НАЦРТ ЗАКОНА О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

ДЕО ПРВИ

ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Овим законом уређује се здравствено осигурање у Републици Србији (у даљем тексту: Република).

Здравствено осигурање у Републици је обавезно здравствено осигурање и добровољно здравствено осигурање.

Члан 2.

Овим законом уређују се права из обавезног здравственог осигурања и услови за њихово остваривање, финансирање обавезног здравственог осигурања, уговорање здравствене заштите, организација обавезног здравственог осигурања и друга питања од значаја за систем обавезног здравственог осигурања.

Овим законом уређују се врсте добровољног здравственог осигурања, услови за организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања, финансирање добровољног здравственог осигурања и друга питања од значаја за добровољно здравствено осигурање.

Члан 3.

Обавезно здравствено осигурање је осигурање којим се осигураним лицима и другим лицима обезбеђује право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде у складу са овим законом.

Члан 4.

Обавезно здравствено осигурање обухвата:

1) осигурање за случај болести и повреде ван рада;

2) осигурање за случај повреде на раду и професионалне болести.

Члан 5.

Обавезно здравствено осигурање организује се на начелима: обавезности, солидарности и узајамности, јавности, заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса, сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања и економичности и ефикасности обавезног здравственог осигурања.

Начело обавезности подразумева обавезно здравствено осигурање, које се обезбеђује обавезом плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање (у даљем тексту: допринос), у складу са законом;

Начело солидарности и узајамности подразумева систем обавезног здравственог осигурања у којем трошкове обавезног здравственог осигурања сносе осигураници и други обвезници уплате доприноса уплатом доприноса на остварене приходе, а права из обавезног здравственог осигурања користе она осигурана лица код којих је наступила болест или други осигурани случај;

Начело јавности подразумева право осигураних лица на све врсте информација у вези са правима из обавезног здравственог осигурања и јавност рада Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд), у складу са законом;

Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса подразумева дужност Републичког фонда да, приликом остваривања права из обавезног здравственог осигурања, омогући осигураним лицима да што лакше остваре и заштите своја права, водећи рачуна да остваривање њихових права не буде на штету права других лица нити у супротности са законом утврђеним јавним интересом;

Начело сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања подразумева праћење савремених достигнућа у области обавезног здравственог осигурања и унапређивање система обавезног здравственог осигурања;

Начело економичности и ефикасности подразумева да се права из обавезног здравственог осигурања, у пуном обиму, садржају и стандарду, остварују уз што мање финансијских и других средстава;

У спровођењу обавезног здравственог осигурања примењују се и начела здравствене заштите утврђена законом којим се уређује здравствена заштита и остварују се права пацијената утврђена законом којим се уређују права пацијената.

Члан 6.

Добровољно здравствено осигурање је врста неживотног осигурања.

Добровољно здравствено осигурање је:

1. осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигурано лице допуњује права из обавезног здравственог осигурања у погледу садржаја, обима и стандарда;
2. осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите, односно здравствених услуга, лекова, медицинских средстава, рехабилитације и новчаних накнада, које није обухваћено обавезним здравственим осигурањем;
3. осигурање грађана који нису обавезно осигурани по овом закону, односно који се нису укључили у обавезно здравствено осигурање.

Ако је добровољно здравствено осигурање на друкчији начин уређено другим законом примењује се овај закон.

Ако овим законом није друкчије уређено, на организацију и спровођење добровољног здравственог осигурања примењују се одредбе закона којим се уређује осигурање.

На односе између уговорних страна у добровољном здравственом осигурању примењују се одредбе закона којим се уређују облигациони односи.

Члан 7.

Обавезно здравствено осигурање обезбеђује се и спроводи у Републичком фонду.

Добровољно здравствено осигурање могу да организују и спроводе правна лица која обављају делатност осигурања, (у даљем тексту: друштво за осигурање), као и Републички фонд, у складу са овим законом и законом којим се уређује осигурање.

Члан 8.

Права из здравственог осигурања не могу се преносити на друга лица, нити се могу наслеђивати.

Изузетно од става 1. овог члана, новчане накнаде које су доспеле за исплату, а остале су неисплаћене услед смрти осигураног лица, односно осигураника добровољног здравственог осигурања могу се наслеђивати.

Члан 9.

Средства за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса , као и из других извора, у складу са законом.

Средства за остваривање права из добровољног здравственог осигурања обезбеђују се у складу са законом.

Члан 10.

Појмови који се користе у овом закону имају следеће значење:

1) Осигураник је физичко лице које је обавезно осигурано у складу са овим законом;

2) Осигураник добровољног здравственог осигурања је физичко лице које је закључило уговор о добровољном здравственом осигурању или за кога је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању са осигуравачем и које користи права утврђена уговором о добровољном здравственом осигурању, као и члан породице тог осигураника који је обухваћен уговором о добровољном здравственом осигурању;

3) Осигурана лица су осигураници и чланови њихових породица којима се у складу са овим законом и обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања;

4) Матична филијала је филијала Републичког фонда која је издала, односно активирала исправу о осигурању;

5) Садржај здравствене заштите чине поступци и методи дијагностике, лечења и рехабилитације, у циљу спречавања, сузбијања, раног откривања и лечења болести, повреда и других поремећаја здравља, а који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем;

6) Обим здравствене заштите чини број и дужина трајања поступака и метода дијагностике, лечења и рехабилитације, као и друге величине којима се може изразити обим појединих садржаја здравствене заштите (систематско пружање здравствених услуга у

одређеном временском периоду и др.), а који чине садржину права из обавезног здравственог осигурања;

7) Стандард здравствене заштите чине услови за коришћење поступака и метода који чине садржину права из обавезног здравственог осигурања, укључујући органичења за коришћење тих здравствених услуга;

8) Планирање породице подразумева здравствено васпитни рад чији је циљ зачеће, а обухвата превенцију у области спречавања и преноса полних болести, лечења стерилитета и биомедицински потпомогнуту оплодњу;

9) Исправа о осигурању је документ који издаје Републички фонд и којим се доказује својство осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања;

10) Исправа о добровољном здравственом осигурању је документ који осигуранику добровољног здравственог осигурања издаје осигуравач на основу које осигураник добровољног здравственог осигурања доказује својство осигураника добровољног здравственог осигурања и остварује права из добровољног здравственог осигурања;

11) Место становања је место пребивалишта, односно боравишта осигураног лица које се доказује у складу са одредбама закона којим се уређује пријава пребивалишта, односно боравишта, место привременог боравка осигураног лица, као и установа социјалне заштите у којој је смештено осигурано лице;

12) Давалац здравствене услуге је здравствена установа, односно приватна пракса или друго правно лице са којима је Републички фонд закључио уговор поводом остваривања права на здравствену заштиту у систему обавезног здравственог осигурања, осим организације за обавезно социјално осигурање војних осигураника. Давалац здравствене услуге је и здравствена установа, односно приватна пракса или друго правно лице са којима је Републички фонд, односно друштво за осигурање закључио уговор о пружању здравствене услуге обухваћене уговором о добровољном здравственом осигурању;

13) План мреже чине здравствене установе утврђене актом о плану мреже здравствених установа, донетим у складу са законом којим се уређује здравствена заштита;

14) Уговарач добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: уговарач) је правно или физичко лице, као и други правни субјект који у име и за рачун осигураника добровољног здравственог осигурања, односно у своје име и за рачун осигураника добровољног здравственог осигурања закључи уговор о добровољном здравственом осигурању из својих средстава или на терет средстава осигураника добровољног здравственог осигурања;

15) Осигуравач добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: осигуравач) је Републички фонд и друштво за осигурање;

16) Премија добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: премија) је новчани износ који плаћа осигураник добровољног здравственог осигурања, односно уговарач осигуравачу, по основу закљученог уговора о добровољном здравственом осигурању;

17) Полиса добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: полиса) је исправа о закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању;

18) Лист покрића представља документ који привремено замењује полису осигурања, а у коју се уносе битни елементи уговора о осигурању;

19) Дан почетка добровољног здравственог осигурања је датум уписан у полису, односно лист покрића, од када почиње остваривање права из добровољног здравственог осигурања;

20) Новчане накнаде у добровољном здравственом осигурању су накнаде које осигуравач обезбеђује осигуранику добровољног здравственог осигурања у случају: уговорених трошкова лечења, губитка зараде, односно плате или других примања због привремене спречености за рад; накнада трошкова превоза у вези са лечењем и друге врсте новчаних накнада у вези са остваривањем права из добровољног здравственог осигурања;

21) Надзорник осигурања је службено лице Републичког фонда које врши контролу спровођења закључених уговора поводом остваривања права на здравствену заштиту између Републичког фонда и давалаца здравствених услуга;

Појмови који се користе у овом закону у овом закону у граматичком мушком роду, подразумевају природни мушки и женски род лица на које се односе.

ДЕО ДРУГИ

ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ГЛАВА I

ОСИГУРАНА ЛИЦА И ДРУГА ЛИЦА КОЈИМА СЕ ОБЕЗБЕЂУЈУ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У ОДРЕЂЕНИМ СЛУЧАЈЕВИМА

1. Осигураници

Члан 11.

Осигураници су:

1) лица у радном односу у привредном друштву, другом правном лицу, државном органу, органу јединице локалне самоуправе и аутономне покрајине, као лица у радном односу код физичких лица (у даљем тексту: запослени);

2) цивилна лица на служби у Војсци и војним јединицама и војним установама;

3) изабрана, именована или постављена лица, ако за обављање функције остварују зараду, односно плату или накнаду зараде;

4) лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове ван просторија послодавца;

5) лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове кућног помоћног особља;

6) држављани Републике који су на територији Републике запослени код страних или међународних организација и установа, страних конзуларних или дипломатских представништава или су запослени код страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није друкчије одређено;

7) запослени упућени на рад у иностранство, односно у привредном друштву или другом правном лицу које обавља делатност или услуге у иностранству, ако нису обавезно

осигурани по прописима те државе или ако међународним уговором није друкчије одређено;

8) запослени родитељ, усвојитељ, хранитељ, односно старатељ који одсуствује са рада док дете не наврши три године живота, док му мирују права и обавезе по основу рада, у складу са прописима којима се уређује рад;

9) држављани Републике запослени у иностранству код страног послодавца који немају здравствено осигурање страног носиоца здравственог осигурања или који нису обавезно осигурани према прописима стране државе, односно ако права из здравственог осигурања по прописима те државе, за себе или чланове своје породице, не могу остваривати или користити ван територије те државе;

10) странац који је засновао радни однос или је радно ангажован у смислу прописа којима је уређено запошљавање странаца у Републици Србији, ако међународним уговором није друкчије одређено;

11) држављани Републике запослени у домаћинствима осигураника који су у радном односу у иностранству код организације чије је седиште на територији Републике;

12) лица која остварују право на новчану накнаду по основу незапослености, према прописима о запошљавању;

13) лица која обављају привремене и повремене послове у складу са законом којим се уређује рад;

14) лица која, у складу са законом обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге, а имају навршених 26 година живота, односно без обзира на године живота ако нису на школовању;

15) лица која по престанку радног односа остварују право на накнаду зараде због повреде на раду или професионалне болести, у складу са овим законом;

16) лица која обављају послове по основу уговора о делу, ауторског уговора, уговора о породичном смештају према прописима о социјалној заштити, уговора о стручном оспособљавању и усавршавању уз накнаду, као и по основу других уговора код којих се за извршен посао остварује накнада, односно награда (у даљем тексту: уговорена накнада);

17) лица која су чланови привредних друштава, који у њима нису засновали радни однос али обављају одређене послове (у даљем тексту: чланови привредних друштава);

18) лица која су регистрована за обављање делатности у виду занимања ради самосталног обављања делатности и обављања делатности слободне професије, (у даљем тексту: предузетници) као и самостални уметници, у складу са законом ;

19) спортисти, који у складу са законом којим се уређује спорт обављају спортску делатност као самосталну делатност;

20) свештеници и верски службеници верских заједница регистрованих у Републици који те послове обављају као самосталну делатност;

21) пољопривредници који се баве пољопривредном производњом у складу са прописима којима се уређује пољопривреда, односно пољопривредна делатност, ако нису: осигураници запослени, осигураници из тач. 17) и 18) овог става, корисници пензија, лица на школовању;

22) лица која обављају пољопривредну делатност као једино или основно занимање, а уписани су у регистар пољопривредних газдинстава у својству носиоца или члана породице носиоца пољопривредног газдинства, ако нису: осигураници запослени, осигураници из тач. 17) и 18) овог става, корисници пензија, лица на школовању;

23) јавни бележник и јавни извршитељ;

24) корисници пензије који су право на пензију остварили у складу са прописима о пензијском и инвалидском осигурању;

25) лица која примају пензију или инвалиднину искључиво од иностраног носиоца осигурања и која имају пребивалиште или боравиште, односно стално настањење или привремени боравак у Републици у складу са законом, односно ако са државом од које примају пензију или инвалиднину не постоји међународни уговор о социјалном осигурању или је међународним уговором другачије одређено;

26) лица која примају пензију или инвалиднину искључиво од иностраног носиоца осигурања и која имају пребивалиште или боравиште, односно стално настањење или привремени боравак у Републици у складу са законом, а код којих постоје одређене правне сметње због којих не могу да остваре здравствено осигурање применом међународног уговора и то само ради остваривања права из здравственог осигурања на територији Републике;

27) страни држављани који на територији Републике раде код домаћих правних субјеката на основу посебних уговора о размени стручњака или споразума о међународној техничкој сарадњи;

28) страни држављани за време школовања или стручног усавршавања на територији Републике до истека школске године, односно завршетка академске године у којој су завршили школовање, али не дуже од навршене 26 године живота.

Својство осигураника из става 1. овог члана може се стећи само по једном основу осигурања.

Лица која остварују уговорену накнаду на основу уговора о давању у закуп пољопривредног земљишта, а нису: осигураници запослени, осигураници из става 1. тач. 17) и 18) овог члана, корисници пензија или лица на школовању, својство осигураника стичу у складу са ставом 1. тач. 21) или 22) овог члана.

Члан 12.

Под обављањем одређених послова у смислу члана 11. став 1. тачка 17) овог закона сматра се представљање и заступање привредног друштва од стране његових чланова, на основу уписа у регистар надлежног органа, као и обављање пословодствених овлашћења и послова управљања у складу са законом којим се уређују привредна друштва.

Члан 13.

Предузетнику из члана 11. став 1. тачка 18) овог закона престаје својство осигураника по том основу за време привремене одјаве обављања делатности, ако за то време не плаћа допринос, осим за време трајања привремене спречености за рад настале пре привремене одјаве, у складу са овим законом.

Члан 14.

Осигуранику из члана 11. став 1. тач. 21) и 22) овог закона који је навршио 65 година живота и који није остварио право на пензију у складу са законом, а чији су приходи испод прихода утврђених актом из члана 16. став 2. овог закона престаје својство осигураника по том основу

Осигуранику из става 1. овог члана, утврђује се нови основ за обавезно здравствено осигурање у складу са овим законом, на лични захтев осигураника.

Члан 15.

Ако осигураник из члана 11. овог закона испуњава услове за стицање својства осигураника по више основа осигурања, приоритетни основ осигурања, који искључује друге основе осигурања, утврђује се по следећим приоритетима:

1) осигурање из члана 11. став 1. тач. 1)–12) овог закона;

2) осигурање из члана 11. став 1. тач. 24)–26) овог закона;

2) осигурање из члана 11. став 1. тач. 17)–20) и тачка 23) овог закона;

3) осигурање из члана 11. став 1. тач. 21) и 22) овог закона;

4) осигурање из члана 11. став 1. тач. 13)–16), 27) и 28) овог закона.

Лице које испуњава услов за стицање својства осигураника из члана 11. став 1. тач. 1)–12), тач. 17)–20), као и тач. 23) овог закона, по више основа осигурања, дужно је да изабере један од основа осигурања по коме ће бити здравствено осигурано, односно по коме ће остваривати права из обавезног здравственог осигурања.

Осигураници из става 1. овог члана права из обавезног здравственог осигурања остварују према приоритетно утврђеном, односно изабраном основу осигурања.

Члан 16.

Лица која не испуњавају услове за стицање својства осигураника из члана 11. овог закона и која не испуњавају услове да буду осигурани као чланови породице осигураника сматрају се осигураницима у смислу овог закона и то:

1) деца до навршених 18 година живота, а школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота, у складу са законом;

2) лица у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и до 12 месеци након порођаја;

3) лица старија од 65 година живота;

4) особе са инвалидитетом чији је инвалидитет утврђен у складу са законом;

5) лица у вези са лечењем од заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултиплекс склерозе, лица у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболели од ретких болести; као и лица обухваћена здравственом заштитом у вези са давањем и примањем органа, ћелија и ткива;

6) монаси и монахиње;

7) корисници новчане социјалне помоћи, односно корисници смештаја у установе социјалне заштите или у друге породице, односно корисници посебне новчане накнаде за родитеља, у складу са законом;

8) корисници породичне инвалиднине, односно месечног новчаног примања по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;

9) незапослена лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са овим законом;

10) корисници помоћи – чланови породице чији је хранилац на одслужењу војног рока;

11) лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају пребивалиште, односно боравиште у Републици;

12) жртве насиља у породици;

13) жртве трговине људима;

14) жртве тероризма;

15) борци којима је статус борца утврђен у складу са прописима о заштити бораца.

Начин утврђивања месечног износа прихода као цензуса за стицање својства осигураног лица из става 1. тачка 9 овог члана), као и друга питања од значаја за утврђивање цензуса, споразумно прописују министар надлежан за послове здравља (у даљем тексту: министар) и министар надлежан за послове социјалне заштите грађана.

Осигураником, у смислу овог закона, сматра се и лице коме је надлежни орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ, или статус расељеног лица ако испуњава услов из става 2. овог члана и ако има боравиште на територији Републике.

У буџету Републике обезбеђују се средства за уплату доприноса за лица из ст. 1. и 3. овог члана.

2. Лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање

Члан 17.

Лица која нису обавезно осигурана у смислу овог закона могу да се укључе у обавезно здравствено осигурање ради обезбеђивања за себе и чланове своје уже породице права из обавезног здравственог осигурања, под условима, на начин, у садржају и обиму прописаним овим законом и подзаконским актима донетим за спровођење овог закона.

Изузетно од става 1. овог члана предузетник коме је престало својство осигураника по основу члана 13. овог закона, као и супружник, односно ванбрачни партнер запосленог који је упућен на рад у иностранство у складу са законом, а коме мирују права и обавезе из радног односа за период упућивања могу да се укључе у обавезно здравствено осигурање ради обезбеђивања за себе и чланове своје уже породице права из обавезног здравственог осигурања, под условима, на начин, у садржају и обиму прописаним овим законом.

Лица из ст. 1. и 2. овог члана имају својство осигураника, односно осигураног лица.

Својство осигураника стиче се, односно престаје даном подношења захтева, у складу са овим законом.

Лица из става 3. овог члана плаћају допринос из својих средстава у складу са законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

3. Лица осигурана као чланови породице осигураника

Члан 18.

Права из обавезног здравственог осигурања утврђена овим законом обезбеђују се лицима осигураним као чланови породице осигураника (у даљем тексту: чланови породице осигураника) ако нису обавезно здравствено осигурани као осигураници у складу са одредбама овог закона и то:

1) члановима породице осигураника из члана 11. став 1. овог закона, осим из става 1. тач. 27) и 28) тог члана;

2) члановима уже породице осигураника из члана 16. став 1. тач. 7)–9) и 11) овог закона, као и из члана 17. ст. 1. и 2. овог закона;

3) члановима уже породице осигураника из члана 16. став 3. овог закона, под условима који су прописани за те осигуранике.

Члановима породице, у смислу овог закона, сматрају се:

1) чланови уже породице (супружник или ванбрачни партнер, деца рођена у браку или ван брака, усвојена и пасторчад и деца узета на издржавање);

2) чланови шире породице (родитељи, очух, маћеха, усвојитељ, деда, баба, унучад, браћа и сестре, које осигураник издржава, у смислу прописа о породичној заштити, као и прописа о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана).

Члан 19.

Супружник има права из обавезног здравственог осигурања док је са осигураником у браку у смислу прописа о породици.

Ванбрачни партнер осигураника има права из обавезног здравственог осигурања од дана подношења пријаве на осигурање у својству члана уже породице у складу са овим законом.

Лице којем је по престанку брака разводом судском одлуком утврђено право на издржавање има права из обавезног здравственог осигурања за период док траје обавеза издражавања.

Члан 20.

Дете осигураника има права из обавезног здравственог осигурања до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота.

Дете из става 1. овог члана које је због болести прекинуло школовање има права из обавезног здравственог осигурања и после старосне границе утврђене у ставу 1. овог члана, ако настави школовање, али најдуже онолико времена колико је трајао прекид школовања због болести.

Ако дете из става 1. овог члана постане неспособно за самосталан живот и рад у смислу прописа о пензијском и инвалидском осигурању пре него што истекну рокови

за школовање, има права из обавезног здравственог осигурања и за време док таква неспособност траје.

Дете из става 1. овог члана које постане неспособно за самосталан живот и рад у складу са законом и после узраста утврђеног у ставу 1. овог члана има права из обавезног здравственог осигурања док таква неспособност траје ако га осигураник издржава због тога што нема сопствених средстава за издржавање.

Члан 21.

Чланови шире породице из члана 18. став 2. тачка 2), осим унучади које осигураник издржава у смислу прописа о породичној заштити, због тога што немају довољно средстава за издржавање, имају права из обавезног здравственог осигурања ако су навршили 65 година живота или ако су млађи, али су неспособни за привређивање, а та неспособност одговара потпуном губитку радне способности у смислу прописа о пензијском и инвалидском осигурању.

4. Лица којима се у одређеним случајевима обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања

Члан 22.

Право на здравствену заштиту и право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите, обезбеђују се лицима која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, само у случају настанка повреде на раду и професионалне болести и то:

1) ученицима и студентима који се, у складу са законом, налазе на обавезном производном раду, професионалној пракси или практичној настави;

2) лицима која, у складу са законом, обављају одређене послове за које не примају зараду, односно уговорену накнаду (на основу уговора о волонтерском раду);

3) лицима која, у складу са законом, обављају привремене и повремене послове преко омладинске односно студентске задруге до навршених 26 година живота, ако су на школовању;

4) лицима која се налазе на додатном образовању и обуци по упуту организације надлежне за запошљавање;

5) лицима која учествују у организованим јавним радовима од општег значаја;

6) лицима која учествују у акцијама спасавања или у заштити и спасавању приликом елементарних непогода и других несрећа;

7) лицима ангажованим у ватрогасним службама за гашење пожара и на обуци за гашење пожара;

8) лицима која се налазе на оспособљавању и обучавању за одбрану и друге видове обуке за потребе одбране земље;

9) лицима која су ангажована на обезбеђивању јавних скупова, културних и спортских догађаја и других јавних окупљања грађана;

10) лицима која се налазе на издржавању казне затвора док раде у привредној јединици завода за издржавање казне затвора (радионица, радилиште и сл.) и на другом месту рада;

11) лицима која обављају сезонске послове у складу са прописима којима се уређује такав начин рада.

5. Држављани, односно осигураници држава са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању

Члан 23.

Лица осигурана према правним прописима држава са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању остварују права из обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом у садржају и обиму који су утврђени међународним уговором о социјалном осигурању.

Трошкове здравствене заштите лица из става 1. овог члана сноси Републички фонд.

Трошкови здравствене заштите из става 2. овог члана се надокнађују у складу са међународним уговором о социјалном осигурању.

ГЛАВА II

СТИЦАЊЕ И УТВРЂИВАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

Члан 24.

Својство осигураног лица стиче се даном настанка основа по коме се то својство утврђује.

Својство осигураног лица утврђује се регистрацијом у Централном регистру обавезног социјалног осигурања (у даљем тексту: Централни регистар), односно решењем Републичког фонда.

Својство осигураног лица утврђује се решењем Републичког фонда за лица из члана 17. овог закона и за лица за које је поднета пријава на здравствено осигурање, а матична филијала утврди да нису испуњени услови за стицање својства осигураног лица по основу осигурања из поднете пријаве.

Решење из става 3. овог члана Републички фонд доставља лицу из члана 17. овог закона, односно подносиоцу пријаве и лицу за које је поднета пријава на здравствено осигурање.

Својство осигураног лица стиче се само по једном основу.

Члан 25.

Лицу коме је утврђено својство осигураног лица матична филијала издаје, односно активира исправу о осигурању.

Исправа о осигурању из става 1. овог члана је картица здравственог осигурања и потврда о здравственом осигурању.

Члан 26.

Картица здравственог осигурања из члана 25. став 2. овог закона садржи видљиве податке и податке које садржи контактни микроконтролер (у даљем тексту: ЧИП).

Видљиви подаци су: име, презиме, датум рођења, лични број осигураног лица (у даљем тексту: ЛБО), број здравствене картице и серијски број ЧИП-а.

Видљиви подаци из става 2. овог члана написани су и Брајевим писмом за слепа и слабовида лица.

ЧИП садржи следеће идентификационе податке о осигуранику: име, име једног родитеља, презиме, адреса (улица и број, место и општина), јединствени матични број грађана (у даљем тексту: ЈМБГ), односно евиденциони број за стране држављане, датум рођења, ЛБО, пол, основ осигурања, податке о обвезнику плаћања доприноса.

ЧИП садржи следеће податке о члану породице осигураника: име, име једног родитеља, презиме, адреса (улица и број, место и општина), ЈМБГ, однсно евиденциони број за стране држављане, датум рођења, ЛБО, пол, идентификационе податке о осигуранику из става 4. овог члана, основ осигурања.

Подаци које садржи ЧИП користе се само у случају да давалац здравствене услуге нема техничке могућности да приступи подацима из матичне евиденције.

Републички фонд општим актом уређује садржај и облик исправе о осигурању, начин овере, категорије осигураних лица за коју преузима обавезу трошкова издавања картице здравственог осигурања, као и друга питања од значаја за коришћење исправе.

Висину трошкова издавања картице здравственог осигурања из члана 25. став 2. овог закона утврђује Републички фонд посебним актом.

Трошкове из става 8. овог члана сноси осигураник за себе и чланове своје породице.

Изузетно од става 9. овог члана трошкове из става 8. овог члана може да сноси обвезник уплате доприноса, односно друго правно или физичко лице, односно Републички фонд може преузети обавезу накнаде трошкова издавања картице здравственог осигурања.

Средства остварена у складу са ставом 9. овог члана представљају приход Републичког фонда.

Влада даје сагласност на акт из става 8. овог члана.

Члан 27.

Потврда о здравственом осигурању из члана 25. став 2. овог закона (у даљем тексту: потврда) издаје се осигураном лицу ради коришћења права из обавезног здравственог осигурања до издавања картице здравственог осигурања.

Потврда из става 1. овог члана садржи податке о: лицу коме се издаје потврда, односно коме је издата здравствена картица, осигуранику, обвезнику доприноса, року важења потврде, врсти и обиму права из здравственог осигурања који осигурано лице остварује са потврдом, име и презиме и потпис овлашћеног лица, назив филијале Републичког фонда која је издала потврду, број и датум издавања потврде.

Подаци из става 2. овог члана о лицу коме се издаје потврда, односно коме је издата картица здравтсвеног осигурања су: име, име једног родитеља, презиме, адреса пребивалишта, односно боравишта (улица и број, поштански број и место, општина), ЈМБГ, евиденциони број за стране држављане, пол, датум рођења, ЛБО, ознака основа осигурања, назив основа осигурања, назив државе (за стране држављане).

Подаци из става 2. овог члана о осигуранику су: име и презиме, ЈМБГ, евиденциони број за стране држављане, ЛБО, члан породице**,** сродство лица коме се издаје картица здравственог осигурања са носиоцем осигурања.

Подаци из става 2. овог члана о обвезнику доприноса су: назив и седиште, ПИБ, ЈМБГ.

Члан 28.

Пријава на здравствено осигурање, промена у својству осигураног лица и одјава са здравственог осигурања врше се у складу са прописима којима се уређује рад, односно јединствена пријава на обавезно социјално осигурање.

Члан 29.

Матична филијала дужна је да донесе решење о утврђеном својству осигураног лица или о престанку, односно промени у својству осигураног лица на захтев осигураног лица или надлежног органа, као и да податке о томе достави Централном регистру.

Матична филијала службеним путем прибавља и врши увид у податке о чињеницама о којима се води службена евиденција, а који су неопходни за утврђивање својства осигураног лица, промену у здравственом осигурању или одјаву са здравственог осигурања, у складу са одредбама закона којима се уређује општи управни поступак.

Члан 30.

Својство осигураног лица престаје даном престанка основа по којем је то својство утврђено.

Престанак својства осигураног лица утврђује се регистрацијом у Централном регистру, односно решењем Републичког фонда за лица из члана 24. став 3. овог закона.

Решење из става 2. овог члана доставља се лицу из члана 24. став 3. овог закона.

Матична филијала има право да, без обзира на који начин је утврђено својство осигураног лица, врши проверу чињеница на основу којих је извршена пријава на здравствено осигурање и утврђено својство осигураног лица.

У случају постојања сумње да уговор о раду на основу кога је извршена пријава на обавезно здравствено осигурање није закључен у сврху обављања послова у складу са тим уговором, него искључиво у сврху остваривања права из обавезног здравственог осигурања, матична филијала има право и обавезу на основу провере чињеница из става 3. овог члана и прикупљених доказа да покрене поступак пред надлежним судом за оспоравање тако закљученог уговора о раду.

ГЛАВА III

МАТИЧНА ЕВИДЕНЦИЈА

Члан 31.

Матичну евиденцију чине подаци о:

1) осигураницима;

2) члановима породице осигураника;

3) обвезницима плаћања доприноса;

4) коришћењу права из обавезног здравственог осигурања.

Податке из става 1. овог члана јединствено за територију Републике устројава и организује Републички фонд.

Филијала обавља одређене послове матичне евиденције, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Члан 32.

Матична евиденција води се по јединственим методолошким принципима.

Подаци се уносе у матичну евиденцију према јединственом кодексу шифара.

Подаци се уносе у матичну евиденцију преузимањем података из Централног регистра, преузимањем података из службених евиденција, односно података из других доказа достављених путем средстава за електронску обраду података или достављених непосредно филијали.

Јединствени методолошки принципи за вођење матичне евиденције и јединствени кодекс шифара из ст. 1. и 2. овог члана и пријава на осигурање, пријава промене у осигурању и одјава са осигурања и друга питања од значаја за вођење матичне евиденције уређују се прописима о Централном регистру.

Подаци из члана 31. став 1. тачка 4) овог закона, уносе се у матичну евиденцију, преузимањем података из службених евиденција, односно података из других доказа достављених путем средстава за електронску обраду података или достаљених непосредно филијали, у складу са општим актом Републичког фонда којим се уређују методолошки принципи за вођење матичне евиденције.

Члан 33.

Подаци из члана 31. став 1. тачка 4) овог закона воде се одвојено од других података и тим подацима рукује за то овлашћено лице Републичког фонда, у складу са законом.

Обрада података из члана 31. став 1. овог закона, њихово архивирање и мере заштите врше се у складу са законом којим се уређује заштита података о личности.

Републички фонд може да врши обраду података о личности у циљу остваривања права из обавезног здравственог осигурања, а друге организације обавезног социјалног осигурања у циљу остваривања права утврђених прописима којима се уређује пензијско и инвалидско осигурање, односно осигурање за случај незапослености, у складу са законом којим се уређује заштита података о личности.

Члан 34.

У матичну евиденцију уносе се следећи подаци о осигураницима:

1) име и презиме;

2) име једног родитеља;

3) ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане;

4) ЛБО;

5) пол;

6) дан, месец и година рођења;

7) занимање;

8) стручна спрема, односно образовање;

9) адреса пребивалишта, односно боравишта у Републици (улица и број, поштански број и место, општина);

10) држављанство;

11) језик и писмо штампе у складу са законом којим се уређује службена употреба језика и писма;

12) општина на којој се непокретност налази за осигуранике пољопривреднике;

13) датум стицања, односно престанка својства осигураника, као и промене у периоду осигурања;

14) основ осигурања у складу са овим законом;

15) исправа о здравственом осигурању (датум издавања, периоди овере, датум поништавања исправе);

16) допринос за здравствено осигурање (висина доприноса, да ли је плаћен доспели допринос, висина дуга по основу доспелих, а неуплаћених доприноса);

17) шифра организационе јединице Републичког фонда;

18) основ ослобођења од партиципације;

19) годишњи износ плаћених партиципација;

20) број и датум оцене стручно-медицинског органа о упућивању на инвалидску комисију у складу са овим законом;

21) обвезник плаћања доприноса;

22) назив послодавца, шифра делатности и адреса седишта послодавца и пословне јединице.

За чланове породице осигураника, поред података о осигуранику из става 1. овог члана, уносе се и следећи подаци:

1) име и презиме;

2) име једног родитеља;

3) ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане;

4) ЛБО;

5) пол;

6) дан, месец и година рођења;

7) сродство са осигураником;

8) адреса пребивалишта, односно боравишта у Републици (улица и број, поштански број и место, општина);

9) страна држава и адреса пребивалишта, за лица која немају пребивалиште у Републици;

10) држављанство;

11) језик и писмо штампе у складу са законом којим се уређује службена употреба језика и писма;

12) датум стицања, односно престанка својства осигураника, као и промене у периоду осигурања;

13) основ осигурања у складу са овим законом;

14) исправа о здравственом осигурању (датум издавања, периоди овере, датум поништавања исправе);

15) шифра организационе јединице Републичког фонда;

16) основ ослобођења од партиципације;

17) годишњи износ плаћених партиципација.

Члан 35.

Ако је обвезник плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање правно лице или предузетник у матичну евиденцију уносе се следећи подаци:

1) име и презиме;

2) порески индетификациони број (у даљем тексту: ПИБ);

3) матични број регистра;

4) шифра делатности;

5) шифра делатности пословне јединице;

6) адреса седишта (улица и број, поштански број и место, општина);

7) адреса пословне јединице (улица и број, поштански број и место, општина).

Члан 36.

Ако је обвезник плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање физичко лице у матичну евиденцију се уносе следећи подаци:

1) име и презиме;

2) ЈМБГ,односно евиденциони број за стране држављане;

3) адреса пребивалишта, односно боравишта у Републици (улица и број, поштански број и место, општина);

4) страна држава у којој живи, за лица без пребивалишта на територији Републике.

Члан 37.

У матичну евиденцију уносе се и подаци о коришћењу права из обавезног здравственог осигурања, а нарочито о:

1) пруженим здравственим услугама (врста здравствене услуге, дијагноза болести, односно повреде по МКБ 10 и на латинском језику, датум пружања здравствене услуге, здравствена установа у којој је пружена здравствена услуга);

2) медицинско-техничким помагалима (врста и саставни делови помагала, висина партиципације, издато ново или коришћено помагало, рок трајања помагала, реверс за враћање помагала, провера фунционалности помагала, доплата за помагало већег стандарда);

3) лековима издатим на рецепт (назив и шифра лека, количина издатог лека, датум прописивања лека, датум издавања лека, идентификациони број лекара који је прописао лек) ;

4) годишњем износу плаћених партиципација (назив здравствене услуге, медицинско-техничког помагала, лека или имплантата, висина плаћене партиципације, назив здравствене установе);

5) изабраном лекару осигураног лица (име и презиме, идентификациони број и здравствена установа у којој је запослен);

6) остваривање права на основу оцена стручно-медицинских органа (врста права, дијагноза болести, односно повреде по МКБ 10 и на латинском језику, назив стручно-медицинког органа, број и датум оцене стручно-медицинског органа,);

7) остваривању права у вези са професионалном болешћу или повредом на раду осигураника (назив стручно-медицинког органа, број и датум оцене стручно-медицинског органа, дијагноза болести, односно повреде по МКБ 10 и на латинском језику);

8) упућивању на оцену радне способности, односно инвалидности по прописима о пензијском и инвалидском осигурању (у даљем тексту: инвалидска комисија) у складу са овим законом (назив стручно-медицинког органа, број и датум оцене стручно-медицинског органа, дијагноза болести, односно повреде по МКБ 10 и на латинском језику, дужина привремене спречености за рад у моменту упућивања на инвалидску комисију, број и датум оцене инвалидске комисије о радној способности осигураника);

9) коришћењу здравствене заштите у иностранству (број и датум издате потврде за коришћење здравствене заштите у иностранству, за осигуранике упућене на рад у иностранство и податак о држави у коју се упућује, назив и адреса иностраног носиоца осигурања, назив и адреса послодавца у иностранству, период на који је осигураник упућен на рад у иностранство, број и датум подношења захтева за рефундацију трошкова коришћења здравствене заштите у иностранству, назив стручно-медицинког органа, број и датум оцене стручно-медицинског органа, број и датум решења о рефундацији трошкова коришћења здравствене заштите у иностранству, држава и назив здравствене установе у иностранству у којој је коришћена здравствена заштита, висина трошкова здравствене заштите коришћене у иностранству, период коришћења здравствене заштите у иностранству);

10) упућивању на лечење, односно упућивању ради спровођења дијагностичких поступака или постављања дијагнозе у иностранству (број и датум подношења захтева за упућивање у иностранство, назив референтне здравствене установе која предлаже упућивање, број и датум оцене комисије Републичког фонда за упућивање у иностранство, број и датум решења, држава у коју се осигурано лице упућује, назив здравствене установе, период упућивања, висина трошкова).

Члан 38.

У матичну евиденцију уносе се и подаци о остваривању права на накнаду зараде и то:

1) име и презиме осигураника;

2) ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане;

3) ЛБО;

4) претходни стаж осигурања;

5) да ли је осигураник запослен као особа са инвалидитетом;

6) први дан привремене спречености за рад;

7) временски интервал привремене спречености за рад;

8) идентификациони број изабраног лекара који је утврдио први дан привремене спречености за рад осигураника;

9) број и датум оцене стручно-медицинског органа који је утврдио привремену спреченост за рад;

10) основ привремене спречености за рад у складу са овим законом;

11) дијагноза болести, односно повреде по МКБ 10 и на латинском језику;

12) висина основице за обрачун накнаде зараде утврђена у складу са одредбама овог закона;

13) пословно име послодавца, односно предузетника;

14) ПИБ послодавца, односно предузетника;

15) број посебног рачуна послодавца, односно предузетника на који се врши пренос средстава за исплату накнаде зараде;

16) датум пријема захтева за исплату накнаде зараде са списком осигураника;

17) број под којим је примљен захтев за исплату накнаде зараде;

18) податак о исплаћеним зарадама и уплаћеним доприносима;

19) датум преноса средстава за накнаду зараде на посебан рачун послодавца, односно предузетника;

20) датум подношења захтева Републичком фонду за пензијско и инвалидско осигурање за рефундацију накнаде зараде осигуранику

21) датум извршене рефундације Републичком фонду исплаћене накнаде зараде осигуранику од стране Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање.

Члан 39.

У матичну евиденцију уносе се подаци о остваривању права на накнаду трошкова превоза за осигурано лице и то:

1) име и презиме;

2) ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане;

3) ЛБО;

4) датум путовања;

5) временски интервал путовања;

6) адреса поласка и повратка са путовања (адреса, општина, насеље);

7) путовање у иностранство (држава и град);

8) износ накнаде трошкова путовања;

9) број текућег рачуна и назив банке за уплату накнаде трошкова путовања;

10) име и презиме пратиоца на путу;

11) ЈМБГ пратиоца;

12) адреса пребивалишта, односно боравишта у Републици за пратиоца (улица и број, поштански број и место, општина);

13) износ накнаде трошкова путовања за пратиоца;

14) број текућег рачуна и назив банке за уплату накнаде трошкова путовања за пратиоца;

15) подаци о даваоцу здравствених услуга који је пружио здравствену услугу.

Члан 40.

Републички фонд, односно матична филијала дужни су да по службеној дужности прибаве податке из чл. 34-39. овог закона који се воде код других надлежних државних органа и организација о осигураним лицима, а у складу са прописима којима се уређује управни поступак.

Надлежни државни органи и организације из става 1. овог члана дужни су да Републичком фонду, односно матичној филијали доставе податке из става 1. овог члана у складу са прописима којима се уређује управни поступак.

Члан 41.

Републички фонд води евиденцију о лицима која су здравствено осигурана по међународним уговорима о социјалном осигурању.

У евиденцију из става 1. овог члана подаци се уносе преузимањем података из пријаве на осигурање, односно одјаве са осигурања коју подноси инострани носилац осигурања у складу са међународним уговором о социјалном осигурању, преузимањем података из службених евиденција, односно података из других доказа достављених путем средстава за електронску обраду података или достављених непосредно матичној филијали.

Евиденција из става 1. овог члана садржи податке из члана 34-36. овог закона, као и податке о осигурању у складу са међународним уговорима о социјалном осигурању и то:

1) адреса пребивалишта, односно боравишта у Републици, односно држава и адреса пребивалишта за лица која немају пребивалиште у Републици;

2) назив и адреса иностраног носиоца осигурања;

3) број и датум издавања потврде иностраног носиоца осигурања и период важења потврде;

4) број и датум издавања здравствене исправе и период важења здравствене исправе;

5) врста здравствене заштите и период коришћења здравствене заштите;

6) назив и адреса здравствене установе у којој је пружена здравствена заштита;

7) висина трошкова пружене здравствене заштите.

Члан 42.

За тачност података унетих у пријаву на осигурање, пријаву промене у осигурању и одјаву са осигурања одговоран је подносилац пријаве.

Подносилац пријаве дужан је да даје тачна обавештења, односно податке од значаја за утврђивање чињеница важних за стицање и остваривање права из обавезног здравственог осигурања, као и да матичној филијали пружи доказе и омогући увид у евиденцију и документацију.

Матична филијала дужна је да провери тачност података унетих у матичну евиденцију за лица из чл. 16. и 17. овог закона, као и чланове њихових породица, да захтева доказе и врши увид у евиденције и документацију на којима се заснивају подаци унети у пријаве, односно да, по потреби, прибави неопходне податке.

Члан 43.

Матична филијала одређује се по следећим правилима:

1) за осигуранике из члана 11. став 1. тач. 1) - 2), тач. 4)-8), тач. 10), 11) и 13), тач. 15)-18), тач. 23) и 27) овог закона, у случају када су место пребивалишта осигураника, односно боравишта за осигураника странца и седиште обвезника на подручју исте филијале-према седишту обвезника уплате доприноса;

2) за осигуранике из члана 11. став 1. тачка 3) овог закона у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса-према седишту обвезника уплате доприноса;

3) за осигуранике из члана 11. став 1. тачка 9) и тач. 19)-22) и тачке 24) овог закона-према пребивалишту осигураника у Републици;

4) за осигуранике из члана 11. став 1. тачка 12) овог закона-према пребивалишту осигураника;

5) за осигуранике из члана 11. став 1. тачка 14) овог закона, у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса-према седишту омладинске, односно студентске задруге;

6) за осигуранике из члана 11. став 1. тач. 25) и 26) овог закона-према боравишту или пребивалишту осигураника;

7) за осигуранике из члана 11. став 1. тачка 28) овог закона-према седишту школе, односно високошколске установе.

У случају када је пребивалиште осигураника, односно боравишта осигураника странца из става 1. тачка 1) овог члана на подручју једне филијале, а седиште обвезника уплате доприноса на подручју друге филијале, матична филијала је филијала према пребивалишту, односно боравишту осигураника у Републици.

За чланове породице осигураника матична филијала је филијала код које је здравствено осигуран осигураник.

Члан 44.

Пријава на осигурање за лица из члана 16. став 1. овог закона подноси се Централном регистру преко филијале према пребивалишту тих лица.

Изузетно од става 1. овог члана пријава на осигурање за лица из члана 16. став 1. тач. 11)-13) и став 3. која немају пребивалиште подноси се филијали према боравишту тих лица.

Пријава на осигурање за лица из члана 17. овог закона подноси се Централном регистру преко филијале према пребивалишту односно боравишту тих лица.

Пријава за лица из члана 22. овог закона подноси се Централном регистру преко филијале према седишту обвезника уплате доприноса.

За чланове породице осигураника из ст. 1.-3. овог члана пријава на осигурање подноси се Централном регистру преко филијале која је издала, односно активирала исправу осигураника за лица из ст. 1.-3 . овог члана.

Члан 45.

Филијала је дужна да осигураном лицу на лични захтев изда уверење о подацима унетим у матичну евиденцију.

Уверење из става 1. овог члана има својство јавне исправе.

Члан 46.

Промену података унетих у матичну евиденцију који се односе на коришћење права из обавезног здравственог осигурања врши овлашћено лице Републичког фонда на основу доказа о променама о коришћењу права.

Члан 47.

Докази на основу којих матична филијала врши пријаву на осигурање, пријаву промене и одјаву лица из чл. 16. и 17. овог закона и чланова њихових породица, као и лица која немају техничке могућности да пријаву на осигурање, пријаву промене и одјаву изврше преко Централног регистра, чувају се 5 година од дана достављања матичној филијали.

Након протека рока из става 1. овог члана докази се архивирају у складу са прописима којима се уређује чување архивске грађе.

Уместо доказа у папирној форми могу се чувати докази снимљени на средствима за електронску базу података, односно средствима за електронску обраду података.

Члан 48.

Подаци који се воде у матичној евиденцији користе се за потребе обавезног социјалног осигурања, ако овим законом није друкчије одређено.

Обрада података из матичне евиденције обезбеђује се у складу са законом којим се уређује заштита података о личности.

ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 49.

Права из обавезног здравственог осигурања су:

1) право на здравствену заштиту;

2) право на новчане накнаде.

1. Претходни стаж обавезног здравственог осигурања

Члан 50.

За остваривање права из члана 49. овог закона, осигураници морају да имају стаж осигурања у обавезном здравственом осигурању, у својству осигураника у складу са законом, у трајању од најмање три месеца непрекидно или шест месеци са прекидима у

последњих 18 месеци, пре почетка коришћења права из обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: претходно осигурање).

У претходно осигурање рачуна се време од дана када је стечено својство осигураника у складу са законом, за које је уплаћен допринос.

Изузетно од става 1. овог члана, осигураник остварује права из обавезног здравственог осигурања у случају:

1) повреде на раду или професионалне болести осигураника из чл. 11. овог закона;

2) хитне медицинске помоћи;

3) остваривања права на накнаду зараде за време привремене спречености за рад и то у висини минималне зараде утврђене у складу са прописима о раду за месец за који се накнада зараде исплаћује.

Чланови породице осигураника остварују права из обавезног здравственог осигурања под условом да осигураник испуњава услове у погледу претходног осигурања у складу са законом.

2. Право на здравствену заштиту

Члан 51.

Право на здравствену заштиту обезбеђује се за случај настанка болести и повреде ван рада, као и у случају повреде на раду или професионалне болести.

Здравствена заштита из става 1. овог члана пружа се на начин да сачува, унапреди или поврати здравствено стање осигураног лица и његову способност да ради и задовољи своје личне потребе у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Повредом на раду, у смислу овог закона сматра се повреда осигураника која се догоди у просторној, временској и узрочној повезаности са обављањем посла по основу кога је осигуран, проузрокована непосредним и краткотрајним механичким, физичким или хемијским дејством, наглим променама положаја тела, изненадним оптерећењем тела или другим променама физиолошког стања организма.

Повредом на раду сматра се и повреда проузрокована на начин из става 3. овог члана, коју осигураник запослени претрпи при обављању посла на који није распоређен, али који обавља у интересу послодавца.

Повредом на раду сматра се и повреда коју осигураник претрпи при доласку, односно повратку са посла.

Повредом на раду сматра се и обољење осигураника које је настало непосредно или као искључива последица несрећног случаја или више силе за време обављања посла по основу кога је осигуран или у вези са њим.

Под професионалним обољењем у смислу овог закона подразумева се обољење настало услед дуже изложености штетностима насталим на радном месту.

Повреда на раду утврђује се на основу извештаја о повреди на раду који се доставља Републичком фонду, односно филијали ради утврђивања постојања повреде на раду и остваривања права из обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом.

Садржај и начин издавања образца извештаја о повреди на раду и професионалном обољењу утврђује се у складу са прописима којима се уређује безбедност и здравље на раду.

Члан 52.

Право на здравствену заштиту из члана 51. овог закона, обухвата:

1) мере превенције и раног откривања болести;

2) прегледе и лечење у вези са планирањем породице, у току трудноће, порођаја и до 12 месеци након порођаја;

3) прегледе и лечење у случају болести и повреде;

4) прегледе и лечење болести уста и зуба;

5) медицинску рехабилитацију у случају болести и повреде;

6) лекове;

7) медицинска средства.

Здравствена заштита из става 1. тач. 1)-5) овог члана чини пакет здравствених услуга који је утврђен овим законом, номенклатуром (назив и опис) здравствених услуга и ценовником здравствених услуга која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а у садржају и обиму утврђеним општим актом из члана 133. овог закона.

Актом из члана 124. овог закона министар може прописати претходну сагласност првостепене лекарске комисије за коришћење здравствене заштите из става 1. овог члана, а посебно за одређене врсте дијагностичких и терапијских поступака, стационарно лечење, кућно лечење, односно палијативно збрињавање.

Уколико се садржај и обим права на здравствену заштиту обухваћеног обавезним здравственим осигурањем, утврђених у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, не може остварити услед недовољно остварених прихода Републичког фонда, односно услед других посебних околности, Влада може донети акт којим ће се утврдити приоритети у обезбеђивању и спровођењу здравствене заштите.

У буџету Републике обезбеђују се средства за лечење оболелих од одређених врста ретких болести под условом да Републички фонд не може да обезбеди довољан износ средстава за лечење тих обољења од уплате доприноса, као и из других извора финансирања у складу са законом.

Влада, за сваку календарску годину, на предлог министра доноси акт којим се утврђују приоритети за лечење оболелих од одређених врста ретких болести, као и друга питања од значаја за лечење оболелих од ових болести за које се средства обезбеђују у буџету Републике Србије.

АЛТЕРНАТИВА; ВЛАДА, ЗА СВАКУ КАЛЕНДАРСКУ ГОДИНУ, НА ПРЕДЛОГ МИНИСТРА ДОНОСИ АКТ КОЈИМ СЕ УРЕЂУЈУ ПИТАЊА ОД ЗНАЧАЈА ЗА ЛЕЧЕЊЕ ОБОЛЕЛИХ ОД РЕТКИХ БОЛЕСТИ ЗА КОЈА СЕ СРЕДСТВА ОБЕЗБЕЂУЈУ У БУЏЕТУ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ – са законодавством

Република је гарант за извршење обавеза Републичког фонда у остваривању права из обавезног здравственог осигурања (државна гаранција), за хитну медицинску помоћ, циљане превентивне прегледе-скрининге према одговарајућим националним програмима, обавезну имунизацију и палијативно збрињавање, као и здравствену заштиту која се пружа у стационарним здравственим установама осигураним лицима, а која је као приоритет утврђена у складу са ст. 4-6. овог члана.

2.1. Мере превенције и раног откривања болести

Члан 53.

Осигураним лицима се, ради очувања и унапређења здравља, спречавања, раног откривања и сузбијања болести и других поремећаја здравља обезбеђују следеће мере:

1) здравствено васпитање које се спроводи организовањем посебних предавања или давања савета од стране здравственог радника и здравственог сарадника у вези са заштитом, очувањем и унапређењем здравља, стицањем знања и навика о здравом начину живота, откривањем и сузбијањем фактора ризика;

2) превентивни и остали прегледи деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота, одраслих особа у вези са планирањем породице, као и одраслих особа у складу са републичким програмом превенције и раног откривања болести од већег јавно-здравственог значаја, односно скрининг програма;

3) превентивне стоматолошке и профилактичке мере за превенцију болести уста и зуба код трудница и деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота.

4) здравствено васпитање у вези са планирањем породице, превенцијом трудноће, контрацепцијом и хируршком стерилизацијом, тестирањем на трудноћу, тестирањем и лечењем полно преносивих болести и ХИВ инфекције;

5) имунизација и хемиопрофилакса која је обавезна према прописима којима се уређује заштита становништва од заразних болести;

6) хигијенско-епидемиолошке и друге законом предвиђене мере и поступке у вези са спречавањем, откривањем и лечењем ХИВ инфекције и других заразних болести и спречавањем њиховог ширења.

Влада доноси националне програме превенције и раног откривања болести од већег јавно-здравственог значаја.

2.2. Прегледи и лечење у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и постпорођајним периодом

Члан 54.

Осигураним лицима у вези са планирањем породице, у току трудноће, порођаја и до 12 месеци након порођаја обезбеђује се:

1) дијагностика и лечење стерилитета;

2) прегледи и лечење који се односе на трудноћу (укључујући пренатални период, порођај и постпорођајни период), стања која могу да изазову компликацију трудноће, као и прекид трудноће из медицинских разлога;

3) стационарно лечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи;

4) патронажне посете и помоћ породиљи и рутинска нега новорођенчета од стране патронажне сестре.

Под прегледом у смислу става 1. тачка 2) овог члана подразумева се и пренатално и генетско тестирање и друге превентивне мере, у складу са медицинским стандардима.

2.3. Прегледи и лечење у случају болести и повреда

Члан 55.

Оболелим, односно повређеним осигураним лицима, у зависности од медицинских индикација и стручно-методолошких и доктринарних ставова, обезбеђују се:

1) указивање хитне медицинске помоћи на месту медицинске хитности или у здравственој установи, односно приватној пракси, а у случају повреде спровођење имунизације (потребне постекспозиционе заштите против тетануса, беснила, хепатитиса Б);

2) хитан санитетски превоз у случају болести или повреде које су опасне по живот осигураног лица;

3) санитетски превоз који није хитан, када је оправдан и медицински неопходан;

4) прегледи и лечење у примарној здравственој заштити, од стране изабраног лекара, као и у месту становања осигураног лица;

5) амбулантни прегледи и лечење код лекара специјалисте и здравственог сарадника, по упуту изабраног лекара, односно лекара специјалисте;

6) лабораторијска, рендгенска и друга дијагностика која је предложена од изабраног лекара или лекара специјалисте, а медицински је неопходна и оправдана за дијагностику и лечење болести или повреде;

7) стационарно лечење када је оправдано и медицински неопходно, које обухвата прегледе и лечење од стране лекара специјалисте, медицинску негу, смештај у заједничкој соби или соби интензивне неге и исхрану, односно специфичну дијету у стационарној здравственој установи;

8) право на пратиоца осигураном лицу до навршених 15 година живота, као и осигураном лицу старијем од 15 година живота које је теже телесно или душевно ометено у развоју, односно лицу код кога је због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега то лице није у могућности да самостално обавља свакодневне активности, укључујући лица са оштећењем слуха, вида и говора, за време стационарног лечења и медицинске рехабилитације, а да је то медицински неопходно, осим ако овим законом није друкчије одређено;

9) кућно лечење када је оправдано и медицински неопходно;

10) палијативно збрињавање.

Члан 56.

Хитан санитетски превоз из члана 55. тачка 2) овог закона обухвата превоз осигураног лица санитетским возилом због болести или повреде које су опасне по живот осигураног лица до најближе здравствене установе која је оспособљена за наставак даљег лечења оболелог, односно повређеног.

Санитетски превоз који није хитан, из члана 55. тачка 3) овог закона, обухвата превоз санитетским возилом до здравствене установе у којој се пружа здравствена заштита која је оправдана и медицински неопходна, као и превоз санитетским возилом из здравствене установе до места становања осигураног лица.

Санитетски превоз који није хитан оправдан је и медицински неопходан у случају да превоз било којим другим превозним средством може угрозити живот или здравље осигураног лица.

Члан 57.

Стационарно лечење из члана 55. тачка 7) овог закона оправдано је и медицински неопходно ако потребна здравствена заштита (дијагностика, лечење или рехабилитација) или њен део може искључиво да се пружи у стационарним условима, односно ако се не може обезбедити амбулантним и кућним лечењем.

Изузетно од става 1. овог члана, осигураном лицу које је у терминалној фази болести и непокретно, односно покретно уз помоћ других лица, а коме је потребно палијативно збрињавање, обезбеђује се краткотрајно лечење у стационарној здравственој установи ради примене симптоматске терапије и здравствене неге, под условима прописаним општим актом којим се уређују начин и услови за остваривање права из обавезног здравственог осигурања**.**

Члан 58.

Кућно лечење из члана 55. тачка 9) овог закона оправдано је и медицински неопходно у случају када је од стране изабраног лекара или лекара специјалисте индикована примена парентералних лекова, медицинских и рехабилитационих процедура које здравствени радник може да пружи у кућним условима осигураном лицу које је непокретно или чије кретање захтева помоћ другог лица.

Кућно лечење се спроводи и као наставак стационарног лечења.

Кућно лечење, у смислу овог закона, пружа се у месту становања осигураног лица.

Члан 59.

Под палијативним збрињавањем, у смислу овог закона, подразумева се пружање здравствених услуга на свим нивоима здравствене заштите оболелом осигураном лицу у терминалној фази болести, без обзира на врсту (тип) болести, а ради побољшања квалитета живота осигураног лица које се остварује отклањањем психолошке и физичке патње, односно бола осигураног лица.

Члан 60.

Хитна медицинска помоћ, у смислу овог закона, јесте непосредна-тренутна медицинска помоћ која се пружа да би се избегло довођење осигураног лица у животну опасност, односно непоправљиво оштећење његовог здравља или смрт.

Под хитном медицинском помоћи, у смислу овог закона, подразумева се и медицинска помоћ која се пружи у року од 12 сати од момента пријема осигураног лица у здравствену установу, односно приватну праксу да би се избегло довођење осигураног лица у животну опасност, односно непоправљиво оштећење његовог здравља или смрт.

Члан 61.

Неопходна здравствена заштита, у смислу овог закона, обухвата здравствену заштиту која је одговарајућа, односно потребна за дијагностику, односно лечење болести

или повреда осигураног лица, која је у складу са стандардима добре медицинске праксе у Републици и која није пружена на захтев осигураног лица или здравственог радника, ради стављања осигураног лица у повољнији положај у односу на друга осигурана лица, односно ради стицања посебних користи за здравствену установу, приватну праксу или здравственог радника

Члан 62.

Оправданост пружене хитне медицинске помоћи и неопходне здравствене заштите у поступку остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања утврђују стручно-медицински органи Републичког фонда**.**

2.4. Прегледи и лечења болести уста и зуба

Члан 63.

Осигураним лицима обезбеђују се прегледи и лечења болести уста и зуба у амбулантно-поликлиничким и стационарним условима и то најмање:

1) преглед и лечење болести уста и зуба код деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота, старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју, као и лица са тежим урођеним или стеченим деформитетом лица и вилице;

2) прегледи и лечење болести уста и зуба, изузев протетског збрињавања, код жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја;

3) указивање хитне стоматолошке здравствене заштите за одрасле;

4) прегледи и лечење болести уста и зуба, изузев протетског збрињавања, пре трансплантације органа, ћелија и ткива, односно операција на срцу;

5) прегледи и лечење болести уста и зуба у оквиру преоперативног и постоперативног третмана малигних болести максилофацијалног предела;

6) ургентни стоматолошки и хируршки прегледи и лечење повреда зуба и костију лица, укључујући примарну реконструкцију остеосинтетским материјалом;

7) израда акрилатне тоталне и субтоталне протезе код особа старијих од 65 година живота;

8) неопходан стоматолошки третман, укључујући и фиксне ортодонтске апарате у оквиру преоперативног и постоперативног третмана код особа са урођеним и стеченим тежим деформитетом лица и вилице;

9) израда протетских надокнада лица и вилице (интраоралне постресекционе протезе и протезе лица) у оквиру посттуморске рехабилитације и реконструкције, укључујући и имплантате за њихово учвршћивање;

10) прегледи и лечење болести уста и зуба код лица код којих је због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају свакодневне активности;

11) прегледи и лечење болести уста и зуба осигураника из члана 16. овог закона.

Прегледи и лечење болести уста и зуба обезбеђује се осигураним лицима из става 1. тач. 10) и 11) овог члана ако су приходи осигураног лица испод цензуса утврђеног актом из члана 16. став 2. овог закона.

2.5. Медицинска рехабилитација у случају болести и повреде

Члан 64.

Осигураним лицима обезбеђује се медицинска рехабилитација ради побољшања или успостављања непостојеће, изгубљене или оштећене функције, која је настала због конгениталних аномалија, развојног поремећаја, акутне болести или повреде, погоршања хроничне болести или медицинске интервенције.

Медицинском рехабилитацијом обезбеђује се утврђивање, примена и евалуација рехабилитационих поступака који обухватају кинезитерапију и све видове физикалне, окупационе терапије и терапије гласа и говора, као и одређене врсте медицинско-техничких помагала, намештање, примену и обуку за употребу тог помагала код осигураног лица.

Члан 65.

Осигураном лицу обезбеђује се медицинска рехабилитација у амбулантно-поликлиничким и болничким условима када је оправдана и неопходна за третман здравственог стања осигураног лица.

Осигураним лицима се рехабилитацијом у стационарним здравственим установама, у оквиру основног медицинског третмана, обезбеђује спровођење интензивног програма рехабилитације (рана рехабилитација) ангажовањем мултидисциплинарног тима ради побољшања здравственог стања и отклањања функционалних сметњи.

Осигураним лицима обезбеђује се рехабилитација у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију (продужена рехабилитација) као континуирани продужетак лечења и рехабилитације, у оквиру индикационог подручја, када се функционалне сметње не могу ублажити или отклонити са подједнаком ефикасношћу у амбулантно-поликлиничким условима и у оквиру болничког лечења основне болести.

На предлог Републичког фонда, министар општим актом утврђује врсте индикација за коришћење медицинске рехабилитације, дужину трајања рехабилитације, начин и услове остваривања права на рехабилитацију из става 1. овог члана, као и могућност доплате за већи стандард, обим и садржај права на рехабилитацију, начин и услове за остваривање тог права.

2.6. Лекови

Члан 66.

Право на лекове обухвата право на лекове са Листе лекова који се прописују на рецепт или издају на налог на терет средстава обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: Листа лекова);

Изузетно од става 1. овог члана, осигураном лицу обезбеђује се и лек који није на Листи лекова, а медицински је неопходан за лечење, под условима утврђеним општим актом из члана 133. овог закона.

Републички фонд доноси општи акт којим утврђује Листу лекова, која садржи и неопходне-есенцијалне лекове за лечење болести и повреда, без обзира на узрок, у складу са листом есенцијалних лекова Светске здравствене организације и општим актом из става 5. овог члана.

Општим актом из става 3. овог члана може се утврдити доплата за лек који се не обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, као и начин и услови за остваривање доплате.

На предлог Републичког фонда министар доноси општи акт којим се утврђују критеријуми, начин и услови за стављање лекова на Листу лекова, односно за скидање лекова са Листе лекова.

Влада даје сагласност на општи акт Републичког фонда из става 3. овог члана.

Члан 67.

Ради стављања лекова на Листу лекова, измену и допуну Листе лекова, односно за скидање лекова са Листе лекова, у Републичком фонду образује се Централна комисија за лекове о чему одлуку доноси Управни одбор Републичког фонда.

Централна комисија за лекове има 11 чланова, из реда истакнутих стручњака у области медицине, стоматологије и фармације, између којих се бира председник и потпредседник.

Министар и директор Републичког фонда именују по пет чланова Централне комисије за лекове, а једног члана именује заједница медицинских факултета.

Мандат председника, потпредседника и чланова Централне комисије за лекове траје четири године и не могу бити бирани два пута узастопно.

Председник, потпредседник и чланови Централне комисије за лекове могу се разрешити пре истека мандата на лични захтев, као и на предлог министра, директора Републичког фонда, односно заједнице медицинских факултета из оправданих разлога.

Централна комисија за лекове доноси пословник о раду.

Централна комисија за лекове доноси одлуке већином гласова од укупног броја чланова.

Чланови Централне комисије за лекове, имају право на накнаду за рад из средстава Републичког фонда.

Висину накнаде из става 8. овог члана, утврђује Управни одбор Републичког фонда.

Председник, потпредседник и чланови Централне комисије за лекове дужни су да пре почетка рада у Централној комисији за лекове потпишу изјаву да они, као и њихови сродници у правој линији, без обзира на степен сродства, побочни сродници закључно са другим степеном сродства, супружници и сродници по тазбини закључно са првим степеном сродства, директно или преко трећег физичког или правног лица немају учешће као власници удела, акционари, у правном лицу које обавља производњу, односно промет лекова, односно да нису чланови органа управљања и других тела код носилаца дозвола за стављање лекова у промет.

Председник, потпредседник и чланови Централне комисије за лекове који су на било који начин учествовали у клиничким испитивањима, као и у обављању стручних и других

послова за потребе носиоца дозволе за лек у поступку добијања дозволе за лек у складу са законом којим се уређују лекови, односно у поступку стављања лека на Листу лекова у складу са општим актом из члана 66. став 5. овог закона не могу да учествују у доношењу одлуке Централне комисије за лекове о стављању тог лека на Листу лекова, односно измене и допуне Листе лекова, односно скидања тог лека са Листе лекова.

Председник, потпредседник и чланови Централне комисије за лекове у периоду на који су именовани за чланове у Централној комисији за лекове не могу да учествују у пословима за потребе носиоца дозволе у поступку стављања лека на Листу лекова у складу са општим актом из члана 66. став 5. овог закона.

Члан 68.

Централна комисија за лекове утврђује предлог Листе лекова, односно њене измене и допуне и предлог за скидање одређених лекова са Листе лекова, који усваја Управни одбор Републичког фонда.

Централна комисија за лекове утврђује предлог из става 1. овог члана на основу претходно прибављеног мишљења надлежне републичке стручне комисије о оправданости стављања одређеног лека на Листу лекова, односно њене измене и допуне, односно скидања лека са Листе лекова у складу са актом из члана 66. став 5. овог закона.

Чланови Републичке стручне комисије дужни су да потпишу изјаву из члана 67. став 10. овог закона, с тим да се на њихов рад сходно примењује члан 67. став 11. овог закона.

Члан 69.

Носилац дозволе за лек подноси Републичком фонду захтев за стављање лека на Листу лекова, измену и допуну Листе лекова, односно скидање лека са Листе лекова са документацијом прописаном општим актом из члана 66. став 5. овог закона (у даљем тексту: захтев за Листу лекова).

Носилац дозволе за лек дужан је да уз захтев за Листу лекова поднесе и доказ о извршеној уплати таксе за оцену испуњености критеријума из члана 66. став 5. овог закона.

Висину таксе из става 2. овог члана утврђује Управни одбор Републичког фонда, на коју сагласност даје министар надлежан за послове финансија.

Републички фонд је дужан да у року од највише 90 дана од дана подношења потпуног захтева за Листу лекова донесе одлуку о испуњености услова и критеријума утврђених општим актом из члана 66. став 5. овог закона.

Ако захтев за Листу лекова није потпун Републички фонд у року од 15 дана у писаној и/или електронској форми обавештава носиоца дозволе за лек да захтев допуни у року од 15 дана од дана достављања обавештења.

Ако носилац дозволе за лек не допуни захтев за Листу лекова у року из става 5. овог члана Републички фонд захтев одбацује као непотпун.

Одлука из става 4. овог члана коначна је у управном поступку и против ње се може покренути управни спор.

2.7. Медицинска средства

Члан 70.

Осигураним лицима обезбеђују се медицинска средства на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Медицинска средства, у смислу овог закона, су:

1) Медицинска средства која служе за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно за омогућавање ослонца, спречавање настанка деформитета и кориговање постојећих деформитета, као и олакшавање вршења основних животних функција (у даљем тексту: медицинско-техничка помагала).

2) Медицинска средства која се уграђују у организам осигураног лица (у даљем тексту: имплантати).

На предлог Републичког фонда министар доноси општи акт којим се утврђује врста, односно класа и категорија медицинско-техничког помагала, индикације, трајање и обнављање, као и услови и начин остваривања права на медицинско-техничка помагала.

На предлог Републичког фонда министар доноси општи акт којим се утврђује врста, односно класа и категорија имплантата, индикације, трајање и обнављање, као и услови и начин остваривања права на имплантате.

Општим актима из става 3. и 4. овог члана може се утврдити доплата за медицинска средства, као и услови и начин остваривања доплате.

3. Право на новчане накнаде

Члан 71.

Право на новчане накнаде обухвата:

1) право на накнаду зараде, односно накнаду плате за време привремене спречености за рад осигураника (у даљем тексту: право на накнаду зараде);

2) право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите (у даљем тексту: право на накнаду трошкова превоза).

3.1. Право на накнаду зараде

Члан 72.

Право на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања имају осигураници:

1) из члана 11. став 1. тач. 1)-7) овог закона;

2) из члана 11. став 1. тачка 18) овог закона;

3) из члана 11. став 1. тачка 20) овог закона;

4) из члана 11. став 1. тачка 23) овог закона.

Члан 73.

Накнада зараде за време привремене спречености за рад припада осигураницима из члана 72. овог закона, ако је здравствено стање осигураника, односно члана његове уже породице такво да је осигураник спречен за рад из разлога прописаних овим законом, без обзира на исплатиоца накнаде зараде, и то ако је привремено спречен за рад:

1) услед болести или повреде ван рада;

2) услед професионалне болести или повреде на раду;

3) због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће;

4) због прописане мере обавезне изолације као клицоноше или због појаве заразних болести у његовој околини;

5) због неге болесног, односно повређеног члана уже породице, под условима утврђеним овим законом;

6) због добровољног давања органа, ћелија и ткива, изузев добровољног давања крви;

7) у случају када је одређен за пратиоца болесног осигураног лица упућеног на лечење или лекарски преглед у друго место, односно док борави као пратилац у стационарној здравственој установи, у складу са општим актом којим се уређује начин и услови за остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

Дужину привремене спречености за рад утврђује стручно-медицински орган Републичког фонда на основу медицинско-доктринарних стандарда за утврђивање привремене спречености за рад.

Медицинско-доктринарне стандарде из става 2. овог члана утврђује министар на основу предлога републичких стручних комисија за одређене области медицине образованих у складу са законом којим се уређује здравствена заштита.

Забрањено је да изабрани лекар или други стручно-медицински орган Републичког фонда утврди да код осигураника постоји привремена спреченост за рад ако нису испуњени услови из става 1. тач. 1)-7) овог члана.

Члан 74.

Осигуранику који у моменту наступања привремене спречености за рад нема претходно осигурање из члана 50. овог закона, припада право на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања у висини минималне зараде утврђене у складу са прописима о раду за месец за који се накнада зараде исплаћује.

Даном стицања услова у погледу претходног осигурања, као и остваривања зараде која представља основ за обрачун накнаде зараде, у складу са овим законом, осигуранику припада накнада зараде која се обрачунава и исплаћује под условима прописаним овим законом.

Члан 75.

У случају да је осигураник привремено спречен за рад због једне болести или повреде, а наредног дана (без прекида), односно најдуже у року од шест дана од последњег дана претходне спречености за рад, буде спречен за рад због исте или друге болести или повреде, дани спречености за рад повезују се у погледу основа, висине и исплатиоца накнаде зараде.

У случају да је осигураник привремено спречен за рад због исте или две различите болести, односно повреде, са прекидом између спречености за рад који је дужи од шест дана од последњег дана претходне спречености за рад, дани спречености за рад не повезују се у погледу основа, висине и исплатиоца накнаде зараде.

У случају из става 1. овог члана изабрани лекар дужан је да осигураника упутити на првостепену лекарску комисију по истеку 60. дана укупне спречености за рад.

У случају из става 2. овог члана изабрани лекар дужан је да осигураника упути на првостепену лекарску комисију ако је осигураник био спречен за рад у укупном трајању од 60 дана у периоду од 90 дана од дана који претходи привременој спречености за рад насталој после прекида привремене спречености за рад.

У случају да је осигураник привремено спречен за рад из једног од разлога из члана 73. став 1. овог закона, а затим без прекида (наредни дан) буде спречен за рад из другог разлога привремене спречености за рад из члана 73. став 1. овог закона, дани привремене спречености за рад осигураника не повезују се у погледу основа, висине и исплатиоца накнаде зараде.

У случају из става 5. овог члана, изабрани лекар дужан је да осигураника упути на првостепену лекарску комисију по истеку 90 дана укупне спречености за рад.

Члан 76.

Спреченост за рад осигураника наступа даном када изабрани лекар утврди да осигураник није способан за обављање свог рада због болести или повреде, односно даном када изабрани лекар утврди потребу за негу члана уже породице осигураника или када установи други прописани разлог за привремену спреченост за рад осигураника.

Изузетно од става 1. овог члана, изабрани лекар може да утврди привремену спреченост за рад осигураника и за период пре првог јављања осигураника на преглед, односно јављања осигураника изабраном лекару, али највише за три дана уназад од дана када се осигураник јавио изабраном лекару. Ако је осигураник био на стационарном лечењу или ако је привремена спреченост за рад настала за време његовог боравка у иностранству, као и у другим оправданим случајевима у којима осигураник није могао да се јави изабраном лекару, односно није могао да га обавести о разлозима за спреченост за рад, по предлогу изабраног лекара, првостепена лекарска комисија може дати оцену о спречености за рад осигураника за период дужи од три дана пре јављања изабраном лекару.

Члан 77.

Изабрани лекар, односно други стручно-медицински орган Републичког фонда одређује привремену спреченост за рад осигураника датумом почетка привремене спречености за рад и датумом завршетка привремене спречености за рад.

Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника може трајати до отклањања узрока спречености за рад, у зависности од врсте и узрока болести, односно повреде, у складу са овим законом.

Право на накнаду зараде припада од првог дана спречености за рад и за све време њеног трајања, али само за време трајања радног односа за које би осигураник примао

зараду, односно плату у складу са прописима о раду, односно за време за које би обављао делатност као предузетник да није наступила привремена спреченост за рад.

Изузетно од става 3. овог члана у случају предузетника из члана 11. став 1. тачка 18) који није привремено одјавио обављање делатности у складу са законом, ако не запошљава раднике, право на накнаду зараде осигуранику припада од дана одјаве делатности.

Изузетно од става 3. овог члана, ако је привремена спреченост за рад настала као последица повреде на раду или професионалне болести, накнада зараде припада осигуранику од првог дана спречености и за све време њеног трајања, као и после престанка радног односа осигураника, до престанка узрока привремене спречености за рад по оцени стручно - медицинског органа.

Члан 78.

Осигуранику из члана 72. овог закона припада накнада зараде због неге оболелог, односно повређеног члана уже породице млађег од седам година живота или члана уже породице старијег од седам година живота који је тешко телесно или душевно ометен у развоју, у сваком појединачном случају болести, односно повреде, најдуже до 15 дана, а ако је оболели, односно повређени члан уже породице старији од седам година живота, а није тешко телесно или душевно ометен у развоју, најдуже до седам дана.

Изузетно од става 1. овог члана, када постоје оправдани разлози који се односе на здравствено стање члана уже породице, првостепена лекарска комисија може продужити трајање привремене спречености за рад због неге члана уже породице, најдуже до 30 дана за негу детета млађег од седам година живота или старијег члана уже породице који је тешко телесно или душевно ометен у развоју, односно до 14 дана за негу члана уже породице који је старији од седам година живота, а није тешко телесно или душевно ометен у развоју.

У случају тешког оштећења здравственог стања детета до навршених 18 година живота због тешког оштећења можданих структура, малигне болести, или другог тешког погоршања здравственог стања детета, другостепена лекарска комисија Републичког фонда може, на предлог здравствене установе која обавља здравствену делатност на терцијарном нивоу здравствене заштите у којој се дете лечи, а по упуту изабраног лекара, продужити право на накнаду зараде због неге члана уже породице.

Продужење права на накнаду зараде из става 3. овог члана, оцењује другостепена лекарска комисија Републиког фонда на сваких шест месеци, за сваки појединачни случај, у зависности од здравственог стања детета, као и неопходног даљег лечења детета, односно рехабилитације ако је потребна.

Члан 79.

Накнада зараде због неге детета припада осигуранику ако ~~су~~ оба родитеља имају утврђен основ осигурања из члана 11. став 1 тач. 1)-7), 18) и 20) овог закона ~~запослена, односно ако оба родитеља обављају делатност као предузетник, односно као јавни бележник или јавни извршитељ на основу које су осигурани,~~ или ако дете има само једног родитеља или ако само један родитељ врши родитељско право у смислу прописа о породици или ако један од родитеља нема утврђен основ осигурања из члана 11. став 1 тач. 1)-7), 18) и 20) овог закона ~~није запослен, односно не обавља делатност као предузетник или јавни~~

~~бележник, односно јавни извршитељ~~, али је из здравствених разлога неспособан да негује оболело дете.

Накнада зараде због неге детета под условима из става 1. овог члана припада и осигуранику који је усвојитељ, хранитељ, очух или маћеха детету.

Члан 80.

Изабрани лекар, односно други стручно медицински орган, без обзира на време трајања привремене спречености за рад осигураника, дужан је да осигураника без одлагања упути на инвалидску комисију ако оцени да здравствено стање осигураника указује на губитак радне способности, односно да се не очекује побољшање здравственог стања осигураника које би му омогућило враћање радне способности.

У случају дужег трајања спречености за рад проузроковане болешћу или повредом, а најкасније по истеку сваких шест месеци непрекидне спречености за рад, односно ако је осигураник у последњих 18 месеци био спречен за рад 12 месеци са прекидима, изабрани лекар, односно други стручно медицински орган, дужан је да осигураника са потребном медицинском документацијом упути на инвалидску комисију ради утврђивања губитка радне способности.

Осигураник је дужан да, најкасније у року од 15 дана од дана упућивања на инвалидску комисију, поднесе захтев за покретање поступка ради утврђивања губитка радне способности пред надлежном организацијом за пензијско и инвалидско осигурање и да о томе писаним путем обавести Републички фонд у року од 3 радна дана од дана подношења захтева.

Захтев и обавештење из става 3. овог члана може поднети и члан уже породице или друго лице са којим осигураник живи у породичном домаћинству.

Ако осигураник живи сам, захтев и обавештење из става 3. овог члана је дужан да поднесе у року од 15 дана од дана престанка разлога због којих није могао да поднесе захтев.

Члан 81.

Када је осигураник у току привремене спречености за рад упућен на инвалидску комисију из члана 80. овог закона, има право на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања најдуже 60 дана од дана подношења захтева за покретање поступка пред надлежном организацијом за обавезно пензијско и инвалидско осигурање.

Ако организација надлежна за обавезно пензијско и инвалидско осигурање не одлучи по захтеву из члана 80. став 3. овог закона, у року од 60 дана од дана подношења захтева, осигураник, почев од 61-ог дана, има право на накнаду зараде коју обезбеђује надлежна организација за обавезно пензијско и инвалидско осигурање из својих средстава.

Изузетно од става 1. овог члана, уколико се потпуни губитак радне способности утврди пре истека рока од 60 дана од дана подношења захтева, накнада зараде до дана утврђивања потпуног губитка радне способности обезбеђује се из средстава обавезног здравственог осигурања, а после тога дана из средстава надлежне организације за обавезно пензијско и инвалидско осигурање.

Изузетно од става 2. овог члана, ако надлежна организација за обавезно пензијско и инвалидско осигурање не обезбеди накнаду зараде осигуранику почев од 61-ог дана,

накнада зараде се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, а потраживање исплаћене накнаде зараде од надлежне организације пензијског и инвалидског осигурања доспева даном исплате, а повраћај исплаћене накнаде врши се према одредбама закона којим се уређују облигациони односи.

Члан 82.

За све време трајања привремене спречености за рад, осигуранику који је упућен на инвалидску комисију, у складу са овим законом, без обзира на исплатиоца накнаде зараде, привремену спреченост за рад на сваких 30 дана спречености за рад цени првостепена лекарска комисија Републичког фонда, по предлогу изабраног лекара, на начин и под условима који су уређени овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Оцену привремене спречености за рад из става 1. овог члана првостепена лекарска комисија даје до дана достављања филијали одлуке из члана 81. овог закона.

Члан 83.

Надлежна организација за обавезно пензијско и инвалидско осигурање дужна је да Републичком фонду одмах достави решење којим је утврђен потпуни губитак радне способности осигураника, односно решење да не постоји потпуни губитак радне способности, а најкасније у року од 15 дана од дана када је решење постало правноснажно.

Осигураник има право на накнаду зараде до дана достављања правноснажног решења из става 1. овог члана послодавцу.

Односи између Републичког фонда и надлежне организације за обавезно пензијско и инвалидско осигурање о питањима у вези са упућивањем осигураника на оцену радне способности, исплатом накнаде зараде и другим питањима од заједничког интереса, уређују се уговором.

Члан 84.

Осигуранику привремено спреченом за рад не припада право на накнаду зараде, без обзира на исплатиоца:

1) ако је намерно проузроковао неспособност за рад;

2) ако је неспособност за рад проузрокована употребом алкохола или употребом психоактивних супстанци;

3) ако је намерно спречавао оздрављење, односно оспособљавање за рад;

4) ако се без оправданог разлога не подвргне лечењу, осим ако за лечење није потребан пристанак предвиђен законом;

5) ако се без оправданог разлога не јави:

- изабраном лекару у року од 3 дана од дана настанка привремене спречености за рад;

- првостепеној лекарској комисји по упуту изабраног лекара;

- стручно-медицинском органу у року од 3 дана од дана добијања позива за излазак пред стручно-медицински орган;

6) ако се за време привремене спречености за рад бави привредном или другом активношћу којом остварује приходе;

7) ако без дозволе стручно-медицинског органа Републичког фонда отпутује из места пребивалишта, односно боравишта или ако изабрани лекар, односно орган надлежан за контролу остваривања права из обавезног здравственог осигурања, утврди да не поступа по упутству за лечење;

8) ако прима накнаду зараде по другим прописима;

9) ако злоупотреби право на коришћење одсуствовања са рада због привремене спречености за рад на неки други начин.

10) лицу на издржавању казне затвора;

11) лицу према коме се спроводи мера безбедности обавезног психијатријског лечења и чувања у здравственој установи и обавезног лечења алкохоличара и наркомана у здравственој установи:

12) ако не поступи у складу са чланом 80. ст. 3-5. овог закона.

Осигуранику не припада накнада зараде од дана када су утврђене околности из става 1. овог члана, за све време док трају те околности или њихове последице.

Ако се чињенице из става 1. овог члана утврде после започињања са коришћењем права на накнаду зараде, односно после остваривања права на накнаду зараде, исплата накнаде се обуставља, односно исплатилац накнаде има право на повраћај исплаћених средстава.

Члан 85.

Осигуранику из члана 11. став 1. тачка 18) овог закона не припада накнада зараде из средстава обавезног здравственог осигурања ако за време привремене спречености за рад није привремено одјавио обављање делатности, без обзира ко је исплатилац накнаде.

У случају из става 1. овог члана осигуранику који има запослене (једног или више) припада 50% од накнаде зараде која би му припадала да је одјавио радњу.

Члан 86.

Основ за обрачун накнаде зараде (у даљем тексту: основ за накнаду зараде) за осигуранике запослене из члана 72. тачка 1) овог закона, коју исплаћује послодавац из својих средстава, утврђује се у складу са прописима о раду.

Члан 87.

Основ за накнаду зараде која се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања, за осигуранике из члана 72. тачка 1) овог закона, чини просечна зарада коју је осигураник остварио у претходних 12 месеци пре месеца у којем је наступила привремена спреченост за рад.

Зараду, у смислу става 1. овог члана, чини зарада за обављени рад и време проведено на раду, утврђена у складу са прописима о раду, и то:

1) основна зарада запосленог;

Висина накнаде зараде коју обезбеђује послодавац за првих 30 дана спречености за рад осигураника из својих средстава у случајевима из члана 73. став 1. овог закона, утврђују се у складу са прописима о раду и овим законом.

Члан 95.

Висина накнада зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, као и из средстава послодаваца у случајевима из члана 73. став 1. тач. 1), 4), 5) и 7) овог закона износи 65% од основа за накнаду зараде.

Висина накнаде зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, као и из средстава послодавца, у случајевима из члана 73. став 1. тач. 2) и 6) овог закона и у случају из члана 78. став 3. износи 100% од основа за накнаду зараде.

У случају привремене спречености за рад из члана 73. став 1. тачка 3) овог закона, за првих 30 дана привремене спречености за рад коју исплаћује послодавац из својих средстава, висина накнаде зараде обезбеђује се у износу од 100% од основа за накнаду зараде.

У случају привремене спречености за рад из члана 73. став 1. тачка 3) овог закона, почев од 31. дана привремене спречености за рад, висина накнаде зараде обезбеђује се у износу од 100% од основа за накнаду зараде, с тим што се из средстава обавезног здравственог осигурања обезбеђује износ од 65% од основа за накнаду зараде, као и износ од 35% од основа за накнаду зараде из средстава буџета Републике.

Средства у износу од 35% од основа за накнаду зараде из става 4. овог члана, преносе се Републичком фонду који у име и за рачун буџета Републике уплаћује средства на рачун послодавца из става 3. овог члана.

Члан 96.

Висина накнаде зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања не може бити нижа од минималне зараде утврђене у складу са прописима о раду за месец за који се врши обрачун накнаде зараде, нити виша од 65%, односно 100% највишег основа за накнаду зараде утврђеног у складу са овим законом.

Највиши основ из става 1. овог члана је основ за накнаду зараде у коју су урачунати припадајући порези и доприноси.

Члан 97.

Осигураник има право на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања у висини минималне зараде утврђене за месец у којем се врши исплата накнаде зараде, у складу са прописима о раду, за време док његов послодавац не врши исплату зарада запосленима, а обрачунава и уплаћује допринос - али не дуже од три месеца.

Ако послодавац накнадно исплати зараду запосленима, осигураник из става 1. овог члана има право на исплату разлике између накнаде зараде коју је примио и накнаде зараде коју би примио, под условима прописаним овим законом.

Члан 98.

Када стручно-медицински орган Републичког фонда у току лечења осигураника који прима накнаду зараде, утврди да је његово здравствено стање побољшано и да би рад за осигураника био користан за брже успостављање пуне радне способности, може одредити да запослени одређено време ради са скраћеним радним временом код послодавца, а најмање четири часа дневно.

Рад са скраћеним радним временом из става 1. овог члана може трајати најдуже три месеца непрекидно или са прекидима у току дванаест месеци од дана почетка рада са скраћеним радним временом.

Послодавац код кога је запослени у радном односу дужан је да запосленом обезбеди рад са скраћеним радним временом у складу са ст. 1. и 2. овог члана.

Члан 99.

Осигуранику који за време привремене спречености за рад ради са скраћеним радним временом, у складу са чланом 98. овог закона, накнада зараде припада сразмерно времену проведеном ван рада у односу на радно време за које је заснован радни однос.

Члан 100.

Ако је за осигураника за време коришћења права на накнаду зараде донета одлука о удаљењу са рада, у вези са покренутим кривичним поступком, у случају одређивања притвора, као и у другим случајевима утврђеним законом, накнада зараде исплаћује се у висини једне четвртине утврђене накнаде зараде, а ако осигураник издржава чланове уже породице, у висини једне трећине те накнаде зараде.

Ако поступак против осигураника из става 1. овог члана буде обустављен, односно ако осигураник буде ослобођен оптужбе, ако осигуранику не буде изречена мера у вези са повредом радне обавезе или кршењем радне дисциплине, део накнаде зараде до пуног износа утврђеног у складу са овим законом извршиће исплатилац дела накнаде зараде.

Члан 101.

Накнаду зараде за случајеве привремене спречености за рад из члана 73. став 1 овог закона за првих 30 дана спречености за рад обезбеђује послодавац из својих средстава, а од 31. дана накнаду зараде обезбеђује Републички фонд.

Изузетно од става 1. овог члана, накнада зараде обезбеђује се осигуранику из средстава обавезног здравственог осигурања од првог дана спречености за рад због добровољног давања органа, ћелија и ткива као и осигуранику мајци, односно оцу, усвојитељу или другом осигуранику који се стара о детету, за време привремене спречености за рад због неге болесног детета млађег од три године.

Изузетно од става 1. овог члана, за осигураника из члана 72. тачка 1) овог закона накнаду зараде у случају привремене спречености за рад због повреде на раду или професионалне болести, обезбеђује послодавац из својих средстава за време трајања радног односа осигураника, од првог дана привремене спречености за рад, за све време трајања привремене спречености за рад осигураника.

За осигураника коме је престао радни однос у току коришћења права на накнаду зараде због повреде на раду или професионалне болести, исплату накнаде зараде обезбеђује Републички фонд, од дана престанка радног односа осигураника.

За осигураника из члана 72. тач. 2)-4) овог закона, накнаду зараде због повреде на раду или професионалне болести обезбеђује Републички фонд од 31. дана спречености за рад и за све време трајања привремене спречености за рад осигураника због повреде на раду или професионалне болести.

Члан 102.

Послодавац исплаћује и накнаду зараде запосленима која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом.

Послодавац врши обрачун накнаде зараде из става 1. овог члана у складу са овим законом и доставља га филијали, уз захтев за исплату накнаде зараде.

Филијала утврђује право на накнаду зараде и висину накнаде и најкасније у року од 30 дана, од дана пријема обрачуна из става 2. овог члана преноси одговарајући износ средстава на посебан рачун послодавца.

Средства из става 3. овог члана која не исплати осигуранику у року од 30 дана од дана њиховог пријема послодавац је дужан да врати филијали са каматом за коју су средства увећана док су се налазила на посебном рачуну послодавца.

Средства из става 3. овог члана не могу бити предмет извршења, осим за сврху из става 1. овог члана.

Накнаду зараде предузетницима и запосленима код предузетника, под условом да предузетници немају посебан рачун, као и свештеницима и верским службеницима, која се обезбеђује из средстава филијале, обрачунава и исплаћује филијала на текући рачун тог лица.

Послодавац може из својих средстава да исплати накнаду зараде и када се та накнада обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, с тим да је филијала дужна да исплаћене износе накнади послодавцу у року од 15 дана од дана предаје захтева филијали, уплатом на посебан рачун послодавца.

Рокови из овог члана рачунају се од дана достављања комплетне документације филијали.

3.2. Право на накнаду трошкова превоза

Члан 103.

Накнада трошкова превоза обезбеђује се осигураном лицу, као и пратиоцу осигураног лица, у случају упућивања код даваоца здравствене услуге који је удаљен најмање 50 километара од места његовог становања, у складу са одредбама овог закона.

Накнада трошкова превоза из става 1. овог члана припада осигураном лицу када је од изабраног лекара, здравствене установе или надлежног стручно-медицинског органа Републичког фонда упућен или позван у друго место у вези са остваривањем здравствене заштите или ради оцене привремене спречености за рад.

Изузетно од става 1. овог члана, детету до навршених 18 година живота и лицу старијем од 18 година живота које је тешко душевно или телесно ометено у развоју

упућеним на лечење и рехабилитацију код даваоца здравствене услуге, ван места становања и то најмање два пута недељно, као и осигураном лицу упућеном на хемодијализу и хемио и радио терапију, припада накнада трошкова превоза на основу мишљења стручно-медицинског органа.

Члан 104.

Осигурано лице има право на накнаду трошкова превоза према најкраћој релацији у висини цене карте аутобуса или другог разреда воза.

Изузетно од става 1. овог члана, узимајући у обзир природу обољења или повреде, накнада трошкова превоза припада и за друга превозна средства ако је такав превоз неопходан.

Осигурано лице може у случају неопходне здравствене заштите да користи санитет, као превозно средство, по налогу стручно-медицинског органа Републичког фонда, а ако му се и поред утврђене неопходности не може обезбедити санитет, осигурано лице има право на накнаду стварних трошкова превоза, највише 10% од цене једног литра бензина по километру.

Члан 105.

Осигурано лице које се за време боравка у другом месту (службени пут, годишњи одмор и сл.) разболи, односно повреди нема право на накнаду трошкова превоза за повратак у место запослења односно становања, осим ако због здравственог стања осигураног лица постоји потреба посебног превоза, о чему одлуку доноси стручно-медицински орган Републичког фонда.

Члан 106.

Ако осигурано лице по другим прописима има право на бесплатан превоз, не припада му накнада трошкова превоза, а ако има право на превоз са попустом, припада му део накнаде трошкова превоза у висини разлике до пуне цене превоза.

На терет средстава обавезног здравственог осигурања обезбеђују се трошкови превоза посмртних остатака осигураног лица до места становања, ако је том лицу извршена експлантација органа ради трансплантације у здравственој установи која није у месту становања тог осигураног лица.

Члан 107.

Осигураном лицу може бити одређен пратилац за време путовања или за време путовања и боравка у другом месту, ако је то неопходно.

Пратиоцу припада накнада трошкова превоза под истим условима који су прописани и за осигурано лице.

Пратиоцу припада накнада трошкова превоза и када се сам враћа у своје место становања или када сам одлази у друго место у својству пратиоца осигураног лица.

Сматра се да је пратилац за време путовања неопходан ако се на лечење или лекарски преглед у друго место упућује дете млађе од 18 година живота, односно старије лице од 18

година које је теже телесно или душевно ометено у развоју, као и лице код којег је у току живота због болести или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција, због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота., укључујући лица са оштећењем слуха, вида и говора.

3.3. Доспелост права на новчане накнаде и рок за исплату доспелих права

Члан 108.

Накнада зараде доспева истеком последњег дана за који осигуранику припада накнада ако привремена спреченост за рад траје краће од једног месеца, а ако траје један месец или дуже, истеком последњег дана у месецу за сваки месец у којем припада накнада зараде, односно истеком последњег дана привремене спречености за рад

Накнада трошкова превоза доспева за исплату даном завршеног путовања у вези са коришћењем здравствене заштите.

Филијала врши исплату накнада из ст. 1. и 2. овог члана у року од 30 дана од дана пријема захтева за исплату накнаде са свим доказима потребним за исплату.

Члан 109.

Послодавац је дужан да поднесе захтев за остваривање накнаде зараде филијали најкасније у року од 30 дана од дана исплате зараде за месец на који се накнада односи.

Захтев за остваривање новчаних накнада и других права из здравственог осигурања може се поднети у року од три године од дана доспелости права.

ГЛАВА V

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА КОЈА СЕ НЕ ОБЕЗБЕЂУЈЕ У ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

Члан 110.

Осигураним лицима у оквиру обавезног здравственог осигурања не обезбеђује се здравствена заштита која обухвата следеће:

1) медицинска испитивања ради утврђивања здравственог стања, телесног оштећења и инвалидности у поступцима код надлежног органа, односно ради остваривања одређених права код других органа и организација (код осигуравајућих друштава, судова, у кривичном и предистражном поступку, код издавања потврда за возаче моторних возила, утврђивања здравствене способности по предлогу послодавца, мера у вези са безбедношћу и здрављем на раду итд.), осим испитивања по упуту стручно-медицинских органа, ако овим законом није друкчије одређено;

2) здравствене прегледе ради уписа у средње школе, високошколске установе и на курсеве, добијање уверења о здравственој способности за заснивање радног односа,

односно добијање других дозвола за рад, добијање уверења о здравственој способности за бављење рекреацијом и спортом осигураног лица старијег од 14 година живота;

3) специфичну здравствену заштиту запослених коју обезбеђује послодавац из својих средстава, као друштвену бригу за здравље на нивоу послодавца у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и обавезну и препоручену имунизацију и хемиопрофилаксу запослених у случају упућивања на рад у иностранство;

4) коришћење здравствене заштите у супротности са начином и условима за остваривање права на здравствену заштиту који је прописан овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;

5) лични комфор и посебна удобност смештаја и личне неге у стационарној здравственој установи, односно смештај у једнокреветну или двокреветну болничку собу са другим ванстандардним условима смештаја, а који није медицински неопходан или се врши на лични захтев;

6) здравствену услугу детоксикације код акутног пијанства и акутног коришћења психоактивних супстанци;

7) козметичке хируршке процедуре које имају за циљ да побољшају спољашњи изглед без успостављања и враћања телесне функције, као и вршење хируршких естетских корекција органа и делова тела, осим за: корекције урођених аномалија које проузрокују функционалне сметње, естетске реконструкције дојке након извршене мастектомије једне или обе дојке и естетске корекције дојке након извршене мастектомије друге дојке и естетске корекције након тешких повреда, односно болести које су неопходне за успостављање битних функција органа и делова тела;

8) прекид трудноће из немедицинских разлога;

9) имунизације које су везане за приватни боравак или за обављање одређеног посла у иностранству и то: обавезну имунизацију путника у међународном саобраћају против заразних болести по захтеву земље у коју се путује и препоручену имунизацију путника у међународном саобраћају у складу са прописима којима се уређује заштита становништва од заразних болести;

10) стоматолошке услуге које нису утврђене као право из обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;

11) дијагностику и лечење сексуалне дисфункције или сексуалне неадекватности, укључујући импотенцију, здравствене услуге, лекове и медицинско-техничка помагала која су везана за промену пола, осим ако овим законом није друкчије одређено и реверзија претходне добровољне хируршке стерилизације;

12) хируршки или инвазивни третман (укључујући гастични балон) који се односи на редукцију телесне тежине, осим ако су медицински неопходни, дијететски савети и програм губитка телесне тежине код лица старијих од 15 година живота, изузев предлагања дијететске исхране и медикаментозне терапије код пацијената са БМИ > 35кг/м2, код новооткривених пацијената са шећерном болешћу и пацијената са терминалном бубрежном инсуфицијенцијом;

13) методе и поступке алтернативне и комплементарне медицине;

14) лекови који нису на Листи лекова (осим лекова из члана 66. став 2. овог закона), односно лекови који се издају без рецепта, профилактички лекови и лекови који служе за промену атлетских могућности, лекови који се дају у сврху козметике, за престанак пушења, губитак телесне тежине, као и суплементи хране за специфичне дијете осим за лечење наследних метаболичких болести и болести праћених малапсорпцијом;

15) дијагностику и лечење који су у фази истраживања, односно експеримента, лечење уз примену лекова и медицинских средстава који су у фази клиничких испитивања, дијагностика, лечење и рехабилитација, лекови и медицинска средства који нису пружени у складу са прихваћеним стандардима медицинске, стоматолошке и фармацеутске праксе;

16) прегледе и лечење професионалних и аматерских спортиста старијих од 14 година живота, који нису утврђени као право из обавезног здравственог осигурања, односно програми медицине спорта који имају за циљ побољшање спортске способности;

17) радијалну кератотомију или било која друга хируршка процедура за побољшање вида, у случају када се вид може адекватно побољшати коришћењем наочара или контактних сочива;

18) санитетски превоз у случају када осигурано лице може да буде безбедно транспортовано на други адекватан начин и ваздушни превоз у случају када осигурано лице може бити сигурно транспортовано друмским или другим превозом;

19) хидротерапију, терапију хипнозом, електрохипнозу, електрослип терапију, електронаркозу и наркосинтезу;

20) кућну негу у месту становања, као и негу у здравственој установи која се превасходно пружа с циљем уобичајене личне неге и опоравка, односно ради старања и помоћи при дневним животним активностима, као што су помоћ при ходу, смештање и устајање из кревета, купање, облачење, спремање хране, надзор над узимањем лекова, и која нема за циљ дијагностику, терапију или рехабилитацију због болести или повреде;

21) медицинска средства која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем или која су преко стандарда функционалности који је медицински неопходан за третман болести или повреде, у складу са општим актима из члана 70. овог закона;

22) лечење компликација које су последица здравствених услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом, осим уколико лечење компликација подразумева пружање здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања;

23) друге врсте здравствених услуга које нису утврђене као право на здравствену заштиту, у складу са општим актом којим се уређује обим и садржај права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања.

Услуге из става 1. овог члана плаћа осигурано лице из својих средстава, по ценама које утврђује давалац здравствене услуге.

ГЛАВА VI

КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ИНОСТРАНСТВУ И УПУЋИВАЊЕ НА ЛЕЧЕЊЕ У ИНОСТРАНСТВО

1. Коришћење здравствене заштите у иностранству

Члан 111.

Осигураник из члана 11. овог закона кога је послодавац са седиштем на територији Републике упутио на рад, стручно усавршавање или школовање у државу са којом је закључен међународни уговор о социјалном осигурању има право на коришћење

здравствене заштите на терет средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са закљученим међународним уговором о социјалном осигурању.

Члан уже породице осигураника из става 1. овог члана који борави са осигураником у иностранству користи здравствену заштиту под истим условима под којима здравствену заштиту користи и осигураник из става 1. овог члана.

Члан 112.

Осигураник, који је од стране послодавца са седиштем на територији Републике, упућен у државу са којом није закључен међународни уговор о социјалном осигурању, има право на коришћење здравствене заштите на терет средстава обавезног здравственог осигурања, ако је:

1) упућен на рад као запослен у домаћем или мешовитом привредном друштву, установи, другој организацији или код предузетника (деташирани радници);

2) упућен на рад као запослен у домаћинству домаћег држављанина на служби у тој земљи, код међународних и страних организација, односно послодаваца;

3) упућен на школовање, стручно усавршавање и специјализацију;

4) на службеном путу.

Лица из става 1. овог члана за време боравка у иностранству имају право на коришћење здравствене заштите само у случају хитне медицинске помоћи како би се отклонила непосредна опасност по живот осигураног лица.

Право на коришћење здравствене заштите у иностранству, под истим условима као и осигураник из става 1. овог члана, имају чланови уже породице док са осигураником бораве у иностранству.

Изузетно од става 3. овог члана, чланови уже породице осигураника не остварују право на коришћење здравствене заштите у иностранству за време боравка осигураника на службеном путу.

Члан 113.

Осигурано лице за време приватног боравка у иностранству има право на коришћење здравствене заштите на терет средстава обавезног здравственог осигурања само у случају хитне медицинске помоћи како би се отклонила непосредна опасност по живот осигураног лица.

Члан 114.

Право на коришћење здравствене заштите у иностранству на терет средстава обавезног здравственог осигурања, има осигурано лице ако је његово здравствено стање пре његовог одласка у иностранство такво да је утврђено да не болује, односно да није боловало од акутних или хроничних болести у акутној фази, у последњих 12 месеци, за које је потребно дуже или стално лечење, односно да се осигурано лице не налази у стању које би убрзо по доласку у иностранство захтевало лечење, односно смештај у стационарну здравствену установу, укључујући и друге здравствене услуге.

Здравствено стање из става 1. овог члана утврђује стручно-медицински орган Републичког фонда на основу налаза и мишљења изабраног лекара, о постојању услова из

става 1. овог члана, а филијала издаје потврду за коришћење здравствене заштите у иностранству (у даљем тексту: потврда за коришћење здравствене заштите).

Ради издавања потврде за коришћење здравствене заштите, стручно-медицински орган Републичког фонда може наложити да осигурано лице обави одређене врсте медицинских прегледа с циљем утврђивања здравственог стања осигураног лица.

Давање налаза и мишљења изабраног лекара, односно утврђивање здравственог стања од стране стручно-медицинског органа Републичког фонда, односно издавање потврде за коришћење здравствене заштите, обезбеђује се осигураном лицу из средстава обавезног здравственог осигурања.

Потврда за коришћење здравствене заштите издаје се на основу непосредног прегледа осигураног лица од стране изабраног лекара, као и на основу медицинске документације, и то: увида у здравствени картон, увида у извод здравственог картона, налаза и мишљења изабраног лекара да осигурано лице не болује и да није боловало од акутних или хроничних болести у акутној фази у последњих 12 месеци, за које је потребно дуже или стално лечење, односно да се осигурано лице не налази у стању које би убрзо по доласку у иностранство захтевало дуже лечење, односно смештај у стационарну здравствену установу, укључујући и друге здравствене услуге, као и потврде изабраног лекара - стоматолога о стању зуба.

На предлог Републичког фонда министар доноси општи акт којим ближе уређује услове и начин за коришћење здравствене заштите осигураних лица у иностранству.

Филијала издаје потврду за коришћење здравствене заштите на обрасцу који је прописан општим актом из става 6. овог члана.

Члан 115.

Потврда за коришћење здравствене заштите за осигураника који је упућен на рад, школовање, стручно усавршавање и специјализацију у иностранство издаје се за период за који је осигураник упућен у иностранство.

Члану уже породице осигураника из става 1. овог члана потврда за коришћење здравствене заштите у иностранству издаје се за исти период за који се издаје и осигуранику.

Потврда за коришћење здравствене заштите за време приватног боравка у иностранству издаје се осигураном лицу најдуже за период од 90 дана од дана издавања ове потврде.

Потврда за коришћење здравствене заштите за осигурано лице које се налази на стручном усавршавању или школовању, а које финансира сопственим средствима, издаје се за период трајања стручног усавршавања, односно школске године.

Члан 116.

Осигурано лице коме је за време боравка у иностранству пружена хитна медицинска помоћ, а које је боравило у тој држави без претходно издате потврде за коришћење здравствене заштите, нема право на накнаду трошкова који су настали коришћењем хитне медицинске помоћи за време боравка у иностранству, укључујући и трошкове превоза за повратак до места становања у Републици.

Трошкове хитне медицинске помоћи пружене осигураном лицу у држави са којом је закључен међународни уговор о социјалном осигурању, а које је боравило у тој држави без претходно издате потврде за коришћење здравствене заштите, укључујући и трошкове превоза за повратак до места становања у Републици, плаћа Републички фонд, а сноси их осигурано лице по поднетом захтеву за накнаду трошкова од стране Републичког фонда.

Члан 117.

Уколико осигурано лице за време боравка у иностранству користи хитну медицинску помоћ у стационарној здравственој установи, може је користити у иностранству само онолико времена колико је потребно да се оспособи за здравствено безбедан повратак у Републику.

Оправданост стационарног лечења из става 1. овог члана цени стручно-медицински орган Републичког фонда.

Члан 118.

Оправданост привремене спречености за рад осигураника, која је наступила приликом приватног боравка у иностранству, у држави са којом није закључен међународни уговор о социјалном осигурању, цени стручно-медицински орган Републичког фонда према седишту здравствене установе у којој осигураник има изабраног лекара, а на предлог изабраног лекара по захтеву осигураника и приложене медицинске документације од првог дана те спречености.

Члан 119.

Права на медицинска средства у иностранству осигурана лица остварују у складу са општим актом из члана 114. став 6. овог закона.

2. Упућивање на лечење у иностранство

Члан 120.

Осигураном лицу може се изузетно одобрити лечење, спровођење дијагностичких поступака, односно успостављање дијагнозе у иностранству, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, за лечење обољења, стања или повреде који се не могу успешно лечити у Републици, односно за дијагностичке поступаке који се не могу спроводити у Републици, односно за успостављање дијагнозе која се не може успоставити у Републици, а у држави у коју се осигурано лице упућује постоји могућност за успешно лечење тог обољења, стања или повреде, односно за спровођење дијагностичког поступка или за успостављање дијагнозе.

На предлог Републичког фонда министар доноси општи акт којим ближе уређује услове и начин, као и врсте обољења, стања или повреда за које се може одобрити лечење, спровођење дијагностичких поступака, односно успостављање дијагнозе у иностранству.

ГЛАВА VII

ОБЕЗБЕЂИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 121.

Осигуранику се обезбеђује остваривање права из обавезног здравственог осигурања у матичној филијали, ако овим законом није друкчије одређено.

Члановима породице осигураника обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања у филијали у којој се та права обезбеђују осигуранику од кога они изводе право на здравствено осигурање, ако овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона није друкчије одређено.

Члан 122.

Права из здравственог осигурања обезбеђују се:

1) осигуранику из члана 11. став 1. тач. 1)-8), тач. 10) и 11), тач. 13)-16) и тачка 27) овог закона - у филијали на чијем подручју је седиште његовог послодавца, а лицу запосленом у пословној јединици ван седишта послодавца - у филијали према седишту пословне јединице, односно према месту рада;

2) осигуранику из члана 11. став 1. тачка 17) овог закона - у филијали према седишту привредног друштва, а осигуранику из тач. 18) и 23) - према седишту радње или према месту обављања делатности;

3) осигуранику из члана 11. став 1. тачка 28) овог закона - у филијали према седишту школе, односно високошколске установе;

4) осталим осигураницима из члана 11. овог закона - у филијали према месту пребивалишта.

Изузетно од става 1. овог члана, осигуранику из члана 11. став 1. тач. 21) и 22) овог закона права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се у филијали на чијем подручју се налази претежни део непокретности на којој се обавља пољопривредна делатност.

Осигурано лице које нема пребивалиште на подручју матичне филијале може остваривати право на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, у складу са општим актом којим се уређују начин и услови за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, у филијали на чијем подручју има пребивалиште.

Осигурана лица ученици и студенти остварују право на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, у складу са са општим актом којим се уређује начин и и услови за остваривање права из обавезног здравственог осигурања и у филијали према седишту школе, односно високошколске установе.

Пословном јединицом, у смислу става 1. тачка 1) овог члана, сматра се погон, продавница, стовариште, представништво, односно на други начин одређено место рада и сл.

Пословна јединица организована за обављање делатности до шест месеци не сматра се пословном јединицом у смислу става 1. тачка 1) овог члана.

Члан 123.

Осигураницима из члана 16. овог закона, лицима која се укључују у обавезно здравствено осигурање из члана 17. овог закона, као и лицима из члана 22. овог закона, права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се у филијали на чијем подручју та лица имају место становања.

Члан 124.

Осигураном лицу обезбеђује се здравствена заштита у здравственој установи, односно код другог даваоца здравствених услуга, који има седиште на подручју филијале у којој се том осигураном лицу обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом.

Осигураном лицу обезбеђује се здравствена заштита и код здравствене установе, односно код другог даваоца здравствених услуга, ван подручја филијале из става 1. овог члана, под условима прописаним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Осигураном лицу обезбеђује се право на здравствену заштиту у складу са општим актом којим се ближе уређују начин и услови за остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

На предлог Републичког фонда министар доноси општи акт из става 3. овог члана.

ГЛАВА VIII

ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 125.

Права из обавезног здравственог осигурања остварују се на основу оверене исправе о осигурању.

Оверу исправе о осигурању врши матична филијала на основу доказа да је уплаћен доспели допринос, као и на основу других доказа, у складу са законом.

Ако исправа о осигурању није оверена због тога што доспели допринос није плаћен, извршиће се накнадна овера када тај допринос буде уплаћен.

У случају да није извршена уплата доспелог доприноса, право на здравствену заштиту у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона може да се користи на терет средстава обавезног здравственог осигурања у случају:

1) хитне медицинске помоћи;

2) циљаних превентивних прегледа-скрининга према одговарајућим националним програмима;

3) обавезне имунизације према прописима којима се уређује здравствена заштита становништва од заразних болести;

4) палијативног збрињавања.

Члан 126.

Изузетно од члана 125. овог закона, оверу исправе о осигурању за осигурана лица за која није редовно измириван допринос, Републички фонд врши под условом да је обвезник уплате доприноса започео са измиривањем доспелих доприноса и наставио са његовим континуираним измиривањем.

Овера исправе о осигурању у складу са ставом 1. овог члана, врши се на начин прописан општим актом Републичког фонда из члана 26. став 7. овог закона.

Члан 127.

Осигурано лице, за које нису уплаћени доприноси, а користи здравствену заштиту, сноси трошкове те здравствене заштите из својих средстава, осим у случајевима из члана 125. став 4. овог закона.

Уколико обвезник уплате доприноса није извршио уплату доприноса, осигурано лице има право на накнаду плаћених трошкова за пружену здравствену заштиту из става 1. овог члана од обвезника уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање.

Члан 128.

Осигурано лице остварује права из здравственог осигурања на начин и под условима утврђеним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Трошкове здравствене заштите која се остварује мимо начина и услова утврђених у складу са ставом 1. овог члана сноси осигурано лице.

При остваривању права на здравствену заштиту осигураним лицима се обезбеђује коришћење здравствене заштите, у складу са законом, уз примену сигурних, безбедних и успешних медицинских мера и поступака, лекова и медицинских средстава.

1. Листе чекања

Члан 129.

За одређене врсте здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и које нису хитне може се утврдити редослед коришћења, у зависности од медицинских индикација и здравственог стања осигураног лица, као и датума јављања даваоцу здравствених услуга, с тим да време чекања не може да угрози здравље или живот осигураног лица (у даљем тексту: листа чекања).

Републички фонд доноси општи акт којим утврђује врсте здравствених услуга за које се утврђује листа чекања, као и критеријуме и стандардизоване мере за процену здравственог стања осигураних лица ради формирања листе чекања, најдуже време чекања за здравствене услуге, неопходне податке, методологију за формирање листе чекања и друга питања од значаја за листу чекања.

Акт из става 2. овог члана Републички фонд доноси на основу стручно-методолошке инструкције министра.

Листа чекања поред података уређених актом из става 2. овог члана садржи и ЈМБГ, односно ЛБО осигураног лица.

Давалац здравствених услуга утврђује листу чекања у складу са ст. 1-3. овог члана и осигураном лицу пружа здравствену услугу у складу са том листом чекања.

Члан 130.

Давалац здравствених услуга који је утврдио листу чекања дужан је да осигурано лице обавести о листи чекања.

Обавештење из става 1. овог члана садржи писану информацију даваоца здравствених услуга о разлозима за стављање на листу чекања, о утврђеном редоследу на листи чекања, односно очекиваном датуму пружања здравствене услуге.

Ако давалац здравствених услуга утврди да здравствена услуга није медицински неопходна, односно оправдана за здравствено стање осигураног лица дужан је да о томе изда писано обавештење осигураном лицу (у даљем тексту: претходно обвештење).

Претходно обавештење садржи писану информацију даваоца здравствених услуга о разлозима због којих здравствена услуга није медицински неопходна, односно оправдана за здравствено стање осигураног лица.

2. Здравствене услуге које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања

Члан 131.

Осигураним лицима обезбеђују се здравствене услуге:

1) У целости на терет средстава обавезног здравственог осигурања, и то:

- мере превенције и раног откривања болести;
- прегледе и лечење у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и у постпорођајном периоду, укључујући прекид трудноће из медицинских разлога;
- прегледе, лечење и медицинску рехабилитацију у случају болести и повреда деце, ученика и студената до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота, односно старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју;
- прегледе и лечење болести уста и зуба код лица из члана 63. тач. 1), 10) и 11) овог закона, као и прегледи и лечење болести уста и зуба у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја;
- прегледе и лечење у вези са заразним болестима за које је законом предвиђено спровођење мера за спречавање њиховог ширења;
- прегледе и лечење од малигних болести, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултиплекс склерозе, прогресивних неуро-мишићних болести, церебралне парализе, параплегије, тетраплегије, трајне хроничне бубрежне инсуфицијенције код које је индикована дијализа или трансплантација бубрега, системских аутоимуних болести, реуматске болести и њених компликација и ретких болести;
- палијативно збрињавање;

- прегледе и лечење у вези са узимањем, давањем и разменом органа, ћелија и ткива за трансплантацију од осигураних и других лица за обезбеђивање здравствене заштите осигураних лица;

- прегледе, лечење и рехабилитацију због професионалних болести и повреда на раду;

- пружање хитне медицинске и стоматолошке помоћи, као и хитан санитетски превоз;

- медицинска средства, у вези са лечењем болести и повреда из ове тачке;

2) у висини од најмање 95% од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за:

- интензивну негу у стационарној здравственој установи;

- оперативне захвате који се изводе у операционој сали, укључујући и имплантате за најсложеније и најскупље здравствене услуге;

- најсложеније лабораторијске, рендгенске и друге дијагностичке и терапијске процедуре (магнетна резонанца, скенер, нуклеарна медицина и др.);

3) у висини од најмање 80% од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за:

- прегледе и лечење од стране изабраног лекара и лекара специјалисте;

- лабораторијске, рендген и друге дијагностичке и терапијске процедуре које нису обухваћене тачком 2) овог члана;

- кућно лечење;

- стоматолошке прегледе и лечење у вези са повредом зуба и костију лица, као и стоматолошке прегледе и лечење зуба пре операције срца и трансплантације органа, ћелија и ткива;

- лечење компликација каријеса код деце, ученика и студената до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота, екстракција зуба као последице каријеса, као и израда покретних ортодонтских апарата;

- стационарно лечење, као и рехабилитацију у стационарној здравственој установи;

- прегледе и лечење у дневној болници, укључујући и хируршке захвате ван операционе сале;

- медицинску рехабилитацију у амбулантним условима;

- медицинска средства, која нису обухваћена тач. 1) овог члана;

4) у висини од најмање 65% од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за:

- израду акрилатне тоталне и субтоталне протезе код лица старијих од 65 година живота;

- очна и слушна помагала за одрасле;

- промену пола из медицинских разлога;

- санитетски превоз који није хитан;

- лечење болести чије је рано откривање предмет циљаног превентивног прегледа, односно скрининга, према одговарајућим националним програмима, уколико се осигурано лице није одазвало ни на један позив у оквиру једног циклуса позивања, нити је свој изостанак оправдало, а та болест се појавила у периоду до наредног циклуса позивања.

За здравствене услуге које се обезбеђују као право из обавезног здравственог осигурања у складу са ставом 1. овог члана, а за које Републички фонд не врши плаћање на основу цене здравствене услуге, већ трошкове обрачунава и плаћа на другачији начин (по

посети осигураног лица здравственом раднику, дијагностички сродних група здравствених услуга, програмима, болесничком дану и др.), осигураним лицима обезбеђује се право на здравствену заштиту на терет средстава обавезног здравственог осигурања у процентима прописаним у ставу 1. овог члана.

Изузетно од става 1. тачка 1) алинеја 4. овог закона, за остваривање права на стоматолошку здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, општим актом из члана 133. овог закона може се утврдити плаћање партиципације, ако се осигурано лице не одазове позиву изабраног лекара на превентивни преглед, односно ако не остварује право на превентивне стоматолошке услуге у складу с овим законом, односно републичким програмом стоматолошке здравствене заштите који доноси Влада у складу с овим законом.

Здравствене услуге које се плаћају по дијагностички сродним групама, обезбеђују се осигураним лицима на терет средства обавезног здравственог осигурања у висини од најмање 95% од цене дијагностички сродне групе, у складу са општим актом из члана 133. овог закона.

Члан 132.

У Листи лекова из члана 66. овог закона Републички фонд утврђује износ средстава који се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, односно износ средстава који обезбеђује осигурано лице.

Члан 133.

На предлог Републичког фонда министар за сваку календарску годину доноси општи акт којим уређује садржај и обим права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања из члана 131. овог закона за поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести и повреда, проценат плаћања из средстава обавезног здравственог осигурања до пуног износа цене здравствене услуге, односно цене дијагностички сродне групе као и проценат плаћања осигураног лица.

Општи акт из става 1. овог члана мора бити усклађен са планом здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања и годишњим финансијским планом Републичког фонда.

За поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, актом из става 1. овог члана, министар може утврдити да се из средстава обавезног здравственог осигурања плаћа већи проценат цене здравствене услуге до пуног износа цене из члана 131. став 1. тач. 2)-4) овог закона.

У општем акту из става 1. овог члана, министар утврђује и највиши годишњи износ, односно највиши износ по одређеној врсти здравствене услуге, односно дијагностички сродне групе који осигурано лице плаћа из својих средстава, водећи рачуна да такав износ не спречава осигурано лице да користи здравствену заштиту, односно да онемогућава осигураном лицу успешно коришћење здравствене заштите.

2.1. Партиципација

Члан 134.

Новчани износ до пуног износа из члана 131. став 1. тач. 2) до 4) и став 2. овог закона, као и новчани износ из члана 132. овог закона (у даљем тексту: партиципација), плаћа осигурано лице које користи ту здравствену услугу, односно лек, ако овим законом није друкчије одређено, односно плаћа правно лице које осигураном лицу обезбеђује добровољно здравствено осигурање.

Општим актом из члана 133. став 1. овог закона може се утврдити да се партиципација плаћа у фиксном износу, с тим да фиксни износ не сме бити већи од процентуалног износа одређеног у складу са овим законом.

Општим актом из члана 133. став 1. овог закона уређују се начин и услови за наплаћивање партиципације, као и повраћај средстава уплаћених изнад највишег годишњег износа, односно највишег износа партиципације по одређеној врсти здравствене услуге.

Забрањено је да давалац здравствене услуге наплати друкчије износе партиципације за пружене здравствене услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем од прописаних у складу са чл. 131-133. овог закона, као и да наплати партиципацију осигураном лицу које је платило највиши годишњи износ партиципације или највиши износ партиципације по одређеној врсти здравствене услуге.

Осигурано лице може из својих средстава, односно из средстава добровољног здравственог осигурања да оствари право на већи садржај, обим и стандард услуга, из члана 131. овог закона, која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, на тај начин што плаћа разлику од цене утврђене у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона и цене здравствене услуге која се пружа осигураном лицу, а која је утврђена ценовником даваоца здравствене услуге.

Ближи услови и начин остваривања доплате из става 5. овог члана уређују се општим актом из члана 124. овог закона.

Члан 135.

Давалац здравствене услуге дужан је да осигураном лицу изда рачун о наплаћеној партиципацији.

Образац рачуна из става 1. овог члана прописује министар у општем акту из члана 133. овог закона.

Осигурано лице дужно је да чува све рачуне о наплаћеној партиципацији у току једне календарске године, који служе као доказ у поступку утврђивања права на повраћај средстава уплаћених изнад највишег годишњег износа, односно највишег износа партиципације по одређеној врсти здравствене услуге, као и друге рачуне за наплаћене здравствене услуге ради остваривања права из добровољног здравственог осигурања.

2.2. Забрана наплаћивања здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања

Члан 136.

Забрањено је да давалац здравствених услуга, односно лице запослено код даваоца здравствених услуга, односно друго лице које обавља одређене послове код давалаца здравствених услуга наплати здравствену услугу на коју осигурано лице има право у оквиру обавезног здравственог осигурања, односно да тражи или прими или на било који други начин наведе осигурано лице или чланове његове породице на плаћање, односно давање било какве материјалне или нематеријалне користи за пружање таквих услуга осигураном лицу.

Према лицу запосленом код даваоца здравствене услуге које поступи у супротности са ставом 1. овог члана послодавац може да предузме мере у складу са законом којим се уређује рад.

2.3. Лица којима се обезбеђује здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања

Члан 137.

Здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације обезбеђује се:

1) ратним војним инвалидима, мирнодопским војним инвалидима и цивилним инвалидима рата;

2) слепим лицима и трајно непокретним лицима, као и лицима која остварују новчану накнаду за помоћ и негу другог лица, у складу са законом;

3) добровољним даваоцима крви који су крв дали десет и више пута, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинска средства;

4) добровољним даваоцима крви који су крв дали мање од десет пута, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинска средства, у року од 12 месеци после сваког давања крви;

5) живим даваоцима органа, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинска средства;

6) даваоцима ћелија и ткива, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинска средства;

7) осигураницима из члана 16. ст. 1. и 3. овог закона;

8) члановима уже породице осигураника из члана 16. став 1. тач. 7)-9) и 11) и став 3 овог закона.

3. Стручно-медицински органи Републичког фонда

Члан 138.

Стручно-медицински органи Републичког фонда, који учествују у поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања су:

1) изабрани лекар;

2) првостепена лекарска комисија;

3) другостепена лекарска комисија.

Лекар који је извршио преглед, односно који лечи осигурано лице, не може бити члан првостепене лекарске комисије, односно другостепене лекарске комисије, која даје оцену о том осигураном лицу.

Републички фонд општим актом ближе уређује начин рада, именовање и разрешење, организацију, територијалну распоређеност, контролу рада, као и друга питања од значаја за рад стручно-медицинских органа из става 1. тач- 2) и 3) овог члана.

3.1. Изабрани лекар

Члан 139.

Изабрани лекар је:

1) доктор медицине или доктор медицине специјалиста опште медицине, односно специјалиста медицине рада;

2) доктор медицине специјалиста педијатрије;

3) доктор медицине специјалиста гинекологије;

4) доктор стоматологије или доктор стоматологије специјалиста дечије и превентивне стоматологије.

Осигурано лице може имати само по једног изабраног лекара из грана медицине наведених у ставу 1. овог члана.

Општим актом из члана 124. овог закона ближе се уређују услови и начин коришћења здравствене заштите и других права из обавезног здравственог осигурања код изабраног лекара, као и начин и услови за слободан избор изабраног лекара.

Члан 140.

Уговором између Републичког фонда и даваоца здравствених услуга одређују се доктори медицине, односно доктори стоматологије који имају овлашћења изабраног лекара.

Давалац здравствених услуга из става 1. овог члана дужан је да на видном месту истакне списак изабраних лекара из става 1. овог члана.

Члан 141.

Изабрани лекар дужан је да прими свако осигурано лице које га изабере, осим ако је код тог изабраног лекара евидентиран број осигураних лица већи од утврђеног стандарда броја осигураних лица по једном изабраном лекару.

Стандард броја осигураних лица по једном изабраном лекару утврђује министар.

Члан 142.

Осигурано лице код прве посете изабраном лекару потписује изјаву о избору изабраног лекара.

Осигурано лице врши избор лекара из става 1. овог члана по правилу на период од најмање једне године. Осигурано лице може променити изабраног лекара и пре истека периода на који га је изабрало.

Начин и услови за избор, односно промену изабраног лекара, образац изјаве из става 1. овог члана, као и друга питања од значаја за остваривање здравствене заштите код изабраног лекара ближе се уређују општим актом из члана 124. овог закона.

Члан 143.

Изјавом из члана 142. став 1. овог закона осигурано лице даје пристанак да надзорник осигурања може имати увид у личне податке осигураног лица који се односе на остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

Надзорник осигурања дужан је да чува податке о личности осигураних лица, који представљају нарочито осетљиве податке, у складу са законом којим се уређује заштита података о личности.

Члан 144.

Изабрани лекар:

1) организује и спроводи мере на очувању и унапређењу здравља осигураних лица, откривању и сузбијању фактора ризика за настанак болести, обавља превентивне прегледе, мере и поступке, укључујући и здравствено васпитање;

2) ради на спровођењу скрининг програма у складу с посебним програмима донетим у складу са законом којим се уређује здравствена заштита;

3) обавља прегледе и дијагностику;

4) одређује начин и врсту лечења, прати ток лечења и усклађује мишљења и предлоге за наставак лечења осигураног лица;

5) указује хитну медицинску помоћ;

6) упућује осигурано лице на амбулантно-специјалистичке прегледе или у другу одговарајућу здравствену установу, односно код другог даваоца здравствених услуга према медицинским индикацијама, прати ток лечења и усклађује мишљења и предлоге за наставак лечења осигураног лица и упућује осигурано лице на секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите;

7) одређује врсту и дужину кућног лечења и прати спровођење кућног лечења;

8) прописује лекове и медицинска средства;

9) спроводи здравствену заштиту из области менталног здравља;

10) води прописану медицинску документацију и евиденције о лечењу и здравственом стању осигураног лица, у складу са законом;

11) даје оцену о здравственом стању осигураног лица и упућује осигурано лице на оцену радне способности, односно инвалидности, у складу са овим законом;

12) утврђује привремену спреченост за рад осигураника до 60 дана спречености за рад, осим у случајевима из члана 78. овог закона и предлаже првостепеној, односно другостепеној лекарској комисији продужење привремене спречености за рад, осим ако овим законом није друкчије одређено;

13) утврђује привремену спреченост за рад осигураника на стационарном лечењу;

14) утврђује привремену спреченост за рад осигураника ради неге члана уже породице, у складу са чланом 78. овог закона;

15) предлаже првостепеној лекарској комисији да утврди потребу за рад осигураника са скраћеним радним временом у току лечења, у складу са овим законом;

16) утврђује потребу да осигурано лице има пратиоца за време путовања;

17) даје мишљење о томе да ли је осигураник намерно проузроковао неспособност за рад, односно да ли је оздрављење намерно спречио;

18) даје налаз и мишљење о здравственом стању осигураног лица на основу чега се издаје потврда о здравственом стању осигураног лица ради коришћења здравствене заштите у иностранству;

19) утврђује потребу и врсту превозног средства за превоз осигураног лица, с обзиром на његово здравствено стање;

20) одређује старост трудноће ради остваривања права на одсуствовање са рада због трудноће и порођаја;

21) даје мишљење о здравственом стању детета ради остваривања права осигураника на одсуствовање са рада због неопходне посебне неге детета, у складу са законом;

22) утврђује привремену спреченост за рад осигураника у складу са прописима о запошљавању и осигурању за случај незапослености;

23) врши друге послове у вези са остваривањем права из здравственог осигурања, у складу са уговором између Републичког фонда и даваоца здравствених услуга.

Изабрани лекар који утврди привремену спреченост за рад осигураника, дужан је да о утврђеној привременој спречености за рад обавести све изабране лекаре тог осигураника, због повезивања привремене спречености за рад, у складу са овим законом.

Члан 145.

На предлог доктора медицине специјалисте одговарајуће гране медицине који лечи осигурано лице, изабрани лекар може да пренесе овлашћење из члана 144. овог закона на тог лекара специјалисту, а које се односи на дијагностиковање и лечење, укључујући и прописивање лекова који се издају уз лекарски рецепт за одређене болести (ТВС, HIV, болести зависности, психијатријска обољења, ретке болести, као и друга обољења у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона), ако то захтева здравствено стање осигураног лица, као и рационалност у пружању здравствене заштите.

Актом из члана 124. овог закона прописује се начин преношења овлашћења, друга обољења за која се може пренети овлашћење из става 1. овог члана, као и образац на основу кога се овлашћење преноси.

Доктор медицине специјалиста одговарајуће гране медицине код кога је осигурано лице упућено на преглед од стране изабраног лекара може непосредно да упути осигурано лице на стационарно лечење уколико процени да је тај вид лечења потребан, односно да упути осигурано лице на преглед код другог лекара специјлисте.

Члан 146.

Ако се утврди да је изабрани лекар злоупотребио своја овлашћења у поступку остваривања права осигураних лица, Републички фонд предузима мере ради одузимања овлашћења изабраног лекара и подноси иницијативу код надлежне коморе здравствених радника за одузимање лиценце за самостални рад тог изабраног лекара.

3.2. Првостепена лекарска комисија

Члан 147.

Првостепена лекарска комисија састоји се од два члана и потребног броја заменика које распоређује, односно именује директор Републичког фонда.

Члан 148.

Првостепена лекарска комисија:

1) одлучује по приговору осигураног лица на оцену, односно мишљење изабраног лекара;

2) даје оцену и утврђује привремену спреченост за рад осигураника, по предлогу изабраног лекара, преко 60 дана привремене спречености за рад, односно привремену спреченост за рад због неге члана уже породице из члана 78. ст. 1-2. дуже од 15 дана, односно дуже од седам дана, у складу са овим законом;

3) даје оцену по приговору осигураника или послодавца на оцену изабраног лекара о привременој спречености за рад осигураника до 60 дана, односно о привременој спречености за рад због неге члана уже породице, у складу са овим законом;

4) даје оцену о потреби обезбеђивања пратиоца осигураном лицу за време стационарног лечења, под условима утврђеним општим актом из члана 124. овог закона;

5) одлучује о оправданости прописивања одређених врста медицинсих средстава;

6) даје оцену о захтевима за накнаду трошкова лечења и трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите;

7) цени медицинску оправданост здравствене заштите коришћене супротно условима и начину утврђеним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;

8) даје оцену о упућивању осигураних лица на лечење у здравствене установе специјализоване за рехабилитацију и оцену о упућивању осигураних лица на лечење ван подручја филијале;

9) предлаже упућивање осигураника, у случају дужег трајања привремене спречености за рад, у складу са овим законом, надлежном органу за оцену радне способности, односно инвалидности по прописима о пензијском и инвалидском осигурању;

10) утврђује здравствено стање осигураног лица ради издавања потврде о коришћењу здравствене заштите осигураног лица у иностранству, у складу са овим законом;

11) утврђује потребу осигураника за рад са скраћеним радним временом у току лечења, у складу са овим законом;

12) утврђује повреду на раду у складу са чланом 51. овог закона;

13) врши друге послове у вези са остваривањем права из здравственог осигурања.

3.3. Другостепена лекарска комисија

Члан 149.

Другостепена лекарска комисија састоји се од три члана и потребног броја заменика које распоређује, односно именује директор Републичког фонда.

Члан 150.

Другостепена лекарска комисија:

1) даје оцену по приговору осигураног лица, односно послодавца на оцену коју је дала првостепена лекарска комисија;

2) даје оцену о продужењу права на накнаду зараде у складу са чланом 78. став 4. овог закона.

4. Приговор у поступку остваривања права

Члан 151.

Ако осигурано лице није задовољно оценом коју је дао изабрани лекар, може изјавити приговор првостепеној лекарској комисији.

Приговор се подноси усмено или писмено изабраном лекару против чије оцене је изјављен или писмено и непосредно првостепеној лекарској комисији, у року од три радна дана од дана саопштења оцене.

Изабрани лекар коме је усмено изјављен приговор дужан је да о томе сачини забелешку, коју потписује и осигурано лице.

Изабрани лекар коме је изјављен приговор дужан је да приговор одмах размотри и уколико нађе да исти није основан и не преиначи своју одлуку, да предмет без одлагања достави првостепеној лекарској комисији, са својим мишљењем о основаности изјављеног приговора.

Члан 152.

Првостепена лекарска комисија дужна је да хитно узме у поступак приговор из члана 151. овог закона ради доношења оцене.

Уколико је приговор из става 1 овог члана непосредно изјављен првостепеној лекарској комисији, првостепена лекарска комисија дужна је да без одлагања изјављени приговор достави изабраном лекару са налогом да се хитно изјасни о основаности приговора.

Оцена првостепене лекарске комисије по изјављеном приговору коначна је.

О оцени првостепене лекарске комисије писаним путем обавештава се осигурано лице, изабрани лекар, филијала, односно послодавац.

О оцени првостепене лекарске комисије осигурано лице обавештава изабраног лекара, а у случају оцене о привременој спречености за рад и послодавца.

Ако осигурано лице није задовољно оценом првостепене лекарске комисије, може захтевати да му филијала изда решење.

Члан 153.

Осигурано лице може изјавити приговор другостепеној лекарској комисији само против оцене првостепене лекарске комисије донете без претходне оцене изабраног лекара у року од три радна дана од дана саопштења оцене.

Приговор из става 1. овог члана подноси се усмено или писмено првостепеној лекарској комисији против чије се оцене изјављује.

Првостепена лекарска комисија којој је изјављен приговор дужна је да приговор одмах размотри и, уколико нађе да исти није основан и не преиначи своју одлуку, да предмет без одлагања достави другостепеној лекарској комисији са својим мишљењем о основаности изјављеног приговора.

Приговор се може поднети писмено и непосредно другостепеној лекарској комисији.

Члан 154.

Другостепена лекарска комисија дужна је да приговор из члана 153. овог закона хитно узме у разматрање.

Уколико је приговор из става 1 овог члана непосредно изјављен другостепеној лекарској комисији, другостепена лекарска комисија дужна је да без одлагања изјављени приговор достави првостепеној лекарској комисији са налогом да се хитно изјасни о основаности приговора.

Другостепена лекарска комисија даје своју оцену на основу медицинске документације, а може, по потреби, позвати осигурано лице на преглед. Ако стручно-медицински орган сматра да је потребно допунити медицинску документацију, одредиће без одлагања потребна медицинска испитивања.

Оцена коју је дала другостепена лекарска комсија поводом изјављеног приговора коначна је.

О оцени другостепене лекарске комисије писаним путем се обавештава осигурано лице и првостепена лекарска комисија против чије оцене је изјављен приговор.

Осигурано лице је дужно да о коначној оцени другостепене лекарске комисије обавести изабраног лекара, а у случају оцене о привременој спречености за рад и послодавца.

Ако осигурано лице није задовољно оценом другостепене лекарске комисије, може захтевати да му филијала изда решење.

Члан 155.

Приговор на оцену, односно мишљење изабраног лекара или првостепене лекарске комисије, поднет у складу са законом, одлаже извршење те оцене, односно мишљења.

5. Обнова поступка оцене о привременој спречености за рад

Члан 156.

Републички фонд, као и послодавац, могу захтевати да се осигураник чију је привремену спреченост за рад оценио изабрани лекар, односно првостепена лекарска комисија, подвргне поновном оцењивању привремене спречености за рад, од стране

првостепене, односно другостепене лекарске комисије. Поновно оцењивање се не може захтевати ако се осигураник налази на стационарном лечењу, осим у случају лечења у дневној болници.

Поновно оцењивање из става 1. овог члана врши се на основу медицинске документације у присуству осигураника, а по потреби и на основу поновног прегледа осигураника.

Поновно оцењивање може се захтевати у року од 30 дана од дана дате оцене стручно-медицинског органа у поступку.

Осигураник је дужан да се јави првостепеној, односно другостепеној лекарској комисији, ради поновног оцењивања из става 1. овог члана у року који одреди стручно-медицински орган Републичког фонда. Ако се осигураник без оправданог разлога не одазове позиву ради поновног оцењивања, обуставља му се исплаћивање накнаде зараде и не припада му накнада све док се не одазове позиву.

6. Вештачење у поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања

Члан 157.

Републички фонд, по службеној дужности или на захтев послодавца, може тражити вештачење у вези са остваривањем свих права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања, укључујући и вештачење о здравственом стању осигураног лица.

Вештачење у случају из става 1. овог члана врши првостепена лекарска комисија-ако је оцену дао изабрани лекар, другостепена лекарска комисија-ако је оцену дала првостепена лекарска комисија и три лекара специјалиста здравствене установе на терцијарном нивоу здравствене заштите - ако је оцену дала другостепена лекарска комисија.

Вештачење се може захтевати у року од једне године од дана остваривања права из обавезног здравственог осигурања о којем је одлучивао надлежни стручно-медицински орган Републичког фонда у поступку.

Члан 158.

Републички фонд може захтевати вештачење у вези са оствареним правима из обавезног здравственог осигурања осигураног лица које ће спровести независни стручњаци из одговарајућих здравствених установа, односно стручне комисије из одређених грана медицине.

Члан 159.

На основу спроведеног поступка вештачења у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања, Републички фонд може оспорити ~~коришћење~~ остваривање права из обавезног здравственог осигурања и захтевати накнаду штете од осигураног лица или другог одговорног лица, у складу са поступком накнаде штете који је прописан овим законом.

Члан 160.

О праву на накнаду зараде решава послодавац ако се накнада исплаћује на терет послодавца, а филијала ако се накнада исплаћује на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

О праву на накнаду трошкова превоза решава ~~матична~~ филијала.

Члан 161.

Накнада зараде се исплаћује на основу захтева, уз подношење доказа, у складу са општим актом из члана 124. овог закона.

За исплату накнаде зараде из става 1. овог члана, изабрани лекар издаје извештај о привременој спречености за рад (дознака), у складу са овим законом.

Члан 162.

Накнада зараде утврђена у складу са овим законом може бити предмет извршења и обезбеђења само за потраживања издржавања које је утврђено судском одлуком или судским поравнањем.

Члан 163.

Накнада трошкова превоза исплаћује се на основу доказа, у складу са општим актом из члана 124. овог закона.

ГЛАВА IX

ЗАШТИТА ПРАВА ОСИГУРАНИХ ЛИЦА

Члан 164.

О правима из обавезног здравственог осигурања одлучује, на основу достављених доказа, филијала, без доношења решења, осим када је доношење решења утврђено овим законом, односно подзаконским актима донетим за спровођење овог закона или кад доношење решења захтева осигурано лице, односно послодавац.

У поступку остваривања права утврђених овим законом примењују се одредбе закона којим се уређује општи управни поступак, ако овим законом није друкчије одређено.

Члан 165.

Осигурано лице које сматра да је о његовом праву из обавезног здравственог осигурања донета одлука у супротности са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, може да покрене поступак заштите права пред надлежним органом.

Заштиту права може тражити и послодавац, у складу са овим законом.

Члан 166.

О правима утврђеним овим законом у првом степену решава филијала, а у другом степену Републички фонд, односно Покрајински фонд за подручје аутономне покрајине, ако овим законом није друкчије одређено.

О праву на коришћење здравствене заштите у иностранству и о упућивању на лечење у иностранство у првом степену решава комисија Републичког фонда коју именује Управни одбор Републичког фонда, а у другом степену директор Републичког фонда.

Члан 167.

Против коначног акта Републичког фонда, којим је одлучено о праву из обавезног здравственог осигурања, може се покренути управни спор.

ГЛАВА X

ФИНАНСИРАЊЕ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 168.

Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса и из других извора, у складу са законом.

Средства из става 1. овог члана приход су Републичког фонда.

Члан 169.

Средства која се обезбеђују уплатом доприноса преносе се филијали на основу одлуке коју доноси Републички фонд за сваку буџетску годину.

Средства по одлуци из става 1. овог члана преносе се филијали за извршавање одређених послова из надлежности филијале у обезбеђивању и спровођењу права из обавезног здравственог осигурања, као и за материјалне и друге расходе филијале.

Одлука из става 1. овог члана заснива се на:

1) финансијском плану Републичког фонда;

2)плану здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања;

3) броју и старосној структури осигураних лица на подручју филијале;

4) износу средстава доприноса који се уплаћује на подручју филијале према евиденцији о висини уплаћених средстава;

5) пословима филијале у спровођењу обавезног здравственог осигурања;

6) пословима које обавља Републички фонд у спровођењу обавезног здравственог осигурања;

7) показатељима о недостајућим средствима која се уплаћују на подручју филијале за обезбеђивање права из обавезног здравствввеног осигурања;

8) износу средстава који је потребно обезбедити за уједначено остваривање права из обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: средства солидарности) из члана 255. овог закона;

9) другим показатељима.

Одлуку из става 1 овог члана Републички фонд доноси најкасније 31. јануара за текућу годину.

Влада даје сагласност на акт из става 1. овог члана.

Акт из става 1. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије”.

ДЕО ТРЕЋИ

ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ГЛАВА I

УВОДНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 170.

Добровољно здравствено осигурање, без обзира на врсту, уговара се на период који не може бити краћи од 12 месеци од дана почетка осигурања, осим ако овим законом није друкчије уређено.

Изузетно од става 1. овог члана добровољно здравствено осигурање може трајати и краће и то:

1) за време боравка осигураника добровољног здравственог осигурања у иностранству, односно за покривање трошкова здравствене заштите која се остварује у иностранству;

2) у случају када својство осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања траје краћи период у складу са овим законом и подзаконским актима донетим за спровођење овог закона;

3) за време привременог боравка у Републици осигураника добровољног здравственог осигурања, који је страни држављанин или лице без држављанства;

4) за лица која су у току уговореног периода осигурања стекла основ за осигурање код колективних уговора;

5) уколико издавању полисе осигурања претходи закључивање листе покрића.

Члан 171.

Добровољно здравствено осигурање се не може организовати и спроводити за:

1) идентичну врсту, садржај, обим, стандард, начин и услове за остваривање права који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем прописаним овим законом и подзаконским актима донетим за спровођење овог закона;

2) превентивне програме имунизације и хемопрофилаксе који су обавезни према републичком програму имунизација становишта против одређених врста заразних болести.

Члан 172.

Осигуравач је обавезан да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању са свим лицима, односно да закључи уговор за сва лица за која уговарач искаже јасну намеру да са тим осигуравачем закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, под условима

прописаним овим законом и подзаконским актима донетим за спровођење овог закона, без обзира на ризик којем је осигураник добровољног здравственог осигурања изложен, односно без обзира на године живота, пол и здравствено стање осигураника добровољног здравственог осигурања.

Зависно од степена ризика коме је изложен осигураник, осигуравач има право да утврди измењене услове осигурања, односно да повећа премије или промени висине или обиме покрића.

Осигуравач је дужан да за све осигуранике добровољног здравственог осигурања, у складу са овим законом и подзаконским актима донетим за спровођење овог закона, обезбеди исти обим, садржај и стандард за остваривање права и обавеза у оквиру појединих врста добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи.

Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује осигуравач са уговарачем, односно осигураником добровољног здравственог осигурања.

Уговор из става 3. овог члана може да се закључи и за чланове породице осигураника добровољног здравственог осигурања.

Ако уговарач и осигураник добровољног здравственог осигурања нису исто лице, за уговарање добровољног здравственог осигурања потребна је писмена сагласност осигураника ако уплату премије сноси осигураник добровољног здравственог осигурања.

Члан 173.

Забрањено је да осигуравач приликом закључења уговора о добровољном здравственом осигурању тражи генетске податке, односно резултате генетских тестова за наследне болести за лице које искаже јасну намеру да са тим осигуравачем закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, као и његове сроднике без обзира на линију и степен сродства.

ГЛАВА II

ВРСТЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 174.

Врсте добровољног здравственог осигурања су:

1) допунско здравствено осигурање - осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигурано лице допуњује права из обавезног здравственог осигурања у погледу садржаја, обима и стандарда;

2) додатно здравствено осигурање - осигурање којим се покрива учешће у трошковима здравствене заштите, односно покривају трошкови здравствених услуга, лекова, медицинских средстава, односно новчаних накнада који нису обухваћени правима из обавезног здравственог осигурања;

3) приватно здравствено осигурање - осигурање лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, за покривање трошкова за врсту, садржај, обим и стандард права која се уговарају са осигуравачем.

Друштво за осигурање може да организује и спроводи све врсте добровољног здравственог осигурања из става 1. овог члана, као и комбинацију врста добровољног здравственог осигурања из става 1. овог члана.

Републички фонд може да организује и спроводи врсте добровољног здравственог осигурања из става 1. тач. 1) и 2) овог члана, као и комбинацију врста добровољног здравственог осигурања из става 1. тач. 1) и 2) овог члана.

Под добровољним здравственим осигурањем у смислу става 1. овог члана сматра се и врста добровољног здравственог осигурања које се уговара за случај коришћења здравствене заштите осигураника добровољног здравственог осигурања за време боравка у иностранству, ако се то осигурање пружа као једина услуга у складу са законом (путно осигурање).

Члан 175.

Својство осигураника добровољног здравственог осигурања у допунском и додатном здравственом осигурању може да стекне лице које има својство осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања.

Престанком својства осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања престаје и својство осигураног лица добровољног здравственог осигурања у допунском и додатном здравственом осигурању, без обзира на период за који је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању.

Члан 176.

Узимајући у обзир ризик коме је изложен осигураник добровољног здравственог осигурања, односно узимајући у обзир његове године живота у моменту давања понуде, пол, бонус, малус, здравствено стање осигураника добровољног здравственог осигурања, односно таблице болести и таблице смртности, премија допунског, додатног, односно приватног добровољног здравственог осигурања једног осигуравача мора да буде једнака за све осигуранике добровољног здравственог осигурања тог допунског, додатног, односно приватног здравственог осигурања који имају исти степен ризика.

ГЛАВА III

ОРГАНИЗОВАЊЕ И СПРОВОЂЕЊЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Услови за организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања

Члан 177.

Министарство надлежно за послове здравља (у даљем тексту: министарство) даје претходно мишљење о испуњености услова за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања у складу са овим законом.

Захтев за давање мишљења из става 1. овог члана садржи податке о осигуравачу и врсти добровољног здравственог осигурања, односно комбинацији врста добровољног здравственог осигурања на које се захтев односи.

Уз захтев из става 2. овог члана достављају се:

1) копија дозволе Народне банке Србије о обављању послова осигурања у складу са законом којим се уређује осигурање, односно одлука Републичког фонда о организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања;

2) предлог општих услова добровољног здравственог осигурања;

3) предлог посебних услова добровољног здравственог осигурања за одређену врсту добровољног здравственог осигурања;

4) други докази о испуњености услова за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања.

Пословна акта из става 3. тач. 2)-4) овог члана која се достављају уз захтев министарству морају бити верификована од стране лица овлашћеног за заступање, у складу са законом.

Члан 178.

Народна банка Србије издаје дозволу за обављање послова добровољног здравственог осигурања, у складу са законом којим се уређује осигурање, друштву за осигурање коме је министарство дало позитивно мишљење о испуњености услова за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања из члана 174. овог закона.

Осигуравач је дужан да предлог измена и допуна, односно предлог нових општих и посебних услова о добровољном здравственом осигурању из члана 180. овог закона достави министарству на мишљење.

Ако министрство утврди да је друштво за осигурање престало да испуњава услове за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања из члана 174. овог закона, обавестиће о томе Народну банку Србије ради предузимања одговарајућих мера из њене надлежности, прописаних законом којим се уређује осигурање.

Мишљење из става 2. овог члана друштво за осигурање је дужно да достави Народној банци Србије у року од 15 дана од дана добијања мишљења.

2. Уговор о добровољном здравственом осигурању

Члан 179.

Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује се на основу претходне понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: понуда) коју осигуравач даје лицу које жели да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању.

Понуда из става 1. овог члана садржи битне податке о уговорним странама, односно осигураницима добровољног здравственог осигурања, датум почетка осигурања, период чекања осигурања, као и датум завршетка осигурања, износ и рокове плаћања премије осигурања, максимално уговорене суме по ризицима покрића и друге битне елементе за уговарање осигурања.

Битни подаци о уговорним странама, односно осигураницима добровољног здравственог осигурања из става 2. овог члана су:

1) за физичко лице:

- име и презиме, као и датум рођења осигураника добровољног здравственог осигурања;
- ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане;

- адреса пребивалишта, односно боравишта у Републици (улица и број, место и општина);

- контакт (број телефона или адреса електронске поште);

2) за правно лице:

- назив, односно пословно име;

- ПИБ и матични број;

- адреса седишта (улица и број, место и општина);

- контакт (број телефона или адреса електронске поште).

У случају колективног осигурања уговарач може поднети јединствену понуду која садржи податке о сваком појединачном лицу које ће бити обухваћено колективним осигурањем.

Јединствена понуда из става 4. овог члана садржи податке о сваком појединачном лицу које је обухваћено колективним осигурањем и то:

- име и презиме, као и датум рођења осигураника добровољног здравственог осигурања;

- ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане;

- адреса пребивалишта, односно боравишта у Републици (улица и број, место и општина);

- контакт (број телефона или адреса електронске поште).

Понуда из става 1. овог члана као и јединствена понуда из става 4. овог члана, као битне податке, садржи и податке о претходном здравственом стању осигураника добровољног здравственог осигурања који су осигуравачу неопходни за процену ризика осигурања.

Члан 180.

Саставни део уговора о добровољном здравственом осигурању су општи и посебни услови добровољног здравственог осигурања.

Општи услови добровољног здрвственог осигурања садрже:

1) услове и начин за организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања;

2) врсте добровољног здравственог осигурања које спроводи;

3) услове за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању са осигураником добровољног здравственог осигурања, односно са уговарачем;

4) услове за раскид уговора о добровољном здравственом осигурању;

5) услове за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању за чланове породице осигураника добровољног здравственог осигурања, као и колективног осигурања;

6) права и дужности осигураника добровољног здравственог осигурања, односно уговарача;

7) права и дужности осигуравача;

8) трајање добровољног здрвственог осигурања;

9) опште одредбе о премији осигурања;

10) друге услове од значаја за организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања, у складу са овим законом и законом којим се уређује осигурање.

Посебни услови добровољног здравственог осигурања садрже:

1) услове за организовање, уговарање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања;

2) права и обавезе осигуравача, осигураника добровољног здравственог осигурања, односно уговарача за одређену врсту добровољног здравственог осигурања;

3) друге услове од значаја за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања, у складу са овим законом и законом којим се уређује осигурање.

Акте из ст. 2. и 3. овог члана осигуравач је обавезан да ажуриране објављује на својој званичној интернет страници, као и да их учини доступним у писменом облику на свим продајним местима осигуравача или на други адекватан начин.

Условима осигурања могу бити предвиђени случајеви у којима уговорни однос из осигурања настаје самим плаћањем премије.

3. Полиса, листа покрића и исправа о добровољном здравственом осигурању

Члан 181.

Осигуравач издаје полису као доказ о закљученом уговору о осигурању и сачињава је у два примерка од којих један задржава уговарач осигурања, односно осигураник добровољног здравственог осигурања, а други задржава осигуравач.

Изузетно од става 1. овог члана осигуравач може издати лист покрића.

Полиса, односно лист покрића садржи:

1) име и презиме осигураника добровољног здравственог осигурања или уговарача, односно назив уговарача,

2) датум рођења осигураника добровољног здравственог осигурања;

3) пребивалиште, односно боравиште и адресу становања осигураника добровољног здравственог осигурања или уговарача, односно седиште уговарача;

4) ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане, односно ПИБ и матични број уговарача;

5) назив и адресу осигуравача;

6) осигуравајуће покриће;

7) суму и ризик осигурања;

8) износ премије, начин и услове плаћања премије;

9) позив на тарифу по којој је премија обрачуната;

10) број полисе, односно листа покрића;

11) број понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању;

12) дан почетка осигурања, период чекања осигурања и рок важења осигурања, односно полисе или листа покрића;

13) потпис овлашћеног лица код осигуравача;

14) потпис уговарача добровољног здравственог осигурања;

15) место и датум издавања полисе, односно листе покрића;

16) друге податке у складу са законом.

На последњој страни полисе, односно листу покрића штампају се општи и посебни услови врсте добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи осигуравач или се образац посебно одшампаних општих и посебних услова даје осигуранику добровољног здравственог осигурања, односно уговарачу, који њихов пријем потврђује потписом.

Осим података из става 3. овог члана у случају када је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању за случај коришћења здравствене заштите осигураника добровољног здравственог осигурања за време боравка у иностранству полиса, односно лист покрића садржи

и број пасоша тог осигураника, назив органа који га је издао, као и датуме издавања и важења тог пасоша.

Члан 182.

Осигуравач је дужан да сваком осигуранику добровољног здравственог осигурања изда исправу о добровољном здравственом осигурању на основу које се остварују права из добровољног здравственог осигурања даном издавања полисе, а најкасније у року од 60 дана од дана издавања полисе.

Исправа из става 1. овог члана садржи следеће податке:

1) пословно име осигуравача;

2) име и презиме, као и датум рођења осигураника добровољног здравственог осигурања;

3) ЈМБГ осигураника добровољног здравственог осигурања, односно евиденциони број за стране држављане;

4) висину покрића;

5) број полисе;

6) период важења исправе.

Права из добровољног здравственог осигурања остварују се на основу исправе о добровољном здравственом осигурању, а изузетно на основу полисе, односно листа покрића до момента добијања исправе о добровољном здравственом осигурању у року из става 1. овог члана.

У случају када се права из добровољног здравственог осигурања остварују директно код осигуравача она се остварују на основу полисе, односно листа покрића.

Код уговора о добровољном здравственом осигурању који се закључују на рок до 90 дана осигураник добровољног здравственог осигурања остварује права из добровољног здравственог осигурања на основу полисе.

Осигураник добровољног здравственог осигурања је дужан да даваоцу здравствених услуга, код кога остварује здравствену заштиту на основу уговора о добровољном здравственом осигурању, достави на увид исправу, односно полису, односно лист покрића на основу које остварује права из добровољног здравственог осигурања.

4. Обавезе осигуравача

Члан 183.

Осигуравач, без обзира на врсту добровољног здравственог осигурања, дужан је даваоцу здравствених услуга, за осигураника добровољног здравственог осигурања исплати трошкове настале остваривањем права из уговора о добровољном здравственом осигурању у целости или делимично, у складу са тим уговором, односно полисом.

Изузетно од става 1. овог члана осигуравач може уговорити са осигураником добровољног здравственог осигурања, односно другим уговарачем да се износ из става 1. овог члана исплаћује осигуранику добровољног здравственог осигурања на рачун, у року од 14 дана од дана подношења захтева осигураника добровољног здравственог осигурања осигуравачу,

односно у року од 14 дана од када је осигуравач утврдио постојање своје обавезе, а што се уноси у уговор и полису.

Члан 184.

Осигуравач је дужан да закључи уговор са даваоцем здравствених услуга за пружање здравствених услуга осигураницима добровољног здравственог осигурања.

Изузетно од става 1. овог члана осигуравач није у обавези да закључи уговор из става 1. овог члана ако је са осигураником добровољног здравственог осигурања, односно са уговарачем уговорио да ће на рачун осигураника добровољног здравственог осигурања уплаћивати у целини трошкове, односно део трошкова које је тај осигураник имао остваривањем права из добровољног здравственог осигурања или му исплаћивати утврђену новчану накнаду.

Осигуравач који закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, за време боравка осигураника добровољног здравственог осигурања у иностранству, није у обавези да закључи уговор са иностраном здравственом установом, односно другим даваоцем здравствених услуга.

Уговором из става 1. овог члана уређују се међусобни односи уговорних страна и то: услови под којима давалац здравствених услуга пружа здравствене услуге осигураницима добровољног здравственог осигурања, односно обезбеђује друга права из добровољног здравственог осигурања; обавезе осигуравача према даваоцу здравствених услуга за пружање здравствених услуга осигураницима добровољног здравственог осигурања; трошкове које надокнађује осигуравач даваоцу здравствених услуга за пружене здравствене услуге осигураницима добровољног здравственог осигурања; начин фактурисања; рокове за слање фактура и плаћање; накнада трошкова у вези са фактурисањем услуга осигуравачу, начине електронског достављања података о пруженим услугама осигураницима добровољног здравственог осигурања, као и друга питања од значаја за спровођење уговора о добровољном здравственом осигурању, у складу са овим законом.

Члан 185.

Осигуравач не може раскинути уговор о добровољном здравственом осигурању пре истека рока на који је уговор закључен.

Изузетно од става 1. овог члана осигуравач може раскинути уговор о добровољном здравственом осигурању пре истека рока на који је уговор закључен у случају:

1) неплаћања уговорене премије осигурања;

2) престанка својства осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања за осигураника добровољног здравственог осигурања у току трајања уговора о допунском, однсоно додатном добровољном здравственом осигурању;

3) у осталим случајевима предвиђеним законом.

Члан 186.

Обавезе осигуравача теку почев од двадесетчетвртог часа дана који је наведен у полиси као дан почетка добровољног здравственог осигурања, под условом да је плаћена премија осигурања, односно рата премије осигурања, па све до истека последњег дана рока за који је осигурање уговорено и који је наведен у полиси.

Осигуравач је дужан да осигураницима добровољног здравственог осигурања обезбеди права из добровољног здравственог осигурања у складу са уговором, односно полисом осигурања.

Члан 187.

Осигуравач је дужан да осигуранику добровољног здравственог осигурања благовремено пружи све информације, као и потребну документацију, а које се односе на спровођење добровољног здравственог осигурања и које су од значаја за остваривање права из добровољног здравственог осигурања, као и информације код којих давалаца здравствених услуга може да оствари права из добровољног здравственог осигурања, осим информација које представљају пословну тајну.

Информације из става 1. овог члана осигуравач даје осигуранику добровољног здравственог осигурања без плаћања накнаде.

Осигуравач је дужан да на захтев министарства достави на увид све тражене информације и податке у вези са спровођењем добровољног здравственог осигурања, односно извештаје и податке о спровођењу добровољног здравственог осигурања, који не садрже податке о личности.

5. Обавезе уговарача

Члан 188.

Уговарач је дужан да осигуравачу плаћа премију осигурања у роковима утврђеним уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом осигурања.

Висину премије осигурања одређује осигуравач у складу са законом.

Осигуравач не може повећати висину премије осигурања у периоду за који је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању.

Изузетно од става 3. овог члана премија осигурања може се променити:

1) код уговора закључених на више година после истека периода од 12 месеци од дана закључења уговора, односно на сваких 12 месеци до истека рока на који је уговор закључен;

2) у случају да је уговарач приликом закључивања уговора о добровољном здравственом осигурању прећутао важне околности битне за процену ризика.

Члан 189.

Ако уговарач не уплати доспелу уговорену премију осигурања, односно рату премије осигурања, престаје обавеза осигуравача на покривање трошкова, односно дела трошкова за пружање здравствених услуга које су обухваћене уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом, истеком рока од 30 дана од дана када је уговарачу уручено писмено обавештење о доспелим и неуплаћеним премијама осигурања.

После истека рока из става 1. овог члана осигуравач може да раскине уговор о добровољном здравственом осигурању без накнадног отказног рока и да покрене поступак наплате доспелих премија са припадајућом каматом пред надлежним судом.

6. Давалац здравствених услуга

Члан 190.

Давалац здравствених услуга може закључити са осигуравачем уговор о пружању здравствене услуге која је обухваћена добровољним здравственим осигурањем, без обзира на врсту добровољног здравственог осигурања, за оне капацитете за које није закључен уговор са Републичким фондом, односно за вишак капацитета у погледу простора, кадра и опреме.

Давалац здравствених услуга који је са осигуравачем закључио уговор из става 1. овог члана може да пружа здравствену услугу обухваћену добровољним здравственим осигурањем искључиво на начин који не угрожава пружање здравствених услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Одлуку о закључивању уговора са осигуравачем из става 1. овог уговора доноси надлежни орган даваоца здравствене услуге.

Давалац здравствене услуге из става 1. овог члана дужан је да осигуранику добровољног здравственог осигурања пружи здравствене услуге обухваћене уговором о добровољном здравственом осигурању без плаћања трошкова тако пружене здравствене услуге, односно дела тих трошкова у складу са уговором, односно полисом, осим у случају из члана 184. став 2. овог закона.

Давалац здравствене услуге из Плана мреже здравствених установа, која закључи уговор из става 1. овог уговора, дужна је да копију потписаног уговора достави министарству у року од 15 дана од дана потписивања, односно измена и допуна уговора.

Члан 191.

Осигураник добровољног здравственог осигурања, поводом пружене здравствене услуге од стране даваоца здравствене услуге из члана 190. овог закона, остварује заштиту својих права у складу са законом.

7. Финансирање добровољног здравственог осигурања

Члан 192.

Средства за финансирање добровољног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом премије осигурања у складу са закљученим уговором о добровољном здравственом осигурању.

Члан 193.

Друштво за осигурање води средства добровољног здравственог осигурања одвојено од других средстава друштва и то по врстама добровољног здравственог осигурања које спроводи, одвојено на посебним рачунима.

Републички фонд води средства добровољног здравственог осигурања одвојено од средстава и рачуна обавезног здравственог осигурања и то по врстама добровољног здравственог осигурања које спроводи на посебним рачунима.

ДЕО ЧЕТВРТИ

УГОВАРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ, КОНТРОЛА СПРОВОЂЕЊА ЗАКЉУЧЕНИХ УГОВОРА И НАКНАДА ШТЕТЕ У ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

ГЛАВА I

УВОДНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 194.

Право осигураног лица на здравствену заштиту из чл. 51-70. овог закона утврђује се на основу плана здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања који се доноси на основу:

1) здравствених потреба осигураних лица;

2) обезбеђених финансијских средстава за спровођење обавезног здравственог осигурања;

3) утврђених приоритета за спровођење здравствене заштите на примарном, секундарном и терцијарном нивоу;

4) расположивих капацитета здравствене службе.

План из става 1. овог члана за сваку календарску годину доноси Влада на предлог министра.

Предлог из става 2. овог члана министар доноси у сарадњи са заводом за јавно здравље основаним за територију Републике и Републичким фондом.

План из става 1. овог члана мора бити усклађен са финансијским планом Републичког фонда.

Члан 195.

Номенклатуру здравствених услуга за примарни, секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите утврђује министар.

Члан 196.

Републички фонд доноси општи акт којим се утврђују: цене здравствених услуга, цене дијагностички сродних група, болнички дан, посете осигураног лица здравственом раднику, односно здравственом сараднику, плаћање по опредељеном осигураном лицу, као и други трошкови здравствених услуга које се обезбеђују као право из обавезног

здравственог осигурања у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Министар даје сагласност на акт из става 1. овог члана у року од 30 дана од дана достављања.

Цене, односно трошкови из става 1. овог члана у зависности од садржине утврђују се на основу појединих елемената и то:

1) норматива кадра и стандарда рада;

2) материјалних трошкова (лекови, медицинска средства, медицински потрошни материјал и други материјални трошкови);

3) индиректних трошкова;

4) трошкова уложеног рада запослених у пружању здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са законом и закљученим колективним уговорима, осим оних права које обезбеђује послодавац на основу закључених колективних уговора код послодаваца, односно на основу донетих правилника о раду;

5) других законских обавеза.

Ради утврђивања цене, односно трошкова из става 1. овог члана министар на предлог завода за јавно здравље основаног за територију Републике утврђује нормативе кадра и стандарде рада из става 3. тачка 1) овог члана, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита.

Републички фонд општом актом из става 1. овог члана утврђује трошкове обраде крви и компонената крви на основу методологије за обрачун трошкова обраде крви и компонената крви, утврђене у складу са прописима којима се уређује трансфузијска медицина.

ГЛАВА II

УГОВАРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

Члан 197.

Односи између Републичког фонда и даваоца здравствених услуга, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, уређују се уговором који се закључује за једну календарску годину, у складу са финансијским планом Републичког фонда.

Уговор из става 1. овог члана закључује се на основу понуде даваоца здравствених услуга за обезбеђивање програма и услуга здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања.

До закључења уговора за наредну годину, примењују се одредбе уговора за претходну годину, ако нису у супротности са општим актом из члана 201. овог закона.

Ако су одредбе уговора за претходну годину у супротности са одредбама општег акта из члана 201. закона, до закључења новог уговора непосредно се примењују одредбе општег акта из члана 201. овог закона.

Уговором из става 1. овог члана уређују се односи између Републичког фонда и даваоца здравствених услуга у пружању здравствене заштите обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а нарочито: врста, обим, односно квантитет здравствених услуга,

мере за обезбеђивање квалитета здравствене заштите која се пружа осигураним лицима, кадар на основу норматива кадрова и стандарда рада потребних за остваривање здравствене заштите осигураних лица, накнаде односно цене коју Републички фонд плаћа за пружене здравствене услуге, начин обрачуна и плаћања, контрола и одговорност за извршавање обавеза из уговора, рок за извршавање преузетих обавеза, начин решавања спорних питања, раскид уговора, као и друга међусобна права и обавезе уговорних страна.

Члан 198.

Републички фонд може, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, у складу са одредбама овог закона и закона којим се уређује здравствено осигурање војних осигураника закључити уговор и са организацијом обавезног социјалног осигурања војних осигураника.

На уговор из става 1. овог члана сходно се примењују одредбе овог закона којима се уређује однос између Републичког фонда и давалаца здравствених услуга поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту.

Републички фонд може, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, под условима прописаним овим законом, закључити уговор и са правним лицем односно предузетником, у складу са прописима којима се уређује јавно-приватно партнерство.

Члан 199.

Републички фонд може да, у име и за рачун даваоца здравствених услуга, врши плаћање на име роба и услуга које се набављају у поступку централизованих јавних набавки, у складу са законом.

Услови и начин плаћања из става 1. овог члана, уређују се актом из члана 201. овог закона.

Члан 200.

Предност у закључивању уговора са Републичким фондом имају оне здравствене установе којима је издат сертификат о акредитацији, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита.

Давалац здравствених услуга са којим је Републички фонд, односно филијала закључила уговор поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту обавезно осигураним лицима мора обезбедити потребне лекове и медицинска средства, која су утврђена као право из обавезног здравственог осигурања.

Члан 201.

На предлог Републичког фонда министар за период из члана 197. став 1. овог закона, доноси општи акт којим се уређују услови за закључивање уговора са даваоцима здравствених

услуга, критеријуми и мерила за утврђивање накнаде за њихов рад, односно начин плаћања здравствених услуга, као и других трошкова у складу са овим законом, поступак коначног обрачуна са даваоцима здравствених услуга на основу уговора поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту по завршеној календарској години, као и друга питања од значаја за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга.

Предлог општег акта из става 1. овог члана Републички фонд сачињава по претходно прибављеном мишљењу удружења здравствених установа, као и комора здравствених радника, основаних у складу са законом којим се уређује здравствена заштита.

Члан 202.

Основ за закључивање уговора из члана 197. овог закона чине:

1) годишњи план здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања који се доноси у складу са овим законом;

2) утврђени нормативи кадрова, стандарди рада, као и здравствени капацитети потребни за остваривање права на здравствену заштиту осигураних лица;

3) општи акт из члана 201. став 1. овог закона;

4) акт из члана 196. став 1. овог закона;

5) финансијски план Републичког фонда.

Уговором који се закључује између Републичког фонда и давалаца здравствених услуга могу се уговорити и ниже цене здравствених услуга од цена које су утврђене актом из члана 196. овог закона за здравствене услуге које се пружају из средстава обавезног здравственог осигурања.

Члан 203.

Уговором из члана 197. овог закона могу се утврдити следећи начини плаћања здравствених услуга:

1) по опредељеном осигураном лицу (у даљем тексту: капитација);

2) по случају, односно по епизоди болести или повреде;

3) по ценама појединачних здравствених услуга;

4) по дијагностички сродним групама болести и повреда;

5) откупом плана рада давалаца здравствених услуга.

Уговором из члана 197. овог закона може се утврдити и начин плаћања здравствених услуга који представља комбинацију начина плаћања из става 1. овог члана.

Члан 204.

Здравствене установе из Плана мреже дужне су да приоритетно закључе уговор са Републичким фондом за расположиве капацитете у погледу простора, опреме и кадрова, односно да приоритетно извршавају уговорне обавезе према Републичком фонду, у односу на обавезе које имају из закључених уговора о пружању здравствених услуга са другим правним и физичким лицима.

Члан 205.

Здравственим установама, приватној пракси и другим правним лицима са којима није закључен уговор поводом остваривања права на здравствену заштиту могу се из средстава обавезног здравственог осигурања платити само здравствене услуге пружене осигураним лицима при указивању хитне медицинске помоћи, по ценама утврђеним актом из члана 196. овог закона.

Ако је осигурано лице сносило трошкове за пружену хитну медицинску помоћ у здравственој установи, приватној пракси и другом правном лицу из става 1. овог члана, има право на накнаду плаћених трошкова из средстава обавезног здравственог осигурања до износа цене пружене здравствене услуге, утврђене актом из члана 196. овог закона.

ГЛАВА III

КОНТРОЛА СПРОВОЂЕЊА ЗАКЉУЧЕНИХ УГОВОРА

Члан 206.

Републички фонд дужан је да организује и спроводи контролу извршавања закључених уговора поводом остваривања права на здравствену заштиту.

Контрола извршавања закључених уговора подразумева контролу наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања и контролу законитог остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања.

Члан 207.

Контролу извршавања закључених уговора поводом остваривања права на здравствену заштиту врши надзорник осигурања.

Надзорник осигурања је лице запослено у Републичком фонду и то: доктор медицине, доктор стоматологије, дипломирани фармацеут, дипломирани економиста или дипломирани правник, које има положен државни стручни испит, у складу са законом.

За контролу личних података који се односе на здравствено стање осигураних лица, који се воде у медицинској документацији осигураног лица, у складу са законом, надзорник осигурања је доктор медицине, доктор стоматологије, односно дипломирани фармацеут.

На предлог Републичког фонда министар доноси општи акт којим ближе уређује услове за обављање послова надзорника осигурања, начин обављања послова из става 1. овог члана, као и друга питања од значаја за вршење контроле.

Члан 208.

Надзорник осигурања има службену легитимцију.

Службену легитимацију издаје директор Републичког фонда.

Образац службене легитимације, њен изглед и садржај уређује се општим актом из члана 207. став 4. овог закона.

Службена легитимација, поред података уређених актом из става 3. овог члана, од личних података садржи име и презиме надзорника осигурања.

У поступку вршења контроле надзорник осигурања дужан је да овлашћеном лицу даваоца здравствених услуга стави на увид службену легитимацију.

Члан 209.

У вршењу послова контроле надзорник осигурања овлашћен је да оствари непосредан увид у тражене податке и у службену и финансијску документацију контролисаног субјекта, као и увид у медицинску документацију од значаја за остваривање права осигураних лица из средстава обавезног здравственог осигурања.

У поступку контроле контролисани субјекат дужан је да надзорнику осигурања учини доступним све неопходне податке и информације које се односе на предмет контроле.

Надзорник осигурања о утврђеном чињеничном стању у поступку контроле саставља записник о извршеној контроли, који без одлагања доставља контролисаном субјекту и директору филијале на чијем подручју се налази седиште контролисаног субјекта.

Надзорник осигурања контролисаном субјекту оставља примерени рок за отклањање утврђених неправилности, односно незаконитости. Ако контролисани субјекат у остављеном року не отклони утврђене неправилности, одосно незаконитости, надзорник осигурања предлаже мере за отклањање утврђених неправилности, односно незаконитости, и то:

1) да се умањи износ средстава контролисаном субјекту за део обавеза преузетих закљученим уговором које контролисани субјекат услуга није извршио;

2) да се изврши повраћај средстава обавезног здравственог осигурања Републичком фонду за износ који је контролисани субјекат неосновано, односно ненаменски потрошио из средстава обавезног здравственог осигурања;

3) да се покрене поступак одузимања идентификационог броја изабраном лекару;

4) да се раскине уговор у целини или делимично са контролисаним субјектом;

5) да предузме друге мере у складу са законом и закљученим уговором.

Приликом предлагања мера из става 4. овог члана надзорник осигурања је дужан да узме у обзир све околности, како се предложеном мером не би угрозио рад контролисаног субјекта, као и здравствени систем у целини.

Члан 210.

Директор филијале Републичког фонда по службеној дужности на основу записника из члана 209. став 3. овог закона доноси решење којим:

1) утврђује да у поступку контроле нису утврђене неправилности, односно незаконитости;

2) утврђује да су у поступку контроле утврђене неправилности, односно незаконитости, усваја предложену меру надзорника осигурања и налаже контролисаном субјекту да поступи по предложеној мери.

Уколико надзорник осигурања предложи две или више мера, директор филијале решењем из става 1. тачка 2) овог члана одлучује коју ће од предложених мера прихватити и наложити контролисаном субјекту да поступи по истој, а може прихватити и све предложене мере.

Решење из става 1. овог члана доставља се контролисаном субјекту.

Члан 211.

На решење из члана 210. став 1. овог закона контролисани субјекат може изјавити жалбу у року од 15 дана од дана пријема решења директору филијале Републичког фонда.

О жалби из става 1. овог члана решава директор Републичког фонда.

Решење из става 2. овог члана је коначно и против њега се може покренути управни спор.

Члан 212.

У поступку контроле извршавања закључених уговора примењују се одредбе закона којим се уређује општи управни поступак, ако овим законом није друкчије одређено.

ГЛАВА IV

АРБИТРАЖА

Члан 213.

Ради решавања спорова између Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, а у вези са закључивањем, изменом и спровођењем уговора поводом остваривања права на здравствену заштиту у систему обавезног здравственог осигурања уговорне стране могу уговорити, односно закључити споразум о арбитражном решавању спора.

Уговором, односно споразумом из става 1. овог члана уговорне стране могу арбитражно решавање спора поверити стално изабраном суду при Привредној комори Србије (Арбитражни суд) или „ad hoc“ арбитражи.

У случају решавања спора путем „ad hoc“ арбитраже, уговором, односно споразумом из става 1. овог члана, уговорне стране уређују место арбитраже, број чланова арбитраже, председника арбитраже, рок за окончање арбитражног поступка и друга питања од значаја за спровођење арбитражног поступка.

У случају да се уговорне стране не споразумеју о избору председника арбитраже из става 3. овог члана председника именује министар решењем.

Члан 214.

Свака страна у спору из члана 213. став 1. овог закона, може захтевати закључивање споразума о арбитражи у року од 30 дана од дана настанка спора, а најкасније до 1. марта наредне године у односу на годину за коју је закључен уговор поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, а у вези са којим је настао спор.

Стране у спору дужне су да се изјасне о захтеву из става 1. овог члана у року од 7 дана од дана достављања захтева.

Члан 215.

Здравствена установа, приватна пракса и друго правно лице са којим није закључен уговор поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, а која је пружила хитну медицинску помоћ осигураном лицу може захтевати закључивање споразума о арбитражном решавању спора, у складу са чланом 213. ст. 2-4. овог закона.

Свака страна у спору из става 1. овог члана може захтевати закључивање споразума из става 1. овог члана у року од 30 дана од дана настанка спора.

Стране у спору дужне су да се изјасне о захтеву из става 2. овог члана у року од 7 дана од дана достављања захтева.

Члан 216.

Док траје поступак пред арбитражом рокови за покретање поступка пред надлежним судом мирују.

Ако се странке у току поступка поравнају о предмету спора, арбитража ће на њихов захтев донети одлуку на основу поравнања, осим ако су дејства тог поравнања супротна јавном поретку.

Арбитражна одлука на основу поравнања има снагу као свака друга арбитражна одлука.

Члан 217.

На арбитражу се примењују одредбе закона којим се уређује изабрани суд, односно арбитража, ако овим законом није друкчије одређено.

ГЛАВА V

НАКНАДА ШТЕТЕ У СПРОВОЂЕЊУ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 218.

Осигурано лице коме је из средстава обавезног здравственог осигурања извршена исплата накнаде на коју није имало право, дужан је да Републичком фонду врати примљени износ, односно накнади трошкове:

1) ако је исплата извршена на основу нетачних података за које је знало или је морало знати да су нетачни, или је на други противправан начин остварило право на накнаду на коју није имало право или је остварило накнаду у већем обиму од припадајуће;

2) ако је остварило новчану накнаду услед тога што није пријавило настале промене које утичу на губитак или обим неког права, а знало је или је морало знати за те промене;

3) ако је примило новчану накнаду у износу већем од онога који му је одређен решењем;

4) ако му је пружена хитна медицинска помоћ у држави са којом је закључен међународни уговор о социјалном осигурању и које је боравило у тој држави без претходно

издате потврде за коришћење здравствене заштите, укључујући и трошкове превоза за повратак до места становања у Републици, а које је платио Републички фонд у складу са чланом 116. став 2. овог закона.

Рокови застарелости потраживања из става 1. тач. 1)-4) овог члана почињу тећи од дана када је у управном поступку постало коначно решење којим је утврђено да исплаћена новчана накнада не припада или припада у мањем обиму, односно од дана када је извршена последња неправилна исплата.

Члан 219.

Републички фонд има право да захтева накнаду штете од лица које је намерно или крајњом непажњом проузроковало болест, повреду или смрт осигураног лица.

За штету коју је Републичком фонду у случајевима из става 1. овог члана проузроковао запослени на раду или у вези са радом одговара послодавац код којег запослени ради у тренутку проузроковања штете.

Републички фонд има право, у случајевима из става 2. овог члана, да захтева накнаду штете и непосредно од запосленог ако је болест, повреду или смрт осигураног лица проузроковао намерно.

Члан 220.

Републички фонд има право да захтева накнаду штете од послодавца ако су болест, повреда или смрт осигураника настали услед тога што нису спроведене мере безбедности и здравља на раду, у складу са прописима којима се уређује област безбедности и здравља на раду, или ако нису спроведене друге мере за заштиту грађана.

Републички фонд има право да захтева накнаду штете од послодавца и када је штета настала услед тога што је запослени ступио на рад без прописаног претходног здравственог прегледа, а касније се утврди здравственим прегледом да запослени према свом здравственом стању није био способан за рад на одређеном послу.

Члан 221.

Републички фонд има право да захтева накнаду штете од послодавца:

1) ако је штета настала услед тога што нису дати подаци, или што су дати неистинити подаци о чињеницама од којих зависи стицање или остваривање права из обавезног здравственог осигурања;

2) ако је исплата извршена на основу неистинитих података у пријави на осигурање или зато што није поднета пријава о промени у осигурању или одјава са осигурања или ако су наведени документи поднети после прописаног рока.

Републички фонд има право да захтева накнаду штете од осигураника који је дужан сам да подноси пријаву на осигурање, пријаву промене у осигурању или одјаве са осигурања или да даје одређене податке у вези са здравственим осигурањем, ако је штета настала услед тога што наведени документи нису поднети или нису дати подаци, односно дати су неистинити подаци.

Члан 222.

Републички фонд има право да захтева накнаду штете од изабраног лекара који незаконито утврди привремену спреченост за рад осигураника или пропише лекове, медицинска средства, односно права из обавезног здравственог осигурања, за која нема основа у здравственом стању осигураног лица.

Ако је штета из става 1. овог члана настала због незаконитог рада првостепене или другостепене лекарске комисије, за штету одговара тај стручно-медицински орган који је незаконито радио.

Републички фонд има право на накнаду штете од здравственог радника, односно од даваоца здравствених услуга, ако је настала штета проузрокована при обављању или у вези са обављањем делатности здравственог радника, односно даваоца здравствених услуга због пружања здравствене заштите осигураним лицима супротно овом закону и подзаконским актима донетим за спровођење овог закона.

Члан 223.

При утврђивању права на накнаду штете проузроковане Републичком фонду примењују се одредбе закона којим се уређују облигациони односи.

Висина накнаде штете утврђује се према трошковима лечења и другим трошковима у вези са лечењем, новчаним накнадама исплаћеним осигураном лицу по одредбама овог закона и другим давањима на терет Републичког фонда.

Члан 224.

Штета настала за Републички фонд као последица употребе моторног возила (смрт лица или оштећење здравља) наплаћује се од друштва за осигурање у висини од 5% бруто премије осигурања од аутоодговорности уплатом на рачун Републичког фонда.

Проценат из става 1. овог члана обрачунат на износ бруто премије осигурања од одговорности друштво за осигурање уплаћује Републичком фонду до 20-ог у текућем месецу за претходни месец.

Уплатом износа из става 2. овог члана сматра се да су према Републичком фонду измирене све стварне штете из става 1. овог члана.

Републички фонд има право да захтева накнаду штете и када је штета од употребе моторног возила настала у иностранству, у складу са одредбама закона којим се уређује осигурање у међународном саобраћају.

Члан 225.

Накнаду штете може захтевати и осигурано лице које претрпи штету у спровођењу обавезног здравственог осигурања, као и послодавац који претрпи штету у спровођењу обавезног здравственог осигурања својих запослених, у складу са законом.

Члан 226.

Када Републички фонд утврди да му је у спровођењу здравственог осигурања проузрокована штета, затражиће од штетника да, у року од 30 дана од дана подношења захтева за накнаду штете, надокнади штету.

Ако у остављеном року штета не буде накнађена, захтев за накнаду штете Републички фонд може остварити судским путем.

Члан 227.

Послодавци, даваоци здравствених услуга, надлежни државни органи, као и друга правна лица која на основу закона у обављању редовне делатности прикупљају податке, односно воде евиденције од значаја за накнаду штете у складу са овим законом, дужни су да на захтев Републичког фонда доставе те податке Републичком фонду.

Обавезу из става 1. овог члана имају и друштва која у складу са посебним законом обављају делатност осигурања, за случај повреде или смрти у саобраћајној несрећи осигураног лица, које је са осигуравајућим друштвом закључило уговор о обавезном осигурању у саобраћају.

ДЕО ПЕТИ

ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

ГЛАВА I
ЗАЈЕДНИЧКЕ ОДРЕДБЕ

Члан 228.

Обезбеђивање и спровођење обавезног здравственог осигурања обавља Републички фонд, са седиштем у Београду.

Републички фонд врши јавна овлашћења у обезбеђивању и спровођењу обавезног здравственог осигурања, као и у решавању о правима из обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом.

Републички фонд обавља и послове добровољног здравственог осигурања, у складу са законом.

Члан 229.

Републички фонд је правно лице са статусом организације за обавезно социјално осигурање у којем се обезбеђују средства за обавезно здравствено осигурање и остварују права из обавезног здравственог осигурања, у складу са законом.

Права, обавезе и одговорност Републичког фонда утврђене су законом и статутом Републичког фонда.

Статутом Републичког фонда ближе се уређује делатност Републичког фонда, унутрашња организација, управљање, пословање, услови за именовање директора и заменика директора, као и друга питања од значаја за рад Републичког фонда.

Делатност Републичког фонда која се уређује статутом из става 2. овог члана обухвата: спровођење обавезног здравственог осигурања, као и добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи Републички фонд, закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга, спровођење међународних уговора о социјалном осигурању, финансијско пословање, обављање других стручних, контролних и административних послова, пружање савета и упутстава осигураним лицима о коришћењу права из обавезног здравственог осигурања.

Влада даје сагласност на статут Републичког фонда.

Члан 230.

Ради обезбеђивања и спровођења здравственог осигурања образују се организационе јединице Републичког фонда-филијале, као и Покрајински фонд.

Филијале се образују за подручје управног округа са седиштем у управном округу, односно за територију града, с тим што општина Сокобања припадају филијали са седиштем у Нишу.

Изузетно од става 2. овог члана поред филијале која је у седишту управног округа може се образовати и филијала која је ван седишта управног округа, о чему одлуку доноси Републички фонд, уз сагласност Владе.

Филијала има организационе јединице (у даљем тексту: испоставе филијала), које су организоване тако да омогуће доступну службу осигураним лицима на подручју Републике.

Овлашћења и одговорности филијале, територијална организација испостава филијала, овлашћења и одговорности Покрајинског фонда, као и друга питања од значаја за рад филијала, односно Покрајинског фонда, уређују се законом и статутом Републичког фонда.

Члан 231.

Републички фонд има посебне рачуне за:

1) обавезно здравствено осигурање;

2) добровољно здравствено осигурање.

ГЛАВА II

ПОСЛОВИ РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА

Члан 232.

Републички фонд:

1) доноси статут;

2) доноси општа акта и усваја предлоге општих аката, на основу овлашћења из овог закона, којима се ближе уређује спровођење обавезног здравственог осигурања;

3) планира и обезбеђује финансијска средства за спровођење обавезног здравственог осигурања;

4) преноси средства за спровођење обавезног здравственог осигурања филијалама, у складу са чланом 169. овог закона;

5) обезбеђује финансијске и друге услове за остваривање права на коришћење здравствене заштите у иностранству, односно за упућивање осигураних лица на лечење у иностранство;

6) доноси план рада за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања у складу са плановима рада филијала;

7) доноси финансијски план, у складу са законом;

8) закључује уговоре поводом остваривања права на здравствену заштиту у складу са овим законом, и обезбеђује средства за спровођење здравствене заштите на основу тих уговора;

9) у оквиру расположивих финансијских средстава планира и обезбеђује услове за равномерно спровођење обавезног здравственог осигурања на територији Републике и обезбеђује средства солидарности из члана 255. овог закона;

10) стара се о законитом, наменском и економичном коришћењу средстава;

11) обезбеђује непосредно, ефикасно, рационално и законито остваривање права из здравственог осигурања и организује обављање послова за спровођење осигурања;

12) организује обављање послова за спровођење здравственог осигурања које се непосредно спроводи у Републичком фонду;

13) координира рад филијала и Покрајинског фонда;

14) организује и врши контролу рада филијала, законитог и наменског коришћења средстава која се филијалама преносе за остваривање права из обавезног здравственог осигурања;

15) врши контролу спровођења закључених уговора са даваоцима здравствених услуга;

16) устројава и организује матичну евиденцију и врши контролу послова матичне евиденције;

17) организује и врши контролу и уједначавање рада првостепених и другостепених лекарских комисија;

18) обезбеђује спровођење међународних уговора о социјалном осигурању у делу којим се уређује здравствено осигурање;

19) води евиденцију о наплаћеним доприносима, размењује податке о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и друге податке везане за допринос са надлежним органима;

20) обавља послове који се односе на фармако-економске показатеље у поступку стављања лекова на Листу лекова, њене измене и допуне, као и скидање са Листе лекова;

21) обавља послове централизованих јавних набавки у складу са законом;

22) спроводи добровољно здравствено осигурање, врши контролу обрачуна и плаћања премија за добровољно здравствено осигурање, као и контролу спровођења добровољног здравственог осигурања, у складу са законом;

23) осигураним лицима пружа савете и упутства о коришћењу права из обавезног здравственог осигурања;

24) обавља и друге послове одређене законом и статутом Републичког фонда.

За обављање послова из става 1. овог члана Републички фонд може да образује комисије и друга стручна тела, осим за оне области медицине, стоматологије, односно фармације за које

су образоване републичке стручне комисије, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, односно друга стручна тела образована од стране министра.

У складу са овлашћењима утврђеним овим законом, Републички фонд у поступку доношења одлука, општих аката, односно предлога општих аката којима се обезбеђује, односно уређује право на здравствену заштиту из средстава обавезног здравственог осигурања, дужан је да укључи у рад, односно да прибави стручно мишљење републичких стручних комисија образованих за одређене области медицине, стоматологије, односно фармације у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, друга стручна тела формирана од стране министра, као и удружења и друга правна лица, у складу са законом.

Акта из става 1. тач. 1) и 2) овог закона објављују се у „Службеном гласнику Републике Србије".

Члан 233.

Републички фонд обавља послове централизованих јавних набавки у име и за рачун здравствене установе, односно приватне праксе са којом има закључен уговор поводом остваривања права на здравствену заштиту, у складу са овим законом, осим ако законом којим се уређују јавне набавке није друкчије прописано, и то:

1) прикупља, обједињује и анализира планове потреба здравствених установа, односно приватне праксе, на основу којих доноси План централизованих јавних набавки роба и услуга (у даљем тексту: План централизованих јавних набавки);

2) спроводи централизоване јавне набавке, на основу Плана централизованих јавних набавки, за које се средства обезбеђују у финансијском плану здравствене установе и приватне праксе, односно Републичког фонда, као и у буџету оснивача здравствене установе, односно приватне праксе, у складу са законом;

3) прати извршење закључених оквирних споразума, односно уговора;

4) обавља и друге послове у складу са законом.

За спровођење централизованих јавних набавки које Републички фонд, обавља у име и за рачун здравствених установа, односно приватне праксе из става 1. овог члана, није потребно претходно овлашћење, односно сагласност тих установа, односно приватне праксе.

Здравствене установе, односно приватна пракса из става 1. овог члана не могу да набављају робе и услуге за које Републички фонд у име и за рачун тих установа, односно приватне праксе спроводи централизоване јавне набавке.

Поступци јавних набавки спроводе се у складу са законом којим се уређују јавне набавке.

Изузетно од става 5. овог члана ако Републички фонд закључи посебан уговор у складу са општим актом из члана 66. став 5. овог закона, спроводи се преговарачки поступак у складу са законом којим се уређују јавне набавке, без сагласности Управе за јавне набавке.

Влада доноси акт којим се ближе уређују услови, начин и поступак планирања потреба здравствених установа, односно приватне праксе за које се спроводе централизоване јавне набавке, врсту робе и услуга за које се спроводе централизоване јавне набавке и које су обухваћене Планом централизованих јавних набавки, као и друга питања од значаја за планирање, организовање и спровођење централизованих јавних набавки.

ГЛАВА III

ФИЛИЈАЛА И ПОКРАЈИНСКИ ФОНД

1. Филијала

Члан 234.

Филијала:

1) спроводи обавезно здравствено осигурање на свом подручју;

2) планира потребе осигураних лица са свог подручја и прави планове рада у складу са расположивим финансијским средствима, односно са финансијским планом Републичког фонда;

3) располаже пренетим средствима за спровођење обавезног здравственог осигурања за осигурана лица са свог подручја, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;

4) обезбеђује остваривање права из здравственог осигурања за осигурана лица са свог подручја, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;

5) закључује уговоре поводом остваривања права на здравствену заштиту;

6) врши контролу спровођења закључених уговора поводом остваривања права на здравствену заштиту;

7) обезбеђује законито, наменско и економично трошење пренетих средстава обавезног здравственог осигурања на свом подручју;

8) води матичну евиденцију осигураних лица са подацима потребним за спровођење обавезног здравственог осигурања и за обезбеђивање и контролу остваривања права из тог осигурања;

9) врши контролу пријављивања на осигурање, одјављивања са осигурања и пријављивање промене у осигурању, као и контролу свих података од значаја за стицање, коришћење и престанак права;

10) води евиденцију о наплаћеним доприносима, размењује податке са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и друге податке везане за доприносе, на свом подручју;

11) пружа потребну стручну помоћ осигураним лицима у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања и заштитом њихових интереса у осигурању;

12) врши одређене послове у спровођењу међународних уговора о социјалном осигурању у делу којим се уређује здравствено осигурање;

13) обезбеђује услове за рад првостепених и другостепених лекарских комисија на свом подручју, у складу са општим актом Републичког фонда;

14) обавља послове у вези са накнадом штете у спровођењу обавезног здравственог осигурања;

15) обавља одређене послове добровољног здравственог осигурања;

16) обавља и друге послове у складу са законом и статутом Републичког фонда.

Послове из става 1. овог члана филијала обавља у име Републичког фонда.

Члан 235.

Филијала подноси шестомесечни извештај о раду директору Републичког фонда.

Члан 236.

Филијалом руководи директор филијале.

Директор филијале одговоран је за законитост рада филијале, као и за законито и наменско коришћење пренетих средстава за спровођење здравственог осигурања.

Директор филијале извршава одлуке органа Републичког фонда.

Директор филијале доноси решење из члана 210. став 1. овог закона.

Директора филијале на основу јавног конкурса именује директор Републичког фонда на период од четири године.

Директор филијале мора испуњавати услове из члана 240. ст. 3-5. овог закона.

Директор филијале у обављању послова врши јавну функцију.

На обављање јавне функције директора филијале примењују се одредбе закона којим се уређује рад Агенције за борбу против корупције.

Директор филијале по истеку мандата наставља да обавља послове у складу са законом и статутом Републичког фонда до дана именовања директора филијале, по поступку прописаним овим законом.

Дужност директора филијале престаје истеком мандата и разрешењем.

Директор Републичког фонда разрешава директора филијале пре истека мандата у следећим случајевима:

1) на лични захтев;

2) из других разлога у складу са законом.

Члан 237.

У филијали се може образовати Савет филијале.

Савет филијале је саветодавно тело директора филијале и састављен је од представника осигураника и послодаваца са подручја филијале.

Савет филијале има највише девет чланова, од којих су шест представници осигураника а три представници послодаваца, с тим да се обезбеђује правична заступљеност општина на подручју филијале.

Један од представника осигураника у Савету филијале јесте из удружења особа са инвалидитетом са подручја филијале.

Чланови Савета филијале морају испуњавати услове из члана 240. ст. 3-5. овог закона.

Савет филијале:

1) предлаже мере за спровођење и унапређивање здравственог осигурања на подручју филијале;

2) даје мишљење о плану рада филијале;

3) даје мишљење на одлуке које доноси филијала у погледу обезбеђивања права из здравственог осигурања и закључивања уговора са даваоцима здравствених услуга;

4) даје предлоге за рационално располагање и трошење средстава здравственог осигурања;

5) даје мишљење о извештају који филијала подноси Управном одбору и Надзорном одбору Републичког фонда;

6) обавља и друге послове утврђене статутом Републичког фонда.

2. Покрајински фонд

Члан 238.

Покрајински фонд је организациона јединица Републичког фонда која обавља:

1) координацију рада филијала образованих на територији аутономне покрајине, у сарадњи са Републичким фондом, у складу са законом;

2) контролу рада филијала, законитог и наменског коришћења средстава која Републички фонд преноси филијалама за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, на подручју аутономне покрајине;

3) контролу закључених уговора поводом остваривања права на здравствену заштиту, на подручју аутономне покрајине;

4) решава у другом степену о правима из здравственог осигурања поводом изјављених жалби на одлуке Филијала са територије аутономне покрајине у складу са овим законом;

5) пружа савете и упутства осигураним лицима о коришћењу права из обавезног здравственог осигурања;

6) обезбеђује услове за рад стручно-медицинских органа образованих на територији аутономне покрајине, у складу са законом;

7) подноси шестомесечни извештај о раду Управном одбору Републичког фонда;

8) друге послове утврђене статутом Републичког фонда.

ГЛАВА IV

УПРАВЉАЊЕ РЕПУБЛИЧКИМ ФОНДОМ И ОРГАНИ РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА

1. Управљање Републичким фондом

Члан 239.

Републичким фондом управљају органи Републичког фонда, у складу са надлежностима утврђеним овим законом и статутом Републичког фонда.

2. Органи Републичког фонда

Члан 240.

Органи Републичког фонда су: Управни одбор, Надзорни одбор и директор.

Републички фонд има и заменика директора који се именује и разрешава под условима, на начин и по поступку који је прописан за именовање и разрешење директора.

Чланови Управног одбора, Надзорног одбора, директор, односно заменик директора, не смеју, директно или преко трећег физичког или правног лица, имати учешће као власници удела, акционари, запослени или лица ангажована по основу других уговора код правног, односно физичког лица која су даваоци здравствених услуга, односно у осигуравајућим

друштвима која обављају послове добровољног здравственог осигурања, ради спречавања сукоба интереса.

Изузетно од става 3. овог члана, чланови Управног одбора, Надзорног одбора, директор, односно заменик директора могу поред послова у органима Републичког фонда, да се баве и научно-истраживачким радом, наставом, радом у културно-уметничким, хуманитарним и спортским организацијама, без сагласности Агенције за борбу против корупције, ако тиме не угрожавају непристрасно вршење послова и углед органа Републичког фонда.

Лице из става 3. овог члана не може бити лице изабрано, постављено или именовано на функцију у државном органу, органу територијалне аутономије или локалне самоуправе, односно органу овлашћеног предлагача из чл. 242. и 245. овог закона.

Лице из става 3. овог члана потписује изјаву о непостојању сукоба интереса из става 3. овог члана.

Лице из става 3. овог члана у обављању послова врши јавну функцију.

На обављање јавне функције лица из става 3. овог члана, примењују се одредбе закона којим се уређује рад Агенције за борбу против корупције.

Лица из става 3. овог члана могу бити именована на јавну функцију у Републичком фонду највише два пута узастопно.

Органи Републичког фонда по истеку мандата настављају да обављају послове у складу са законом и статутом Републичког фонда до дана именовања нових органа Републичког фонда на начин прописан овим законом.

2.1. Управни одбор

Члан 241.

Управни одбор:

1) доноси статут и друге опште акте Републичког фонда, као и предлоге општих аката у складу са овлашћењима утврђеним овим законом;

2) одлучује о имовини Републичког фонда;

3) одлучује о пословању Републичког фонда, као и о другим питањима од значаја за рад Републичког фонда;

4) доноси финансијски план и завршни рачун Републичког фонда;

5) разматра и усваја извештај о раду Републичког фонда;

6) разматра и усваја извештај о финансијском пословању Републичког фонда;

7) спроводи јавни конкурс за именовање директора Републичког фонда;

8) даје претходну сагласност на акт о организацији и систематизацији послова у Републичком фонду;

9) обавља и друге послове, у складу са законом и статутом.

Извештаје из става 1 тач. 5) и 6) овог члана Управни одбор подноси Влади, најкасније до 31. марта текуће године за претходну годину.

Члан 242.

Управни одбор има седам чланова, које именује и разрешава Влада и то:

1) четири члана, на предлог министра;

2) једног члана представника осигураника запослених, на предлог репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике;

3) једног члана представника осигураника пензионера, на предлог удружења пензионера организованог на нивоу Републике које има више од 50.000 регистрованих чланова;

4) једног члана представника осигураника пољопривредника, на предлог удружења пољопривредника организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова.

Чланови Управног одбора заступају интересе осигураних лица у обезбеђивању и спровођењу права обухваћених обавезним здравственим осигурањем, у складу са овим законом.

Број чланова удружења из става 1. тач. 3) и 4) овог члана утврђује се на основу доказа о броју регистрованих чланова.

Члан 243.

На предлог министра Влада именује и разрешава председника и заменика председника Управног одбора из реда чланова Управног одбора.

Председник, заменик председника и чланови Управног одбора именују се на период од четири године.

Начин рада, овлашћења и одговорности чланова Управног одбора, као и друга питања од значаја за рад Управног одбора, уређују се статутом Републичког фонда.

2.2. Надзорни одбор

Члан 244.

Надзорни одбор:

1) врши надзор над финансијским пословањем Републичког фонда;

2) врши надзор над финансијским пословањем филијала и Покрајинског фонда;

3) врши увид у спровођење законских обавеза Републичког фонда, филијала и Покрајинског фонда;

4) врши увид у спровођење одлука Управног одбора;

5) обавља и друге послове у складу са законом и статутом Републичког фонда.

Надзорни одбор, најмање једном годишње, а најкасније до 31. марта текуће године за претходну годину подноси извештај о извршеном надзору Управном одбору и Влади.

Члан 245.

Надзорни одбор има пет чланова, које именује и разрешава Влада и то:

1) три члана, на предлог министра;

2) једног члана представника осигураника запослених, на предлог репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике;

3) једног члана представника осигураника пензионера, на предлог удружења пензионера организованог на нивоу Републике које има више од 50.000 регистрованих чланова.

На предлог министра Влада именује и разрешава председника Надзорног одбора из реда чланова Надзорног одбора.

Број чланова удружења из става 1. тачка 3) овог члана утврђује се на основу доказа о броју регистрованих чланова.

Члан 246.

Председник и чланови Надзорног одбора именују се на период од четири године.

Начин рада, овлашћења и одговорности чланова Надзорног одбора, као и друга питања од значаја за рад Надзорног одбора, уређују се статутом Републичког фонда.

2.3. Директор Републичког фонда

Члан 247.

Директор Републичког фонда:

1) организује рад и пословање у Републичком фонду;

2) представља и заступа Републички фонд;

3) стара се о законитости рада Републичког фонда и одговара за законитост рада;

4) извршава одлуке Управног одбора;

5) прописује образац службене легитимације надзорника осигурања, као и њен изглед и садржај;

6) руководи радом запослених у Републичком фонду;

7) именује директоре филијала по спроведеном јавном конкурсу за избор директора филијале, осим за филијале са територије аутономне покрајине;

8) доноси решење из члана 211. став 2. овог закона;

9) доноси акт о организацији и систематизацији послова у Републичком фонду, уз претходну сагласност Управног одбора и након затраженог мишљења репрезентативног синдиката;

10) подноси годишњи извештај о раду Управном одбору;

11) врши друге послове утврђене законом и статутом.

Директора Републичког фонда, по спроведеном јавном конкурсу, именује Управни одбор, уз претходну сагласност Владе.

Управни одбор обавља разговор са кандидатима који испуњавају услове из конкурса и у року од 30 дана од дана завршетка јавног конкурса доставља министру извештај о кандидатима који не испуњавају услове из конкурса, као и образложени предлог Листе кандидата који садржи мишљење Управног одбора о стручним и организационим способностима сваког кандидата и Записник о обављеном разговору.

Министар предлаже Влади кандидата са Листе кандидата за директора Републичког фонда.

Јавни конкурс није успео ако:

1. нема пријављених кандидата;

2. нико од пријављених кандидата не испуњава услове из конкурса;

3. министар не прихвати ниједног кандидата са Листе кандидата.

У случају из става 5. тач. 1. и 2. овог члана, Управни одбор доставља министру извештај.

У случају из става 5. овог члана министар подноси извештај Влади.

Мандат директора Републичког фонда траје четири године.

Дужност директора Републичког фонда престаје истеком мандата и разрешењем.

Управни одбор разрешава директора Републичког фонда пре истека мандата у следећим случајевима:

1) на лични захтев;

2) на образложени предлог министра уз претходну сагласност Владе;

3) из других разлога у складу са законом.

2.4. Директор Покрајинског фонда

Члан 248.

Директора Покрајинског фонда, по спроведеном јавном конкурсу који расписује Републички фонд, именује Управни одбор, на предлог надлежног органа аутономне покрајине.

Директор Покрајинског фонда именује се на период од четири године.

Директор Покрајинског фонда по истеку мандата наставља да обавља послове у складу са законом и статутом Републичког фонда до дана именовања директора Покрајинског фонда на начин прописан овим законом.

Директор Покрајинског фонда учествује у раду Управног одбора, без права одлучивања.

Директор Покрајинског фонда, по спроведеном јавном конкурсу, именује директоре филијала које су образоване на територији аутономне покрајине, под условима и на начин прописан овим законом за именовање директора филијала.

На директора Покрајинског фонда примењују се одредбе члана 240. ст. 3-7. овог закона.

3. Стручна служба Републичког фонда

Члан 249.

Стручне, административне и финансијске послове у вези са радом и пословањем Републичког фонда и спровођењем здравственог осигурања врше запослени у Републичком фонду.

На права, обавезе и одговорности запослених у Републичком фонду које нису уређени законом којима се уређују права, обавезе и одговорности из радног односа у јавним службама, односно овим законом, примењују се прописи којима се уређује рад.

Члан 250.

Запослени има право да професионално напредује на начин и под условима прописаним колективним уговором, односно правилником о раду, у складу са законом.

Члан 251.

Лице у својству приправника може да заснује радни однос у Републичком фонду на неодређено време или на одређено време док траје приправнички стаж или да закључи уговор

о стручном оспособљавању ради обављања приправничког стажа, ако је то као услов за рад на одређеним пословима утврђено законом или актом о организацији и систематизацији послова Републичког фонда.

Ближи услови за обављање приправничког стажа уређују се колективним уговором, односно правилником о раду.

Члан 252.

Запосленом може да се увећа основна плата сразмерно учешћу трошкова рада запосленог у стицању сопственог прихода Републичког фонда.

Удео средстава за увећање плате запослених у сопственом приходу, као и елементи за утврђивање учешћа трошкова рада запосленог у сопственом приходу уређују се колективним уговором, односно правилником о раду, у складу са законом.

ГЛАВА V

СРЕДСТВА РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА

Члан 253.

Приход Републичког фонда чине средства:

1) доприноса за обавезно здравствено осигурање;

2) премије за добровољно здравствено осигурање које организује и спроводи Републички фонд;

3) од имовине којом располаже Републички фонд;

4) домаћих и иностраних кредита и зајмова;

5) друга средства, у складу са законом.

Члан 254.

Средства Републичког фонда могу се користити само за намене одређене законом и то за:

1) остваривање права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања;

2) унапређивање система здравственог осигурања;

3) остваривање права осигураних лица из добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи Републички фонд;

4) трошкове спровођења здравственог осигурања;

5) друге расходе, у складу са законом.

Члан 255.

У Републичком фонду, на основу одлуке Управног одбора из члана 169. овог закона, образују се у оквиру расположивих финансијских средстава-средства солидарности за равномерно спровођење обавезног здравственог осигурања на територији Републике и

уједначавање услова за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања на подручју филијала.

ГЛАВА VI

НАДЗОР НАД РАДОМ РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА

Члан 256.

Надзор над радом Републичког фонда врши Министарство.

Министарство је, у вршењу надзора над радом Републичког фонда, овлашћено да:

1) захтева извештаје и податке о раду;

2) утврди стање извршавања послова, упозори на уочене неправилности и одреди мере и рок за њихово отклањање;

3) издаје инструкције;

4) наложи предузимање послова које сматра потребним;

5) покрене поступак за утврђивање одговорности;

6) непосредно изврши неки посао ако оцени да се друкчије не може извршити закон или други општи акт;

7) предложи Влади да предузме мере на које је овлашћена.

Извештај о раду из става 2. тачка 1) овог члана садржи приказ извршавања закона и других општих аката, односно послова, као и предузете мере и њихово дејство, а по потреби и друге податке.

Члан 257.

Републички фонд, као ималац јавних овлашћења, у вршењу поверених послова државне управе, дужан је да, пре објављивања прописа на чије доношење је овлашћен овим законом, прибави од Министарства мишљење о уставности и законитости прописа, а Министарство је дужно да Републичком фонду достави образложени предлог како да пропис усагласи са Уставом, законом, другим прописом или општим актом Народне скупштине и Владе.

Министар даје мишљење из става 1. овог члана у року од 30 дана од дана достављања прописа које је донео Републички фонд.

Ако Републички фонд не поступи по предлогу министарства, министарство је дужно да Влади предложи:

1) да донесе решење којим се поништава или укида пропис Републичког фонда, ако пропис није у сагласности с другим прописом или општим актом Народне скупштине или Владе;

2) да обустави од извршења пропис Републичког фонда и појединачне акте засноване на том пропису и да пред Уставним судом покрене поступак за оцену уставности или законитости тог прописа, ако пропис није у сагласности са уставом или законом.

ДЕО ШЕСТИ

КАЗНЕНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 258.

Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај давалац здравствене услуге – правно лице, ако:

1) осигураном лицу не обезбеди здравствену заштиту која је право из обавезног здравственог осигурања или ако осигураном лицу обезбеди ту здравствену заштиту у мањем, односно већем садржају и обиму, или ако се та здравствена заштита обезбеди лицу које на њу нема право (чл. 51-70. и члан 131.);

2) здравствену услугу која се не обезбеђује из обавезног здравственог осигурања пружи на терет средстава обавезног здравственог осигурања (члан 110.);

3) не утврди листу чекања за одређене врсте здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања или ако утврди листе чекања у супротности са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, или ако осигураном лицу не пружи здравствене услуге у складу са листом чекања (члан 129.);

4) осигураном лицу наплати друкчији износ партиципације од износа прописаних овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона (члан 134. став 4.);

5) осигураном лицу не изда рачун о наплаћеној партиципацији на прописаном обрасцу (члан 135. став 1.);

6) ако супротно члану 136. овог закона наплати здравствену услугу на коју осигурано лице има право у оквиру обавезног здравственог осигурања, односно ако тражи или прими или на било који други начин наведе осигурано лице или чланове његове породице, на плаћање, односно давање било какве материјалне или нематеријалне користи за пружање таквих услуга осигураном лицу, осим ако законом није друкчије одређено;

7) осигураном лицу коме се здравствена заштита обезбеђује у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања наплати партиципацију (члан 137.);

8) не обезбеди за осигурано лице потребне лекове и медицинска средства, која су утврђена као право из обавезног здравственог осигурања (члан 200. став 2.);

9) приоритетно не закључи уговор са Републичким фондом за расположиве капацитете у погледу простора, опреме и кадрова, односно ако приоритетно не извршава уговорне обавезе према Републичком фонду, у односу на друга правна и физичка лица са којима има закључене уговоре о пружању здравствених услуга (члан 204.).

Новчаном казном од 300.000 до 800.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и предузетник.

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и одговорно лице у правном лицу.

За извршење прекршаја из става 1. овог члана, може се изрећи заштитна мера забране обављања делатности, у складу са законом.

Члан 259.

Новчаном казном од 200.000 до 500.000 динара казниће се за прекршај давалац здравствене услуге – правно лице, ако:

1) осигураном лицу не изда претходно обавештење, односно обавештење из члана 130. овог закона;

2) на видном месту не истакне списак лекара који имају овлашћење изабраног лекара (члан 140. став 2.).

3) надзорнику осигурања не учини доступним све неопходне податке и информације које се односе на предмет контроле (члан 209. став 2.);

4) Републичком фонду не достави податке од значаја за поступак накнаде штете (члан 227. став 1.).

Новчаном казном од 200.000 до 400.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и предузетник.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и одговорно лице у правном лицу.

Члан 260.

Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај послодавац са својством правног лица, ако:

1) не достави матичној филијали доказе, тачна обавештења, односно податке на којима се заснивају подаци унети у пријаве, односно од значаја за утврђивање чињеница важних за стицање и остваривање права из обавезног здравственог осигурања, односно не омогући матичној филијали увид у евиденцију и документацију (члан 42. став 2.);

2) не изврши исплату накнаде зараде запосленом која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања или не обрачуна накнаду зараде која се осигуранику обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања или ако накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања која је пренета на посебан рачун послодавца не исплати осигуранику у року од 30 дана од дана њиховог пријема, а не врати их филијали са каматом за коју су средства увећана док су се налазила на посебном рачуну послодавца (члан 102. ст. 1, 2. и 4.);

3) не уплати износ накнаде плаћених трошкова на рачун осигураног лица, односно ако му не изврши исплату на други одговарајући начин за здравствене услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а које је осигурано лице платило зато што није уплаћен допринос за здравствено осигурање, односно није уплаћен у целини (члан 127. став 2.);

4) Републичком фонду не достави податке од значаја за поступак накнаде штете (члан 227. став 1.).

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај из става 1. тачка 1) овог члана и други подносиоци пријаве.

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај из става 1. овог члана и одговорно лице у правном лицу.

Новчаном казном од 300.000 до 500.000 динара казниће се за прекршај из става 1. овог члана и послодавац - предузетник.

Члан 261.

Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај Републички фонд, ако:

1) податке који се воде у матичној евиденцији, а који се односе на коришћење права из здравственог осигурања за осигурана лица не води одвојено од других података из матичне евиденције или ако те податке уноси и њима рукује неовлашћено лице (члан 33. ст. 1. и 2.);

2) податке који се воде у матичној евиденцији користи супротно члану 33. став 3;

3) не провери тачност података унетих у матичну евиденцију за лица из чл. 16. и 17. овог закона, као и чланове њихових породица (члан 42. став 3.);

4) осигураном лицу на његов захтев не изда уверење о подацима који су унети у матичну евиденцију (члан 45. став 1.);

5) не пренесе одговарајући износ средстава на посебан рачун послодавца у року од 30 дана од дана пријема обрачуна накнаде зараде (члан 102. став 3.);

6) не накнади послодавцу исплаћене износе накнаде зараде, у року од 15 дана од дана предаје захтева филијали (члан 102. став 7.);

7) овери здравствену исправу без доказа да је уплаћен доспели допринос за обавезно здравствено осигурање, односно да је обвезник уплате доприноса започео са измиривањем заосталих доприноса за обавезно здравствено осигурање и наставио са његовим континуираним измиривањем (чл. 125-126.);

8) контролу личних података који се односе на здравствено стање осигураних лица који се воде у медицинској документацији осигураних лица, врши надзорник осигурања који није доктор медицине, доктор стоматологије, односно дипломирани фармацеут (члан 207. став 2.).

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај из става 1. овог члана и одговорно лице у Републичком фонду.

Члан 262.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај здравствени радник, ако:

1) осигуранику утврди привремену спреченост за рад супротно члану 73. овог закона;

2) као изабрани лекар или стручно-медицински орган изда налаз и мишљење о здравственом стању за осигурано лице које болује од акутних или хроничних обољења и других поремећаја здравственог стања да не болује од акутних или хроничних обољења и других поремећаја здравственог стања и тиме омогући издавање потврде о здравственом стању осигураног лица ради остваривања права на здравствену заштиту у иностранству (члан 114.);

3) не прими свако осигурано лице које га је одабрало за изабраног лекара, осим ако се код тог изабраног лекара евидентирао већи број осигураних лица од утврђеног стандарда (члан 141.);

4) као изабрани лекар злоупотреби своја овлашћења у поступку остваривања права осигураних лица (члан 144..).

Члан 263.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај осигураник ако намерно проузрокује неспособност за рад, ако је неспособност за рад проузрокована употребом алкохола или употребом психоактивних супстанци или ако намерно спречи оздрављење, односно оспособљавање за рад, ако се без оправданог разлога не подвргне лечењу, осим ако за

лечење није потребан пристанак предвиђен законом, ако се без оправданог разлога у року од 3 дана од дана настанка привремене спречености за рад не јави изабраном лекару, односно не јави се првостепеној лекарској комисији по упуту изабраног лекара, односно стручно-медицинском органу у року од 3 дана од дана добијања позива за излазак пред стручно-медицински орган, ако се за време привремене спречености за рад бави привредном или другом активношћу којом остварује приходе, ако без дозволе стручно-медицинског органа Републичког фонда отпутује из места сталног пребивалишта, односно боравишта, ако злоупотреби право на коришћење одсуствовања са рада, ако прима накнаду зараде по другим прописима (члан 84.).

Члан 264.

Новчаном казном од 500.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај осигуравач ако:

1) не закључи уговор о добровољном здравственом осигурању са свим лицима, односно за сва лица за која уговарач искаже јасну намеру да са тим осигуравачем закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, под условима прописаним овим законом, без обзира на ризик коме је осигураник изложен, односно без обзира на године живота, пол и здравствено стање осигураника (члан 172. став 1.);

2) за све осигуранике добровољног здравственог осигурања не обезбеди исти обим, садржај и стандард за остваривање права и обавеза у оквиру појединих врста добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи (члан 172. став 3.);

3) приликом закључења уговора о добровољном здравственом осигурању тражи генетске податке, односно резултате генетских тестова за наследне болести лица које искаже јасну намеру да са тим даваоцем осигурања жели да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, као и за његове сроднике без обзира на линију и степен сродства (члан 173.);

4) утврди својство осигураника добровољног здравственог осигурања у допунском, односно додатном добровољном здравственом осигурању лицу које нема својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању (члан 175. став 1.);

5) почне да обавља послове добровољног здравственог осигурања без претходног мишљења министарства о испуњености услова за организовање и обављање одређене врсте добровољног здравственог осигурања (члан 177.);

6) не достави Народној банци мишљење министарства здравља о испуњености услова за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања у року од 15 дана од дана добијања мишљења (члан 178.)

6) не изда осигуранику добровољног здравственог осигурања прописану исправу којом се остварују права из добровољног здравственог осигурања (члан 182.);

7) не покрије износ трошкова који су настали остваривањем права из добровољног здравственог осигурања на прописан начин (члан 183.);

8) не закључи уговор са даваоцем здравствене услуге за пружање здравствене услуге која је обухваћена добровољним здравственим осигурањем (члан 184.);

9) раскине уговор о добровољном здравственом осигурању пре истека рока на који је уговор закључен у складу са овим законом (члан 185. став 1.);

10) осигуранику добровољног здравственог осигурања не обезбеди остваривање права из добровољног здравственог осигурања у складу са уговором, односно полисом осигурања код даваоца здравствених услуга (члан 186. став 2.);

11) осигуранику добровољног здравственог осигурања благовремено не пружи све информације, као и потребну документацију, односно изводе из документације коју давалац осигурања води, а који се односе на спровођење добровољног здравственог осигурања и које су од значаја за остваривање права из добровољног здравственог осигурања, као и информације код којих давалаца здравствених услуга може да оствари права из добровољног здравственог осигурања, осим информација које представљају пословну тајну у складу са законом, односно ако те информације даје уз плаћања накнаде, односно ако на захтев министарства не достави, односно не достави на увид све тражене информације и податке у вези са спровођењем добровољног здравственог осигурања, односно извештаје и податке о спровођењу добровољног здравственог осигурања (члан 187.);

12) повећа висину премије осигурања у периоду за који је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању у складу са овим законом (члан 188. став 3.).

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и одговорно лице у правном лицу.

За извршење прекршаја из става 1. овог члана, може се изрећи заштитна мера забране обављања делатности, у складу са законом.

Члан 265.

Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај давалац здравствених услуга – правно лице и то:

1) здравствена установа из Плана мреже ако не достави министарству потписану копију уговора о добровољном здравственом осигурању на увид у року од 15 дана од дана потписивања (члан 184. став 5.);

2) ако закључи уговор са осигуравачем о пружању здравствене услуге која је обухваћена добровољним здравственим осигурањем за оне капацитете за које је закључен уговор са Републичким фондом у погледу простора, кадра и опреме, односно ако ту здравствену услугу не пружа искључиво на начин који не угрожава пружање здравствених услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања (члан 190. ст. 1. и 2.);

3) ако осигураницима добровољног здравственог осигурања не пружи здравствене услуге обухваћене уговором о добровољном здравственом осигурању без плаћања трошкова тако пружене здравствене услуге, односно дела тих трошкова у складу са уговором, односно полисом (члан 190. став 4.).

Новчаном казном од 300.000 до 500.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и предузетник.

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и одговорно лице у правном лицу.

ДЕО СЕДМИ

ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 266.

Осигурана лица која на дан ступања на снагу овог закона користе права из обавезног здравственог осигурања, настављају да користе та права по одредбама закона који је важио до дана ступања на снагу овог закона.

Поступци започети до дана ступања на снагу овог закона, спровешће се по одредбама закона по коме су започети.

Члан 267.

Право на естетску реконструкцију дојке након извршене мастектомије једне или обе дојке и естетску корекцију дојке након извршене мастектомије друге дојке из члана 110. став 1. тачка 7) овог закона може остварити осигурано лице коме је мастектомија извршена од дана ступања на снагу овог закона.

Члан 268.

Даном ступања на снагу овог закона овера исправа о осигурању која је вршена на основу започете уплате доспелих, а неплаћених доприноса и континуираног измиривања доприноса до дана ступања на снагу овог закона, врши се под условом да је обвезник доприноса наставио са континуираним измиривањем доприноса, без могућности да поново започне са измиривањем заосталих доприноса у складу са чланом 126. овог закона.

Члан 269.

До дана доношења прописа којим се уређује методологија за обрачун трошкова обраде крви и компонената крви у складу са законом којим се уређује трансфузијска медицина, односно до доношења акта о трошковима обраде крви и компонената крви, Републички фонд утврђује цене обраде крви и компонената крви на тај начин што се постојеће цене крви, односно лабилних продуката крви, које важе на дан ступања на снагу овог закона, увећавају у складу са средствима опредељеним у финансијском плану Републичког фонда.

Члан 270.

Прописи за спровођење овог закона донеће се у року од 12 месеци од дана ступања на снагу овог закона, ако овим законом није друкчије одређено.

До доношења прописа из става 1. овог члана примењиваће се прописи који су важили до дана ступања на снагу овог закона, ако нису у супротности са овим законом.

Члан 271.

Републички фонд дужан је да усклади своју организацију и рад са одредбама овог закона у року од 12 месеци од дана ступања на снагу овог закона.

Члан 272.

Републички фонд је дужан да доставља министарству на сагласност акт о организацији и систематизацији послова у Републичком фонду, односно измене и допуне тог акта у периоду примене Закона о начину одређивања максималног броја запослених у јавном сектору („Службени гласник Републике Србије, бр. 65/15 и 81/16-УС).

Члан 273.

Осигуравачи су дужни да своја пословна акта која се односе на организацију и спровођење добровољног здравственог осигурања ускладе са одредбама овог закона у року од 12 месеци од дана ступања на снагу овог закона.

До усклађивања пословних аката из става 1. овог члана примењиваће се пословна акта осигуравача која су важила до дана ступања на снагу овог закона, ако нису у супротности са овим законом.

Члан 274.

Надзорник осигурања који на дан ступања на снагу овог закона нема положен државни стручни испит наставља да обавља послове надзорника осигурања ако положи државни стручни испит у року од годину дана од дана ступања на снагу овог закона, а у супротном сматра се да не испуњава услове за обављање послова надзорника осигурања.

Изузетно од става 1 овог члана, сматра се да надзорник осигурања који на дан ступања на снагу овог закона има најмање седам година радног искуства на пословима надзорника осигурања испуњава услов за обављање послова надзорника осигурања и није дужан да полаже државни стручни испит.

Члан 275.

Надзор над спровођењем овог закона врши министарство, осим у делу који се односи на оцењивање законитости обављања делатности добровољног здравственог осигурања, који врши Народна банка Србије, у складу са одредбама прописа којима се уређује осигурање.

Члан 276.

Даном ступања на снагу овог закона престају да важе:

1) Закон о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05, 109/05-исправка, 57/11, 110/12-УС, 119/12, 99/14, 123/14, 126/14-УС, 106/15 и 10/16-др. закон);

2) Уредба о добровољном здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 108/08 и 49/09);

3) Члан 33. став 1. тачка 13) Закона о здравственој документацији и евиденцијама у области здравства („Службени гласник РС”, бр. 123/14 и 106/15);

4) Члан 38. ст. 2 и 3. Закона о правима пацијената („Службени гласник РС“, број 45/13);

5) Правилник о начину и поступку заштите права осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање („Службени гласник РС”, број 68/13).

Осигурана лица, за која до дана ступања на снагу овог закона, није извршена замена исправе о осигурању здравственом картицом, права из обавезног здравственог осигурања до замене користе на основу исправе о осигурању издате и оверене по прописима који су важили до дана ступања на снагу овог закона, а најкасније до 31. децембра 2020. године.

Члан 277.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”, осим одредаба чл. 249. став 2 и чл. 250-252. које се примењују од 01.01.2019. године