

## ОБРАЗЛОЖЕЊЕ

### I УСТАВНИ ОСНОВ

Уставни основ за доношење овог закона садржан је у чл. 72. став 1. тачка 4) Устава Републике Србије, према којем Република Србија уређује и обезбеђује систем у области социјалног осигурања.

### II РАЗЛОЗИ ЗА ДОНОШЕЊЕ ЗАКОНА

Закон о здравственом осигурању донет је 12. априла 1992. године и од тада су извршене бројне измене и допуне ("Службени гласник РС", бр. 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48(94, 25/96, 46/98, 54/99, 29/01, 18/02, 80/02 и 84/04), тако да је нерационално вршити даље измене и допуне тог текста закона.

Разлози за доношење новог Закона о здравственом осигурању су:

1) потреба да се ускладе стално растуће потребе становништва за коришћењем здравствене заштите (која је проузрокована како општом тако и здравственом културом, продужењем животног века и повећањем броја старих лица која користе здравствену заштиту, као и неповољним стањем и кретањем у животној и радној средини), са расположивим финансијским средствима за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите, односно других права из обавезног здравственог осигурања;

2) потреба да се на принципима међугенерациске узајамности и солидарности свих грађана Републике, без обзира на пол, старосну доб, материјалне могућности, обухвати што већи број грађана у обавезно здравствено осигурање, као најрационалнијем облику за обезбеђивање здравствене заштите и других права из обавезног здравственог осигурања, чиме се постиже већа социјална сигурност грађана;

3) потреба да се из средстава буџета, као и средстава послодаваца, односно осигураника равномерно обезбеде средства за здравствену заштиту и друга права из обавезног здравственог осигурања, односно потреба да се изгради одржив систем обавезног здравственог осигурања;

4) потреба да се права из обавезног здравственог осигурања прилагоде финансијским могућностима друштва у овом моменту, водећи рачуна о равномерној оптерећености осигураних лица, као и заштити најугроженијих грађана (како оболелих од одређених болести већег социјално-медицинског значаја, тако и грађана који немају довољно средстава за обезбеђивање здравствене заштите);

5) усклађивање система здравственог осигурања са савременим токовима у земљама Европске уније, односно успостављање више облика

(видова) здравственог осигурања, како обавезног, тако и добровољног здравственог осигурања;

6) усклађивање права из обавезног здравственог осигурања, а пре свега права на здравствену заштиту са стандардима и препорукама Савета Европе и Међународне организације рада, у циљу заштите социјалне сигурности и безбедности грађана, а пре свега оболелих и повређених;

7) децентрализација у прикупљању и располагању средствима обавезног здравственог осигурања, давањем већих овлашћења филијалама Републичког завода за здравствено осигурање, у прикупљању и располагању финансијским средствима обавезног здравственог осигурања, за обезбеђивање здравствене заштите осигураних лица на подручју матичне филијале, чиме се стварају услови да се испоштује један од основних принципа осигурања, односно да средства од обавезног здравственог осигурања прате осигурана лица како у погледу уплате доприноса, тако и у погледу коришћења права из здравственог осигурања;

8) стварање конкуренције у увођењу и организовању добровољног здравственог осигурања које могу обављати не само Републички завод за здравствено осигурање, већ и друга осигуравајућа друштва која се баве осигурањем, с тим да се допунско здравствено осигурање уређује овим законом на посебан начин који обезбеђује заштиту јавног интереса Републике;

9) потреба да послодавци и други уплатиоци доприноса преузму одговорност за случај настанка професионалне болести и повреде на раду за запослене, и са њима изједначе неосигуранике, а посебно за оне послодавце који нису предузели мере прописане законом за заштиту здравља и безбедности запослених на раду, или се обезбеђује већа сигурност запослених у случају настанка ризика професионалне болести и повреде на раду;

10) потреба да се систем обавезног здравственог осигурања усклади са другим системима којима се уређује обавезно социјално осигурање, односно да се усклади са изменама у другим прописима који утичу на организацију и спровођење обавезног здравственог осигурања.

На основу изнетог предложена су нова решења у организацији и спровођењу здравственог осигурања, и то:

1) обавезно здравствено осигурање обухвата осигурање за случај болести и повреде ван рада и осигурање за случај повреде на раду и болести, за које се утврђује посебан допринос који не може бити већи од 1%, под условима прописаним овим законом (чл. 9. и чл. 206. до 210);

2) прецизно су уређена начела на којима се организује и спроводи обавезно здравствено осигурање (чл. 10. до 15);

3) круг осигураника је на прецизнији начин уређен, односно успостављени систем осигурања само по једном основу, као и утврђивање пречег основа осигурања, а створен је основ и да лицима старијим од 65 година

која су неспособна за самостални рад и остваривање прихода обезбеди здравствено осигурање из средстава буџета (чл. 17, 20. и 21);

4) досадашња неосигурана лица, као и избегла и расељена лица, стичу статус осигураника за које се допринос за обавезно здравствено осигурање обезбеђује у буџету Републике Србије, односно створено је свеобухватно обавезно здравствено осигурање за све грађане у Републици Србији (чл. 22. и 211);

5) дата је могућност лицима која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем да се укључе у ово осигурање, како би за себе и чланове своје породице обезбедили право на здравствену заштиту, као и друга права из овог осигурања (члан 23);

6) изједначени су осигураници у погледу врсте права која им се у оквиру обавезног здравственог осигурања обезбеђују, у зависности од основа тог осигурања, односно у зависности од карактеристике послова којим се баве (чл. 30. и 31);

7) уведен је претходни стаж здравственог осигурања (претходно осигурање) као услов за остваривање одређених права из здравственог осигурања (члан 32);

8) на прецизнији начин уређено је право на здравствену заштиту осигураних лица која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, чиме је створена правна сигурност осигураних лица у погледу остваривања ових права (чл. 34. до 45);

9) уређен је тзв. "пакет обавезног здравственог осигурања", односно прецизно су утврђена она права која се осигураним лицима гарантују из средстава обавезног здравственог осигурања, на тај начин што је утврђен проценат учешћа средстава Републичког завода за здравствено осигурање, односно проценат учешћа средстава који пада на терет осигураног лица (члан 46. до 48);

10) створена је обавеза да Републички завод за здравствено осигурање доноси годишњи план здравствене заштите из здравственог осигурања који ће се обезбеђивати осигураним лицима у току једне године, са највишим ценама здравствених услуга за услуге из "пакета обавезног здравственог осигурања (чл. 51. и 52);

11) уведене су листе чекања за одређене врсте здравствених услуга (високо специјализоване и најскупље здравствене услуге), како би се заступио принцип равноправности у остваривању права из здравственог осигурања у зависности од потреба и здравственог стања осигураног лица (чл. 53. и 54);

12) прецизиране су здравствене услуге које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања (члан 60);

13) коришћење здравствене заштите у иностранству утврђено је за случајеве хитне медицинске помоћи, са могућношћу да се та лица добровољно осигурају, како би себи и члановима своје породице обезбедили право на већи обим и садржај здравствене заштите за време боравка у иностранству (чл. 61. до 69);

14) право на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања усклађено је са изменама у радном праву, односно у потпуности је уређено ово право када се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања (чл. 71. до 103);

15) уведено је право осигураника који остварују приход по основу уговора закљученог са наручиоцем посла (уговор о делу и други слични уговори), да у случају болести имају право на накнаду због губитка средстава по основу закљученог уговора (чл. 103. до 107);

16) задржано је право на накнаду трошкова превоза за осигуранике и чланове њихових породица, као и за пратиоца осигураног лица, односно право на накнаду трошкова у случају смрти осигураника за лица која изврше сахрану (чл. 108. до 114);

17) утврђивање својства осигураника, као и осигураних лица, спроводи се на основу података који се уводе у матичну евиденцију. Увођење матичне евиденције представља новину у односу на досадашњи систем организације обавезног здравственог осигурања (чл. 117. до 142);

18) обезбеђено је остваривање права из обавезног здравственог осигурања на принципу да финансирање као и плаћање услуга обавезно осигураних лица прати место пребивалишта тог осигураног лица, односно место уплате доприноса (чл. 143. до 148);

19) изабрани лекар је основни стручно-медицински орган у поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица, који утврђује поступак коришћења тих права, чиме се уводи већи ред у коришћењу здравствене заштите и смањивање трошкова за исту (чл. 150. до 156);

20) уговарање здравствених услуга из средстава обавезног здравственог осигурања остављено је на принципу равноправности у уговарању, како са здравственим установама чији је оснивач Република, тако и са оснивачима приватних ординација и других облика здравствене делатности, с тим да предност у закључивању уговора између Завода и здравствених установа имају здравствене установе које су акредитоване од стране надлежног органа. Уговарање се заснива на принципу децентрализације средстава која се опредељују, пре свега филијалама за послове за које су филијале надлежне, а у мањем делу Републичком заводу за спровођење послова за које је Завод надлежан (чл. 177. до 180);

21) контрола закључивања уговора врши се путем увођења овлашћених контролора осигурања (чл. 186. до 196);

22) уређено је право осигураног лица, послодавца, Републичког завода за здравствено осигурање, да покрену захтев за накнаду штете која је настала у поступку остваривања права из здравственог осигурања (чл. 191. до 200);

23) у финансирању обавезног здравственог осигурања уведене су значајне новине:

- Одлуку о износу средстава која се обезбеђују филијалама за обављање законом утврђених функција, као и износу средстава која се обезбеђују Републичком заводу за обављање законом утврђених функција, доноси Влада на предлог Управног одбора Републичког завода, за сваку календарску годину, а полазећи од финансијског плана Републичког завода, као и потребе да се обезбеде средства солидарности за оне филијале које не могу обезбедити довољан износ средстава од доприноса са свог подручја (члан 202),

- уведен је посебни допринос за случај повреде на раду и професионалне болести (чл. 206. до 210),

- у буџету Републике Србије обезбеђују се средства за обавезно здравствено осигурање лица која немају сопствене приходе (чл. 211);

24) у организацији обавезног здравственог осигурања дата су филијалама већа овлашћења у спровођењу обавезног здравственог осигурања за о сигурана лица са своје територије. Органи Републичког завода формирају се на принципу равноправне заступљености свих осигураника, који управљају Републичким заводим и представљају осигуранике које заступају. Уведен је конкурс као најтранспарентнији начин избора директора Републичког завода и директора филијала. Новину представља и увођење Савета филијале који се образује од представника осигураних лица са подручја те филијале (чл. 214. до 239);

25) уведено је добровољно здравствено осигурање на принципу равноправне могућности давања ове врсте осигурања, како од Републичког завода, тако и од других осигуравајућих друштава, с тим што је посебно уређено допунско здравствено осигурање, као посебан вид социјалне сигурности грађана који се укључују у ову врсту здравственог осигурања (чл. 240. до 254).

### III ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ПРЕДЛОЖЕНИХ ПОЈЕДИНАЧНИХ РЕШЕЊА

#### 1. Основне одредбе чл. 1. до 8.

У чл. 1. до 8. Закона, утврђене су основне одредбе које се примењују на систем здравственог осигурања, односно на обавезно и добровољно здравствено осигурање као и да се средства за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују уплатом доприноса, и из других прихода у складу са законом.

## **2. Обавезно здравствено осигурање члан 9.**

Законом је предложено да се обавезним здравственим осигурањем обезбеђује осигурање за случај болести и повреде ван рада, као и осигурање за случај повреде на раду и професионалне болести, с тим да су оба система у потпуности уређена овим законом.

## **3. Начела обавезног здравственог осигурања чл. 10. до 15.**

Предложена су начела на којима почива систем обавезног здравственог осигурања, и то: начело обавезности, начело солидарности и узајамности, начело јавности, начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса, начело сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања, начело економичности и ефикасности обавезног здравственог осигурања.

Такође је предложено да се у спровођењу и обезбеђивању обавезног здравственог осигурања примењују начела и права пацијената која су утврђена законом којим се уређује здравствена заштита, а имајући у виду чињеницу о неодвојивој повезаности ова два закона.

## **4. Осигурана лица и друга лица осигурана за одређене случајеве чл. 16. до 29.**

Законом је предложен круг обавезно осигураних лица, и то оних лица која имају сопствени основ осигурања, с обзиром да су у радном односу или у другом сличном радном ангажовању за које примају зараду, односно накнаду зараде (осигураници из члана 17. Закона).

Утврђен је приоритетни основ за стицање својства осигураника, односно утврђено је да се својство осигураника може стећи само по једном основу.

Поред тога, новину представља увођење у круг осигураника оних лица која припадају групацији становништва која је изложена повећаном ризику обољевања, односно лица којима је здравствена заштита потребна у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја, као и лица која су у категорији социјално угрожених лица (члан 22. Закона).

Ова лица стичу својство осигураника на терет средстава буџета Републике Србије, ако не испуњавају услове да по свом сопственом основу – по основу својих прихода, буду обавезно осигурана лица из члана 17. Закона. Поред тога, ова лица могу стећи статус осигураника уколико то право не остварују као чланови породице осигураника из члана 17. Закона.

Битна новина је и предлог да, незапослена лица која су пријављена организацији за запошљавање, остварују право на здравствену заштиту из средстава буџета под условом да су њихови приходи, односно приходи по члану

породице, односно домаћинства испод нивоа утврђених прописима за обезбеђивање социјалне сигурности грађана.

На предложени начин у потпуности је заступљен принцип обавезног осигурања за све грађане у Републици Србији, чиме се постиже једнакост у обезбеђивању средстава за обавезно здравствено осигурање, као и равноправност у коришћењу права из обавезног здравственог осигурања.

Предложеним решењем може се очекивати стабилизација у систему финансирања обавезног здравственог осигурања, односно успостављање система обавезног здравственог осигурања са јасним обавезама Републике (буџета), послодаваца и осигураника у обезбеђивању средстава за права из обавезног здравственог осигурања. Предложеним решењем, досадашњи број тзв. "неосигураних лица" за која су се средства по сваком неосигураном лицу обезбеђивала у буџету Републике Србије, смањити се око 50% с обзиром да ће се на основу принципа осигурања, односно узајамности и солидарности, осигуравати једно лице (осигураник за кога ће се допринос обезбеђивати у буџету Републике Србије), док ће здравствену заштиту користити чланови његове породице према потребама.

Чланом 22. Закона, предложено је да се лица која нису обавезно осигурана, у смислу овог закона, могу укључити у обавезно здравствено осигурање ради обезбеђивања за себе и чланова своје уже породице права из обавезног здравственог осигурања. Укључивањем у обавезно здравствено осигурање ова лица стичу статус осигураника, с тим што плаћају допринос на основицу и по стопи коју утврди Републички завод за здравствено осигурање, уз сагласност Владе.

Чл. 24. до 27. Закона, прописан је круг чланова породице осигураника којима се обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања.

Чланом 28. Закона, предложен је круг лица која немају статус осигураника, у смислу овог закона, али им се у случају настанка повреде на раду или професионалне болести обезбеђује право на здравствену заштиту.

## **5. Права из обавезног здравственог осигурања чл. 30. до 116.**

Чланом 30. Закона, предложена су права из обавезног здравственог осигурања и то: право на здравствену заштиту, право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад, право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите и право на новчану накнаду за случај смрти осигураника. Такође је предложено да се напред наведена права остварују само под условом да је доспели допринос за здравствено осигурање плаћен.

У члану 32. Закона, предложено је увођење новог правног института, односно претходног стажа здравственог осигурања, као услова за коришћење права из обавезног здравственог осигурања (претходно осигурање). Наиме, осигурано лице мора имати најмање три месеца непрекидно или девет месеци са прекидима стажа здравственог осигурања, у последњих 18 месеци,

пре остваривања одређеног права из здравственог осигурања. Изузетак у коришћењу права из обавезног здравственог осигурања, представљају лица код којих је наступила повреда на раду или професионална болест, а која немају претходни стаж осигурања од три месеца, као и пружање здравствене заштите у хитним случајевима. У напред наведеним ситуацијама осигураним лицима се обезбеђује здравствена заштита без обзира на услов претходног осигурања, ради заштите ове категорије осигураних лица.

У чл. 34. до 45. Закона, предложен је потпуни садржај права на здравствену заштиту која се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем. На тај начин Законом су прецизно уређена сва права обавезно осигураних лица, тако да ће се подзаконским актима уређивати само специфичности предложене здравствене заштите која као право припада осигураном лицу. На предложени начин постиже се већа сигурност осигураних лица у обезбеђивању и остваривању права на здравствену заштиту, односно онемогућиће се да се подзаконским актима ускрате или умање права гарантована овим законом.

У члану 46. Закона, предложен је тзв. "пакет осигурања", односно прецизно је уређено право на здравствену заштиту које се обезбеђује осигураним лицима, као и процентуални део плаћања здравствених услуга из средстава обавезног здравственог осигурања (који пада на терет Републичког завода за здравствено осигурање), односно део цене здравствених услуга које ће сносити осигурано лице.

У члану 47. Закона, предложена је могућност да Републички завод за здравствено осигурање може утврдити већи проценат учешћа у цени здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања, како би се растеретила осигурана лица обавезе плаћања скупих здравствених услуга. Поред тога, предложено је и да се при утврђивању процента плаћања мора водити рачуна да такав износ не одвраћа осигурано лице од коришћења здравствене заштите, односно да ће Републички завод, општим актом утврдити највећи износ до кога осигурано лице може плаћати за пружене здравствене услуге. На тај начин предложена је заштита осигураних лица у случају коришћења скупих здравствених услуга, односно у случају дуготрајне здравствене заштите.

У члану 51. Закона, предложено је да Републички завод, за сваку календарску годину, доноси План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања, у зависности од финансијских средстава за спровођење обавезног здравственог осигурања у тој години. Наведеним планом предвидеће се врсте и број здравствених услуга које ће се обезбедити из средстава обавезног здравственог осигурања, на нивоу Републике.

У члану 52. Закона, предложено је да Влада утврђује највише цене здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, на основу параметара прописаних овим законом. На тај начин увешће се јединствен систем у формирању цена здравствених услуга које се обезбеђују из средстава из обавезног здравственог осигурања. Предложеним решењем створиће се основ за увођење добровољног, а пре свега допунског здравственог осигурања, с обзиром да од утврђених цена здравствених услуга



зависи и премија коју ће осигурана лица која се укључују у систем допунског здравственог осигурања плаћати осигуравајућим друштвима, односно Републичком заводу. Предложеним решењем уводи се већа финансијска дисциплина, односно уводи се једнакост у условима за укључивање у допунско здравствено осигурање. Поред тога, предложено решење представља и основ за увођење новог начина финансирања обавезног здравственог осигурања, а што је предложено у чл. 181. овог закона.

У чл. 53. и 54. Закона, предложено је да се за одређене врсте здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, а које нису хитне, може уредити редослед чекања, односно коришћења, у зависности од медицинских индикација и здравственог стања осигураног лица, као и датума јављања здравственој установи, с тим да време чекања не може да буде такво да може угрозити здравље или живот осигураног лица. Како би се увео јединствен систем у сачињавању листи чекања, министар надлежан за послове здравља прописаће критеријуме и стандарде за процену здравственог стања пацијента који се ставља на листу чекања. Поред тога, ради заштите, сигурности осигураних лица, предложено је да су здравствене установе, односно приватна пракса, са којом је закључен уговор о пружању здравствене заштите на терет средстава обавезног здравственог осигурања, дужне да осигураном лицу дају претходно обавештење о разлозима за стављање на листу чекања. Како би се спречила злоупотреба у коришћењу здравствене заштите за врсте здравствених услуга за које се сачињавају листе чекања, предложено је да осигурано лице не може користити здравствену заштиту мимо листе чекања и у случају када има сопствена средства да такву врсту здравствене услуге плати. Могућност да одређена осигурана лица имају већи стандард и друге врсте права, па и могућност да остварују здравствену заштиту без листи чекања, може се остварити кроз добровољно здравствено осигурање. На предложени начин успостављен је систем једнакости, доступности и правичности у остваривању права из обавезног здравственог осигурања.

У чл. 56. и 57. Закона, предложена је заштита средстава обавезног здравственог осигурања, односно обавеза Владе, да у случају несклада између расположивих и потребних средстава за спровођење здравственог осигурања, предузме потребне мере за обезбеђивање неопходних средстава, односно да донесе акт којим се утврђују приоритети у обезбеђивању и спровођењу здравствене заштите. Поред тога, предложено је да је Република гарант за извршење обавеза Републичког завода у остваривању права из обавезног здравственог осигурања, с обзиром да су послови обавезног здравственог осигурања које спроводи Републички завод послови од јавног интереса.

У чл. 58. и 59. Закона, предложене су мере заштите најугроженије категорије становништва, односно предложено је ослобађање од партиципације за та лица, као и ослобађање од партиципације за осигуранике и чланове њихових породица за чије се здравствено осигурање средства обезбеђују у буџету Републике Србије. Предложено решење има за циљ заштиту социјалне сигурности тих грађана.

У члану 60. Закона, предложене су здравствене услуге које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања. Наиме, предложено

је да се из средстава обавезног здравственог осигурања не обезбеђује здравствена заштита која се у складу са другим прописима обезбеђује из средстава послодавца, као и да се из средстава обавезног здравственог осигурања не обезбеђују здравствене услуге које нису неопходне, односно које се остварују у супротности са начином и поступком прописаним законом.

У чл. 61. до 69. Закона, предложено је обезбеђивање здравствене заштите осигураних лица у иностранству, односно коришћења здравствене заштите у иностранству од стране лица које је послодавац упутио на рад, школовање, односно службени пут у иностранство. Предложеним решењем, овим лицима, као и лицима која се по приватном послу налазе у иностранству, обезбеђује се здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у хитним случајевима. За лица која су упућена у иностранство, односно која су упућена у земље са којима су закључени уговори о социјалном осигурању, обезбеђује се здравствена заштита и друга права из обавезног здравственог осигурања, у складу са тим уговорима. Наиме, тим лицима може се обезбедити и неопходна здравствена заштита, што представља европски стандард у обезбеђивању здравствене заштите по основу закључених билатералних споразума о социјалном осигурању. За лица која се упућују на рад у земље са којима нису закључени међународни споразуми о социјалном осигурању, послодавац или то само лице, може обезбедити већи обим и садржај права на здравствену заштиту у систему добровољног здравственог осигурања. На предложени начин извршиће се рационализација у трошковима здравствене заштите, с обзиром да су цене здравствених услуга у иностранству знатно више од цена истих услуга у земљи. За време боравка ових лица у Републици Србији, обезбеђује им се потпуна здравствена заштита као и другим осигураним лицима, у складу са овим законом.

У члану 70. Закона, предложена је могућност упућивања осигураних лица на лечење у иностранство, за лечење обољења, стања или повреда које се не могу успешно лечити у здравственим установама у Републици Србији.

У чл. 71. и 72. Закона, предложен је круг лица којима се обезбеђује право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад, ако за то време губе зараду коју би остварили да раде. Поред тога, предложени су и случајеви у којима се из средстава обавезног здравственог осигурања, може остварити право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад. Новину представља предлог да се право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад остварује под условом да осигурано лице има претходно осигурање од најмање три месеца пре коришћења права на здравствену заштиту, осим ако је у питању привремена спреченост за рад због професионалне болести и повреде на раду, или привремена спреченост за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће, или због прописаних мера обавезне изолације осигураног лица као клицоноше, односно због појаве заразних болести, као и услучају добровољног давања органа и ткива. За наведене случајеве на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања обезбеђује се исплата накнаде без услова претходног осигурања, у висини минималне зараде утврђене у складу са законом.

У чл. 74. до 82. Закона, ради заштите од могућих злоупотреба у коришћењу права на накнаду зараде за време привремене спречености за рад, предложено је повезивање привремене спречености за рад, односно контрола дужине коришћења овог права од стране стручно медицинских органа у поступку. Поред тога, предложена је обавеза изабраног лекара, односно лекарске комисије, да осигураника који је спречен за рад у дужем временском периоду, а најкасније по истеку 12 месеци непрекидне спречености за рад, односно који је у последњих 18 месеци био спречен за рад 12 месеци са прекидима, упути на инвалидску комисију ради оцењивања инвалидности.

У члану 83. Закона, предложени су случајеви када осигуранику не припада накнада зараде због привремене спречености за рад, као механизам за спречавање злоупотребе у коришћењу овог права.

У чл. 85. до 89. Закона, предложен је нови начин усклађивања основа за накнаду зараде који чини зарада за обављени рад и време проведено на раду, утврђена у складу са прописима о раду, у претходна три месеца пре месеца у коме је наступила привремена спреченост за рад. На предложени начин надокнађује се запосленом из средстава обавезног здравственог осигурања, онај део зараде који запослени заиста и губи за време привремене спречености за рад. Такође је и предложен основ за обрачун накнаде зараде за осигуранике, предузетнике, односно осигуранике, свештенике и верске службенике. Основ за накнаду зараде не може бити већи од највише основице на коју се плаћа допринос за обавезно социјално осигурање, а накнада зараде не може бити нижа од минималне зараде утврђене у складу са прописима о раду.

У чл. 90. до 92. Закона, предложено је усклађивање основа за накнаду зараде, с обзиром да осигураник који је привремено спречен за рад може бити оштећен уколико се износ његове основице не усклађује са растом зараде код послодавца, односно са растом зараде у Републици за осигуранике који немају статус запослених лица. На предложени начин одржава се ниво накнаде зараде са нивоом зараде запосленог, односно са нивоом других прихода осигураника за време привремене спречености за рад.

У чл. 93. до 96. Закона, предложена је висина накнаде зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања. На предложени начин, извршено је усклађивање са прописима о раду.

У чл. 97. до 102. Закона, предложени су случајеви накнаде зараде у посебним случајевима, односно за време скраћеног радног времена по предлогу стручно медицинског органа у поступку. Такође је предложено да накнаду зараде исплаћује послодавац за првих 30 дана спречености за рад, а од 31-ог дана накнаду зараде обезбеђује Републички завод, осим у случајевима добровољног давања ткива и органа, односно неге болесног детета млађег од три године, када накнаду зараде од првог дана исплаћује Републички завод, односно матична филијала.

У чл. 103. до 107. Закона, предложено је право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника који губе зараду или део зараде по основу уговора закљученог са послодавцем. Предложеним решењем,

ова лица изједначена су у погледу права на накнаду зараде са другим осигураницима.

У чл. 108. до 114. Закона, предложено је право на накнаду трошкова превоза и право на накнаду погребних трошкова.

### **6. Утврђивање својства осигураног лица и остваривање права из обавезног здравственог осигурања чл. 117. до 176.**

У чл. 117. до 120. Закона, предложен је начин и поступак за утврђивање својства осигураног лица, односно предложено је да својство осигураног лица утврђује филијала на чијем подручју осигурано лице има пребивалиште, односно на чијем подручју је седиште обвезника уплате доприноса. Такође је предложено да се својство осигураног лица утврђује само по једном основу.

У чл. 121. до 149. Закона, предложено је увођење матичне евиденције о осигураницима и коришћењу права из обавезног здравственог осигурања. Увођење матичне евиденције представља значајну новину у уређивању система обавезног здравственог осигурања, с обзиром да таква евиденција представља основ за праћење, како броја осигураних лица, тако и броја и врсте здравствених услуга, односно других права која се обезбеђују из обавезног здравственог осигурања. Предложеним решењима ствара се основ за увођење јединственог регистра осигураних лица.

У чл. 143. до 184. Закона, предложен је начин и поступак обезбеђивања и остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

У чл. 149. до 159. Закона, предложен је начин и поступак рада стручно медицинских органа у поступку који одлучују о коришћењу права из обавезног здравственог осигурања од стране осигураних лица. Наиме, предложеним решењем изабрани лекар представља основног чиниоца у поступку коришћења здравствене заштите од стране осигураног лица, на коме је одговорност за коришћење здравствене заштите осигураног лица из средстава обавезног здравственог осигурања. Предложено је да осигурано лице може имати само једног изабраног лекара из наведене гране медицине, односно да осигурано лице врши слободан избор изабраног лекара, најмање на период од једне године. Изабрани лекар дужан је да прими свако осигурано лице које га одабере, осим ако је код тог изабраног лекара евидентиран већи број осигураних лица од утврђених стандарда. Осигурано лице потписује исправу о избору изабраног лекара. Начин и поступак рада првостепене и другостепене лекарске комисије утврђен је на начин који омогућава прецизност у раду и поделу послова између напред наведених стручно-медицинских органа у поступку.

У чл. 160 до 176. Закона, предложена су решења која омогућавају заштиту права осигураних лица, односно послодаваца, односно филијале и Републичког завода у поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања. Наиме, предложена је могућност приговора у поступку остваривања права, као и могућност обнове оцене о привременој спречености за рад. Такође је предложено да се у поступку заштите права осигураних лица примењују

## 9. Финансирање обавезног здравственог осигурања чл. 201 до 213

У чл. 201. до 213. Закона, предложене су одредбе о финансирању обавезног здравственог осигурања. Обавезно здравствено осигурање финансира се од уплате доприноса, који се уређују посебним законом о доприносима за социјално осигурање, као и на основу овог закона. Новину представља одредба у члану 202. Закона, којом је предложено да се средства за обезбеђивање здравственог осигурања обезбеђују филијалама за спровођење здравствене заштите осигураних лица те филијале, односно да се одређена средства обезбеђују и Републичком заводу за функције које обавља Републички завод јединствено за територију Републике.

Одлуку о износу средстава која се обезбеђују филијали, односно Републичком заводу, за сваку буџетску годину, доноси Влада на предлог Управног одбора Републичког завода.

Средства која се обезбеђују филијали морају бити усклађена са функцијама које филијала има (а то су обезбеђивање потпуне здравствене заштите и других права из здравственог осигурања за осигурана лица са подручја одређене филијале). Наиме, у филијали ће се обезбеђивати средства од укупно уплаћених доприноса за здравствено осигурање, и из других прихода у складу са овим законом, за примарном, секундарном и терцијерном нивоу здравствене заштите осигураних лица, као и за накнаде зараде, накнаде путних трошкова и накнаде погребних трошкова осигураних лица са подручја те филијале.

У Републичком заводу обезбеђиваће се средства од укупно уплаћених прихода за оне функције које Републички завод у складу са овим законом има (обезбеђивање средстава солидарности за уједначавање услова за спровођење обавезног здравственог осигурања, као дотације оним филијалама које не могу из прикупљених средстава са свог подручја обезбедити права из здравственог осигурања за осигурана лица, средства резерве, средства за спровођење и коришћење здравствене заштите у иностранству, као и средства за упућивање осигураних лица на лечење у иностранство, средства за одређене врсте високоспецијализованих здравствених услуга које се по одлуци Управног одбора финансирају јединствено за целу територију Републике). Одлуку о износу средстава која се уплаћују Републичком заводу, односно који се уплаћује свакој од филијала на територији Републике, доноси Влада за сваку календарску годину, најкасније до 31. јануара за текућу годину. На предложени начин, уведена је новина у финансирању обавезног здравственог осигурања, односно предложена је децентрализација у управљању средствима обавезног здравственог осигурања, с обзиром да се средства за спровођење истог директно обезбеђују у филијалама Републичког завода и тиме прате потребе осигураних лица са тог подручја.

У чл. 206. до 210. Закона, предложено је увођење посебног доприноса за случај повреде на раду и професионалне болести за уплатиоце доприноса који исти плаћају у складу са законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање. Наиме, ови уплатиоци доприноса имају обавезу

да за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) до 7), тач. 9) до 11), тач. 13) и 14), тач. 16) до 21) и тачка 24) овог закона, а који имају статус запослених лица, односно са њима изједначених лица која остварују сопствене приходе, да уплате посебан допринос за случај повреде на раду и професионалне болести. Законом је предложено да тај допринос не може бити већи од 1%, с тим што се може умањити за одређене гране делатности послодаваца код којих је просечан број повређених на раду мањи од просека на нивоу Републике. Поред тога, предложено је да се овај допринос може увећати за 50% за оне послодавце код којих је повређивање запослених на раду веће. На тај начин одговорност за обезбеђивање услова заштите на раду лежи на послодавцу, односно послодавац и други уплатилац доприноса у обавези је да за запослене обезбеди услове рада који не проузрокују повреде на раду. Овакво решење предложено је с обзиром да су услед професионалне болести, односно повреде на раду, трошкови за лечење осигураних лица вишеструко већи од уобичајених трошкова за лечење других осигураника.

У члану 211. предложено је да се из средстава буџета обезбеде средства за уплату доприноса за осигуранике из члана 22, односно за осигуранике који немају сопствене приходе. Средствима доприноса обезбеђују се права на здравствену заштиту ових лица, као и право на накнаду трошкова превоза за коришћење здравствене заштите, односно право на накнаду погребних трошкова за случај смрти ових лица. На предложени начин обезбеђује се свеобухватни принцип обавезног осигурања за све грађане у Републици.

За лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање допринос, односно основицу и висину доприноса, уређује се у складу са Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање.

## **10. Организација здравственог осигурања чл. 214 до 239**

Наведеним одредбама предложена је организација обавезног здравственог осигурања, односно уређени су органи Републичког завода, као и надлежности истих. Поред тога, уређене су функције филијала, Покрајинског завода за здравствено осигурање и Републичког завода.

## **11. Добровољно здравствено осигурање чл. 241 до 254**

Предложено је увођење добровољног здравственог осигурања за обезбеђивање плаћања партиципације (допунско здравствено осигурање); за осигурање лица која нису обавезно осигурана, односно која се нису укључила у обавезно здравствено осигурање (накнадно здравствено осигурање); осигурање на права која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем (додатно здравствено осигурање); и осигурање на права из здравственог осигурања у већем обиму, односно већем стандарду (паралелно здравствено осигурање).

Добровољно здравствено осигурање могу организовати и спроводити, како Републички завод за здравствено осигурање, тако и друга осигуравајућа друштва.

У циљу заштите допунског здравственог осигурања, које има карактер посебног вида социјалне заштите грађана, предложена је одредба којом није могуће увести комбинацију типова добровољног здравственог осигурања у које се укључује и допунско здравствено осигурање. Наиме, правна лица која спроводе добровољно здравствено осигурање, у обавези су да допунско здравствено осигурање увек организују као самостално, независно од других врста добровољног здравственог осигурања. На тај начин у потпуности је одвојено и финансирање ових видова добровољног здравственог осигурања, односно независно финансирање допунског здравственог осигурања.

Допунско здравствено осигурање уређено је као здравствено осигурање које има јавни интерес и које се спроводи на начелима међугенерациске узајамности, узајамности међу половима и узајамности међу свим осигураницима који су обухваћени допунским здравственим осигурањем. Допунско здравствено осигурање може се увести само за лица која су обухваћена обавезним здравственим осигурањем.

Ради заштите јавног интереса у спровођењу допунског здравственог осигурања прописане су дужности правних лица која организују и спроводе ову врсту здравственог осигурања.

Ради заштите интереса осигураника а полазећи од специфичности допунског здравственог осигурања, Законом је предложено да министарство надлежно за послове здравља даје претходну сагласност за почетак обављања допунског здравственог осигурања.

Имајући у виду значај допунског здравственог осигурања, као и потребу заштите интереса осигураника, односно сигурности у спровођењу допунског здравственог осигурања, а посебно укључивање у јединствену шему допунског осигурања правних лица која спроводе ову врсту осигурања, предложено је да Влада Републике Србије пропише ближе услове за организацију и спровођење допунског здравственог осигурања.

## **12. Казнене одредбе чл. 256 до 262**

Чл. 256. до 262. прописане су прекршајне казне које су прилагођене степену друштвене опасности наведених прекршаја.

## **13. Прелазне и завршне одредбе чл. 256 до 262**

У чл. 263. до 274. прописане су прелазне и завршне одредбе, с тим да је предложена одложена примена, почев од 01.01.2007. године за чл. 20, 22, члан 46. у делу који се односи на проценте плаћања услуга из средстава обавезног здравственог осигурања, односно из средстава осигураног лица, чл. 202, 211. и чл. 245. до 253. овог закона. Одложена примена за наведене одредбе је неопходна због потребе да се донесу одговарајућа подзаконска акта, како би се предложени систем обавезног и добровољног здравственог осигурања могао имплементирати.

#### IV ОБЕЗБЕЂИВАЊЕ ФИНАНСИЈСКИХ СРЕДСТАВА

За спровођење овог закона није потребно обезбедити додатна средства у буџету Републике Србије у 2006. години, с обзиром да ће се одредбе о обезбеђивању финансијских средстава за неосигурана лица, која овим законом стичу својство осигураника, из средстава буџета, примењивати од 01.01.2007. године.