

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ

I. УСТАВНИ ОСНОВ

Уставни основ за доношење овог закона садржан је у одредбама члану 68. став 3. према којем се здравствено осигурање регулише законом и члана 97. тачка 10. Устава Републике Србије, према којем Република Србија, између осталог, уређује и обезбеђује систем у области социјалног осигурања и здравства.

II. РАЗЛОЗИ ЗА ДОНОШЕЊЕ ЗАКОНА

Разлози за доношење Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр.107/05 и 109/05) јесу:

1) Стварање услова да се започне са поступком промене начина финансирања у пружању здравствених услуга како на примарном, тако и на секундарном нивоу здравствене заштите које се финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања.

Ради постизања тог циља неопходно је извршити измене у области плата запослених у здравственим установама, односно успоставити систем плата запослених у здравственим установама које се исплаћују у зависности од резултата рада. Из тог разлога систем плата запослених у здравственим установама издвојен је из система плата других запослених у јавним службама, с обзиром да прописи који регулишу плате запослених у јавним службама још увек не прописују део плате који запослени остварује по основу радног учинка.

На примарном нивоу здравствене заштите планира се увођење модела плаћања за пружене здравствене услуге, односно за здравствену заштиту која се остварује у дому здравља - применом модела плаћања „по глави становника“ (per capita), као новог облика финансирања. Предност увођења новог модела финансирања примарног нивоа здравствене заштите огледа се пре свега у успостављању методологије праведне расподеле средстава домовима здравља, као и праведног система компензације запосленима за пружену здравствену заштиту, односно могућност награђивања према резултатима рада.

На секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите планира се измена система финансирања - увођењем модела финансирања према дијагностички сродним групама (DRG система), односно дијагностички сродних група. То значи да ће се увести пакети услуга које одговарају појединачним дијагностички сродним групама и на основу тих пакета, односно броја уговорених пакета на нивоу једне године, вршиће се пренос средстава болницама.

Као предуслов за напред наведена два модела финансирања здравствених установа који ће се примењивати у здравственом систему у Републици Србији, неопходно је изменити систем обрачуна и исплате плата за запослене у здравственим установама.

2) Усклађивање Закона о здравственом осигурању са чланом 68. став 3. Устава Републике Србије, односно промена назива организације за обавезно здравствено осигурање, односно Републичког завода за здравствено осигурање у Републички фонд за здравствено осигурање, као и Покрајинског завода за здравствено осигурање у Покрајински фонд за здравствено осигурање.

3) Стварање јединственог здравственог система, односно укључивање војних осигураника у систем цивилног здравства и на тај начин изједначавање грађана у погледу обима и начина остваривања права из обавезног здравственог осигурања, као и формирање једног фонда – Републичког фонда за одравствено осигурање.

4) Проширивање права одређених категорија становништва на стоматолошку здравствену заштиту на терет средстава обавезног здравственог осигурања и то: студентима до краја прописаног школовања а најкасније до навршених 26 година живота, лицима која су тешко душевно и телесно ометена у развоју, односно лицима код којих је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних и психичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају активности свакодневног живота, осигураницима из члана 22. Закона, као и другим категоријама социјално угрожених лица.

5) Оснивање Буџетског фонда за ретке болести којим ће управљати Министарство здравља, а који ће се финансирати из средстава произвођача, односно увозника цигарета који су уписани у одговарајући регистар, уплатом посебне накнаде у висини од једног динара по свакој паклици цигарета. Финансијска средства прикупљена у Буџетском фонду наменски ће се користити за дијагностиковање, лечење, обезбеђивање лекова и друге здравствене потребе лица оболелих од ретких болести, као и здравствених установа у којима се ова лица лече. На тај начин овим лицима обезбедиће се основно људско право - право на здравствену заштиту коју у овом моменту у потпуности не могу остваривати с обзиром на непостојање финансијских могућности Републичког завода за здравствен оосигурање. Обезбеђивање средстава за лечење пацијената оболелих од ретких болести („Orphan diseases”) у овом моменту није могуће из редовних прихода Републичког завода за здравствено осигурање, с обзиром да је по једном пацијенту неопходно издвојити неупоредиво већа финансијска средства него за све друге врсте болести по једном пацијенту (нпр. по једном оболелом од Гошеове болести неопходно је обезбедити на годишњем нивоу око 350.000,00 евра). Специфичност ових обољења је таквог карактера да превазилази обавезу организације обавезног здравственог осигурања да обезбеди неопходна средства за ове намене, већ је то обавеза читавог друштва, односно обавеза да се најугроженијим категоријама грађана обезбеди неопходна здравствена заштита, а тиме и право на живот. У упоредним законодавствима лечење пацијената

оболелих од ретких болести такође се финансира из посебних фондова а не из редовних средстава организације обавезног здравственог осигурања.

III. ОБЈАШЊЕЊЕ ОСНОВНИХ ПРАВНИХ ИНСТИТУТА И ПОЈЕДИНАЧНИХ РЕШЕЊА

- У чл. 1. и 2. предложено је да се назив организације обавезног здравственог осигурања усклади са чланом 68. став 3. Устава Републике Србије, којим је прописано оснивање здравствених фондова. Сходно томе, предложено је да обезбеђивање и спровођење обавезног и добровољног здравственог осигурања врши Републички фонд за здравствено осигурање, односно предложена је промена назива „Републички завод за здравствено осигурање” у „Републички фонд за здравствено осигурање” и „Покрајински завод” у „Покрајински фонд”.

- У члану 3. предложено је укључивање војних осигураника у систем цивилног здравства, односно изједначавање војних и цивилних осигураника у погледу обима и садржаја права из обавезног здравственог осигурања.

- Чланом 4. извршено је прецизирање начина утврђивања инвалидности, односно прописано је да се инвалидност утврђује по прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

- Чланом 5. извршено је прецизирање, односно предложено је да дете осигураника има права из обавезног здравственог осигурања до краја прописаног средњошколског школовања а због потребе да се та лица до краја прописаног средњошколског школовања лече преко изабраног лекара - педијатра. Такође, ово прецизирање извршено је и у другим члановима који регулишу остваривање права из обавезног здравственог осигурања деце до навршених 18 година живота.

- У члану 6. предложено је да се направи разлика у дужини претходног стажа у зависности од врсте права које се обезбеђује у оквиру обавезног здравственог осигурања. Наиме, за остваривање права на здравствену заштиту и права на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите осигураници морају да имају претходно осигурање у трајању од најмање три месеца непрекидно, што је и у сада важећем закону обавеза. Међутим, новину представља прописивање претходног стажа у трајању од девет месеци за остваривање права на накнаду зараде под условом да испуњава законом прописану густину стажа здравственог осигурања. Такође, наведеним чланом, као и у сада важећем Закону о здравственом осигурању прописани су случајеви у којима се обезбеђује право на здравствену заштиту, право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад, као и право на накнаду путних трошкова, и ако нису испуњени законом прописани услови претходног стажа (у случају повреде на раду или професионалне болести, у случају хитне медицинске помоћи и остваривање припадајућих накнада у складу са законом, као и за остваривање права на накнаду зараде у висини

nije obavezno

минималне зараде утврђене у складу са законом). На овај начин заштићена су лица која не испуњавају претходни стаж, односно обезбеђују им се наведена права и поред чињенице да не испуњавају претходни стаж.

- **У члану 7.** предлаже се да Влада донесе републички програм стоматолошке здравствене заштите и за децу до краја прописаног средњошколског школовања, као и студената до краја прописаног школовања а најкасније до навршених 26 година живота, имајући у виду да је предложено обезбеђивање права на стоматолошку здравствену заштиту и овим лицима.

- **Чл. 8, 10. и 21.** предложено предложено је проширивање права на пратиоца осигураном лицу код кога је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега то лице није у могућности да самостало обавља активности свакодневног живота, укључујући и слепа и слабовида лица.

- **Чл. 9. и 11.** предложено је обезбеђивање права на стоматолошку здравствену заштиту, односно права на прегледе и лечење на терет средстава обавезног здравственог осигурања студентима до краја прописаног школовања а најкасније до навршених 26 година живота.

Такође, предложено је обезбеђивање права на стоматолошку здравствену заштиту лицима код којих је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних и психичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају активности свакодневног живота, осигураницима из члана 22. Закона, као и другим категоријама социјално угрожених лица, уколико испуњавају услов који се односи на месечни износ прихода као цензус из члана 22. став 2. Закона. На овај начин проширено је право на стоматолошку здравствену заштиту осигураних лица. Овим лицима Републички завод за здравствено осигурање у путности обезбеђује стоматолошку здравствену заштиту, односно плаћа 100% цене здравствене услуге тако да су ова лица ослобођена плаћања партиципације за стоматолошку здравствену заштиту.

- **У члану 12.** предложено је брисање става 5. у члану 48. имајући у виду да је садржина ове одредбе регулисана Уредбом о добровољном здравственом осигурању („Службени гласник РС” бр. 108/08, 49/09).

- **Чланом 13.** предложена је забрана даваоцу здравствених услуга (здравственој установи, приватној пракси и другом даваоцу здравствених услуга са којим је Републички завод за здравствен оосигурање закључио уговор о пружању здравствене заштите) да наплаћује здравствену услугу на коју осигурано лице има право у оквиру обавезног здравственог осигурања, односно да лице запослено код даваоца здравствених услуга наплаћује, тражи, односно прима или на било који други начин наведе осигурано лице или чланове његове породице, односно друго правно или физичко лице на плаћање здравствене услуге, односно било какво друго материјално или нематеријално давање које није прописано законом. Такође је прописано да се лицима која поступе на супротан начин може отказати уговор о раду, односно да се може раскинути друга врста радног ангажовања код даваоца здравствених услуга. Оваква

одредба предложена је због потребе да се осигурана лица у потпуности заштите од могуће злоупотребе код остваривања права из здравственог осигурања која су му призната у складу са Законом о здравственом осигурању и подзаконским актима донетим за спровођење тог закона.

- **У члану 14.** предложено је да се и другим осигураним лицима у складу са општим актом Републичког завода за здравствено осигурање обезбеди здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације. На тај начин дата је могућност да се, у складу са потребама осигураних лица, већи број лица ослободи од плаћања партиципације како би се обезбедила доступна здравствена заштита најширем кругу грађана.

- **У члану 15.** предложено је обезбеђивање средстава за превенцију, дијагностиковање и лечење ретких болести оснивањем Буџетског фонда којим би управљало Министарство здравља, а имајући у виду потребу обезбеђивања додатних средстава за лечење ових болести. Министар надлежан за послове здравља уређује врсте ретких болести за које ће се обезбеђивати средства у Буџетском фонду, услове за коришћење овог права, начин и поступак остваривања права, као и друга питања од значаја за лечење лица оболелих од ретких болести. Буџетски фонд финансира се из средстава произвођача, односно увозника цигарета, који је дужан да уплаћује посебну накнаду у висини једног динара по свакој паклици цигарете.

Ретке болести називају се „Orphan diseases” и ако их посматрамо као групу оне нису тако ретке јер преваленција ових болести у свету, као и код нас, износи 1:1000 живо рођених. Све ретке болести су наследне и генетски детерминисане. У свету је регистровано 5 – 7 хиљада ретких болести, у 75% болест се испољава у дечијем узрасту, најчешће до 15 године живота, од чега 3-4% су новорођена деца. У Европи је регистровано 30 милиона оболелих од ових болести, а 80% обољења је генетски условљено. Комплексности проблема ретких болести доприноси чињеница да за регистрованих 5 – 7 хиљада ретких болести ефикасна терапија постоји за само 45 ретких болести. Проблем финансирања лекова за ретке болести је изражен у целом свету, с обзиром да је тешко уврстити веома скупе лекове у обавезна вид здравственог осигурања, те се за те сврхе формирају посебни фондови.

Један од предуслова за успешно лечење ретких болести је рана дијагностика за коју је неопходно обезбедити финансијска средства.

За одређене ретке болести тренутно не постоји могућност за дијагностиковање у Републици Србији, а постоји могућност успешног лечења стандардним методама као што су бројне интернистичке, неуролошке болести, фамилијарни карциноми бубрега, дојке, дебелог црева, мултипле ендокрине неоплазије. Стога, за ове болести у овом моменту постоји могућност слања узорака за дијагностику у иностранство за које трошкове носе сами пацијенти и уколико би се обезбедила средства за те намене, тим лицима би се омогућила правовремена дијагностика и самим тим и ефективније лечење. Поред тога, за неке ретке болести (Гошеова, Фабријева болест, одређене мукополисахаридозе, поремећај аминокиселина и уреациклуса) постоји могућност за вршење

дијагностике у Републици Србији, али трошкови лечења тих оболелих су изузетно високи због чега до овог момента није било могуће обезбедити финансијска средства у оквиру Финансијског плана Републичког завода за здравствено осигурање, односно у оквиру средстава намењених за лекове.

У овом моменту у Републици Србији трошкове појединих генетских анализа на основу којих се дијагностикују одређене ретке болести сnose осигурана лица и цена једне такве анализе, у зависности од врсте, износи од 10.000 - 20.000 динара. Такође, пацијенти сnose и трошкове скупих метаболичких анализа за које не постоје могућности да се врше код нас и цене таквих анализа које се врше у иностранству износи и до неколико хиљада евра.

У свету једна од 40 до 60 хиљада особа болује од Гошеове болести, а у ово моменту на терапији се налази 4800 пацијената. У нашој земљи, почев од 1998. године систематски се региструју и дијагностикују болесници са Гошеовом болешћу одређивањем концентрације β – глукоцеребозидазе у леукоцитима. До сада је дијагностиковано 41 оболелих од ове болести: са типом I 34 пацијента, са типом II 4 пацијента и са типом III 3 пацијента. У овом моменту у Србији је регистровано 36 пацијента. Деца са типом II се не лече јер примена терапије не доводи до побољшања тешких системских промена. Лечење ових пацијената се спроводи у Клиничком центру Србије (Институту за хематологију и Институту за ендокринологију и болести метаболизма), Клиничком центру Ниш (Клиника за хематологију и клиничку имунологију), Дечијој универзитетској клиници и Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић”. Напомињемо, да се у овом моменту 20 пацијента лече из средстава ЕСАР (Европски програм за терапију Cerezymom) који у Републици Србији од 2002. године спроводи фармацеутска компанија Genzyme (до сада је у ЕСАР програму било укључено 25 пацијената), и то као хуманитарна помоћ. На тај начин до сада је пацијентима који су укључени у тај програм обезбеђен лек бесплатно, с тим да сваки нови пацијент који се региструје не може бити укључен у овај програм и на тај начин постоји проблем обезбеђивања здравствене заштите за те пацијенте, с обзиром да Републички завод за здравствен оосигурање не може из својих средстава обезбедити лечење ових пацијената. Лек Cerezym је за сада једини регистровани лек на светском тржишту за лечење ове болести и терапија овим леком је доживотна. Велики проблем представља чињеница да је у претходне две године дијагностиковано шест новооболелих пацијената којима је неопходна терапија поменутиим леком, а који нису укључени у хуманитарни ЕСАР програм. Почев од 2007. године у ЕСАР програм се не укључују новодијаностиковани пацијенти због процене донатора да Србија треба да започне са преузимањем трошкова лечења оболелих. На овакав начин се ЕСАР програм спроводио и у другим земљама које нису биле чланице Европске уније, с тим да је период до момента преузимања трошкова лечења за одређени број оболелих на терет државе у овим земљама износио од две до три године, за разлику од Србије где је тај период знатно дужи (седам година). Све земље ЕУ, као и земље у поступку придруживања (нпр. Хрватска) преузеле су обавезу лечења оболелих од Гошеове болести, изузев Србије.

Учесталост обољевања од Гошеове болести је 1 оболели на 100.000 становника.

КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА О НАЧИНУ ПРЕУЗИМАЊА И ФИНАНСИРАЊА ЛЕЧЕЊА ОБОЛЕЛИХ ОД ГОШЕОВЕ БОЛЕСТИ								
Држава	Лек регистрован	Начин збрињавања	Очек и ван бр. оболелих	Бр. дијагностикованих	На терет државе	На терет ЕСАР/САР програма	Бр. становника (мил.)	Напомена
Хрватска	да	Посебан Владин буџет за скупе лекове	45	14	13	0	4.5	ХЗЗо донео Одлуку о утврђивању прописа (листе) посебно скупих лекова, међу којима је и Cerezum
Словенија	да	Програм за скупе лекове	20	15	14	0	2	
Македоније	да	Програм за лечење ретких болести	20	20	0	2	2	

Бугарска	да	На име пацијента	70	12	7	2	7.3	Специјални фонд МЗ који покрива лекове за онкологију, трансплантацију и ретке болести, укључујући и Cerezum. Од 2009.год. планира се посебан буџет за ретке болести.МЗ је почело преузимање лечења педијатријских пацијената.
Румунија	да	На име пацијента	223	52	20	13	22.3	Потписан протокол о лечењу са НИХ (државни фонд за здр. осиг.) у августу 2004. НИХ преузео 2005.и 2006.год. по3 пацијента са ЕСАР,при чему су 2005. укључили још 4,а у 2006.год. још 3 оболела. У 2007. нису преузели са ЕСАР, али су укључили још 3 нова.
Грчка	да	На име пацијента	110	75	53	0	11	
Албанија	не		36	10	0	10	3.6	

Украјина	да	На име пацијента	460	/	?	0	46.4	МЗ преузело плаћање од 2005. године
Русија	да	На име пацијента	2400	124	124	0	240	МЗ преузело плаћање
Србија	да	/	70	34	0	23	7.5	
Велика Британија	да		590				59.8	Национални здравствени систем (НХС)

* Државе ЕУ – високо развијене земље средства за лечење оболелих од Гошеове болести обезбеђују из државних фондова

Преглед трошкова лечења оболелих од Гошеове болести који су укључени у ЕСАР програм						
Бр	Годиште пацијената	Мес. потребе по групама (бр.ампула)	Год. потребено групама (бр.ампула)	Цена ампуле	Укључено по групама пацијената на год. нивоу (дин.)	Укупно по групама пацијената на год. нивоу (евра)
	Пацијенти изнад 30 год. старости (Тип I)	180	2156	143.077,00 дин.	308.474.012,00 дин.	4.006.156,00 евра
1	1930 Ј.Т.					
2	1945 М.З.					
3	1950 Р.З.					
4	1952 В.Д.					
5	1958 Б.М.					
6	1958 Ј.М.					
7	1958 М.Б.					
8	1961 С.Ц.					
9	1966 С.Л.					
10	1969 Н.Х.					
11	1973 М.Б.					
12	1975 А.П.					
	Пацијенти од 18 до 30 год. (Тип I)	79	948	143.077,00 дин.	135.636.996,00 дин.	1.761.519,43 евра
13	1982 Н.П.					
14	1986 М.С.					
15	1986 С.Ђ.					
16	1988 Н.Б.					
17	1990 М.Б.					
	Пацијенти до 18 година (Тип I)	29	352	143.077,00 дин.	50.363.104,00 дин.	654.066,29 евра
18	1991 М.Н.					
19	1993 А.Х.					
20	1995 Е.Х.					
	Пацијенти до 18 година (Тип III)	31	372	143.077,00 дин.	53.224.644,00 дин.	691.229,14 евра
21	1999 К.Ј.					
22	2000 В.И.					
23	2005 В.В.					
	УКУПНО	319	3828	143.077,00 дин.	547.698.765,00 дин.	7.112.970,86 евра

За лечење шест новодијагностикованих оболелих од Гошеове болести који су у овом моменту без терапије, с обзиром на њихову телесну масу и степен обољења, потребно је обезбедити, на годишњем нивоу, 1008 ампула од 400U Cerezyme, односно средства у износу од око 159.047.582,4 динара (1.674.185,077 евра).

Поред тога, истичемо да су у Републици Србији до овог момента дијагностикована два пацијента оболела од Фабријеве болести. Лечење једног оболелог финансира ICAP (International charity access program) и спроводи фармацеутска компанија Genzyme. Лечење овог пацијента се спроводи у Клиничком центру Србије (Институ за нефрологију). Трошкови лечења овог пацијента на годишњем нивоу износе 12.825.000,00 динара (135.000 евра). Други дијагностиковани пацијент не прима одговарајућу терапију. Инциденција ове болести је 1:40000 мушкараца (доминантна болест код мушкараца, а 25% жена може имати симптоме који су углавном блажи. Трошкови лечења пацијената оболелих од ове болести (са просечном ТТ око 70 кг) износили би апроксимативно годишње од 180 до 200 хиљада евра. Лечење Фабријеве болести спроводи се применом лека Fabrazyme за који је у Републици Србији издата дозвола за стављање лека у промет.

У Републици Србији за сада нема дијагностикованих пацијената са Помпеовом болести, као ни са Мукополисахаридозом 1. Сходно преваленци, за Помпеову болест 1:40000 новорођених или 1:1000000 МПС 1, не очекује се број пацијената као код Гошеове и Фабријеве болести. Трошкови лечења пацијената оболелих од ових болести су изједначени са трошковима Гошеове и Фабријеве болести.

Акутна мијелоидна леукемија (АМЛ) је ретка болест изражена у педијатријској популацији. У случају да пацијент не одговори на стандардну терапију примењује се терапија леком Evoltra/Clolar (clorafabine) и то код 5% дијагностикованих пацијената на годишњем нивоу који се лече на Универзитетској клиници за хематологију, што износи 5-10 деце на годишњем нивоу. Циклус терапије по пацијенту износи око 2.375.000,00 динара (25.000 евра).

Имајући у виду да здравствени систем Републике Србије поседује капацитете (у погледу простора, опреме и кадра) за дијагностиковање и лечење ретких болести, као и потребу обезбеђивања адекватне здравствене заштите лицима оболелим од ретких болести, чињеницу да се из постојећих средстава не може обезбедити финансирање лечења ових болести, као и чињеницу да се и у другим државама средства за ове намене обезбеђују из посебних буџетских фондова, сматрамо да је неопходно и сврсисходно оснивање Буџетског фонда за превенцију, дијагностиковање и лечење ретких болести.

- У члану 16. предложено је да, изузетно, за време краћег боравка осигураног лица у иностаранству до седам дана по појединачном боравку матична филијала издаје потврду о коришћењу здравствене заштите у иностранству на основу захтева осигураног лица без претходног утврђивања здравственог стања како је то прописано Законом. На овај начин омогућено је да осигурана лица брже и без додатног администрирања могу добити потврду од Републичког завода за здравствено осигурање коју могу користити приликом

боравка у иностранству ради остваривања здравствене заштите у хитним случајевима.

- У члану 17. предложено је да право на накнаду за време привремене спречености за рад може трајати најдуже до 36 месеци од почетка привремене спречености за рад ако је осигураник у том периоду непрекидно привремено спречен за рад због исте боелсти, односно повреде. Истеком овог рока осигураник има право на одсуствовање са посла због привремене спречености за рад али без права на накнаду зараде на терет средстава обавезног здравственог осигурања. На тај начин уређена је дужина периода у коме је Републички завод за здравствено осигурање дужан да исплаћује накнаду зараде имајући у виду специфичне случајеве дуготрајног боловања, односно дуготрајне спречености за рад одређене категорије оболелих.

- У члану 18. предложено је да основ за обрачун зараде, односно плате која се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања, за осигуранике из члана 73. тачка 1) Закона - за запослене, чини просечна зарада, односно плата коју је осигураник остварио у претходних шест месеци пре месеца у којем је наступила привремена спреченост за рад. На тај начин продужен је рок у односу на сада важећи Закон о здравственом осигурању, са три на шест месеци који служе као период на основу кога се утврђује основица за обрачун накнаде зараде која се исплаћује из средстава Републичког завода. Такође је прописано да зараду односно плату чини зарада, односно плата за обављени рад и време проведено на раду, утврђена у складу са законом, и то основна зарада, односно плата и део зараде, односно плате по основу радног учинка у складу са законом, као и увећана зарада, односно плата по основу времене проведеног на раду за сваку пуну годину рада остварену у радном односу.

- У члану 19. предложено је да највиши основ за накнаду зараде чини збир највиши месечних основица на које се плаћа допринос за сваки од шест месеци који улазе у просечан износ зараде. Поред тога, предложено је да уколико осигураник испуњава услов у погледу претходног осигурања, а није остварио зараду у шест календарских месеци који претходе месецу у којем је наступила привремена спреченост за рад, основ за накнаду зараде чини просечан износ зараде из члана 88. став 2. Закона за време за које је осигураник остварио зараду. Такође, предложено је да уколико осигураник испуњава услов у погледу претходног осигурања, а није остварио зараду у једном од шест месеци који претходе месецу пре наступања привремене спречености за рад, основ за накнаду зараде чини зарада коју би осигураник остварио у складу са чланом 88. став 2. Закона, у месецу за који се исплаћује накнада зараде, да није наступила привремена спреченост за рад. На предложени начин извршено је усклађивање између члана 89. и члана 88. Закона о здравственом осигурању.

- У члану 20. предложено је да основ за обрачун зараде за осигуранике предузетнике и свештенике и верске службенике, ако испуњавају услов у погледу претходног осигурања, чини просечна месечна основица на коју се плаћа допринос утврђена у шест календарских месеци који претходе кварталу у којем је наступио случај по којем се стиче право на накнаду зараде, а ако је у претходних шест месеци по том основу осигурања осигураник био осигуран

краће, основ за накнаду зараде чини основица на коју је плаћен допринос за обавезно здравствено осигурање, утврђена према времену за које је био осигуран у претходних шест месеци. Уколико осигураник није у претходних шест месеци обављао делатност предузетника, односно верску функцију, основ за наканду зараде чини основица утврђена за текући квартал. На овај начин уређено је усклађивање са чл. 88. и 89. Закона о здравственом осигурању.

- **У члану 22.** предложено је да матична филијала може по службеној дужности да изврши одјаву са обавезног здравственог осигурања уколико је правно или физичко лице које је обвезник подношења одјаве престало да постоји, односно ако је умрло и ако је у случају подношења пријаве на здравствено осигурање познат и датум престанка основа осигурања.

- **У члану 23.** предложено је да се изабраним лекаром доктором стоматологије сматра доктор стоматологије, доктор стоматологије са специјализацијом из дечије и превентивне стоматологије, односно доктор стоматологије са специјализацијом из опште стоматологије. На овај начин извршено је прецизирање у погледу изабраног лекара - доктора стоматологије, с обзиром на различиту примену у пракси.

- **У члану 24.** предложено је да ако то захтева здравствено стање осигураног лица, као и рационалност у пружању здравствене заштите, на предлог лекара специјалисте одговарајуће гране медицине који лечи осигурано лице, изабрани лекар може да пренесе овлашћење из члана 151. Закона на тог лекара специјалисту, а које се односи на дијагностиковање и лечење, упућивање на стационарно лечење, укључујући и прописивање лекова који се издају уз лекерски рецепт за одређене болести (ТВС, HIV, ретке болести у складу са овим законом, као и друга обољења у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона). Републички завод прописује начин и поступак преношења овлашћења, друга обољења за која се може пренети овлашћење, као и образац на основу кога се овлашћење преноси. На овај начин проширена је могућност преношења овлашћења са изабраног лекара на лекаре специјалисте одговарајуће гране медицине, а имајући у виду могуће специфичности одређених обољења, односно потребе да у лечењу тих пацијената буду директно укључени лекари специјалисти, с тим да изабрани лекар о свим поступцима лечења мора имати потпуне информације, односно обавештење од стране лекара специјалисте на кога је пренето овлашћење.

- **У члану 25.** предложено је да основ за закључивање уговора чине и утврђени нормативи, односно кадровски план запослених у здравственим установама у складу са законом, стандарди рада, као и капацитети здравствених установа који су потребни за остваривање здравствене заштите у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и прописима донетим за спровођење тог закона, акт о ценама здравствених услуга, односно групе здравствених услуга, односно цене програма здравствене заштите, као и прописи донети за спровођење овог закона који се односе на плате запослених у здравственим установама.

- **У члану 26.** предложено је као начин плаћања здравствених услуга плаћање по дијагностички сродним групама болести и повреда, а у

складу са променом у начину финансирања здравствених услуга. На овај начин створен је основ да се као један од начина финансирања здравствене заштите уведе и финансирање по дијагностички сродним групама болести и повреда.

- **У члану 27.** предложен је начин обрачуна плате запослених у здравственим установама које се исплаћују из средстава обавезног здравственог осигурања. Плата запослених које се исплаћују из средстава обавезног здравственог осигурања састоји од дела плате коју чини основна плата, дела плате по основу радног учинка, додатка на плату и обавеза које запослени плаћа по основу пореза и доприноса. Предложено је да Влада утврђује основицу за обрачун плате, висину коефицијента, најмање учешће коефицијента у основној плати, највише процентуално увећање основне плате, критеријуме за део плате који се остварује по основу радног учинка, начин и поступак обрачуна плате, као и друга питања од значаја за обрачун плате запослених у здравственим установама. Такође, предложена су и увећања плате по основу додатака на плату, као и по основу прихода које остваре здравствене установе. Увођењем новог начина обрачунавања плата запослених у здравственим установама стварају се услови за награђивање према раду, односно за награђивање према резултатима рада, а што је један од основних елемената за промену начина финансирања обавезног здравственог осигурања. На предложени начин створиће се услови да запослени у здравственој установи који остварује боље резултате рада оствари плату већу од плате оног запосленог који не остварује просечне резултате рада. Овакав вид финансирања представља додатну стимулацију и подстицање већег квалитета у пружању здравствених услуга, а тиме и већег задовољства корисника здравствене заштите.

Поред тога, предложен је и начин обрачуна зараде запослених у здравственим установама које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и то најмање до висине како се то обезбеђује и за запослене који примају плату из средстава обавезног здравственог осигурања.

- **У члану 28.** предложено је да министарство надлежно за послове здравља преко здравствених инспектора врши надзор над даваоцима здравствених услуга у пружању здравствене заштите, односно прегледа и лечења, медицинске рехабилитације, прописивања лекова, наплаћивања здравствених услуга и др.

- **У члану 29.** предложено је да матична филијала, односно Републички фонд има право да захтева накнаду штете непосредно од Гарантног фонда уколико је штета настала употребом непознатог моторног возила, као и употребом моторног возила стране регистрације које на подручју Републике није обухваћено обавезним осигурањем од штете настале употребом моторног возила. Наиме, Законом о обавезном осигурању у саобраћају («Службени гласник РС» број 51/09) основан је Гарантни фонд ради економске заштите путника у јавном превозу и трећих оштећених лица, у случајевима када је штета причињена употребом неосигураног или непознатог превозног средства, као и за штету за чију накнаду је одговорно друштво за осигурање над којим је покренут стечајни поступак. На предложени начин извршено је усклађивање са Законом о обавезном осигурању у саобраћају као и Законом о осигурању.

- У члану 30. предложено је директора Покрајинског завода, по спроведеном јавном конкурс, именује Управни одбор, на предлог надлежног органа аутономне покрајине. Такође, предложено је да се директор Покрајинског завода именује на период од четири године.

- У члану 31. предложено је да добровољно здравствено осигурање могу организовати и спроводити и фондови за добровољно здравствено осигурање, у складу са посебним законом. Ово решење предлаже се имајући у виду искуства у упоредном праву у погледу формирања посебних фондова за област добровољног здравственог осигурања.

- Казнене одредбе (члан 32.)

Предложена је казнена одредба у односу на члан 49а овог закона у износу од 300.000,00 до 1.000.000,00 као прекршај здравственој установи или другом правном лицу са којим је Републички завод закључио уговор о пружању здравствене заштите.

- Прелазне и завршне одредбе (чл. 33 – 41.)

Овим одредбама предложено је да Републички завод за здравствено осигурање и Фонд војних осигураника на дан 1. јануар 2011. године постаје један фонд – Републички фонд за здравствено осигурање. Такође, овим одредбама уређени су рокови за образовање органа, доношење акта о организацији Фонда, као и за доношење прописа за спровођење овог закона. Поред тога, овим одредбама предложени су рокови за доношење општих аката од стране послодаваца који ће регулисати обрачун и исплату плата, односно зарада.

Поред тога, предложено је да даном почетка обрачуна плата у складу са овим законом и подзаконским актима престају да важе одредбе Закона о платама у државним органима и јавним службама које се односе на плате запослених у здравственим установама, као и да овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”, а да се одредбе чл. 51а и 51б, као и чл. 183а-183ђ примењују се од 1. јануара 2010. године, односно чл. 1. до 3. овог закона примењује се од 1. јануара 2011. године.

IV. ПРОЦЕНА ФИНАНСИЈСКИХ СРЕДСТВА ПОТРЕБНИХ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ЗАКОНА

За спровођење овог закона потребно је обезбедити додатна средства у буџету Републике Србије за 2010. годину и то за оснивање Буџетског фонда у циљу обезбеђивања средстава за превенцију, дијагностиковање и лечење ретких болести. Предложено је да се Буџетски фонд финансира се из средстава произвођача, односно увозника цигарета, који је би био дужан да уплаћује посебну накнаду у висини једног динара по свакој паклици цигарете.

Наиме, ово решење предложено је имајући у виду резултате, односно значајна средства која су остварена осинивањем Буџетског фонда за програме спречавања болести изазваних конзумирањем дувана на основу Закона о дувану („Сл.гласник РС”, бр. 101/05,63/06,и 10/07, 67/07, 90/07, 18/08, 73/08 и 9/09), а ради реализације програма за спречавање болести које су повезане са конзумирањем дуванских производа. Приходи за Буџетски фонда за програме спречавања болести изазваних конзумирањем дувана се обезбеђују из средстава произвођача, односно увозника цигарета, који су уписани у одговарајући регистар, уплатом посебне накнаде у висини од 1 динара по свакој паклици цигарета за коју се подноси захтев за издавање контролних акцизних маркица. С тим у вези, истичемо да су Законом о буџету Републике Србије за 2009. годину („Сл.гласник РС”,бр.120/07 и 31/08) за ове намене предвиђена средства у износу од **1.079.333.000,00 динара** (очекивани прилив прихода). У периоду од 1. јануара до 1. децембра 2009. године остварени су приходи од дувана у износу од **1.320.645.000,00 динара**. У Предлогу Финансијског плана за 2010. годину (буџета) планирана средства по овом основу износе **1.230.000.000,00 динара**.

Сходно томе, на исти начин вршило би се финансирање превенције, дијагностиковања и лечења ретких болести.

V. РАЗЛОЗИ ЗА ДОНОШЕЊЕ ЗАКОНА ПО ХИТНОМ ПОСТУПКУ

Ради што хитније промене у начину финансирања здравствених услуга на свим нивоима здравствене заштите која се планира почев од 2010. године, а која захтева и промену у начину финансирања плата запослених у здравству, неопходно је да се по хитном поступку донесе Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању, ради могућег отклањања штетних последица које би могле настати по одрживост система обавезног здравственог осигурања.

Имајући у виду напред наведено, сматрамо да су се стекли услови да се Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању донесе по хитном поступку.