prati tok lečenja i usklađuje mišljenje i predloge za nastavak lečenja osiguranog lica;
- 4) ukazuje hitnu medicinsku pomoć;
- 5) upućuje osigurano lice na ambulantno-specijalističke preglede ili u drugu odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga sa kojim je zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, prema medicinskim indikacijama, prati tok lečenja i usklađuje mišljenja i predloge za nastavak lečenja osiguranog lica i upućuje osigurano lice na sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite;
- 6) određuje vrstu i dužinu kućnog lečenja i prati sprovođenje kućnog lečenja;
- 7) propisuje lekove i medicinska sredstva, kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala;
- 8) sprovodi zdravstvenu zaštitu iz oblasti mentalnog zdravlja;
- 9) vodi propisanu medicinsku dokumentaciju o lečenju i zdravstvenom stanju osiguranog lica, u skladu sa zakonom;

10) daje ocenu o zdravstvenom stanju osiguranog lica i upućuje osigurano lice na ocenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti, u skladu sa ovim zakonom;

11) utvrđuje dužinu privremene sprečenosti za rad zbog bolesti i povrede osiguranika do 30 dana sprečenosti za rad i predlaže prvostepenoj lekarskoj komisiji produženje privremene sprečenosti za rad, osim ako ovim zakonom nije drukčije određeno;

12) predlaže prvostepenoj lekarskoj komisiji da utvrdi potrebu za rad osiguranika sa skraćenim radnim vremenom u toku lečenja, u skladu sa ovim zakonom;

13) utvrđuje potrebu da osigurano lice ima pratioca za vreme putovanja;

14) utvrđuje potrebu odsustvovanja osiguranika sa posla radi nege člana uže porodice, u skladu sa članom 79. stav 1. ovog zakona;

15) daje mišljenje o tome da li je osiguranik namerno prouzrokovao nesposobnost za rad, odnosno da li je ozdravljenje namerno sprečio;

16) daje nalaz i mišljenje o zdravstvenom stanju osiguranog lica na osnovu čega se izdaje potvrda o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu;

17) određuje upotrebu i vrstu prevoznog sredstva za prevoz bolesnika, s obzirom na njegovo zdravstveno stanje;

18) vrši druge poslove u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ugovorom između Republičkog fonda, odnosno filijale i davaoca zdravstvenih usluga.

Pored poslova iz stava 1. ovog člana, izabrani lekar, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, određuje starost trudnoće radi ostvarivanja prava na odsustvovanje sa rada zbog trudnoće i porođaja, daje mišljenje o zdravstvenom stanju deteta radi ostvarivanja prava osiguranika na odsustvovanje sa rada zbog neophodne posebne nege deteta, u skladu sa zakonom i utvrđuje privremenu sprečenost za rad osiguranika sa propisima o zapošljavanju i osiguranju za slučaj nezaposlenosti.

Izabrani lekar daje ocenu privremene sprečenosti za rad na osnovu neposrednog pregleda osiguranog lica i na osnovu medicinske dokumentacije.

Član 152

Ako to zahteva zdravstveno stanje osiguranog lica, kao i racionalnost u pružanju zdravstvene zaštite, na predlog lekara specijaliste odgovarajuće grane medicine koji leči osigurano lice, izabrani lekar može da prenese ovlašćenje iz člana 151. ovog zakona na tog lekara specijalistu, a koje se odnosi na dijagnostikovanje i lečenje, upućivanje na stacionarno lečenje, uključujući i propisivanje lekova koji se izdaju uz lekarski recept za određene bolesti (TBC, HIV, bolesti zavisnosti, lečenje psihijatrijskih oboljenja, lečenje retkih bolesti, kao i druga oboljenja u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona).

Aktom iz člana 141. stav 4. ovog zakona Republički fond propisuje način prenošenja ovlašćenja, druga oboljenja za koja se može preneti ovlašćenje iz stava 1. ovog člana, kao i obrazac na osnovu koga se ovlašćenje prenosi.

Član 153

Ako izabrani lekar zloupotrebi svoja ovlašćenja u postupku ostvarivanja prava osiguranih lica, filijala raskida ugovor sa izabranim lekarom i daje inicijativu kod nadležne komore zdravstvenih radnika za oduzimanje licence za samostalni rad tog izabranog lekara.

Prvostepena lekarska komisija

Član 154

Prvostepena lekarska komisija sastoji se od dva lekara i potrebnog broja zamenika, koje imenuje direktor Republičkog fonda.

U lekarskoj komisiji iz stava 1. ovog člana najmanje jedan član je stalno zaposlen u matičnoj filijali.

Član 155

Prvostepena lekarska komisija:

- 1) daje ocenu i utvrđuje dužinu privremene sprečenosti za rad osiguranika, po predlogu izabranog lekara, preko 30 dana privremene sprečenosti za rad, odnosno privremene sprečenosti za rad zbog nege člana uže porodice duže od 15 dana, odnosno duže od sedam dana, u skladu sa ovim zakonom;
- 2) daje ocenu po prigovoru osiguranika ili poslodavca na ocenu izabranog lekara o privremenoj sprečenosti za rad osiguranika zbog bolesti ili povrede do 30 dana, odnosno privremene sprečenosti za rad zbog nege člana porodice, u skladu sa ovim zakonom;
- 3) daje ocenu o potrebi obezbeđivanja pratioca obolelom licu za vreme stacionarnog lečenja, pod uslovima utvrđenim opštim aktom Republičkog fonda;
- 4) odlučuje o opravdanosti propisivanja određenih vrsta medicinsko-tehničkih pomagala i izrade novih medicinsko-tehničkih pomagala pre isteka roka njihovog trajanja;
- 5) daje ocenu o zahtevima za naknadu troškova lečenja i putnih troškova;
- 6) ceni medicinsku opravdanost zdravstvene zaštite korišćene suprotno uslovima i načinu utvrđenom ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona;
- 7) daje mišljenje o upućivanju osiguranih lica na lečenje u zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju i mišljenje o upućivanju osiguranih lica na lečenje van područja matične filijale;

8) predlaže upućivanje osiguranika, u slučaju dužeg trajanja sprečenosti za rad, u skladu sa ovim zakonom, nadležnom organu za ocenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;

9) daje ocenu o mišljenju izabranog lekara;

10) utvrđuje zdravstveno stanje osiguranog lica radi izdavanja potvrde o korišćenju zdravstvene zaštite osiguranog lica u inostranstvu, u skladu sa ovim zakonom;

11) utvrđuje potrebu osiguranika za rad sa skraćenim radnim vremenom u toku lečenja, u skladu sa ovim zakonom;

12) vrši druge poslove u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja.

Pored poslova iz stava 1. ovog člana, prvostepena lekarska komisija obavlja i poslove u vezi sa članom 151. stav 2. ovog zakona.

Prvostepena lekarska komisija daje ocenu privremene sprečenosti za rad na osnovu neposrednog pregleda osiguranog lica i na osnovu medicinske dokumentacije.

Drugostepena lekarska komisija

Član 156

Drugostepena lekarska komisija ispituje pravilnost ocene prvostepene lekarske komisije.

Drugostepena lekarska komisija sastoji se od tri lekara i potrebnog broja zamenika, koje imenuje direktor Republičkog fonda.

U lekarskoj komisiji iz stava 2. ovog člana najmanje jedan član je stalno zaposlen u Republičkom fondu, odnosno matičnoj filijali.

Član 157

Drugostepena lekarska komisija:

1) daje ocenu po prigovoru osiguranika, odnosno poslodavca na ocenu, odnosno na činjenično stanje koje je prvostepena lekarska komisija utvrdila;

2) ispituje po zahtevu osiguranog lica, filijale, odnosno poslodavca pravilnost ocene koju kao konačnu daje prvostepena lekarska komisija i o tome daje svoju ocenu i mišljenje;

3) daje ocenu o produženju prava na naknadu zarade u skladu sa članom 79. stav 3. ovog zakona.

Drugostepena lekarska komisija može da vrši reviziju svih prava, odnosno veštačenje u vezi sa svim pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja o kojima je odlučivao izabrani lekar, odnosno prvostepena lekarska komisija, po zahtevu osiguranog lica, poslodavca, matične filijale, odnosno Republičkog fonda.

5. Prigovor u postupku ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu

Član 158

Ako osigurano lice nije zadovoljno ocenom koju je dao izabrani lekar, može izjaviti prigovor prvostepenoj lekarskoj komisiji.

Prigovor se podnosi usmeno ili pismeno, u roku od 48 sati od saopštenja ocene izabranog lekara - lekaru protiv čije ocene je prigovor izjavljen ili neposredno lekarskoj komisiji.

Izabrani lekar kome je usmeno izjavljen prigovor, ako ne preinači svoju ocenu, dužan je da o tome sačini zabeležku, koju potpisuje i osigurano lice.

Izabrani lekar kome je izjavljen prigovor dužan je da predmet odmah dostavi nadležnoj lekarskoj komisiji.

Član 159

Prvostepena lekarska komisija dužna je da hitno uzme u postupak prigovor radi donošenja ocene.

Ako je prigovor izjavljen protiv ocene o privremenoj sprečenosti za rad osiguranika, lekarska komisija dužna je da osiguranika odmah pozove na pregled. U ostalim slučajevima lekarska komisija odmah poziva na pregled osiguranika ako smatra da je to potrebno za davanje ocene. Ako lekarska komisija smatra da je potrebna dopuna medicinske obrade, bez odlaganja će odrediti potrebna medicinska ispitivanja po kojima je izabrani lekar dužan da postupi.

Ocena o zdravstvenom stanju osiguranika i ocena o privremenoj sprečenosti za rad moraju biti potpune, obrazložene i u skladu sa dokumentacijom koja služi kao osnov za davanje ocene.

Ocena koju prvostepena lekarska komisija daje povodom izjavljenog prigovora na ocenu izabranog lekara iz stava 1. ovog člana, konačna je.

O oceni lekarske komisije obaveštava se pismeno osiguranik, izabrani lekar, matična filijala, odnosno poslodavac.

Član 160

Protiv ocene prvostepene lekarske komisije kada je ona doneta bez prethodne ocene izabranog lekara osigurano lice koje je nezadovoljno ocenom prvostepene lekarske komisije, može izjaviti prigovor drugostepenoj lekarskoj komisiji u roku od tri dana od dana saopštenja ocene prvostepene lekarske komisije.

Prigovor na ocenu prvostepene lekarske komisije podnosi se usmeno na zapisnik ili pismeno prvostepenoj lekarskoj komisiji protiv čije se ocene izjavljuje prigovor. Komisija je dužna da prigovor zajedno sa predmetom hitno dostavi drugostepenoj lekarskoj komisiji. Prigovor se može podneti pismeno i neposredno drugostepenoj lekarskoj komisiji.

Član 161

Drugostepena lekarska komisija dužna je da hitno uzme u postupak prigovor, radi davanja svoje ocene.

Ako je prigovor izjavljen protiv ocene o privremenoj sprečenosti za rad, drugostepena lekarska komisija dužna je da osiguranika odmah pozove na pregled. U ostalim slučajevima komisija daje svoju ocenu na osnovu medicinske dokumentacije, a može, ako nađe za potrebno, pozvati osigurano lice na pregled. Ako komisija smatra da je potrebno dopuniti medicinsku obradu, odrediće bez odlaganja potrebna medicinska ispitivanja.

Ocena koju je dala drugostepena lekarska komisija povodom izjavljenog prigovora na ocenu prvostepene lekarske komisije konačna je.

O oceni drugostepene lekarske komisije pismeno se obaveštava osiguranik, prvostepena lekarska komisija protiv čije ocene je izjavljen prigovor, matična filijala, odnosno poslodavac.

Ako osigurano lice nije zadovoljno ocenom drugostepene lekarske komisije, može zahtevati da mu filijala izda rešenje.

Član 162

Blagovremeno podnet prigovor na ocenu izabranog lekara, odnosno prvostepene lekarske komisije, odlaže izvršenje te ocene.

6. Obnova postupka ocene o privremenoj sprečenosti za rad

Član 163

Republički fond, odnosno matična filijala, kao i poslodavac, mogu zahtevati da se osiguranik čiju je privremenu sprečenost za rad ocenio izabrani lekar, odnosno prvostepena lekarska komisija, podvrgne ponovnom pregledu od strane prvostepene lekarske komisije, odnosno drugostepene lekarske komisije, radi ponovnog ocenjivanja njegove privremene sprečenosti za rad. Ponovni pregled se ne može zahtevati ako se osiguranik nalazi na stacionarnom lečenju, osim u slučaju lečenja u dnevnoj bolnici.

Inicijativu da se osiguranik podvrgne ponovnom pregledu iz stava 1. ovog člana može dati i izabrani lekar, odnosno prvostepena lekarska komisija.

Ponovni pregled može se zahtevati u roku od 30 dana od dana izvršene ocene stručno-medicinskog organa u postupku.

Osiguranik je dužan da se javi prvostepenoj lekarskoj komisiji, odnosno drugostepenoj lekarskoj komisiji, radi pregleda u roku koji ona odredi. Ako se osiguranik bez opravdanog razloga ne odazove pozivu na pregled, obustavlja mu se isplaćivanje naknade zarade i ne pripada mu naknada sve dok se ne odazove pozivu.

7. Veštačenje u postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 164

Republički fond, odnosno matična filijala, po službenoj dužnosti ili na zahtev poslodavca, može tražiti veštačenje u vezi sa ostvarivanjem svih prava osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući i veštačenje o zdravstvenom stanju osiguranog lica.

Veštačenje u slučaju iz stava 1. ovog člana vrši: prvostepena lekarska komisija - ako je ocenu dao izabrani lekar, drugostepena lekarska komisija - ako je ocenu dala prvostepena lekarska komisija i tri lekara specijaliste odgovarajuće zdravstvene ustanove - ako je ocenu dala drugostepena lekarska komisija.

Veštačenje se može zahtevati u roku od jedne godine od dana ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja o kojem je odlučivao odgovarajući stručno-medicinski organ u postupku.

Član 165

Republički fond može zahtevati veštačenje u vezi sa ostvarenim pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranog lica koje će sprovesti nezavisni stručnjaci iz odgovarajućih zdravstvenih ustanova, odnosno stručne komisije iz određenih grana medicine.

Član 166

Na osnovu sprovedenog postupka veštačenja u vezi sa ostvarivanjem određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Republički fond može osporiti pravo na korišćenje tih prava, odnosno može tražiti naknadu štete od strane osiguranog lica ili drugog odgovornog lica, u skladu sa postupkom naknade štete koji je propisan ovim zakonom.

8. Ostvarivanje prava na novčane naknade

Član 167

O pravu na novčanu naknadu rešava matična filijala, odnosno poslodavac.

Novčana naknada isplaćuje se na osnovu podnetih dokaza.

Na zahtev osiguranog lica, isplatilac novčane naknade dužan je da mu izda rešenje.

Član 168

O pravu na naknadu zarade rešava poslodavac ako se naknada isplaćuje na teret poslodavca, a matična filijala ako se naknada isplaćuje na teret te filijale.

Naknada zarade isplaćuje se na osnovu podnetih dokaza, bez podnošenja zahteva.

Član 169

Naknada zarade utvrđena u skladu sa ovim zakonom može biti predmet izvršenja i obezbeđenja samo za potraživanja izdržavanja koje je utvrđeno sudskom odlukom ili sudskim poravnanjem.

Član 170

Naknada zarade se isplaćuje na osnovu izveštaja o privremenoj sprečenosti za rad (doznaka) izdatog od strane stručno-medicinskog organa u postupku.

Ocenu privremene sprečenosti za rad vrši stručno-medicinski organ u postupku, prema matičnoj filijali osiguranika.

Ako ocenu privremene sprečenosti za rad zbog hitnosti slučaja i težine oboljenja nije cenio organ iz stava 2. ovog člana, o naknadi zarade za to vreme odlučuje filijala, odnosno poslodavac na osnovu naknadne ocene organa iz stava 2. ovog člana.

Član 171

Izabrani lekar samostalno vrši ocenu privremene sprečenosti za rad do 30 dana te sprečenosti, osim za slučajeve nege člana uže porodice, u skladu sa ovim zakonom.

Ocenu privremene sprečenosti za rad posle 30. dana vrši prvostepena lekarska komisija.

Privremenu sprečenost za rad osiguranika na stacionarnom lečenju utvrđuje izabrani lekar.

Član 172

Izabrani lekar samostalno vrši ocenu privremene sprečenosti za rad zbog nege člana uže porodice mlađeg od sedam godina života, ili zbog nege starijeg člana uže porodice koji je teško telesno ili duševno ometen u razvoju - do 15 dana sprečenosti za rad, a za člana porodice starijeg od sedam godina života - do sedam dana sprečenosti za rad, u skladu sa članom 79. stav 1. ovog zakona.

Ocenu privremene sprečenosti za rad posle 15, odnosno sedmog dana sprečenosti za rad vrši prvostepena lekarska komisija.

9. Zaštita prava osiguranih lica

Član 173

O pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje, na osnovu dostavljenih dokaza, matična filijala, bez donošenja rešenja, osim kada je donošenje rešenja utvrđeno ovim zakonom, odnosno opštim aktom Republičkog fonda, ili kad donošenje rešenja zahteva osigurano lice, odnosno poslodavac.

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

Član 174

Osigurano lice koje smatra da je o njegovom pravu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja doneta odluka u suprotnosti sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, ima pravo da pokrene postupak zaštite prava pred nadležnim organom.

Zaštitu prava može tražiti i poslodavac, u skladu sa ovim zakonom.

O pravima utvrđenim ovim zakonom u prvom stepenu rešava matična filijala, a u drugom stepenu Republički fond, odnosno Pokrajinski fond za područje autonomne pokrajine, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

O pravu na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu i o upućivanju na lečenje u inostranstvo u prvom stepenu rešava komisija Republičkog fonda koju imenuje Upravni odbor Republičkog fonda, a u drugom stepenu direktor Republičkog fonda.

Član 175

Protiv konačnog akta Republičkog fonda, kojim je odlučeno o pravu iz zdravstvenog osiguranja, može se pokrenuti upravni spor.

Član 176

Matična filijala, odnosno Republički fond, kao i Pokrajinski fond, dužni su da osiguranim licima obezbede stručnu i pravnu pomoć u slučajevima kada osigurano lice smatra da mu je davalac zdravstvene usluge neopravdano onemogućio ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja, odnosno da su mu prava iz zdravstvenog osiguranja pružena u suprotnosti sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

U slučaju iz stava 1. ovog člana, matična filijala, odnosno Republički fond, kao i Pokrajinski fond, dužni su da osiguranom licu pruže savete i uputstva o korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno da preuzmu mere prema davaocu zdravstvene usluge koji ne postupa u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Matična filijala, odnosno Republički fond, kao i Pokrajinski fond, dužni su da razmatraju sve predstavke i podneske osiguranih lica koji se odnose na slučajeve iz stava 1. ovog člana i da preuzmu potrebne mere u skladu sa zakonom.

5) UGOVARANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA

1. Zaključivanje ugovora

Član 177

Odnosi između matične filijale, odnosno Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga, povodom ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu, uređuju se ugovorom koji se zaključuje na period za koji se donosi budžetski memorandum, odnosno finansijski plan Republičkog fonda, a u izuzetnim slučajevima može se zaključiti i za jednu kalendarsku godinu.

Ugovor iz stava 1. ovog člana zaključuje se na osnovu ponude davaoca zdravstvenih usluga za obezbeđivanje programa i usluga zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, datom u obliku plana rada davaoca zdravstvenih usluga.

Važenje ugovora iz stava 1. ovog člana može se aneksom ugovora produžiti i u narednu kalendarsku godinu, a najduže do stupanja na snagu opšteg akta kojim se

utvrđuje iznos novčane naknade za rad davaoca zdravstvenih usluga, iz člana 179. stav 1. ovog zakona.

Ugovor koji se zaključuje na period usklađen sa donošenjem budžetskog memoranduma, odnosno koji se zaključuje za više godina u skladu sa stavom 1. ovog člana, usklađuje se za svaku budžetsku godinu prema planiranim sredstvima u finansijskom planu Republičkog fonda.

Ugovorom iz stava 1. ovog člana uređuju se odnosi između matične filijale, odnosno Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga u pružanju zdravstvene zaštite obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, a naročito: vrsta, obim, odnosno kvantitet zdravstvenih usluga, mere za obezbeđivanje kvaliteta zdravstvene zaštite koja se pruža osiguranim licima, kadar na osnovu normativa kadrova i standarda rada potrebnih za ostvarivanje zdravstvene zaštite osiguranih lica, naknade odnosno cene koju matična filijala, odnosno Republički fond plaća za pružene zdravstvene usluge, način obračuna i plaćanja, kontrola i odgovornost za izvršavanje obaveza iz ugovora, rok za sprovođenje preuzetih obaveza, način rešavanja spornih pitanja, raskid ugovora, kao i druga međusobna prava i obaveze ugovornih strana.

Član 178

Prednost u zaključivanju ugovora sa matičnom filijalom, odnosno Republičkim fondom imaju one zdravstvene ustanove koje su u postupku akreditacije dobile sertifikat o kvalitetu, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

Republički fond, odnosno matična filijala može pre zaključivanja ugovora o pružanju zdravstvenih usluga sa davaocem zdravstvenih usluga izvršiti kontrolu sprovođenja i izvršavanja ranije zaključenih ugovora sa tim davaocem zdravstvenih usluga.

Davalac zdravstvenih usluga sa kojim je matična filijala, odnosno Republički fond zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite obavezno osiguranim licima mora obezbediti potrebne lekove, medicinska sredstva, implantate i medicinsko-tehnička pomagala koja su utvrđena kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 179

Republički fond za period iz člana 177. stav 1. ovog zakona donosi opšti akt kojim se uređuju uslovi za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, kriterijume i merila za utvrđivanje naknade za njihov rad, odnosno način plaćanja zdravstvenih usluga, kao i drugih troškova u skladu sa ovim zakonom, postupak konačnog obračuna sa davaocima zdravstvenih usluga na osnovu ugovora o pružanju zdravstvene zaštite po završenoj budžetskoj godini, kao i druga pitanja od značaja za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga.

Republički fond donosi opšti akt iz stava 1. ovog člana u saradnji sa udruženjem zdravstvenih ustanova osnovanim u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, kao i sa predstavnicima komore zdravstvenih radnika osnovane u skladu sa zakonom.

Ministarstvo daje saglasnost na akt iz stava 1. ovog člana.

Akt iz stava 1. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

Član 180

Osnov za zaključivanje ugovora iz člana 177. ovog zakona čine:

- 1) trogodišnji, odnosno godišnji plan zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji se donosi u skladu sa ovim zakonom;
- 2) utvrđeni normativi kadrova, standardi rada, kao i zdravstveni kapaciteti potrebni za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu osiguranih lica;
- 3) opšti akt Republičkog fonda iz člana 179. stav 1. ovog zakona;
- 4) akt Republičkog fonda iz člana 55. stav 2. ovog zakona;
- 5) finansijski plan Republičkog fonda.

Ugovorom koji se zaključuje između matične filijale, odnosno Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga mogu se ugovoriti i niže cene zdravstvenih usluga od cene koje su utvrđene aktom iz člana 55. ovog zakona za zdravstvene usluge koje se pružaju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 181

Ugovorom iz člana 177. ovog zakona mogu se utvrditi sledeći načini plaćanja zdravstvenih usluga:

- 1) plaćanje po jednom opredeljenom osiguranom licu (u daljem tekstu: kapitacija);
- 2) plaćanje po slučaju, odnosno po epizodi bolesti ili povrede;
- 3) plaćanje po cenama pojedinačnih zdravstvenih usluga;
- 4) otkupom plana rada davalaca zdravstvenih usluga;
- 5) plaćanje po dijagnostički srodnim grupama bolesti i povreda;
- 6) drugi način utvrđen ugovorom.

Član 182

Matična filijala zaključuje ugovor sa davaocem zdravstvenih usluga o pružanju zdravstvene zaštite koja je utvrđena kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica sa teritorije matične filijale, kao i za druga osigurana lica, u skladu sa propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Republički fond zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga za određene vrste zdravstvenih usluga za potrebe svih osiguranih lica u Republici, odnosno za sprovođenje posebnih programa zdravstvene zaštite koji se donose u skladu sa zakonom, kao i sa zdravstvenim ustanovama koje obavljaju doktrinarne, stručno-metodološke i druge poslove od značaja za sprovođenje zdravstvenog osiguranja, odnosno sa drugim pravnim licem - za ostvarivanje određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Davaoci zdravstvenih usluga iz Plana mreže dužni su da prioritarno zaključe ugovor sa Republičkim fondom za raspoložive kapacitete u pogledu prostora, opreme i kadrova, odnosno da prioritarno izvršavaju ugovorne obaveze prema Republičkom fondu, u odnosu na druga pravna i fizička lica sa kojima imaju zaključene ugovore o pružanju zdravstvenih usluga.

Član 183

Zdravstvenim ustanovama, odnosno privatnoj praksi sa kojima nije zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga mogu se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja platiti samo zdravstvene usluge pružene osiguranim licima pri ukazivanju hitne medicinske pomoći, po cenama utvrđenim aktom iz člana 55. ovog zakona.

Ako je osigurano lice platilo za pruženu hitnu medicinsku pomoć zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi iz stava 1. ovog člana, ima pravo na naknadu plaćenih troškova iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja do iznosa cene pružene zdravstvene usluge, utvrđene aktom iz člana 55. ovog zakona.

2. Arbitraža

Član 184

Radi rešavanja sporova između filijala, odnosno Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga, a u vezi sa zaključivanjem, izmenom i sprovođenjem ugovora o pružanju zdravstvene zaštite, može se obrazovati arbitraža.

Zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa sa kojom nije zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite za osigurana lica iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, a koja je pružila hitnu medicinsku pomoć osiguranom licu, može zahtevati zaključivanje sporazuma o obrazovanju arbitraže, u skladu sa ovim zakonom.

Svaka stranka u sporu iz st. 1. i 2. ovog člana može zahtevati zaključivanje sporazuma o obrazovanju arbitraže, u roku od osam dana od dana nastanka spora, odnosno od dana dostavljanja ugovora iz člana 177. ovog zakona davaocu zdravstvenih usluga.

Arbitraža ima pet članova i sastavljena je od predstavnika filijale, odnosno Republičkog fonda i davaoca zdravstvenih usluga, koji su stranke u sporu, predstavnika udruženja zdravstvenih ustanova, predstavnika komore zdravstvenih radnika obrazovanih u skladu sa zakonom, i predstavnika Ministarstva.

Za rešavanje sporova između filijala i davalaca zdravstvenih usluga sa područja autonomne pokrajine, jedan član arbitraže je predstavnik Pokrajinskog fonda.

Predsednika arbitraže stranke u sporu određuju sporazumno, od članova arbitraže, a u slučaju da se stranke ne sporazumeju o izboru predsednika, imenuje ga ministar.

Član 185

Postupak pred arbitražom je hitan, a odluka o spornom pitanju donosi se u roku od 30 dana od dana zaključivanja sporazuma o obrazovanju arbitraže, većinom glasova članova arbitraže.

Dok traje postupak pred arbitražom rokovi za pokretanje postupka pred nadležnim sudom miruju.

Ako se stranke u toku postupka poravnaju o predmetu spora, arbitraža će na njihov zahtev doneti odluku na osnovu poravnanja, osim ako su dejstva tog poravnanja suprotna javnom poretku.

Arbitražna odluka na osnovu poravnanja ima snagu kao svaka druga arbitražna odluka, osim što ne mora da sadrži obrazloženje.

Na arbitražu se primenjuju odredbe zakona kojim se uređuje izabrani sud, odnosno arbitraža, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

3. Kontrola sprovođenja zaključenih ugovora

Član 186

Republički fond dužan je da organizuje i sprovodi kontrolu izvršavanja zaključenih ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga.

Republički fond vrši kontrolu sprovođenja zaključenih ugovora između filijala i davalaca zdravstvenih usluga.

Poslove kontrole zaključenih ugovora obavljaju i filijale, kao i Pokrajinski fond, u skladu sa ovim zakonom.

Član 187

Službeno lice Republičkog fonda, filijale, odnosno Pokrajinskog fonda (u daljem tekstu: nadzornik osiguranja) vrši kontrolu pravilnosti izvršavanja zaključenih ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, kao i zakonitog i namenskog korišćenja finansijskih sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja prenetih davaocima zdravstvenih usluga za ostvarivanje zakonom utvrđenih prava osiguranih lica.

Za kontrolu ličnih podataka koji se odnose na zdravstveno stanje osiguranih lica, koji se vode u medicinskoj dokumentaciji osiguranog lica, u skladu sa zakonom, nadzornik osiguranja je ovlašćeni doktor medicine, doktor stomatologije, odnosno diplomirani farmaceut.

Republički fond donosi opšti akt kojim bliže uređuje način i postupak obavljanja poslova iz st. 1. i 2. ovog člana.

Opšti akt iz stava 3. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

Član 188

U postupku vršenja kontrole nadzornik osiguranja mora imati i dati na uvid službenu legitimaciju.

Službenu legitimaciju izdaje direktor Republičkog fonda.

Obrazac službene legitimacije, njen izgled i sadržaj propisuje direktor Republičkog fonda.

Član 189

U vršenju poslova nadzornik osiguranja ovlašćen je da ostvari neposredan uvid u tražene podatke i u službenu i finansijsku dokumentaciju davaoca zdravstvenih usluga, kao i uvid u određenu medicinsku dokumentaciju značajnu za ostvarivanje prava osiguranih lica iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Nadzornik osiguranja o utvrđenom činjeničnom stanju u postupku kontrole sastavlja zapisnik koji dostavlja davaocu zdravstvenih usluga.

Nadzornik osiguranja ostaviće davaocu zdravstvenih usluga rok od 15 dana od dana dostavljanja zapisnika za otklanjanje utvrđenih nepravilnosti u radu i sprovođenju zaključenog ugovora sa Republičkim fondom, odnosno matičnom filijalom.

Ako davalac zdravstvenih usluga u roku iz stava 3. ovog člana ne otkloni utvrđene nepravilnosti u radu i sprovođenju zaključenog ugovora, nadzornik osiguranja može predložiti mere iz člana 190. ovog zakona.

Član 190

U vršenju kontrole nadzornik osiguranja može da:

- 1) naloži da se utvrđene nepravilnosti i nedostaci, odnosno sprovođenje radnji koje su u suprotnosti sa zakonom i zaključenim ugovorom sa davaocem zdravstvenih usluga, otklone u određenom roku;
- 2) predloži da se privremeno obustavi prenos finansijskih sredstava dok davalac zdravstvenih usluga ne otkloni utvrđene nepravilnosti u izvršenju zaključenog ugovora;
- 3) predloži da se raskine ugovor sa izabranim lekarom;
- 4) predloži da se umanja iznos sredstava davaocu zdravstvenih usluga za deo obaveza preuzetih zaključenim ugovorom koje davalac zdravstvenih usluga nije izvršio;
- 5) predloži da se raskine deo ugovora ili ugovor u celini sa davaocem zdravstvenih usluga;
- 6) preduzme druge mere u skladu sa zakonom i zaključenim ugovorom.

O predloženim merama iz stava 1. ovog člana odluku donosi direktor Republičkog fonda, odnosno direktor matične filijale koji o tome obaveštava direktora Republičkog fonda.

6) NAKNADA ŠTETE U SPROVOĐENJU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 191

Osigurano lice, odnosno osiguranik kome je iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja izvršena isplata naknade na koju nije imao pravo, dužan je da Republičkom fondu, odnosno matičnoj filijali vrati primljeni iznos:

- 1) ako je isplata izvršena na osnovu netačnih podataka za koje je znao ili je morao znati da su netačni, ili je na drugi protivpravan način ostvario pravo na naknadu na koju nije imao pravo, ili je ostvario naknadu u većem obimu od pripadajuće;
- 2) ako je ostvario neko primanje usled toga što nije prijavio nastale promene koje utiču na gubitak ili obim nekog prava, a znao je ili je morao znati za te promene;
- 3) ako je primio novčane isplate u iznosu većem od onoga koji mu je određen rešenjem.

Rokovi zastarelosti potraživanja iz stava 1. tač. 1) - 3) ovog člana počinju teći od dana kada je u upravnom postupku postalo konačno rešenje kojim je utvrđeno da isplaćeno primanje ne pripada ili pripada u manjem obimu, odnosno od dana kada je izvršena poslednja nepravilna isplata.

Član 192

Matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete od lica koje je namerno ili krajnjom nepažnjom prouzrokovalo bolest, povredu ili smrt osiguranog lica.

Za štetu koju je matičnoj filijali, odnosno Republičkom fondu u slučajevima iz stava 1. ovog člana prouzrokovao zaposleni na radu ili u vezi sa radom odgovara poslodavac kod kojeg zaposleni radi u trenutku prouzrokovanja štete.

Matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo, u slučajevima iz stava 2. ovog člana, da zahteva naknadu štete i neposredno od zaposlenog ako je bolest, povredu ili smrt osiguranog lica prouzrokovao namerno.

Član 193

Matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete od poslodavca ako su bolest, povreda ili smrt osiguranika nastali usled toga što nisu sprovedene mere bezbednosti i zdravlja na radu, u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast bezbednosti i zdravlja na radu, ili ako nisu sprovedene druge mere za zaštitu građana.

Matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete od poslodavca i kada je šteta nastala usled 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 194

Matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete od poslodavca:

1) ako je šteta nastala usled toga što nisu 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 na osiguranje ili zato što nije podneta prijava o promeni u osiguranju, ili odjava sa osiguranja, ili ako su navedeni dokumenti podneti posle propisanog roka.

Matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete od osiguranika koji je dužan sam da podnosi prijavu na osiguranje, prijavu promene u osiguranju ili odjave sa osiguranja, ili da daje određene podatke u vezi sa zdravstvenim osiguranjem, ako je šteta nastala usled toga što navedeni dokumenti nisu podneti, ili nisu dati podaci, odnosno dati su neistiniti podaci.

Član 195

Matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete od izabranog lekara koji nezakonito utvrdi sprečenost za rad osiguranika ili propiše lekove, medicinsko-tehnička pomagala, odnosno druga prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, za koja nema osnova u zdravstvenom stanju osiguranog lica.

Ako je šteta iz stava 1. ovog člana nastala zbog nezakonitog rada lekarske komisije, za štetu odgovaraju članovi lekarske komisije koji su nezakonito radili.

Matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo na naknadu štete od lekara, odnosno od davaoca zdravstvenih usluga, ako je nastala šteta prouzrokovana pri obavljanju ili u vezi sa obavljanjem delatnosti lekara, odnosno davaoca zdravstvenih usluga zbog nepravilnog lečenja osiguranog lica.

Član 196

Pri utvrđivanju prava na naknadu štete prouzrokovane matičnoj filijali, odnosno Republičkom fondu primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuju obligacioni odnosi.

Visina naknade štete utvrđuje se prema troškovima lečenja i drugim troškovima u vezi sa lečenjem, novčanim naknadama isplaćenim osiguranom licu po odredbama ovog zakona i drugim davanjima na teret matične filijale, odnosno Republičkog fonda.

Član 197

Matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete i neposredno od društva za osiguranje koje obavlja delatnost u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje, kod kojeg je lice koje je upotrebom motornog vozila prouzrokovalo štetu, odnosno oštećenje zdravlja ili smrt osiguranog lica, zaključilo ugovor o obaveznom osiguranju u saobraćaju u skladu sa posebnim zakonom.

Ako je šteta nastala upotrebom nepoznatog motornog vozila, matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete neposredno od reosiguravajućeg društva.

Matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete prouzrokovane upotrebom motornog vozila strane registracije, koje na području Republike nije obuhvaćeno obaveznim osiguranjem od štete nastale upotrebom motornog vozila, neposredno od reosiguravajućeg društva.

Matična filijala, odnosno Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete i kada je šteta od upotrebe motornog vozila nastala u inostranstvu, u skladu sa odredbama zakona kojim se uređuje osiguranje u međunarodnom saobraćaju.

Član 198

U skladu sa ovim zakonom, naknadu štete može zahtevati i osigurano lice koje pretrpi štetu u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i poslodavac koji pretrpi štetu u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja svojih zaposlenih.

Član 199

Kada matična filijala, odnosno Republički fond utvrdi da mu je u sprovođenju zdravstvenog osiguranja prouzrokovana šteta, pozvaće štetnika da u roku od 30 dana od dana utvrđene naknade štete naknadi štetu.

Ako u ostavljenom roku šteta ne bude naknađena, zahtev za naknadu štete matična filijala, odnosno Republički fond može ostvariti tužbom kod nadležnog suda.

Član 200

Poslodavci, davaoci zdravstvenih usluga sa kojima je matična filijala, odnosno Republički fond zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, nadležni državni organi, kao i druga pravna lica koja na osnovu zakona u obavljanju redovne delatnosti prikupljaju podatke, odnosno vode evidencije od značaja za naknadu štete u skladu sa ovim zakonom, dužni su da u slučaju prouzrokovane bolesti, povrede ili smrti osiguranog lica podatke dostave matičnoj filijali, odnosno Republičkom fondu.

Obavezu iz stava 1. ovog člana imaju i društva koja u skladu sa posebnim zakonom obavljaju delatnost osiguranja, za slučaj povrede ili smrti u saobraćajnoj nesreći osiguranog lica, koje je sa osiguravajućim društvom zaključilo ugovor o obaveznom osiguranju u saobraćaju.

7) FINANSIRANJE OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Sredstva za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 201

Sredstva za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se uplatom doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i iz drugih izvora, u skladu sa ovim zakonom i zakonom kojim se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje.

Sredstva iz stava 1. ovog člana prihod su Republičkog fonda.

Član 202

Odluku o iznosu sredstava koja se prenose filijali donosi Republički fond za svaku budžetsku godinu.

Vlada daje saglasnost na akt iz stava 1. ovog člana.

Iznos sredstava iz stava 1. ovog člana mora biti usklađen sa poslovima za koje je nadležna filijala, odnosno poslovima koji su u nadležnosti Republičkog fonda, u obezbeđivanju i sprovođenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, koja se uređuju ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Odluka o iznosu sredstava iz stava 1. ovog člana zasniva se na:

- 1) finansijskom planu Republičkog fonda;
- 2) planu zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 3) broju i starosnoj strukturi osiguranih lica čije je svojstvo utvrdila matična filijala;
- 4) podacima o osiguranim licima koja su obolela od bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja na području matične filijale;
- 5) iznosu sredstava doprinosa koji se uplaćuje na području matične filijale prema evidenciji o visini uplaćenih sredstava;
- 6) poslovima matične filijale u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 7) poslovima koje obavlja Republički fond u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 8) pokazateljima o nedostajućim sredstvima koja se uplaćuju na području matične filijale za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 9) iznosu sredstava koji je potrebno obezbediti za ujednačeno ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: sredstva solidarnosti), iz člana 232. ovog zakona;
- 10) drugim pokazateljima.

Odluku iz stava 1. ovog člana Republički fond donosi najkasnije do 31. januara za tekuću godinu.

Odluka iz stava 1. ovog člana objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srbije".

Član 203

Sredstvima doprinosa obezbeđuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj bolesti i povrede van rada, kao i za slučaj povrede na radu ili profesionalne bolesti.

2. Doprinos za osiguranike iz člana 22. ovog zakona

Član 204

Sredstva za uplatu doprinosa za osiguranike iz člana 22. ovog zakona obezbeđuju se u budžetu Republike.

Osnovicu za uplatu doprinosa iz stava 1. ovog člana čini najniža mesečna osnovica utvrđena u skladu sa zakonom kojim se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje.

Stopa po kojoj se obračunava i plaća doprinos iz stava 1. ovog člana jeste 12,3%.

Sredstva od uplate doprinosa iz stava 1. ovog člana prihod su Republičkog fonda.

3. Doprinos za osiguranike koji se uključuju u obavezno zdravstveno osiguranje

Član 205

Doprinos za osiguranike iz člana 23. ovog zakona koji se uključuju u obavezno zdravstveno osiguranje obračunava se i plaća na osnovicu i po stopi koja je propisana zakonom kojim se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje.

4. Obračunavanje, utvrđivanje i plaćanje doprinosa

Član 206

Obračunavanje, utvrđivanje i plaćanje doprinosa iz člana 204. ovog zakona sporazumno propisuju ministar i ministar nadležan za poslove finansija.

Član 207

Kada filijala po službenoj dužnosti donese rešenje o utvrđivanju svojstva osiguranika, utvrđuje se i obaveza obračunavanja i plaćanja doprinosa koji važe na dan donošenja rešenja.

III ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Zajedničke odredbe

Član 208

Obezbeđivanje i sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja obavlja Republički fond za zdravstveno osiguranje sa sedištem u Beogradu.

Republički fond vrši javna ovlašćenja u obezbeđivanju i sprovođenju zdravstvenog osiguranja, kao i u rešavanju o pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.

Republički fond obavlja i poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom.

Član 209

Republički fond je pravno lice sa statusom organizacije za obavezno socijalno osiguranje u kojem se ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i obezbeđuju sredstva za obavezno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom.

Prava, obaveze i odgovornost Republičkog fonda utvrđene su zakonom i statutom Republičkog fonda.

Republičkim fondom upravljaju osiguranici, koji su ravnopravno zastupljeni u Upravnom odboru Republičkog fonda srazmerno vrsti i broju osiguranika utvrđenih ovim zakonom.

Član 210

Radi obezbeđivanja i sprovođenja zdravstvenog osiguranja na teritoriji Republike obrazuju se filijale i Pokrajinski fond.

Filijale se obrazuju za područje upravnog okruga sa sedištem u upravnom okrugu, odnosno za teritoriju grada Beograda, sa sedištem u Beogradu, s tim što opštine Ražanj i Sokobanja pripadaju filijali sa sedištem u Nišu.

Izuzetno od stava 2. ovog člana pored filijale koja je u sedištu upravnog okruga može se obrazovati i filijala koja je van sedišta upravnog okruga, o čemu odluku donosi Republički fond, uz saglasnost Vlade.

Filijala ima organizacione jedinice (u daljem tekstu: ispostave filijala), koje su organizovane tako da omoguće dostupnu službu osiguranim licima na području Republike.

Ovlašćenja i odgovornosti filijale, teritorijalna organizacija ispostava filijala, ovlašćenja i odgovornosti Pokrajinskog fonda, kao i druga pitanja od značaja za rad filijala, odnosno Pokrajinskog fonda, uređuju se zakonom i statutom Republičkog fonda.

2. Sredstva Republičkog fonda

Član 211

Republički fond ima poseban račun za:

- 1) obavezno zdravstveno osiguranje;
- 2) dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

3. Poslovi Republičkog fonda

Član 212

Republički fond:

- 1) donosi statut;

- 2) donosi opšte akte, na osnovu ovlašćenja iz ovog zakona, kojima se bliže uređuje sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 3) planira i obezbeđuje finansijska sredstva za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 4) u okviru raspoloživih finansijskih sredstava planira i obezbeđuje uslove za ravnomerno sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Republike i obezbeđuje sredstva solidarnosti za ujednačavanje uslova za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na području filijala;
- 5) obezbeđuje finansijske i druge uslove za ostvarivanje prava na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, odnosno za upućivanje osiguranih lica na lečenje u inostranstvo;
- 6) donosi plan rada za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa planovima rada filijala;
- 7) donosi finansijski plan, u skladu sa zakonom;
- 8) zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga u skladu sa ovim zakonom, i obezbeđuje sredstva za sprovođenje zdravstvene zaštite na osnovu tih ugovora;
- 9) prenosi sredstva za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja filijalama, u skladu sa članom 202. ovog zakona;
- 10) obezbeđuje zakonito, namensko i ekonomično korišćenje sredstava i stara se o uvećanju sredstava na ekonomskim osnovama;
- 11) obezbeđuje neposredno, efikasno, racionalno i zakonito ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja i organizuje obavljanje poslova za sprovođenje osiguranja;
- 12) organizuje obavljanje poslova za sprovođenje zdravstvenog osiguranja koje se neposredno sprovodi u Republičkom fondu;
- 13) koordinira rad filijala i Pokrajinskog fonda;
- 14) organizuje i vrši kontrolu rada filijala, zakonitog i namenskog korišćenja sredstava koja se filijalama prenose za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 15) vrši kontrolu sprovođenja zaključenih ugovora između filijala i davalaca zdravstvenih usluga, odnosno vrši kontrolu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 16) ustrojava i organizuje matičnu evidenciju i vrši kontrolu poslova matične evidencije;
- 17) organizuje i vrši kontrolu i ujednačavanje rada prvostepenih i drugostepenih lekarskih komisija;
- 18) obezbeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;

19) vodi evidenciju i prati naplatu doprinosa, sa nadležnim organima, razmenjuje podatke sa nadležnim organima o obveznicima doprinosa za zdravstveno osiguranje, kao i druge podatke vezane za doprinos;

20) obavlja i druge poslove određene zakonom i statutom Republičkog fonda.

Republički fond sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje organizuje, vrši kontrolu obračuna i plaćanja premija za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, kao i kontrolu sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom.

Za sprovođenje poslova iz st. 1. i 2. ovog člana Republički fond može obrazovati komisije i druga stručna tela.

4. Filijala

Član 213

Filijala:

- 1) sprovodi obavezno zdravstveno osiguranje na svom području;
- 2) planira potrebe osiguranih lica sa svog područja i pravi planove rada u skladu sa raspoloživim finansijskim sredstvima, odnosno sa finansijskim planom Republičkog fonda;
- 3) raspolaže prenetim sredstvima za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica sa svog područja, u skladu sa ovim zakonom;
- 4) obezbeđuje ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja za osigurana lica sa svog područja, u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona;
- 5) zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga;
- 6) organizuje i vrši kontrolu izvršavanja ugovornih obaveza davalaca zdravstvenih usluga sa kojima je zaključen ugovor, radi zaštite prava osiguranih lica;
- 7) obezbeđuje zakonito, namensko i ekonomično trošenje prenetih sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja na svom području;
- 8) vodi matičnu evidenciju osiguranih lica sa podacima potrebnim za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja i za obezbeđivanje i kontrolu ostvarivanja prava iz tog osiguranja;
- 9) vrši kontrolu prijavljivanja na osiguranje, odjavljivanja sa osiguranja i prijavljivanje promene u osiguranju, kao i kontrolu svih podataka od značaja za sticanje, korišćenje i prestanak prava;
- 10) vodi evidenciju i prati naplatu doprinosa, sa nadležnim organima, razmenjuje podatke sa nadležnim organima o obveznicima doprinosa za zdravstveno osiguranje, kao i druge podatke vezane za doprinos;

11) pruža potrebnu stručnu pomoć osiguranim licima u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i zaštitom njihovih interesa u osiguranju;

12) vrši određene poslove u sprovođenju međunarodnih ugovora o zdravstvenom osiguranju;

13) obezbeđuje uslove za rad prvostepenih i drugostepenih lekarskih komisija na svom području, u skladu sa aktima Republičkog fonda;

14) obavlja poslove u vezi sa naknadom štete u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja;

15) obavlja i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom Republičkog fonda.

Filijala obavlja i određene poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi Republički fond.

Poslove iz st. 1. i 2. ovog člana filijala obavlja u ime Republičkog fonda.

Član 214

Filijala podnosi šestomesečni izveštaj o radu Upravnom odboru i Nadzornom odboru Republičkog fonda.

Član 215

Filijalom rukovodi direktor filijale.

Direktor filijale odgovoran je za zakonitost rada filijale, kao i za namensko korišćenje prenetih sredstava za sprovođenje zdravstvenog osiguranja.

Direktor filijale izvršava odluke organa Republičkog fonda.

Direktora filijale na osnovu javnog konkursa imenuje direktor Republičkog fonda na period od četiri godine.

Direktor filijale mora ispunjavati uslove iz člana 219. st. 3- 5. ovog zakona.

Direktor filijale u obavljanju poslova vrši javnu funkciju.

Na obavljanje javne funkcije direktora filijale u pogledu sprečavanja sukoba privatnog i javnog interesa, primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje rad Agencije za borbu protiv korupcije.

Direktor filijale po isteku mandata nastavlja da obavlja poslove u skladu sa zakonom i statutom Republičkog fonda do dana imenovanja direktora filijale na način propisan ovim zakonom.

Član 216

U filijali se obrazuje Savet filijale.

Savet filijale je savetodavno telo direktora filijale i sastavljen je od predstavnika osiguranika i poslodavaca sa područja filijale.

Savet filijale ima najviše devet članova, od kojih su šest predstavnici osiguranika a tri predstavnici poslodavaca, s tim da se obezbeđuje pravična zastupljenost opština na području filijale.

Jedan od predstavnika osiguranika u Savetu filijale jeste iz udruženja invalida sa područja filijale.

Članovi Saveta filijale moraju ispunjavati uslove iz člana 219. st. 3 - 5. ovog zakona.

Savet filijale:

- 1) predlaže mere za sprovođenje i unapređivanje zdravstvenog osiguranja na području filijale;
- 2) daje mišljenje o planu rada filijale;
- 3) daje mišljenje na odluke koje donosi filijala u pogledu obezbeđivanja prava iz zdravstvenog osiguranja i zaključivanja ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga;
- 4) daje predloge za racionalno raspolaganje i trošenje sredstava zdravstvenog osiguranja;
- 5) daje mišljenje o izveštaju koji filijala podnosi Upravnom odboru Republičkog fonda;
- 6) obavlja i druge poslove utvrđene statutom Republičkog fonda.

5. Pokrajinski fond

Član 217

Pokrajinski fond je organizaciona jedinica Republičkog fonda koji obavlja:

- 1) koordinaciju rada filijala obrazovanih na teritoriji autonomne pokrajine, u saradnji sa Republičkim fondom, u skladu sa zakonom;
- 2) kontrolu rada filijala i namenskog korišćenja sredstava koja Republički fond prenosi filijalama za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, na području autonomne pokrajine;
- 3) kontrolu zaključenih ugovora između filijala i davalaca zdravstvenih usluga, na području autonomne pokrajine;
- 4) rešava u drugom stepenu o pravima iz zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom;
- 5) pruža potrebnu stručnu pomoć osiguranim licima u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i zaštitom njihovih interesa u osiguranju;
- 6) obezbeđuje uslove za rad lekarskih komisija obrazovanih na teritoriji autonomne pokrajine, u skladu sa zakonom;

- 7) obezbeđuje informacijski podsistem, kao deo integrisanog informacijskog sistema Republike za oblast zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom;
- 8) vrši statistička i druga istraživanja u oblasti zdravstvenog osiguranja;
- 9) ostvaruje saradnju sa nadležnim pokrajinskim organima;
- 10) druge poslove utvrđene statutom Republičkog fonda;
- 11) podnosi izveštaje o radu za šest i 12 meseci Upravnom i Nadzornom odboru Republičkog fonda.

6. Upravljanje Republičkim fondom

Član 218

Republičkim fondom upravljaju predstavnici osiguranika, u skladu sa ovim zakonom.

7. Organi Republičkog fonda

Član 219

Organi Republičkog fonda jesu: Upravni odbor, Nadzorni odbor i direktor.

Republički fond ima i zamenika direktora koji se imenuje i razrešava pod uslovima, na način i po postupku koji je propisan za imenovanje i razrešenje direktora.

Članovi Upravnog odbora, članovi Nadzornog odbora, direktor odnosno zamenik direktora, ne smeju, direktno ili preko trećeg fizičkog ili pravnog lica, imati učešće kao vlasnici udela, akcionari, zaposleni ili lica pod ugovorom, kod pravnog, odnosno fizičkog lica koja su davaoci zdravstvenih usluga sa kojima se zaključuju ugovori za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno u osiguravajućim društvima koja obavljaju poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, radi sprečavanja sukoba javnog i privatnog interesa.

Izuzetno od stava 3. ovog člana, članovi Upravnog odbora, članovi Nadzornog odbora, direktor, odnosno zamenik direktora mogu pored poslova u organima Republičkog fonda da se bave i naučno-istraživačkim radom, nastavom, radom u kulturno-umetničkim, humanitarnim i sportskim organizacijama, bez saglasnosti Agencije za borbu protiv korupcije, ako time ne ugrožavaju nepristrasno vršenje poslova i ugled organa Republičkog fonda.

Lice iz stava 3. ovog člana ne može biti lice izabrano, postavljeno ili imenovano na funkciju u državnom organu, organu teritorijalne autonomije ili lokalne samouprave, odnosno organu ovlašćenog predlagača iz čl. 222. i 225. ovog zakona.

Lice iz stava 3. ovog člana potpisuje izjavu o nepostojanju sukoba javnog i privatnog interesa iz stava 3. ovog člana.

Lice iz stava 3. ovog člana u obavljanju poslova vrši javnu funkciju.

Na obavljanje javne funkcije lica iz stava 3. ovog člana u pogledu sprečavanja sukoba privatnog i javnog interesa, primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje rad Agencije za borbu protiv korupcije.

Lica iz stava 3. ovog člana mogu biti imenovana na javnu funkciju u Republičkom fondu najviše dva puta.

Organi Republičkog fonda po isteku mandata nastavljaju da obavljaju poslove u skladu sa zakonom i statutom Republičkog fonda do dana imenovanja novih organa Republičkog fonda na način propisan ovim zakonom.

Član 220

U organima Republičkog fonda iz člana 219. ovog zakona moraju biti pravično zastupljeni predstavnici osiguranika po polu, starosnoj dobi, stručnom obrazovanju i moraju biti pravično zastupljene filijale.

Upravni odbor

Član 221

Upravni odbor:

- 1) donosi statut i druge opšte akte Republičkog fonda;
- 2) odlučuje o poslovanju Republičkog fonda, kao i o drugim pitanjima od značaja za rad Republičkog fonda;
- 3) donosi finansijski plan i završni račun Republičkog fonda;
- 4) razmatra i usvaja izveštaj o radu;
- 5) sprovodi javni konkurs za imenovanje direktora Republičkog fonda;
- 6) obavlja i druge poslove, u skladu sa zakonom i statutom.

Statutom Republičkog fonda bliže se uređuje delatnost Republičkog fonda, unutrašnja organizacija, upravljanje, poslovanje, uslovi za imenovanje direktora i zamenika direktora, kao i druga pitanja od značaja za rad Republičkog fonda.

Delatnost Republičkog fonda koja se uređuje statutom iz stava 2. ovog člana obuhvata: sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi Republički fond, zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, sprovođenje međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju, finansijsko poslovanje, obavljanje drugih stručnih, kontrolnih i administrativnih poslova, kao i davanje pravne i druge stručne pomoći osiguranim licima.

Vlada daje saglasnost na statut Republičkog fonda.

Upravni odbor podnosi izveštaj o radu Vladi, najkasnije do 31. marta tekuće godine za prethodnu godinu.

Član 222

Upravni odbor ima 21. člana, od kojih je 14 predstavnika osiguranika zaposlenih, po dva predstavnika osiguranika penzionera, osiguranika zemljoradnika i osiguranika koji obavljaju samostalnu delatnost, i jedan predstavnik udruženja invalida koji ima svojstvo osiguranika u smislu ovog zakona.

Članovi Upravnog odbora zastupaju interese osiguranika, odnosno osiguranih lica u obezbeđivanju i sprovođenju prava obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, u skladu sa ovim zakonom.

Članove Upravnog odbora imenuje i razrešava Vlada, na predlog: reprezentativnih sindikata organizovanih na nivou Republike, u skladu sa zakonom kojim se uređuje rad - za predstavnike iz reda osiguranika zaposlenih; udruženja penzionera organizovanih na nivou Republike koja imaju više od 50.000 registrovanih članova - za predstavnike iz reda osiguranika penzionera; udruženja poljoprivrednika organizovanih na nivou Republike koja imaju više od 50.000 registrovanih članova - za predstavnike iz reda osiguranika zemljoradnika; Privredna komora Srbije - za predstavnike iz reda osiguranika koji obavljaju samostalnu delatnost i udruženje invalida koje ima najveći broj registrovanih članova - za predstavnika udruženja invalida.

Broj članova udruženja iz stava 3. ovog člana utvrđuje se na osnovu dokaza o broju registrovanih članova.

Član 223

Vlada imenuje i razrešava predsednika i zamenika predsednika Upravnog odbora iz reda članova Upravnog odbora.

Predsednik, zamenik predsednika i članovi Upravnog odbora imenuju se na period od četiri godine.

Način rada, ovlašćenja i odgovornosti članova Upravnog odbora, kao i druga pitanja od značaja za rad Upravnog odbora, uređuju se statutom Republičkog fonda.

Nadzorni odbor

Član 224

Nadzorni odbor:

- 1) vrši nadzor nad finansijskim poslovanjem Republičkog fonda;
- 2) vrši nadzor nad finansijskim poslovanjem filijala;
- 3) vrši uvid u sprovođenje zakonskih obaveza Republičkog fonda, filijala i Pokrajinskog fonda;
- 4) vrši uvid u sprovođenje odluka Upravnog odbora;
- 5) obavlja i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom Republičkog fonda.

Nadzorni odbor, najmanje jednom godišnje, podnosi izveštaj o izvršenom nadzoru Upravnom odboru i Vladi.

Član 225

Nadzorni odbor ima sedam članova, od kojih su tri predstavnici osiguranika zaposlenih, po jedan predstavnik osiguranika penzionera, osiguranika zemljoradnika i osiguranika koji obavljaju samostalnu delatnost, i jedan zaposleni u Republičkom fondu, odnosno u filijali ili u Pokrajinskom fondu.

Članove Nadzornog odbora imenuje i razrešava Vlada, na predlog: reprezentativnih sindikata organizovanih na nivou Republike, u skladu sa zakonom kojim se uređuje rad - za predstavnike iz reda osiguranika zaposlenih; udruženja penzionera organizovanih na nivou Republike koja imaju više od 50.000 registrovanih članova - za predstavnike iz reda osiguranika penzionera; udruženja poljoprivrednika organizovanih na nivou Republike koja imaju više od 50.000 registrovanih članova - za predstavnike iz reda osiguranika zemljoradnika; Privredna komora Srbije - za predstavnike iz reda osiguranika koji obavljaju samostalnu delatnost, i direktora Republičkog fonda - za člana iz reda zaposlenih u Republičkom fondu, odnosno filijali ili u Pokrajinskom fondu.

Vlada imenuje i razrešava predsednika Nadzornog odbora iz reda članova Nadzornog odbora.

Broj članova udruženja iz stava 2. ovog člana utvrđuje se na osnovu dokaza o broju registrovanih članova.

Član 226

Predsednik i članovi Nadzornog odbora imenuju se na period od četiri godine.

Način rada, ovlašćenja i odgovornosti članova Nadzornog odbora, kao i druga pitanja od značaja za rad Nadzornog odbora, uređuju se statutom Republičkog fonda.

Direktor Republičkog fonda

Član 227

Direktor Republičkog fonda:

- 1) organizuje rad i poslovanje u Republičkom fondu;
- 2) predstavlja i zastupa Republički fond;
- 3) stara se o zakonitosti rada Republičkog fonda i odgovara za zakonitost rada;
- 4) izvršava odluke Upravnog odbora;
- 5) donosi akt o organizaciji i sistematizaciji poslova u Republičkom fondu;
- 6) propisuje obrazac službene legitimacije nadzornika osiguranja, kao i njen izgled i sadržaj;

7) rukovodi radom zaposlenih u Republičkom fondu;

8) imenuje direktore filijala po sprovedenom javnom konkursu za izbor direktora filijale, osim za filijale sa teritorije autonomne pokrajine;

9) vrši druge poslove utvrđene zakonom i statutom.

Direktora Republičkog fonda, po sprovedenom javnom konkursu, imenuje Upravni odbor, uz prethodnu saglasnost Vlade.

Mandat direktora Republičkog fonda traje četiri godine.

Direktor Pokrajinskog fonda

Član 228

Direktora Pokrajinskog fonda, po sprovedenom javnom konkursu koji raspisuje Republički fond, imenuje Upravni odbor, na predlog nadležnog organa autonomne pokrajine.

Direktor Pokrajinskog fonda imenuje se na period od četiri godine.

Direktor Pokrajinskog fonda po isteku mandata nastavlja da obavlja poslove u skladu sa zakonom i statutom Republičkog fonda do dana imenovanja direktora Pokrajinskog fonda na način propisan ovim zakonom.

Direktor Pokrajinskog fonda učestvuje u radu Upravnog odbora, bez prava odlučivanja.

Direktor Pokrajinskog fonda, po sprovedenom javnom konkursu, imenuje direktore filijala koje su obrazovane na teritoriji autonomne pokrajine, pod uslovima i na način propisan ovim zakonom za imenovanje direktora filijala van teritorije autonomne pokrajine.

Na direktora Pokrajinskog fonda primenjuju se odredbe člana 219. st. 3 - 7. ovog zakona.

8. Stručna služba Republičkog fonda

Član 229

Stručne, administrativne i finansijske poslove u vezi sa radom i poslovanjem Republičkog fonda i sprovođenjem zdravstvenog osiguranja vrše zaposleni u Republičkom fondu.

U pogledu prava, obaveza i odgovornosti zaposlenih u Republičkom fondu primenjuju se propisi kojima se uređuje rad.

9. Sredstva Republičkog fonda

Član 230

Prihod Republičkog fonda čine sredstva:

- 1) doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje;
- 2) premije za dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje organizuje i sprovodi Republički fond;
- 3) od imovine kojom raspolaže Republički fond;
- 4) domaćih i inostranih kredita i zajmova;
- 5) druga sredstva, u skladu sa zakonom.

Član 231

Sredstva Republičkog fonda mogu se koristiti samo za namene određene zakonom, i to:

- 1) za ostvarivanje prava osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 2) za unapređivanje sistema zdravstvenog osiguranja;
- 3) za ostvarivanje prava osiguranih lica iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi Republički fond;
- 4) za podmirenje troškova sprovođenja zdravstvenog osiguranja;
- 5) za druge rashode, u skladu sa zakonom.

Član 232

U Republičkom fondu, na osnovu odluke Upravnog odbora iz člana 202. ovog zakona obrazuju se u okviru raspoloživih finansijskih sredstava - sredstva solidarnosti, za ravnomerno sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Republike i ujednačavanje uslova za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na području filijala.

Član 233

Sopstvene prihode Republički fond ulaže kod banke, u hartije od vrednosti i druge namene radi ostvarivanja dobiti ili daje kao namenske zajmove zdravstvenim ustanovama, u skladu sa zakonom.

IV NADZOR NAD RADOM REPUBLIČKOG FONDA

Član 234

Ministarstvo je u vršenju nadzora nad radom Republičkog fonda ovlašćeno da:

- 1) zahteva izveštaje i podatke o radu;
- 2) utvrdi stanje izvršavanja poslova, upozori na uočene nepravilnosti i odredi mere i rok za njihovo otklanjanje;

- 3) izdaje instrukcije;
- 4) naloži preduzimanje poslova koje smatra potrebnim;
- 5) pokrene postupak za utvrđivanje odgovornosti;
- 6) neposredno izvrši neki posao ako oceni da se drukčije ne može izvršiti zakon ili drugi opšti akt;
- 7) predloži Vladi da preduzme mere na koje je ovlašćena.

Izveštaj o radu sadrži prikaz izvršavanja poslova, preduzete mere i njihovo dejstvo, kao i druge podatke.

Član 235

Republički fond kao imalac javnih ovlašćenja u vršenju poverenih poslova državne uprave dužan je da pre objavljivanja propisa na čije donošenje je ovlašćen ovim zakonom pribavi od Ministarstva mišljenje o ustavnosti i zakonitosti propisa, a Ministarstvo je dužno da njemu dostavi obrazloženi predlog kako da propis usaglasi sa Ustavom, zakonom, drugim propisima ili opštim aktom Narodne skupštine i Vlade.

Ako Republički fond ne postupi po predlogu Ministarstva, ono je dužno da Vladi predloži donošenje rešenja o obustavi od izvršenja propisa i na njemu zasnovanih pojedinačnih akata i pokretanje postupka za ocenu ustavnosti i zakonitosti propisa, u skladu sa zakonom kojim se uređuje državna uprava.

V DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 236

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može organizovati i sprovoditi Republički fond i pravna lica koja obavljaju delatnost osiguranja u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje (u daljem tekstu: osiguravač).

Član 237

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu organizovati i sprovoditi i fondovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa posebnim zakonom.

Član 238

Vlada, na predlog ministra, uređuje vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslove, način i postupak organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ako je dobrovoljno zdravstveno osiguranje na drukčiji način uređeno drugim zakonom, primenjuju se odredbe ovog zakona i propisa donetih za sprovođenje ovog zakona.

VI NADZOR NAD SPROVOĐENJEM ZAKONA

Član 239

Nadzor nad sprovođenjem ovog zakona vrši Ministarstvo.

VII KAZNENE ODREDBE

Prekršaji

Član 240

Novčanom kaznom od 300.000 do 1.000.000 dinara kazniće se za prekršaj zdravstvena ustanova ili drugo pravno lice sa kojim je Republički fond, odnosno filijala zaključila ugovor o pružanju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako:

1) osiguranom licu ne obezbedi zdravstvenu zaštitu koja je pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ako osiguranom licu obezbedi tu zdravstvenu zaštitu u manjem sadržaju i obimu, ili ako se ta zdravstvena zaštita obezbedi licu koje na nju nema pravo (čl. 34 - 46);

2) osiguranom licu naplati drukčiji iznos participacije od iznosa propisanih ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona (član 48. st. 4. i 5);

3) osiguranom licu ne izda račun o naplaćenju participaciji na propisanom obrascu (član 49. stav 1);

3a) ako suprotno članu 49a ovog zakona naplati zdravstvenu uslugu na koju osigurano lice ima pravo u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno ako traži ili primi ili na bilo koji drugi način navede osigurano lice ili člana njegove porodice, odnosno drugo pravno ili fizičko lice, na plaćanje, odnosno davanje bilo kakve materijalne ili nematerijalne koristi za pružanje takvih usluga osiguranom licu, osim ako zakonom nije drukčije određeno (član 49a);

4) osiguranom licu kome se zdravstvena zaštita obezbeđuje u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja naplati participaciju (čl. 50. i 51);

5) ne utvrdi listu čekanja za određene vrste zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ako utvrdi liste čekanja u suprotnosti sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, ili ako osiguranom licu ne pruži zdravstvene usluge u skladu sa listom čekanja (član 56. stav 5);

6) zdravstvenu uslugu koja se ne obezbeđuje iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pruži na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 61);

7) ne obezbedi za osigurano lice potrebne lekove, medicinska sredstva, implantate i medicinsko-tehnička pomagala koja su obuhvaćena kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 178. stav 3);

7a) ne zaključi ugovor sa Republičkim fondom za raspoložive kapacitete u pogledu prostora, opreme i kadrova, odnosno ako prioritarno ne izvršava ugovorne obaveze prema Republičkom fondu, u odnosu na druga pravna i fizička lica sa kojima ima zaključene ugovore o pružanju zdravstvenih usluga (član 182. stav 3.).

Novčanom kaznom od 400.000 do 500.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i preduzetnik.

Novčanom kaznom od 40.000 do 50.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu.

Ako se izvršenjem prekršaja iz stava 1. ovog člana nanese materijalna šteta osiguranom licu ili matičnoj filijali, odnosno Republičkom fondu, odnosno drugom pravnom licu, zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi (preduzetniku) može se izreći zaštitna mera - zabrane vršenja delatnosti, u skladu sa zakonom.

Član 241

Novčanom kaznom od 200.000 do 500.000 dinara kazniće se za prekršaj zdravstvena ustanova ili drugo pravno lice sa kojim je Republički fond, odnosno filijala zaključila ugovor o pružanju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako:

1) osiguranom licu ne da prethodno obaveštenje u pismenom obliku o razlozima zbog kojih zdravstvena usluga nije neophodna, odnosno da nije opravdana za zdravstveno stanje osiguranog lica, ili ako ne da prethodno obaveštenje osiguranom licu koje je stavljeno na listu čekanja o razlozima za stavljanje na listu čekanja (član 57. st. 1 - 3);

2) na vidnom mestu ne istakne spisak lekara koje osigurano lice može da odabere za svog izabranog lekara (član 147. stav 2).

3) ovlašćenom nadzorniku osiguranja ne da na uvid dokumentaciju značajnu za ostvarivanje prava osiguranih lica iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 189. stav 1);

4) filijali, odnosno Republičkom fondu ne dostavi podatke koje prikuplja, odnosno vodi za slučaj prouzrokovane bolesti, povrede ili smrti osiguranog lica radi naknade štete (član 200. stav 1).

Novčanom kaznom od 300.000 do 500.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i preduzetnik.

Novčanom kaznom od 30.000 do 50.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu.

Član 242

Novčanom kaznom od 300.000 do 1.000.000 dinara kazniće se za prekršaj poslodavac sa svojstvom pravnog lica, ako:

1) ne izvrši isplatu naknade zarade zaposlenom koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ne obračuna naknadu zarade koja se osiguraniku obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ako naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja koja je prenetna na poseban račun poslodavca ne isplati osiguraniku u roku od 30 dana od dana njihovog prijema (član 103. st. 1, 2. i 4);

2) ne dostavi matičnoj filijali sve podatke u vezi sa prijavom na obavezno zdravstveno osiguranje, promenom u obaveznom zdravstvenom osiguranju ili odjavom sa obaveznog zdravstvenog osiguranja za svoje zaposlene radi utvrđivanja svojstva osiguranog lica, odnosno podatke o prestanku ili promeni u svojstvu osiguranog lica, odnosno ako te podatke ne dostavi u roku od osam dana od dana kada su se za to stekli uslovi (član 113. st. 1. i 3);

3) u matičnu evidenciju unese netačne podatke, odnosno podatke na način koji je u suprotnosti sa ovim zakonom (član 119);

4) ne podnese prijavu podataka koji se unose u matičnu evidenciju ili ako tu prijavu podnese posle isteka roka iz člana 135. ovog zakona (čl. 123. i 135);

5) osiguraniku, korisniku prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne da tačna obaveštenja, odnosno podatke od značaja za utvrđivanje činjenica važnih za sticanje i ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ako matičnoj filijali ne pruži dokaz i omogućiti uvid u evidenciju i dokumentaciju (član 126. stav 3);

6) u roku od 30 dana od dana podnošenja zahteva od strane osiguranog lica ne uplati iznos naknade plaćenih troškova na račun osiguranog lica, odnosno ako mu ne izvrši isplatu na drugi odgovarajući način za zdravstvene usluge koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, a koje je osigurano lice platilo zato što nije uplaćen doprinos za zdravstveno osiguranje, odnosno nije uplaćen u celini (član 143. st. 3. i 4);

7) filijali, odnosno Republičkom fondu ne dostavi podatke koje prikuplja, odnosno vodi za slučaj prouzrokovane bolesti, povrede ili smrti osiguranog lica radi naknade štete (član 200. stav 1).

Novčanom kaznom od 40.000 do 50.000 dinara kazniće se za prekršaj iz stava 1. ovog člana i odgovorno lice u pravnom licu.

Novčanom kaznom od 300.000 do 500.000 dinara kazniće se za prekršaje iz stava 1. ovog člana i poslodavac - preduzetnik.

Član 243

Novčanom kaznom od 300.000 do 1.000.000 dinara kazniće se za prekršaj Republički fond, ako:

1) podatke koji se vode u matičnoj evidenciji, a koji se odnose na korišćenje prava iz zdravstvenog osiguranja za osigurana lica ne vodi odvojeno od drugih podataka iz matične evidencije, ili ako te podatke unosi i njima rukovodi za to neovlašćeno službeno lice (član 118. stav 2);

2) ne dostavi kopiju potvrde o prijemu prijave na osiguranje, prijavu promene u osiguranju, odnosno odjavu sa osiguranja za osiguranike koji obavljaju samostalnu delatnost (preduzetnici), odnosno za poljoprivrednike i za druga lica o kojima nadležni poreski organ vodi evidencije, do 5. u mesecu za prethodni mesec (član 127. stav 6);

3) osiguranom licu na njegov zahtev ne izda uverenje o podacima koji se unose u matičnu evidenciju (član 133. stav 1);

4) iznosi i objavljuje u javnost podatke koji se vode u matičnoj evidenciji, a koji se odnose na korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za pojedinačno osigurano lice i koji predstavljaju lične podatke o osiguranom licu (član 138. stav 2);

5) overi zdravstvenu ispravu bez dokaza da je uplaćen dospeli doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje (član 142. stav 2);

6) ne prihvati zahtev davaoca zdravstvenih usluga sa kojima je zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja za obrazovanje arbitraže (član 184. st. 1. i 3);

7) kontrolu ličnih podataka koji se odnose na zdravstveno stanje osiguranih lica koji se vode u medicinskoj dokumentaciji osiguranih lica, vrši nadzornik osiguranja koji nije doktor medicine, doktor stomatologije, odnosno diplomirani farmaceut (član 187. stav 2).

Novčanom kaznom od 40.000 do 50.000 dinara kazniće se za prekršaj iz stava 1. ovog člana i odgovorno lice u Republičkom fondu.

Član 244

Novčanom kaznom od 30.000 do 50.000 dinara kazniće se za prekršaj zdravstveni radnik, ako:

1) kao izabrani lekar ili član lekarske komisije izda nalaz i mišljenje o zdravstvenom stanju za osigurano lice koje boluje od akutnih ili hroničnih oboljenja i drugih poremećaja zdravstvenog stanja, da ne boluje od akutnih ili hroničnih oboljenja i drugih poremećaja zdravstvenog stanja i time omogući izdavanje potvrde o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu u inostranstvu (član 65. stav 3);

2) osiguraniku utvrdi privremenu sprečenost za rad suprotno članu 74. ovog zakona;

3) ne primi svako osigurano lice koje ga je odabralo za izabranog lekara, osim ako se kod tog izabranog lekara evidentirao veći broj osiguranih lica od utvrđenog standarda (član 148);

4) kao izabrani lekar zloupotrebi svoja ovlašćenja u postupku ostvarivanja prava osiguranih lica (član 153).

Član 245

Novčanom kaznom od 30.000 do 50.000 dinara kazniće se za prekršaj osiguranik ako namerno prouzrokuje nesposobnost za rad, ili ako namerno spreči ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad, ako se bez opravdanog razloga ne javi izabranom lekaru za ocenu privremene sprečenosti za rad ili se ne odazove na poziv lekarske komisije, ako se za vreme privremene sprečenosti za rad bavi privrednom ili drugom aktivnošću kojom ostvaruje prihode, ako bez dozvole stručno-medicinskog organa filijale, odnosno Republičkog fonda otputuje iz mesta stalnog prebivališta, odnosno boravišta, ako zloupotrebi pravo na korišćenje odsustvovanja sa rada (član 85).

VIII PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 246

Propisi za sprovođenje ovog zakona doneće se u roku od 12 meseci od dana stupanja na snagu ovog zakona, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

Do donošenja propisa iz stava 1. ovog člana primenjivaće se propisi koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona, ako nisu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 247

Danom stupanja na snagu ovog zakona Republički fond za zdravstveno osiguranje nastavlja sa radom sa pravima i obavezama utvrđenim ovim zakonom.

Republički fond za zdravstveno osiguranje dužan je da uskladi svoju organizaciju i rad sa odredbama ovog zakona u roku od 12 meseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 248

Vlada će imenovati Upravni odbor i Nadzorni odbor Republičkog fonda u roku od 90 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Upravni odbor će imenovati direktora Republičkog fonda u roku od 60 dana od dana imenovanja Upravnog odbora.

Član 249

Direktor Republičkog fonda imenovaće direktore filijala u roku od 60 dana od dana stupanja na dužnost direktora.

Savet filijale će se obrazovati u roku od 30 dana od dana stupanja na dužnost direktora filijale.

Član 250

Upravni odbor će doneti statut Republičkog fonda u roku od 60 dana od dana imenovanja članova Upravnog odbora.

Član 251

Republički fond doneće opšti akt iz člana 124. stav 5. ovog zakona u roku od 60 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 252

Osigurana lica koja na dan stupanja na snagu ovog zakona koriste prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja stečena po propisima koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona od toga dana koriste ta prava po odredbama ovog zakona.

Član 253

Žalbe podnete protiv rešenja donetih do stupanja na snagu ovog zakona rešavaće se prema propisima koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 254

Republički fond organizovaće i ustrojiti poslove matične evidencije do 30. juna 2006. godine.

Matična filijala vršiće overu isprava o osiguranju od 1. jula 2006. godine.

Član 255

Izuzetno u 2006. i 2007. godini, u slučajevima kada se Finansijskim planom Republičkog fonda za određenu budžetsku godinu, utvrde primanja u iznosu većem od izdataka planiranih za potrošnju za tu budžetsku godinu, kojima se mogu u potpunosti obezbediti sredstva za obavezno zdravstveno osiguranje osiguranika iz člana 22. st. 1. i 4. ovog zakona, pod uslovima propisanim ovim zakonom, u budžetu Republike za tu budžetsku godinu, neće se planirati sredstva na način propisan u članu 22. stav 5. ovog zakona.

Član 256

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaje da važi Zakon o zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik RS", br. 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 46/98, 54/99, 29/01, 18/02, 80/02, 84/04 i 45/05).

Član 257

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku Republike Srbije", a odredbe čl. 20. i 22, člana 45. u delu koji se odnosi na procenat plaćanja usluga iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno iz sredstava osiguranog lica, čl. 202. i 204. ovog zakona - primenjuju se od 1. januara 2007. godine.

Samostalni članovi Zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju

("Sl. glasnik RS", br. 57/2011)

Prelazne i završne odredbe

Član 50[s]

Republički fond uskladiće statut i druge opšte akte i doneće propise za sprovođenje ovog zakona, najkasnije do 1. januara 2013. godine.

Do donošenja propisa iz stava 1. ovog člana primenjivaće se propisi koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona, ako nisu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 51[s]

Do donošenja propisa kojim se uređuje metodologija za obračun troškova obrade krvi i komponenata krvi u skladu sa zakonom kojim se uređuje transfuziološka delatnost, odnosno do donošenja akta o troškovima obrade krvi i komponenata krvi, Republički fond utvrđivaće cene obrade krvi i komponenata krvi na taj način što će se postojeće cene krvi, odnosno labilnih produkata krvi, koje važe na dan stupanja na snagu ovog zakona, uvećati u skladu sa sredstvima opredeljenim u Finansijskom planu Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Član 52[s]

Republički fond dužan je da najkasnije u roku od tri godine, od dana stupanja na snagu ovog zakona izvrši zamenu isprave o osiguranju, kao i posebne isprave za korišćenje zdravstvene zaštite iz člana 112. st. 1. i 2. ovog zakona, sa zdravstvenom karticom.

Do potpune zamene isprava o osiguranju, kao i posebne isprave za korišćenje zdravstvene zaštite - zdravstvenom karticom, osigurana lica ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na osnovu isprava o osiguranju, kao i posebne isprave za korišćenje zdravstvene zaštite, izdatih po propisima koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 53[s]

Za osigurana lica za koja doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje nije redovno izmirivan do dana stupanja na snagu ovog zakona, isprava o osiguranju, kao i posebna isprava za korišćenje zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvena kartica, od dana stupanja na snagu ovog zakona, overavaće se pod uslovom da je obveznik uplate doprinosa započeo sa izmirivanjem zaostalih doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i nastavio sa njihovim redovnim i kontinuiranim izmirivanjem.

Overa isprave o osiguranju, odnosno posebne isprave o korišćenju zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvene kartice u skladu sa stavom 1. ovog člana vršiće se na način propisan opštim aktom Republičkog fonda.

Član 54[s]

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku Republike Srbije", a odredbe čl. 11, 12, 13. i 15. ovog zakona, u delu u kojem se utvrđuje veći obim i sadržaj prava od prava utvrđenih propisima koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona, primenjivaće se od 1. januara 2012. godine.