

НАПОМЕНА ЕКСПЕРТ-а:

Од 1. октобра 2010. године почела је да се примењује Уредба о садржини, обрасцу и начину подношења јединствене пријаве на обавезно социјално осигурање, јединственим методолошким принципима и јединственом кодексу шифара за унос података у Јединствену базу Централног регистра обавезног социјалног осигурања ("Службени гласник РС", бр. 54/10) чиме престају да важе одредбе овог закона које се односе на подношење пријаве на обавезно социјално осигурање, сходно члану 39. Закона о Централном регистру обавезног социјалног осигурања ("Сл. гласник РС", бр. 30/10).

ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

(Сл. гласник РС бр. 107/05 , 109/05 - исправка, 57/11)

Пречишћен текст закључно са изменама из Сл. гл. РС бр. 57/11 које су у примени од
09/08/2011

(измене у чл.: 6 , 12 , 13 , 20 , 21 , 22 , 26 , 27 , 29 , 32 , 33 , 34 , 35 , 37 , 39 , 41 , 42 , 43 , 44 , 45 , 46 , 47 , 48 , 49 , 49а , 50 , 54 , 55 , 56 , 57 , 58 , 59 , 60 , 61 , 65 , 72 , 74 , 84 , 85 , 99 , 102 , 104 , 108 , 111 , 112 , 113 , 115 , 116 , 118 , 120 , 121 , 122 , 123 , 124 , 127 , 128 , 129 , 130 , 137 , 139 , 140 , 141 , 142 , 145 , 146 , 149 , 150 , 151 , 152 , 154 , 155 , 156 , 157 , 163 , 164 , 165 , 166 , 173 , 174 , 175 , 176 , 177 , 178 , 179 , 180 , 181 , 182 , 184 , 186 , 187 , 188 , 189 , 190 , 191 , 192 , 193 , 194 , 195 , 196 , 197 , 199 , 200 , 201 , 202 , 204 , 208 , 209 , 210 , 211 , 212 , 213 , 214 , 215 , 216 , 217 , 218 , 219 , 220 , 221 , 223 , 224 , 225 , 226 , 227 , 228 , 229 , 230 , 231 , 232 , 233 , 234 , 235 , 236 , 237 , 240 , 241 , 242 , 243 , 245 .)

І. ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Овим законом уређују се права из обавезног здравственог осигурања запослених и других грађана, обухваћених обавезним здравственим осигурањем, организација и финансирање обавезног здравственог осигурања, добровољно здравствено осигурање и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања.

Члан 2.

У Републици Србији (у даљем тексту: Република) здравствено осигурање је обавезно здравствено осигурање и добровољно здравствено осигурање.

Члан 3.

Обавезно здравствено осигурање је здравствено осигурање којим се запосленима и другим грађанима обухваћеним обавезним здравственим осигурањем обезбеђују право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде за случајеве утврђене овим законом.

Члан 4.

Добровољно здравствено осигурање је осигурање од настанка ризика плаћања учешћа у трошковима здравствене заштите у складу са овим законом, осигурање грађана који нису обавезно осигурани по овом закону односно који се нису укључили у обавезно здравствено осигурање, као и осигурање на већи обим

и стандард и друге врсте права из здравственог осигурања.

Члан 5.

(1) Обавезно здравствено осигурање организује се на начелу солидарности и узајамности, као и другим начелима, утврђеним овим законом.

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

Члан 6.

(1) Обавезно здравствено осигурање обезбеђује се и спроводи у Републичком фонду за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) и у организационим јединицама Републичког фонда (у даљем тексту: филијале).

(2) Одређени послови обавезног здравственог осигурања спровode се и у Покрајинском фонду за здравствено осигурање (у даљем тексту: Покрајински фонд) у складу са законом.

(3) Добровољно здравствено осигурање могу да спровode правна лица која обављају делатност осигурања у складу са законом, као и Републички фонд.

Члан 7.

(1) Права из обавезног и добровољног здравственог осигурања не могу се преносити на друга лица, нити се могу наслеђивати.

(2) Новчане накнаде које су доспеле за исплату, а остале су неисплаћене услед смрти лица обухваћених обавезним, односно добровољним здравственим осигурањем, могу се наслеђивати.

Члан 8.

(1) Средства за остваривање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање (у даљем тексту: допринос), као и из других извора, у складу са законом.

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

II. ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Члан 9.

Обавезно здравствено осигурање обухвата:

- 1) осигурање за случај болести и повреде ван рада;
- 2) осигурање за случај повреде на раду или професионалне болести.

1) НАЧЕЛА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Начело обавезности

Члан 10.

(1) Начело обавезности остварује се организовањем и спровођењем свеобухватног обавезног здравственог осигурања за запослене и друге грађане у Републици (у даљем тексту: осигураници) у

складу са овим законом, којим осигураници за себе и чланове својих породица (у даљем тексту: осигурана лица) обезбеђују право на здравствену заштиту и право на новчане накнаде, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

(2) Начело обавезности обезбеђује се обавезом плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање од стране запослених и послодаваца, као и других обавезника уплате доприноса у складу са законом, што представља услов за остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

(3) Начело обавезности остварује се и спроводи укупном организацијом обавезног здравственог осигурања, којом се запосленима и другим лицима обухваћеним овим осигурањем обезбеђује и гарантује остваривање права из обавезног здравственог осигурања прописаних овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Начело солидарности и узајамности

Члан 11.

(1) Начело солидарности и узајамности остварује се успостављањем међугенерациске солидарности и узајамности, солидарности и узајамности између полова, између болесних и здравих, као и између лица различитог материјалног статуса, у обезбеђивању и коришћењу права из обавезног здравственог осигурања.

(2) Начело солидарности и узајамности остварује се успостављањем таквог система обавезног здравственог осигурања у којем трошкове обавезног здравственог осигурања сnose осигураници и други уплатиоци доприноса, сразмерно својим материјалним могућностима, и то уплатом доприноса на остварене приходе, с тим да права из обавезног здравственог осигурања користе она лица код којих је наступила болест или други осигурани случај.

Начело јавности

Члан 12.

Начело јавности остварује се правом осигураних лица на све врсте информација у вези са правима из обавезног здравственог осигурања и јавношћу рада органа и служби Републичког фонда за потребе осигураних лица, органа и организација заинтересованих за рад Републичког фонда.

Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса

Члан 13.

(1) Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса остварује се предузимањем мера и активности које омогућавају да интерес осигураног лица, заснован на праведној доступности, представља основу система обавезног здравственог осигурања, као и да осигурано лице што лакше заштити и оствари своја права из обавезног здравственог осигурања, водећи рачуна да остваривање тих права не буде на штету права и правних интереса других осигураних лица нити у супротности са законом утврђеним јавним интересом.

(2) Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса остварује се и обавезом Републичког фонда да осигураним лицима укаже на постојање основа за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, као и на обавезе осигураног лица ради остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

(3) Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса остварује се и предузимањем мера и активности за финансирање права из обавезног здравственог осигурања на начин који омогућава да финансијска средства која се обезбеђују од уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање прате осигураника према месту утврђивања својства осигураника, односно остваривања права.

Начело сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања

Члан 14.

Начело сталног унапређивања квалитета обавезног здравственог осигурања остварује се праћењем савремених достигнућа у области обавезног здравственог осигурања и спровођењем мера и активности којима се у складу са развојем система здравственог осигурања повећавају могућности повољнијег остваривања права из обавезног здравственог осигурања за свако осигурано лице.

Начело економичности и ефикасности обавезног здравственог осигурања

Члан 15.

- (1) Начело економичности обавезног здравственог осигурања остварује се сталним настојањем да се права из обавезног здравственог осигурања остварују уз што мање финансијских и других средстава.
- (2) Начело ефикасности обавезног здравственог осигурања остварује се постизањем најбољих могућих резултата у односу на расположиве ресурсе, као и постизањем највишег нивоа права из обавезног здравственог осигурања уз најнижи утрошак финансијских средстава.

2) ОСИГУРАНА ЛИЦА И ДРУГА ЛИЦА ОСИГУРАНА ЗА ОДРЕЂЕНЕ СЛУЧАЈЕВЕ

Члан 16.

- (1) Осигураним лицима, у смислу овог закона, сматрају се осигураници и чланови њихових породица, којима се у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања.
- (2) Права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се и другим лицима која су осигурана за одређене случајеве, у складу са овим законом.

1. Осигураници

Члан 17.

- (1) Осигураници су физичка лица која су обавезно осигурана у складу са овим законом, и то:
 - 1) лица у радном односу, односно запослена у привредном друштву, другом правном лицу, државном органу, органу јединице локалне самоуправе и аутономне покрајине, као и 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) лица у радном односу, односно запослени упућени на рад у иностранство, односно запослени у привредном друштву или другом правном лицу које обавља делатност или услуге у иностранству, ако нису обавезно осигурани по прописима те земље, 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 о раду;
- 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) страни држављани и лица без држављанства који су, на територији Републике, запослени код страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није друкчије одређено, као и код међународних организација и установа и страних дипломатских и конзуларних представништава, ако је такво осигурање предвиђено међународним уговором;
- 11) држављани Републике запослени у домаћинствима држављана Републике у радном односу у иностранству код организације чије је седиште на територији Републике;
- 12) лица која имају 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 (лица која нису у радном односу, запослени који раде непуно радно време - до пуног радног времена и корисници старосне пензије); ^[3]
- 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; ^[3]
- 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, по основу ауторског уговора, по основу уговора о породичном смештају према прописима о социјалној заштити, као и по основу других уговора код којих се за извршен посао остварује накнада (у даљем тексту: уговорена накнада);
- 17) лица која су оснивачи, чланови, односно акционари привредних друштава (ортачка друштва, командитна друштва, друштва са ограниченом одговорношћу, акционарска друштва и друге правне форме привредних друштава, односно предузећа), који у њима нису засновали радни однос али обављају одређене послове (у даљем тексту: оснивачи привредних друштава);
- 18) предузетници који су регистровани за обављање законом дозвољене делатности у виду занимања ради самосталног обављања делатности, обављања делатности слободне професије, као и самостални уметници, у складу са законом (у даљем тексту: предузетници);
- 19) спортисти, који у складу са законом којим се уређује спорт обављају спортску делатност као самосталну делатност;
- 20) свештеници и верски службеници који те послове обављају као самосталну делатност;
- 21) пољопривредници старији од 18 година живота, који обављају пољопривредну делатност као једино или основно занимање, у складу са законом, ако нису: осигураници запослени, осигураници самосталних делатности, осигураници из тачке 17) овог става, корисници пензија, лица на школовању;
- 22) корисници пензије и права на новчане накнаде који су ова права остварили према прописима о пензијском и инвалидском осигурању;
- 23) држављани Републике који примају пензију или инвалиднину искључиво од иностраног носиоца осигурања док бораве или имају пребивалиште на територији Републике, односно који примају пензију од државе са којом не постоји билатерални споразум о социјалном осигурању или

ако права из здравственог осигурања по прописима државе исплатиоца пензије, за себе или чланове своје породице, не могу користити или остваривати ван територије те државе;

24) страни држављани који на територији Републике раде код домаћих организација, односно приватних послодаваца на основу посебних уговора о размени стручњака или споразума о међународној техничкој сарадњи;

25) страни држављани за време школовања или стручног усавршавања на територији Републике.

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

(3) Изузетно од става 1. тачка 16) овог члана, лица која остварују уговорену накнаду на основу уговора о давању у закуп пољопривредног земљишта, а нису: осигураници запослени, осигураници самосталних делатности, осигураници из става 1. тачка 17) овог члана, корисници пензија или лица на школовању, својство осигураника стичу у складу са ставом 1. тачка 21) овог члана.

Члан 18.

Под обављањем одређених послова у смислу члана 17. став 1. тачка 17) овог закона сматра се представљање и заступање привредног друштва од стране његових оснивача, ортака, чланова друштва, односно акционара и других лица у складу са законом, 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 19.

Предузетнику из члана 17. 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 за обавезно здравствено осигурање, осим за време трајања привремене спречености за рад настале пре одјаве, у складу са овим законом.

Члан 20.

(1) Осигуранику из члана 17. став 1. тачка 21) овог закона који је навршио 65 година живота престаје својство осигураника под условом:

1) да није остварио право на пензију у складу са законом;

2) да су приходи осигураника испод прихода утврђених актом из члана 22. став 2. овог закона.

(2) Осигуранику из става 1. овог члана коме је престало својство осигураника по том основу, утврђује се нови основ за обавезно здравствено осигурање у складу са чланом 22. овог закона, на лични захтев осигураника.

Члан 21.

(1) Ако осигураник из члана 17. 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 по основу запослења или пензије (члан 17. став 1. тач. 1)-12) и 22)-23) овог закона;

2) осигурање по основу оснивања привредних друштава, по основу предузетништва, односно по основу самосталног обављања делатности (члан 17. став 1. тач. 17) - 20) овог закона);

3) осигурање по основу бављења пољопривредом (члан 17. став 1. тачка 21) овог закона);

4) осигурање по основу других прописаних основа осигурања (члан 17. став 1. тач. 13) - 16), 24) и 25) овог закона).

(2) Лице које испуњава услов за стицање својства осигураника из члана 17. став 1. тач. 1)-12), тач.

17)-20), као и тач. 22) и 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.

(3) Осигураници из става 1. овог члана права из обавезног здравственог осигурања остварују према приоритетно утврђеном основу осигурања.

Члан 22.

(1) Осигураницима, у смислу овог закона и под условима прописаним овим законом, сматрају се и лица која припадају групацији становништва која је изложена повећаном ризику обољевања; лица чија 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 угроженог становништва, ако не испуњавају услове за стицање својства осигураника из члана 17. овог закона, или ако права из обавезног здравственог осигурања не остварују као чланови породице осигураника, и то:

- 1) деца до навршених 18 година живота, школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година, у складу са законом;
- 2) жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;
- 3) лица старија од 65 година живота;
- 4) особе са инвалидитетом, по прописима о пензијском и инвалидском осигурању, као и ментално недовољно развијена лица;
- 5) лица у вези са лечењем од ХИВ инфекције или других заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, лица у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, цистичне фиброзе, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболели од ретких болести, као и лица обухваћена здравственом заштитом у вези са давањем и примањем ткива и органа;
- 6) монаси и монахиње;
- 7) материјално необезбеђена лица која примају новчану социјалну помоћ, односно која су корисници породичне инвалиднине, по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;
- 8) корисници сталних новчаних помоћи, као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице, по прописима о социјалној заштити;
- 9) незапослена лица и друге категорије социјално угрожених 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 стално пребивалиште, односно боравиште у Републици ;
- 12) жртве насиља у породици;
- 13) жртве трговином људима.

(2) Месечни износ прихода као цензус за стицање својства осигураног лица из става 1. тачка 9) овог члана споразумно прописују министар надлежан за послове здравља (у даљем тексту: министар) и министар надлежан за послове обезбеђивања социјалне заштите грађана.

(3) Домаћинством, у смислу овог закона, сматра се заједница живота, привређивања и трошења прихода остварених радом њених чланова без обзира на сродство.

(4) Осигураником, у смислу овог закона, сматра се и лице коме је надлежни републички орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ, ако испуњава услов из става 2. овог

члана и ако има боравиште на територији Републике.

(5) У буџету Републике обезбеђују се средства за уплату доприноса за обавезно здравствено осигурање за лица из ст. 1. и 4. овог члана, на основицу и по стопи доприноса за обавезно здравствено осигурање које су прописане овим законом.

(6) Осигураници из ст. 1. и 4. овог члана остварују права из обавезног здравственог осигурања у садржају, обиму, на начин и по поступку прописаном овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

2. Лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање

Члан 23.

(1) 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.

(2) Лица из става 1. овог члана имају својство осигураника, односно осигураног лица.

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

(4) Лица из става 1. овог члана која имају својство осигураника плаћају допринос из својих средстава у складу са законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

3. Чланови породице осигураника

Члан 24.

(1) Права из обавезног здравственог осигурања утврђена овим законом обезбеђују се и члановима породице осигураника из члана 17. став 1. овог закона, осим из става 1. тач. 24) и 25) тог члана.

(2) Права из обавезног здравственог осигурања утврђена овим законом обезбеђују се и члановима уже породице осигураника из члана 22. став 1. тач. 7) - 9) и 11) овог закона, као и из члана 23. став 1. овог закона.

(3) Права из обавезног здравственог осигурања утврђена овим законом обезбеђују се и члановима уже породице осигураника из члана 22. став 4. овог закона, под условима који су прописани за те осигуранике.

(4) 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).

(5) Ванбрачни партнер сматра се чланом уже породице, у смислу овог закона, ако са осигураником живи у ванбрачној заједници најмање две године пре дана подношења пријаве на осигурање.

Члан 25.

(1) Супружник или ванбрачни партнер осигураника има права из обавезног здравственог осигурања док је са осигураником у браку или у ванбрачној заједници у смислу прописа о породици.

(2) Разведени супружник коме је судском одлуком утврђено право на издржавање има права из обавезног здравственог осигурања ако је у моменту развода био старији од 45 година (жена) односно 55 година (мушкарац), или без обзира на године живота ако му је у време развода утврђен потпуни губитак радне

способности у смислу прописа о пензијском и инвалидском осигурању.

Члан 26.

- (1) 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.
- (2) Дете из става 1. овог члана које је због болести прекинуло школовање има права из обавезног здравственог осигурања и за време трајања те болести, а ако настави школовање има права из обавезног здравственог осигурања и после старосне границе утврђене у ставу 1. овог члана, али најдуже онолико времена колико је трајао прекид школовања због болести. Оправданост прекида школовања због болести цени лекарска комисија која се образује у складу са овим законом.
- (3) 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.
- (4) Дете из става 1. овог члана које постане неспособно за самосталан живот и рад у смислу прописа о пензијском и инвалидском осигурању 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 прихода за издржавање.

Члан 27.

- (1) Родитељи, браћа и сестре, очух и маћеха, усвојитељ, које осигураник издржава у смислу прописа о породици, 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.
- (2) Деда и баба осигураника имају права из обавезног здравственог осигурања под условима из става 1. овог члана.

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

Члан 28.

Права из обавезног здравственог осигурања утврђена овим законом, само у случају настанка повреде на раду или професионалне болести, обезбеђују се:

- 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.

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

Члан 29.

- (1) Држављани, односно осигураници земаља са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању остварују права из обавезног здравственог осигурања у садржају и обиму који су утврђени овим законом, ако међународним уговором о социјалном осигурању није друкчије одређено.
- (2) Трошкови здравствене заштите страних држављана, односно осигураника из става 1. овог члана, ако је међународним уговором утврђено реципрочно плаћање, исплаћују се у складу са законом, односно међународним уговором.
- (3) Трошкове здравствене заштите држављана, односно осигураника земаља са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању, ако је тим уговором утврђена накнада стварних трошкова, сноси Републички фонд у целини, а надокнађује их од иностраног носиоца здравственог осигурања.

3) ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 30.

- (1) Права из обавезног здравственог осигурања јесу:
 - 1) право на здравствену заштиту;
 - 2) право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника (у даљем тексту: накнада зараде);
 - 3) право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите (у даљем тексту: накнада трошкова превоза).
- (2) Права из здравственог осигурања из става 1. овог члана остварују се под условом да је доспели допринос за здравствено осигурање плаћен, ако овим законом није друкчије одређено.

Члан 31.

- (1) Осигураницима из члана 17. став 1. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) - 3) овог закона, ако овим законом није друкчије одређено.
- (2) Осигураницима из члана 17. став 1. тач. 24) и 25) обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) и 3) овог закона.
- (3) Осигураницима из члана 22. ст. 1. и 4. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) и 3) овог закона.
- (4) Лицима која се укључују у обавезно здравствено осигурање из члана 23. став 1. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) и 3) овог закона.
- (5) Право на накнаду зараде припада осигураницима из члана 17. став 1. овог закона, под условима прописаним овим законом, ако за време привремене спречености за рад губе зараду или део зараде.
- (6) Члановима породице из чл. 24 - 27. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) и 3) овог закона.

(7) Лицима из члана 28. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) и 3) овог закона само у случају повреде на раду или професионалне болести.

(8) Држављанима, односно осигураницима земаља са којима је закључен међународни уговор о социјалном осигурању из члана 29. овог закона обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања у складу са тим уговором.

1. Претходни стаж здравственог осигурања

Члан 32.

(1) За остваривање права из члана 30. овог закона, осигураници морају да имају стаж осигурања у обавезном здравственом осигурању, у својству осигураника у складу са овим 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).

(2) У претходно осигурање рачуна се време од дана када је осигураник стекао својство осигураника у складу са овим законом, за које је уплаћен допринос.

(3) Изузетно од става 1. овог члана, осигураник остварује права из обавезног здравственог осигурања и у случају ако нису испуњени услови у погледу претходног осигурања, и то:

- 1) у случају повреде на раду или професионалне болести осигураника из чл. 17. и 23. овог закона;
- 2) у случају хитне медицинске помоћи и остваривања припадајућих новчаних накнада из члана 30. овог закона;
- 3) за остваривање права на накнаду зараде у висини минималне зараде утврђене у складу са прописима о раду за месец за који се накнада зараде исплаћује.

(4) Чланови породице осигураника остварују права из обавезног здравственог осигурања под условом да осигураник на основу кога остварују та права испуњава услове у погледу претходног осигурања.

2. Право на здравствену заштиту

Члан 33.

(1) Право на здравствену заштиту за случај настанка болести и повреде ван рада обухвата здравствену заштиту у погледу превенције и раног откривања болести, здравствену заштиту у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја, као и здравствену заштиту у случају болести и повреде ван рада без обзира на узрок, која се обезбеђује на примарном, секундарном и терцијерном нивоу, у зависности од здравственог стања осигураног лица, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

(2) Право на здравствену заштиту у случају повреде на раду или професионалне болести обухвата здравствену заштиту у случају настанка повреде на раду или професионалне болести која се обезбеђује на примарном, секундарном и терцијерном нивоу.

(3) Здравствена заштита из ст. 1. и 2. овог члана пружа се на начин да сачува, поврати или унапреди 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.

(4) Повреда на раду, у смислу овог закона, је свака повреда, обољење или смрт настала као последица несреће на послу, односно као последица сваког неочекиваног или непланираног догађаја, укључујући и акт насиља који је настао услед рада или је повезан са радом и који је довео до повреде, обољења или смрти осигураника која је наступила одмах или у периоду од 12 месеци од дана настанка повреде на раду.

(5) Под повредом на раду у смислу става 4. овог члана не подразумевају се професионална обољења, као и повреде при доласку, односно повратку са посла.

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

(7) Повреда на раду утврђује се на основу извештаја о повреди на раду (у даљем тексту: повредна листа), који је под непосредном или посредном контролом послодавца и која се доставља Републичком фонду, односно матичној филијали ради остваривања права из обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом.

(8) Садржај и образац повредне листе и начин попуњавања, односно достављања, обраде података из повредне листе, као и друга питања од значаја за утврђивање повреде на раду, споразумно прописују министри надлежни за послове заштите здравља и безбедности на раду.

Члан 34.

(1) Право на здравствену заштиту које се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем из члана 33. овог закона, обухвата:

- 1) мере превенције и раног откривања болести;
- 2) прегледе и лечење жена у вези са планирањем породице као и у току трудноће, порођаја и материнства 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 и медицинска средства;
- 7) протезе, ортозе и друга помагала за кретање, стајање и седење, помагала за вид, слух, говор, стоматолошке надокнаде, као и друга помагала (у даљем тексту: медицинско-техничка помагала).

(2) Републички фонд 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 или кућну негу.

Мере превенције и раног откривања болести

Члан 35.

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

- 1) здравствено васпитање које се спроводи организовањем посебних предавања или давања савета од стране здравственог радника у вези са заштитом, очувањем и унапређењем здравља, стицањем знања и навика о здравом начину живота, откривањем и сузбијањем фактора ризика;
- 2) систематски и остали прегледи деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања а најкасније до навршених 26 година живота, жена у вези са трудноћом и одраслих особа у складу са републичким програмом превенције и раног откривања болести од већег социјалног - медицинског 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 сексуално преносивих болести и ХИВ инфекције;
- 5) вакцинација, имунопрофилакса и хемопрофилакса која је обавезна према републичком

програму имунизације становништва против одређених заразних болести;

б) 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.

(2) Влада доноси републички програм превенције и раног откривања болести од већег социјално-медицинског значаја, републички програм стоматолошке здравствене заштите деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања а најкасније до навршених 26 година живота, и трудница, као и републички програм имунизације становништва против одређених заразних болести, као и медицинске стандарде мера и поступака који проистичу из програма.

Прегледи и лечење у вези са трудноћом, порођајем и постнаталним периодом

Члан 36.

(1) Женама у вези са планирањем породице, у трудноћи, за време порођаја и материнства до 12 месеци обезбеђује се:

- 1) прегледи и лечење од стране гинеколога и бабице 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;
- 2) болничко лечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи;
- 3) патронажне посете и помоћ породиљи и рутинска нега новорођенчета од стране патронажне сестре;
- 4) дијагностика и лечење стерилитета.

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

Прегледи и лечење у случају болести и повреда

Члан 37. ^[1]

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 другом облику здравствене службе (у даљем тексту: приватна пракса);
- 2) хитан санитетски превоз за 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, као и у кући осигураника, од стране изабраног лекара;
- 5) амбулантни прегледи и лечење код специјалисте и здравственог сарадника, по упуту изабраног лекара;
- 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 старијем лицу које је

теже телесно или душевно ометено у развоју, односно 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 самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица, 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.

Члан 38.

(1) Хитан санитарски превоз из члана 37. тачка 2) овог закона обухвата превоз санитарским 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.

(2) Санитарски превоз који није хитан, из члана 37. тачка 3) овог закона, обухвата превоз до здравствене установе у којој се пружа здравствена заштита која је оправдана и медицински неопходна, као и превоз из здравствене установе до куће осигураног лица.

(3) Санитарски превоз који није хитан оправдан је и медицински неопходан у случају да транспорт било којим другим транспортним средством може угрозити живот и здравље осигураног лица.

Члан 39.

(1) Стационарно лечење из члана 37. 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 здравственим условима, односно ако се не може обезбедити амбулантним и кућним лечењем.

(2) 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, има право на краткотрајно болничко лечење ради примене симптоматске терапије и здравствене неге, под условима прописаним општим актом Републичког фонда.

Члан 40.

(1) Кућно лечење из члана 37. 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.

(2) Кућно лечење се спроводи и као наставак стационарног лечења.

Прегледи и лечења болести уста и зуба

Члан 41. ^[1]

(1) 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 бубрега, 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 у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају активности свакодневног живота;
- 11) прегледи и лечење болести уста и зуба осигураника из члана 22. овог закона.

(2) Лицима из става 1. тач. 10) и 11) овог члана обезбеђује се право на прегледе и лечење болести уста и зуба ако су приходи осигураног лица испод цензуса утврђеног актом из члана 22. став 2. овог закона.

Медицинска рехабилитација у случају болести и повреде

Члан 42. ^[1]

- (1) Осигураним лицима обезбеђује се медицинска рехабилитација ради побољшања или враћања изгубљене или оштећене функције тела као последице акутне болести или повреде, погоршања хроничне болести, медицинске интервенције, конгениталне аномалије или развојног поремећаја.
- (2) 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.
- (3) Окупационом терапијом се осигураном лицу обезбеђују поступци медицинске рехабилитације после болести и повреде који имају за циљ да се осигурано лице оспособи за самосталну бригу о себи, односно да унапреди функционисање у осталим активностима свакодневног живота.
- (4) Рехабилитацијом гласа и говора се осигураном лицу обезбеђују медицински поступци уз употребу одговарајућих помагала која су неопходна за дијагнозу и третман болести и повреда или конгениталне аномалије које за последицу имају поремећај гласа и говора који онемогућава комуникацију осигураног лица, односно поремећај гутања који је последица болести или повреде.
- (5) Физикалном терапијом обезбеђује се утврђивање, примена и евалуација свих одговарајућих физикалних агенаса, укључујући природни лековити фактор у третману повређеног и оболелог осигураног лица.
- (6) Осигураном лицу обезбеђује се медицинска рехабилитација у амбулантно-поликлиничким и болничким условима када је оправдана и неопходна за третман стања осигураног лица.
- (7) Осигураним лицима се рехабилитацијом у стационарним здравственим установама (рана рехабилитација) обезбеђује спровођење интензивног програма рехабилитације, за који је неопходан мултидисциплинарни тимски рад, у оквиру основног медицинског третмана, ради побољшања здравственог стања и отклањања функционалних сметњи.

(8) 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.

(9) Право на пратиоца обезбеђује се осигураном лицу до навршених 15 година живота, као и старијем лицу које је теже телесно или душевно ометено у развоју, односно 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 самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица.

(10) Републички фонд општим актом утврђује врсте индикација за коришћење медицинске рехабилитације, дужину трајања рехабилитације, начин и поступак остваривања рехабилитације и упућивања на рехабилитацију из става 1. овог члана.

(11) Општи акт из става 10. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Лекови и медицинска средства

Члан 43.

(1) Право на лекове и медицинска средства обухвата:

1) 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);

2) право на медицинска средства која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, односно која се прописују на налог или се уграђују у организам осигураног лица.

(2) 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 Републичког фонда.

(3) Републички фонд доноси општи акт којим утврђује Листу лекова, која најмање садржи неопходне - есенцијалне лекове за лечење болести и повреда, без обзира на узрок, у складу са листом есенцијалних лекова Светске здравствене организације.

(4) Републички фонд доноси општи акт којим се утврђују критеријуми, начин и поступак за стављање лекова на Листу лекова, односно за скидање лекова са Листе лекова.

(5) Републички фонд доноси општи акт којим се утврђују врста и стандард медицинских средстава која се уграђују у организам осигураног лица (у даљем тексту: имплантати), као и друге врсте неопходних медицинских средстава.

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

(7) Општи акти из ст. 3, 4. и 5. овог члана објављују се у "Службеном гласнику Републике Србије".

(8) Републички фонд дужан је да у року од 90 дана од дана подношења захтева за стављање, односно скидање одређеног лека са Листе лекова из става 3. овог члана донесе решење о испуњености критеријума за стављање, односно скидање лека са Листе лекова у складу са актом из става 4. овог члана.

(9) Ако овим законом није друкчије одређено, на поступак доношења решења из става 8. овог члана примењује се закон којим се уређује општи управни поступак.

(10) Решење из става 8. овог члана коначно је у управном поступку и против њега се може покренути управни спор.

(11) Републички фонд дужан је да у првој наредној Листи лекова коју доноси у складу са овим законом, стави, односно скине лек за који је донето решење о испуњености критеријума за стављање, односно скидање са Листе лекова у складу са ставом 8. овог члана.

Медицинско-техничка помагала

Члан 44.

- (1) Осигураним лицима обезбеђују се медицинско-техничка помагала 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.
- (2) Осигураним лицима обезбеђују се медицинско-техничка помагала потребна за лечење и рехабилитацију која омогућавају побољшање основних животних функција, омогућавају самосталан живот, омогућавају савладавање препрека у средини и спречавају суштинско погоршање здравственог стања или смрт осигураног лица.
- (3) Републички фонд општим актом утврђује врсту медицинско-техничких помагала и индикације за њихово коришћење, стандарде материјала од којих се израђују, рокове трајања, односно набавку, одржавање и њихово занављање, као и начин и поступак остваривања права на медицинско-техничка помагала.
- (4) Општи акт из става 3. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Здравствене услуге које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања

Члан 45. ^[1]

(1) У остваривању права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања из чл. 34. - 44. овог закона, осигураним лицима обезбеђује се:

- 1) 100% плаћања од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за:
 - мере превенције и раног откривања болести;
 - прегледе и лечење у случају планирања породице, трудноће, порођаја и у постнаталном 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 41. тач. 1), 10) и 11) овог закона, као и жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја;
 - прегледе и лечење у вези са ХИВ инфекцијом и осталим заразним болестима за које је законом предвиђено спровођење мера за спречавање њиховог ширења;
 - прегледе и лечење од малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, прогресивних неуро-мишићних болести, церебралне парализе, параплегије, тетраплегије, трајне хроничне бубрежне инсуфицијенције код које је индикована дијализа или трансплантација бубрега, цистичне фиброзе, системских аутоимуних болести, реуматске болести и њених компликација;
 - прегледе и лечење у вези са узимањем, давањем и разменом ткива и органа 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 санитарски превоз;
 - медицинско-техничка помагала, имплантате и медицинска средства, у вези са лечењем болести и повреда из ове тачке;

2) 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.);
- лечење осигураних лица упућених у иностранство;

3) 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 бубрега;
- лечење компликација каријеса код деце и омладине, вађење зуба као последице каријеса, као и израду 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;
- медицинско-техничка помагала, имплантате и медицинска средства, која нису обухваћена тачком 1) овог члана;

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

- дијагностику и лечење стерилитета;
- израду акрилатне тоталне и субтоталне протезе код лица старијих од 65 година живота;
- очна и слушна помагала за одрасле;
- промену пола из медицинских разлога;
- санитарски превоз који није хитан.

(2) 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.

(3) Изузетно од става 1. тачка 1) алинеја четврта овог закона, за остваривање права на стоматолошку здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, Републички фонд може општим актом из члана 48. став 3. овог закона да утврди 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.

Члан 46.

У Листи лекова из члана 43. став 3. овог закона Републички фонд утврђује износ средстава који се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, односно износ средстава који обезбеђује

осигурано лице.

Члан 47.

- (1) Републички фонд за сваку календарску годину доноси општи акт којим уређује садржај, обим и стандард права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања из члана 45. овог закона за поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, проценат плаћања из средстава обавезног здравственог осигурања до пуног износа цене здравствене услуге, као и проценат плаћања осигураног лица.
- (2) Општи акт из става 1. овог члана мора бити усклађен са планом здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања и годишњим финансијским планом Републичког фонда.
- (3) За поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, актом из става 1. овог члана, Републички фонд може утврдити да се из средстава обавезног здравственог осигурања плаћа већи проценат цене здравствене услуге до пуног износа цене из члана 45. став 1. тач. 2) - 4) овог закона.
- (4) У општем акту из става 1. овог члана, Републички фонд утврђује и највиши годишњи износ, односно највиши износ по одређеној врсти здравствене услуге, који осигурано лице плаћа из својих средстава, водећи рачуна да такав износ не одвраћа осигурано лице од коришћења здравствене заштите, односно да ономогућава осигураном лицу успешно спровођење здравствене заштите.
- (5) Републички фонд доноси општи акт из става 1. овог члана најкасније до 31. децембра текуће године за наредну годину.
- (6) Влада даје сагласност на акт из става 1. овог члана.
- (7) Акт из става 1. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Партиципација

Члан 48.

- (1) Новчани износ до пуног износа из члана 45. став 1. тач. 2) до 4) и став 2. овог закона, као и новчани износ из члана 46. 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.
- (2) Републички фонд може општим актом из члана 47. став 1. овог закона утврдити да се партиципација која пада на терет осигураног лица плаћа у фиксном износу, с тим да фиксни износ не сме бити већи од процентуалног износа одређеног у складу са овим законом. ^[3]
- (3) Општим актом из члана 47. став 1. овог закона Републички фонд уређује начин и поступак наплаћивања партиципације, престанак плаћања партиципације у току календарске године, као и повраћај средстава уплаћених изнад највишег годишњег износа, односно највишег износа партиципације по одређеној врсти здравствене услуге.
- (4) Забрањено је да здравствена установа, односно приватна пракса, или друго правно лице са којима је матична филијала, односно Републички фонд закључио уговоре о пружању здравствене заштите (у даљем тексту: давалац здравствених услуга) наплати друкчије износе партиципације за пружене здравствене услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем од прописаних у складу са чл. 45 - 47. овог закона, као и да наплати партиципацију осигураном лицу које је уплатило највиши годишњи износ партиципације или највиши износ партиципације по одређеној врсти здравствене услуге.
- (5) Осигурано лице има право да из својих средстава, односно из средстава добровољног здравственог осигурања оствари право на већи садржај, обим и стандард права из чл. 45. и 46. 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 стварне цене права из чл. 45. и 46. овог закона.

(6) Републички фонд општим актом ближе уређује услове, начин и поступак остваривања права из става 5. овог члана за одређена права из обавезног здравственог осигурања прописана чл. 45. и 46. овог закона.

(7) Општи акт из става 6. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије.

Члан 49.

(1) Давалац здравствене услуге дужан је да осигураном лицу изда рачун за извршену здравствену услугу који садржи податак о износу који се обезбеђује из средстава Републичког фонда као право из обавезног здравственог осигурања и износу партиципације коју плаћа осигурано лице.

(2) Образац рачуна из става 1. овог члана прописује Републички фонд.

(3) Акт из става 2. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

(4) 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 престанак плаћања партиципације у току те календарске године, као и друге рачуне за наплаћене здравствене услуге ради остваривања права из добровољног здравственог осигурања.

Забрана наплаћивања здравствених услуга које се обезбеђују из обавезног здравственог осигурања

Члан 49а

(1) 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, односно друго правно или физичко лице, на плаћање, односно давање било какве материјалне или нематеријалне користи за пружање таквих услуга осигураном лицу, осим ако овим законом није друкчије одређено.

(2) Лицу које поступи у супротности са ставом 1. овог члана послодавац може, у складу са законом којим се уређује рад, да откаже уговор о раду, односно да раскине другу врсту уговора на основу кога је то лице ангажовано код даваоца здравствених услуга за обављање одређених послова.

(3) Код даваоца здравствених услуга могу да се наплаћују осигураним лицима, као и другим правним и физичким лицима, само оне здравствене услуге које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем, као и износ партиципације утврђен у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Осигурана лица којима се обезбеђује здравствена заштита у пуном износу

Члан 50.

Осигураним лицима обезбеђује се здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације, и то:

- 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 туђу 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 медицинско-техничка помагала и имплантате;

4) добровољним даваоцима крви који су крв дали мање од десет пута, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинско-техничка помагала и имплантате, у року од 12 месеци после сваког давања крви.

Члан 51.

(1) Осигураницима из члана 22. ст. 1. и 4. овог закона обезбеђује се здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације.

(2) Члановима уже породице осигураника из члана 22. став 1. тач. 7) - 9) и 11) овог закона, као и члановима уже породице осигураника из става 4. тог члана, обезбеђује се здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације.

Садржај, обим и стандард здравствене заштите

Члан 52.

(1) Под садржином здравствене заштите, у смислу овог закона, подразумевају се поступци и методи дијагностике, лечења и рехабилитације ради спречавања, сузбијања, раног откривања и лечења болести, повреда и других поремећаја здравља, а који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем.

(2) Под обимом здравствене заштите, у смислу овог закона, подразумева се 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.

(3) Под стандардима здравствене заштите, у смислу овог закона, подразумевају се услови за коришћење поступака и метода који чине садржину права из обавезног здравственог осигурања, укључујући ограничења за коришћење и начин пружања тих здравствених услуга.

Хитна медицинска помоћ и неопходна здравствена заштита

Члан 53.

(1) 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 или озбиљно слабљење или оштећење његовог здравља или смрт.

(2) Под хитном медицинском помоћи, у смислу овог закона, сматра се и медицинска помоћ која се пружи у току од 12 сати од момента пријема осигураног лица да би се избегао очекивани настанак хитног медицинског стања.

(3) 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 земљи 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.

(4) Хитну и неопходну здравствену заштиту у поступку остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања утврђују стручно-медицински органи у поступку остваривања права.

План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања

Члан 54.

(1) Право осигураног лица на здравствену заштиту из чл. 34 - 45. 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 терцијерном нивоу;
- 4) расположивих капацитета здравствене службе.

(2) План из става 1. овог члана Републички фонд доноси за период за који се доноси буџетски меморандум, односно финансијски план Републичког фонда, а у изузетним случајевима - за једну календарску годину, најкасније до 31. децембра - за наредну годину.

(3) Министар даје сагласност на план из става 1. овог члана.

(4) План из става 1. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Номенклатура и цене здравствених услуга

Члан 55.

(1) Номенклатуру здравствених услуга из члана 45. овог закона утврђује министар.

(2) Републички фонд доноси акт којим се утврђују: цене здравствених услуга, програм здравствене заштите, цене дијагностички сродних група здравствених услуга, болеснички дан, посете осигураног лица здравственом раднику, плаћање по опредељеном пацијенту, 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.

(3) Министар даје сагласност на акт из става 2. овог члана.

(4) Цене, односно трошкови из става 2. овог члана утврђују се на основу неких од наведених елемената:

- 1) номенклатуре здравствених услуга;
- 2) норматива и стандарда рада, када је то неопходно за утврђивање цене, односно трошкова;
- 3) трошкова уложеног рада запослених у пружању здравствених услуга који се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са законом и закљученим колективним уговорима, осим оних права која обезбеђује послодавац на основу закључених колективних уговора код послодавца;
- 4) анализе трошкова здравствене заштите;
- 5) амортизације прописане законом, односно другим прописима;
- 6) материјалних трошкова;
- 7) других законских обавеза.

(5) Ради утврђивања цене, односно трошкова из става 2. овог члана Републички фонд утврђује нормативе и стандарде рада из става 4. тачка 2) овог члана, ако исти нису уређени на друкчији начин.

(6) Републички фонд актом из става 2. овог члана, на основу методологије за обрачун трошкова обраде крви и компонената крви, утврђује трошкове обраде крви и компонената крви.

(7) Акт из ст. 2. и 5. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Листа чекања

Члан 56.

(1) 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 здравственој установи, с тим да време чекања не може да буде такво да угрози здравље или живот осигураног лица (у даљем тексту: листа чекања).

(2) 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 пацијената и за стављање на листу чекања, најдуже време чекања за здравствене услуге, неопходне податке и методологију за формирање листе чекања.

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

(4) Актом из става 2. овог члана уређује се и начин информисања пацијента, лекара који је упутио пацијента и Републичког фонда о битним подацима са листе чекања, изменама, допунама, као и брисању осигураних лица са листе чекања, надзор над листом чекања, као и начин коришћења здравствене заштите мимо листе чекања.

(5) Давалац здравствених услуга са којим је матична филијала, односно Републички фонд закључио уговор о пружању здравствене заштите на терет средстава обавезног здравственог осигурања дужан је да утврди листу чекања у складу са ст. 1 - 4. овог члана и да осигураном лицу пружи здравствену услугу у складу са том листом чекања.

Претходно обавештење осигураног лица

Члан 57.

(1) Ако давалац здравствених услуга са којим је Републички фонд, односно матична филијала закључила уговор утврди да здравствена услуга није медицински неопходна, односно оправдана за здравствено стање осигураног лица, дужан је да о томе изда писмено обавештење осигураном лицу, пре пружања здравствене заштите (у даљем тексту: претходно обавештење).

(2) Претходно обавештење давалац здравствених услуга мора дати и осигураном лицу кога ставља на листу чекања, у складу са чланом 56. овог закона.

(3) Претходно обавештење садржи писмену информацију даваоца здравствених услуга о разлозима због којих здравствена услуга није медицински неопходна, односно оправдана за здравствено стање осигураног лица, као и разлозима за стављање на листу чекања и о утврђеном редоследу на листи чекања.

(4) Ако се осигураном лицу и поред претходног обавештења из става 1. овог члана здравствена услуга пружи на лични захтев осигураног лица, трошкови здравствене услуге падају на терет осигураног лица.

Право Републичког фонда да одбије плаћање одређених здравствених услуга

Члан 58.

Републички фонд има право да одбије плаћање трошкова даваоцима здравствених услуга за пружене здравствене услуге, медицинско-техничка помагала, лекове, медицинска средства, имплантате, као и за друге врсте здравствених услуга које нису утврђене као право из обавезног здравственог осигурања, односно које нису у складу са садржином, обимом и стандардом здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања.

Остваривање права из обавезног здравственог осигурања у посебним околностима

Члан 59.

(1) Уколико се садржина 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.

(2) У буџету Републике Србије 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 за обавезно здравствено осигурање, као и из других извора финансирања у складу са законом.

(3) Влада, за сваку календарску годину, на предлог министра надлежног за послове здравља, доноси акт којим се утврђују врсте ретких болести, као и друга питања од значаја за лечење оболелих од ових болести за које се средства обезбеђују у буџету Републике Србије.

Државна гаранција за извршење обавеза Републичког фонда

Члан 60.

Република је гарант за извршење обавеза Републичког фонда у остваривању права из обавезног здравственог осигурања (државна гаранција), за хитну медицинску помоћ и здравствену заштиту која се пружа у стационарним здравственим установама осигураним лицима, а која је као приоритет утврђена у складу са чланом 59. овог закона.

Здравствена заштита која се не обезбеђује у обавезном здравственом осигурању

Члан 61.

(1) 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, осим испитивања по упуту стручно-медицинског органа у поступку остваривања права из здравственог осигурања, односно ради остваривања одређених права код других органа и организација;
- 2) здравствени прегледи 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, за бављење рекреацијом и спортом;
- 3) утврђивање здравственог стања осигураног лица по захтеву других органа, односно које се не остварује по захтеву стручно-медицинских органа у поступку у складу са овим законом (код осигуравајућих друштава, судова, у кривичном и преткривичном поступку, код издавања потврда за возаче моторних возила, утврђивања здравствене способности по предлогу послодавца, мера у вези са заштитом на раду итд.), ако овим законом није друкчије одређено;
- 4) обавеза послодавца да из својих средстава обезбеди специфичну здравствену заштиту запослених, као друштвену бригу за здравље на нивоу послодавца у складу са законом којим се уређује здравствена заштита;
- 5) коришћење здравствене заштите у супротности са начином и поступком остваривања здравствене заштите који је прописан овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;
- 6) лични комфор и посебна удобност смештаја и личне неге у стационарној здравственој установи, односно смештај у једнокреветну или двокреветну болничку собу са посебним купатилом, као и телевизором, телефоном и другим ванстандардним условима смештаја, а који није медицински неопходан или се врши на лични захтев;
- 7) здравствена заштита која је повезана са лечењем акутног пијанства;
- 8) 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 анормалија које проузрокују функционалне сметње, естетске реконструкције дојке које су настале након мастектомије и естетске корекције након тешких повреда, односно болести које су неопходне за успостављање битних функција органа и делова тела;

9) прекид трудноће из немедицинских разлога;

10) необавезне имунизације и имунизације које су везане за путовање у иностранство или за обављање одређеног посла;

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

12) дијагностика 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;

13) 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 код новооткривених болесника са шећерном болешћу и болесника са терминалном бубрежном инсуфицијенцијом;

14) методи и поступци алтернативне, комплементарне или традиционалне медицине;

15) лекови који нису на Листи лекова (осим лекова из члана 43. 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;

16) дијагностика 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 медицинско-техничка помагала који нису пружени у складу са прихваћеним стандардима медицинске, стоматолошке и фармацеутске праксе;

17) прегледи и лечења професионалних и аматерских спортиста који нису утврђени као право из обавезног здравственог осигурања, односно програми медицине спорта који имају за циљ побољшање спортске способности;

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

19) санитарски превоз у случају када осигурано лице може да буде безбедно транспортовано на други адекватан начин, и хитан ваздушни саобраћај у случају када осигурано лице може бити сигурно транспортовано друмским или другим превозом;

20) хидротерапија, терапија хипнозом, електрохипноза, електрослип терапија, електронаркоза и наркосинтеза;

21) психолошко саветовање које се односи на промену понашања, третман лоших породичних и радних односа и неспособност памћења и учења;

22) дуготрајна нега и кућна нега, као и нега у здравственој установи и установи социјалне заштите 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;

23) медицинско-техничка помагала и имплантати који су преко стандарда функционалности који је

медицински неопходан за третман болести или повреде;

24) лечење компликација које су последица здравствених услуга које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом;

25) друге врсте здравствених услуга које нису утврђене као право из обавезног здравственог осигурања, у складу са општим актом Републичког фонда.

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

Коришћење здравствене заштите осигураних лица у иностранству

Члан 62.

(1) Осигураник из члана 17. овог закона кога је послодавац упутио на рад, стручно усавршавање или школовање у земљу 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.

(2) Осигураник из става 1. овог члана користи здравствену заштиту у иностранству у садржају, обиму, на начин и по поступку прописаним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, као и закљученим међународним уговором о социјалном осигурању.

(3) 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 63.

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

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

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

3) упућен на школовање, стручно усавршавање и специјализацију;

4) на службеном путу.

(2) 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 и здравље осигураног лица.

(3) 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, осим у случају службеног путовања осигураника.

Члан 64.

Осигурано лице за време приватног боравка у иностранству (туристичко путовање и др.) 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 и здравље осигураног лица.

Члан 65.

- (1) Право на коришћење здравствене заштите у иностранству на терет средстава обавезног здравственог осигурања, има осигурано лице ако је пре његовог одласка у иностранство 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 дуже лечење, односно смештај у стационарну здравствену установу, укључујући трудноћу и друге здравствене услуге.
- (2) Здравствено стање из става 1. овог члана утврђује првостепена лекарска комисија матичне филијале, а филијала издаје потврду о здравственом стању осигураног лица ради коришћења здравствене заштите у иностранству (у даљем тексту: потврда о коришћењу здравствене заштите).
- (3) Потврда о коришћењу здравствене заштите издаје се на основу налаза и мишљења изабраног лекара да осигурано лице 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 дуже лечење, односно смештај у стационарну здравствену установу, укључујући трудноћу и друге здравствене услуге.
- (4) Ради издавања потврде о коришћењу здравствене заштите, првостепена лекарска комисија може наложити да осигурано лице изврши одређене врсте медицинских прегледа с циљем утврђивања здравственог стања осигураног лица.
- (5) Давање налаза и мишљења изабраног лекара, односно утврђивање здравственог стања од стране првостепене лекарске комисије, односно издавање потврде о коришћењу здравствене заштите, обезбеђује се осигураном лицу из средстава обавезног здравственог осигурања.
- (6) Потврда о коришћењу 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 трудноћу и друге здравствене услуге, као и потврде изабраног лекара - стоматолога о стању зуба.
- (7) Матична филијала издаје потврду о коришћењу здравствене заштите на обрасцу који прописује Републички фонд, а на којем је одштампано и детаљно објашњење о начину, поступку и условима за коришћење здравствене заштите у иностранству.

Члан 66.

- (1) Потврда о коришћењу здравствене заштите важи до истека времена за које је издата, а најдуже за период од 12 месеци од дана издавања, односно за краћи период за који је осигураник упућен у иностранство, и не може се издати осигураном лицу уколико првостепена лекарска комисија утврди да постоје сметње у погледу здравственог стања осигураног лица.
- (2) Изузетно од става 1. овог члана, потврда о коришћењу здравствене заштите за време приватног боравка у иностранству из члана 64. овог закона издаје се најдуже за период од 90 дана од дана издавања потврде.

Члан 67.

Осигурано лице које је боравило у иностранству без претходно утврђеног здравственог стања од стране првостепене лекарске комисије, односно без претходно издате потврде о коришћењу здравствене заштите, нема право на накнаду трошкова који су настали коришћењем хитне медицинске помоћи за време боравка у иностранству.

Члан 68.

(1) 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 земљу.

(2) Оправданост болничког лечења из става 1. овог члана цени првостепена лекарска комисија матичне филијале.

Члан 69.

За време боравка у иностранству осигурано лице може користити здравствену заштиту из средстава обавезног здравственог осигурања само у здравственим установама које су у систему јавног здравља стране државе.

Члан 70.

Оправданост привремене спречености за рад осигураника, која је наступила приликом привременог боравка у иностранству, у земљи са којом није закључен споразум о социјалном осигурању, цени лекарска комисија матичне филијале на предлог изабраног лекара по захтеву осигураника и приложене медицинске документације, од првог дана те спречености.

Члан 71.

(1) Осигурана лица остварују у иностранству право на набавку медицинско-техничких помагала, као и имплантата, који су неопходни у случају хитне медицинске помоћи, на начин на који то право остварују осигураници у земљи, по претходно добијеном одобрењу лекарске комисије матичне филијале.

(2) Право из става 1. овог члана остварује се на основу приложене медицинске документације коју захтева лекарска комисија, као и предрачуна и спецификације трошкова.

(3) Из средстава обавезног здравственог осигурања надокнађују се трошкови за остваривање права из ст. 1. и 2. овог члана највише до износа трошкова за коришћење тих права у земљи, под условима прописаним овим законом.

Упућивање на лечење у иностранство

Члан 72.

(1) Осигураном лицу може се изузетно одобрити лечење у иностранству, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, за лечење обољења, стања или повреде који се не могу успешно лечити у Републици, а у земљи у коју се осигурано лице упућује постоји могућност за успешно лечење тог обољења, стања или повреде.

(2) Републички фонд доноси општи акт којим ближе уређује услове, начин и поступак, као и врсте обољења, стања или повреда за које се може одобрити лечење у иностранству.

(3) Влада даје сагласност на акт из става 2. овог члана.

(4) Акт из става 2. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

3. Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад

Случајеви и услови за стицање права на накнаду зараде

Члан 73.

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

1) запослени из члана 17. став 1. тач. 1) - 7) овог закона;

- 2) предузетници из члана 17. став 1. тачка 18) овог закона;
- 3) свештеници и верски службеници из члана 17. став 1. тачка 20) овог закона.

Члан 74.

(1) Накнада зараде за време привремене спречености за рад припада осигураницима из члана 73. 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:

- 1) привремено спречен за рад услед болести или повреде ван рада;
- 2) привремено спречен за рад услед професионалне болести или повреде на раду;
- 3) привремено спречен за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће;
- 4) привремено спречен за рад због прописане мере обавезне изолације као клицоноше или због појаве заразних болести у његовој околини;
- 5) привремено спречен за рад због неге болесног члана уже породице, под условима утврђеним овим законом;
- 6) привремено спречени за рад због добровољног давања органа и ткива, изузев добровољног давања крви;
- 7) привремено спречен за рад јер 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 Републичког фонда.

(2) Дужину привремене спречености за рад оцењује стручно-медицински орган Републичког фонда, односно матичне филијале на основу медицинско-доктринарних стандарда за утврђивање привремене спречености за рад.

(3) Медицинско-доктринарне стандарде из става 2. овог члана утврђује Републички фонд на основу предлога републичких стручних комисија за одређене врсте болести.

(4) Забрањено је да изабрани лекар или члан стручно-медицинског органа Републичког фонда, односно матичне филијале утврди да код осигураника постоји привремена спреченост за рад ако нису испуњени услови из става 1. тач. 1) - 7) овог члана.

Члан 75.

(1) Осигуранику који у моменту наступања привремене спречености за рад нема претходно осигурање из члана 32. 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.

(2) 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.

Повезивање привремене спречености за рад

Члан 76.

(1) У случају да је осигураник привремено спречен за рад из једног од разлога из члана 74. став 1. овог закона, а затим без прекида (наредни дан) буде спречен за рад из другог разлога привремене спречености за рад из члана 74. став 1. овог закона, дани привремене спречености за рад осигураника не повезују се у погледу основа, висине и исплатиоца накнаде зараде.

(2) 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.

(3) 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.

(4) У случају из става 2. овог члана изабрани лекар дужан је да осигураника упуту на првостепену лекарску комисију по истеку 30. дана укупне спречености за рад.

(5) У случају из става 3. овог члана изабрани лекар дужан је да осигураника упуту на првостепену лекарску комисију ако је осигураник био спречен за рад у укупном трајању од 30 дана у периоду од 45 дана од дана прве спречености за рад.

Дужина коришћења права на накнаду зараде за време привремене спречености за рад

Члан 77.

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

(2) Изузетно од става 1. овог члана, изабрани лекар може да оцени 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.

(3) 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 дође код изабраног лекара, односно није могао да га обавести о разлозима за спреченост за рад, по предлогу изабраног лекара, лекарска комисија може дати оцену о спречености за рад осигураника за период дужи од три дана пре јављања изабраном лекару.

Члан 78.

(1) Изабрани лекар, односно лекарска комисија одређује привремену спреченост за рад осигураника датумом почетка привремене спречености за рад и датумом завршетка привремене спречености за рад.

(2) Право на накнаду 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.

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

(4) Изузетно од става 3. овог члана, ако је привремена спреченост за рад настала као последица повреде на раду или професионалне болести, накнада зараде припада осигураннику 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 изабраног лекара, односно лекарске комисије.

Члан 79.

(1) Осигураннику из члана 73. овог закона припада накнада зараде због неге оболелог члана уже породице млађег од седам година живота или старијег члана уже породице који је тешко телесно или душевно

ометен у развоју, у сваком појединачном случају болести најдуже до 15 дана, а ако је оболели, односно повређени члан уже породице старији од седам година живота, најдуже до седам дана.

(2) 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.

(3) 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 може, на предлог здравствене установе која обавља здравствену делатност на терцијерном нивоу у којој се дете лечи, као и упута изабраног лекара, продужити право на накнаду зараде због неге члана уже породице до четири месеца.

Члан 80.

Накнада зараде због неге детета припада осигуранику ако су оба родитеља запослена, односно ако оба родитеља обављају делатност као предузетник на основу које су осигурани, или ако дете има само једног родитеља или ако један од родитеља није запослен, односно не обавља делатност као предузетник, али је из здравствених разлога неспособан да негује оболело дете.

Обавезно упућивање осигураника на оцену радне способности пред надлежним пензијско-инвалидским органом

Члан 81.

(1) Изабрани лекар, односно лекарска комисија, без обзира на дужину трајања и узрок привремене спречености за рад осигураника, дужан је да осигураника без одлагања упуту надлежном органу за оцену радне способности, односно инвалидности по прописима о пензијском и инвалидском осигурању (у даљем тексту: инвалидска комисија) 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.

(2) У случају дужег трајања спречености за рад проузроковане болешћу или повредом, а најкасније по истеку 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 лекарска комисија, дужна је да осигураника са потребном медицинском документацијом упуту на инвалидску комисију ради утврђивања губитка радне способности.

Члан 82.

(1) Када је осигураник у току привремене спречености за рад упућен на инвалидску комисију из члана 81. 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.

(2) Организација надлежна за обавезно пензијско и инвалидско осигурање дужна је да у року из става 1. овог члана, за осигуранике који су упућени на утврђивање губитка радне способности у складу са чланом 81. овог закона, утврди да ли постоји или не постоји потпуни губитак радне способности, у складу са прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

(3) Ако организација надлежна за обавезно пензијско и инвалидско осигурање не донесе решење из става 2. овог члана, у року од 60 дана од дана подношења захтева за покретање поступка у складу са чланом 81. овог закона, осигураник, почев од 61-ог дана има право на накнаду зараде коју обезбеђује надлежна организација за обавезно пензијско и инвалидско осигурање из својих средстава.

(4) 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 пада на терет средстава обавезног здравственог осигурања, а после тога дана на терет средстава надлежне организације за обавезно пензијско и инвалидско осигурање.

(5) Потраживање исплаћене накнаде зараде од надлежне организације за пензијско и инвалидско осигурање доспева исплатом накнаде зараде осигуранику, а повраћај исплаћене накнаде врши се према одредбама закона којим се уређују облигациони односи.

Члан 83.

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 лекарска комисија, по предлогу изабраног лекара, на начин и по поступку који је уређен овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, а до дана добијања решења из члана 82. овог закона.

Члан 84.

(1) Надлежна организација за обавезно пензијско и инвалидско осигурање дужна је да матичној филијали, односно 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 правноснажности решења.

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

(3) Односи између Републичког фонда и надлежне организације за 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.

Случајеви у којима не припада право на накнаду зараде

Члан 85.

(1) Осигуранику привремено спреченом за рад у складу са овим законом 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 акутним пијанством или употребом психотропних 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 за оцену привремене спречености за рад или се не одазове на позив лекарске комисије, у року од три дана од дана настанка привремене спречености за рад, односно од дана добијања позива за излазак на лекарску комисију, односно од престанка околности које су га у томе спречавале;
- 6) ако се за време привремене спречености за рад бави привредном или другом активношћу којом остварује приходе;
- 7) ако без дозволе стручно-медицинског органа матичне филијале, односно 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.

(2) 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.

(3) Накнада зараде не припада лицима на издржавању казне затвора и лицима према којима се спроводи мера безбедности обавезног психијатријског лечења и чувања у здравственој установи и обавезног лечења алкохоличара и наркомана у здравственој установи.

(4) 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 86.

(1) Осигуранику из члана 17. 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.

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

Основ за накнаду зараде

Члан 87.

Основ за накнаду зараде за осигуранике запослене из члана 73. тачка 1) овог закона, коју исплаћује послодавац из својих средстава, утврђује се у складу са прописима о раду.

Члан 88.

(1) Основ за обрачун накнаде зараде (у даљем тексту: основ за накнаду зараде) која се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања, за осигуранике из члана 73. тачка 1) овог закона, чини просечна зарада коју је осигураник остварио у претходна три месеца пре месеца у којем је наступила привремена спреченост за рад.

(2) 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;

2) увећана зарада по основу времена проведеног на раду за сваку пуну годину рада остварену у радном односу.

(3) За све време исплате накнаде зараде из средстава обавезног здравственог осигурања, за осигураника који има претходно осигурање, основ за накнаду утврђује се у складу са ставом 1. овог члана.

(4) За осигураника који не испуњава услов у погледу претходног осигурања у моменту почетка коришћења права на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања, основ за накнаду зараде утврђује се у складу са ставом 1. овог члана, од момента испуњења услова у погледу претходног осигурања, као и остваривања зараде из става 2. овог члана.

Члан 89.

(1) Основ за накнаду зараде за сваки појединачни месец који улази у износ просечне зараде из члана 88. овог закона, не може бити виши од највише месечне основице на коју се плаћа допринос за месец који улази у просечан износ зараде, у складу са законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

(2) Највиши основ за накнаду зараде чини збир највиших месечних основица на које се плаћа допринос за сваки од три месеца који улазе у просечан износ зараде.

(3) Ако осигураник који испуњава услов у погледу претходног осигурања није остварио зараду у три календарска месеца која претходе месецу у којем је наступила привремена спреченост за рад, основ за накнаду зараде чини просечан износ зараде из члана 88. став 2. овог закона за време за које је осигураник остварио зараду, уз ограничење највишег основа за накнаду из става 2. овог члана.

(4) Ако осигураник који испуњава услов у погледу претходног осигурања није остварио зараду ни у једном од три месеца која 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. овог закона, у месецу за који се исплаћује накнада зараде, да није наступила привремена спреченост за рад.

Члан 90.

(1) Основ за накнаду зараде за осигуранике из члана 73. тач. 2) и 3) овог закона, који испуњавају услов у погледу претходног осигурања, чини просечна месечна основица на коју је плаћен допринос за обавезно здравствено осигурање у складу са законом, утврђена у календарском тромесечју које претходи тромесечју у којем је наступио случај по којем се стиче право на накнаду зараде, а ако је у претходном тромесечју по том основу осигурања 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 претходном тромесечју.

(2) Ако осигураник из става 1. овог члана у претходном тромесечју није обављао делатност предузетника, односно верску функцију, основ за накнаду зараде чини основица из става 1. овог члана утврђена за текуће календарско тромесечје.

Члан 91.

Осигуранику који је пре наступања привремене спречености за рад, односно у периоду из којег се утврђује основ за накнаду зараде, радио код два или више послодаваца или ако је као предузетник обављао делатност и радио код послодавца, основ за накнаду зараде се утврђује према укупном збиру основа за накнаду зараде из чл. 88. и 90. овог закона, а који не може бити већи од највишег основа за накнаду зараде из члана 89. став 2. овог закона.

Усклађивање основа за накнаду зараде

Члан 92.

(1) Када осигураник из члана 73. тачка 1) овог закона прима накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања дуже од два календарска месеца, има право на усклађивање основа за накнаду зараде.

(2) Усклађивање основа за накнаду зараде врши се од првог дана наредног календарског месеца по истеку другог календарског месеца непрекидне спречености за рад.

(3) Основ за накнаду зараде из става 1. овог члана усклађује се са кретањем зарада код послодавца у месецу који претходи месецу од којег осигуранику припада право на усклађивање основа за накнаду зараде (прво усклађивање основа за накнаду зараде).

(4) Свако наредно усклађивање основа за накнаду зараде врши се месечно према кретању зарада код послодавца.

Члан 93.

(1) Када осигураник из члана 73. тач. 2) и 3) овог закона прима накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања дуже од два календарска месеца, има право на усклађивање основа за накнаду зараде.

(2) Усклађивање основа за накнаду зараде врши се од првог дана наредног календарског месеца по истеку другог календарског месеца непрекидне спречености за рад.

(3) Основ за накнаду зараде из става 1. овог члана усклађује се са кретањем просечне месечне зараде по запосленом на територији Републике према последњем објављеном податку републичког органа надлежног за послове статистике, у месецу који претходи месецу од којег осигуранику припада право на усклађивање основа за накнаду зараде (прво усклађивање основа за накнаду зараде).

(4) Свако наредно усклађивање основа за накнаду зараде врши се месечно према кретању просечне месечне зараде по запосленом на територији Републике према последњем објављеном податку републичког органа надлежног за послове статистике.

Члан 94.

Усклађени износ основа за накнаду зараде из чл. 92. и 93. овог закона не може бити већи од највишег основа за накнаду зараде из члана 89. став 2. овог закона.

Висина накнаде зараде

Члан 95.

Висина накнаде зараде коју обезбеђује послодавац за првих 30 дана спречености за рад осигураника из својих средстава у случајевима из члана 74. став 1. овог закона, утврђују се у складу са прописима о раду и овим законом.

Члан 96.

(1) Висина накнада зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, као и из средстава послодаваца у случајевима из члана 74. став 1. тач. 1), 3), 4), 5) и 7) овог закона износи 65% од основа за накнаду зараде.

(2) Висина накнаде зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, као и из средстава послодавца, у случајевима из члана 74. став 1. тач. 2) и 6) овог закона износи 100% од основа за накнаду зараде.

Члан 97.

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.

Члан 98.

(1) 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.

(2) Ако послодавац накнадно исплати зараду запосленима, осигураник из става 1. овог члана има право на прерачун накнаде зараде из средстава обавезног здравственог осигурања, под условима прописаним

ОВИМ ЗАКОНОМ.

Накнада зараде у посебним случајевима

Члан 99.

(1) Када стручно-медицински орган матичне филијале, односно 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.

(2) 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.

(3) 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 100.

Осигуранику који за време привремене спречености за рад ради са скраћеним радним временом, у складу са чланом 99. овог закона, накнада зараде припада сразмерно времену проведеном на раду према пуном радном времену.

Члан 101.

(1) 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.

(2) 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, исплатиће му се део накнаде зараде до пуног износа утврђеног у складу са овим законом.

Обезбеђивање исплате накнаде зараде

Члан 102.

(1) Накнаду зараде за случајеве привремене спречености за рад из члана 74. овог закона за првих 30 дана спречености за рад обезбеђује послодавац из својих средстава, а од 31. дана накнаду зараде обезбеђује Републички фонд, односно матична филијала.

(2) 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 ткива и органа, 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.

(3) Изузетно од става 1. овог члана, за осигураника из члана 73. 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.

(4) 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 матична филијала, односно Републички фонд, од дана престанка радног односа осигураника.

(5) За осигураника из члана 73. тач. 2) и 3) овог закона, накнаду зараде због повреде на раду или професионалне болести обезбеђује матична филијала, односно 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 103.

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

(2) Послодавац врши обрачун накнаде зараде из става 1. овог члана у складу са овим законом и доставља га матичној филијали.

(3) Матична 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.

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

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

(6) 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 матичне филијале, обрачунава и исплаћује матична филијала.

(7) Послодавац може из својих средстава исплатити накнаду зараде и када се та накнада обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, с тим да је матична филијала дужна да исплаћене износе накнади послодавцу у року од 30 дана од дана предаје захтева матичној филијали.

4. Право на накнаду трошкова превоза

Члан 104.

(1) Накнада трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите обезбеђује се осигураним лицима, као и пратиоцу осигураног лица, у случају упућивања у здравствену установу ван подручја матичне филијале, ако је здравствена установа удаљена најмање 50 километара од места његовог становања, у складу са одредбама овог закона. ^[3]

(2) Накнада трошкова превоза припада осигураном лицу када је од изабраног лекара, здравствене установе или надлежне лекарске комисије упућен или позван у друго место ван подручја матичне филијале у вези са остваривањем здравствене заштите или ради оцене привремене спречености за рад.

(3) Изузетно од става 1. овог члана, осигураном лицу упућеном на хемодијализу, као и на хемио и радио терапију, детету до навршених 18 година живота и старијем лицу које је тешко душевно или телесно ометено у развоју, упућеним на свакодневно лечење и рехабилитацију у здравствену установу, односно приватну праксу, ван места пребивалишта у друго место на подручју матичне филијале, припада накнада трошкова превоза на основу мишљења лекарске комисије.

Члан 105.

(1) Осигурана лица имају право на накнаду трошкова превоза према најкраћој релацији у висини цене коштања карте аутобуса или другог разреда воза.

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

(3) Као превозно средство осигурано лице може у случају неопходне здравствене заштите да користи, по налогу лекарске комисије, санитарска кола, а ако му се и поред утврђене неопходности не могу обезбедити санитарска кола, осигурано лице има право на накнаду стварних трошкова превоза, највише до износа 10% од цене једног литра бензина за сваки пређени километар.

Члан 106.

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 пребивалишта, осим ако због здравственог стања осигураног лица постоји потреба посебног превоза, о чему одлуку доноси првостепена лекарска комисија.

Члан 107.

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 коштања превоза.

Члан 108.

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

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

(3) Пратиоцу припада накнада трошкова превоза и када се сам враћа у своје место пребивалишта, односно боравка или када одлази у друго место ради праћења осигураног лица.

(4) 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 које је теже телесно или душевно ометено у развоју, као и лице код којег је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција, због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида и глува лица.

5. Доследност права и рок за исплату доспелих права

Члан 109.

(1) 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.

(2) Накнада трошкова превоза доспева за исплату даном завршеног путовања у вези са лечењем.

(3) Филијала врши исплату накнада из ст. 1. и 2. овог члана у року од 30 дана од дана пријема захтева за исплату накнаде.

Члан 110.

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

4) УТВРЂИВАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА И ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ

ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Утврђивање својства осигураног лица

Члан 111.

- (1) Својство осигураног лица утврђује филијала која се у смислу овог закона сматра матичном филијалом.
- (2) Својство осигураног лица утврђује се само по једном основу.
- (3) Својство осигураног лица престаје даном престанка основа по којем је то својство признато.

Члан 112.

- (1) Лицу којем је признато својство осигураног лица матична филијала издаје прописану исправу о здравственом осигурању (у даљем тексту: исправа о осигурању), којом се доказује својство осигураног лица. ^[1]
- (2) Лицу којем се права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују у одређеним случајевима из члана 28. овог закона, издаје се посебна исправа за коришћење здравствене заштите само у случају повреде на раду или професионалне болести. ^[1]
- (3) Исправа о осигурању из ст. 1. и 2. овог члана јесте и здравствена картица која садржи простор за контактни микроконтролер (ЧИП) и простор за машински читљиву зону за потребе аутоматског читавања података, у који се уносе сви видљиви подаци на исправи о осигурању, као и подаци који се воде у матичној евиденцији у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.
- (4) Трошкове издавања здравствене картице из става 3. овог члана сноси осигураник за себе и чланове своје породице.
- (5) Изузетно од става 4. овог члана обвезник уплате доприноса, односно друго правно или физичко лице, односно Републички фонд може преузети обавезу накнаде трошкова издавања здравствене картице.
- (6) Висину трошкова из става 4. овог члана прописује Републички фонд.
- (7) Средства остварена у складу са ставом 6. овог члана представљају приход Републичког фонда.
- (8) Влада даје сагласност на акт из става 6. овог члана.
- (9) Републички фонд прописује садржај и облик исправе о осигурању, здравствене картице, односно посебне исправе за коришћење здравствене заштите из ст. 1-3. овог члана, начин њихове овере, осигурана лица за која преузима обавезу трошкова издавања здравствене картице, као и друга питања од значаја за коришћење тих исправа.
- (10) Акт из ст. 6. и 9. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије.

Члан 113.

- (1) Правна и физичка лица дужна су да матичној филијали доставе све податке у вези са пријавом на обавезно здравствено осигурање, пријавом промене у обавезном здравственом осигурању или одјавом са обавезног здравственог осигурања, ради утврђивања својства осигураног лица, односно податке о престанку или промени у утврђеном својству осигураног лица.
- (2) На основу података из става 1. овог члана, матична филијала утврђује чињенице за стицање својства обавезно осигураног лица.
- (3) Рок за подношење пријаве на осигурање, пријаве промене или одјаве јесте осам дана од дана када су се за то стекли услови.
- (4) Изузетно од ст. 1-3. овог члана матична филијала може по службеној дужности да изврши одјаву са обавезног здравственог осигурања у случају када је правно или физичко лице које је обвезник

подношења одјаве са здравственог осигурања престало да постоји, односно ако је умрло, као и у случају ако је у моменту подношења пријаве на здравствено осигурање познат и датум престанка основа за осигурање по коме је то лице стекло својство осигураника у складу са овим законом, под условом да обвезник подношења одјаве не поднесе одјаву са здравственог осигурања у законом прописаном року.

Члан 114.

- (1) Ако матична филијала, за лице за које је поднета пријава на обавезно здравствено осигурање, не призна својство осигураног лица по основу осигурања из поднете пријаве, или ако му то својство призна по неком другом основу, дужна је да о томе донесе решење које доставља подносиоцу пријаве.
- (2) Матична филијала дужна је да донесе решење о утврђеном својству обавезно осигураног лица или престанку, односно промени у својству обавезно осигураног лица, на захтев осигураног лица или другог надлежног органа.
- (3) Ако правно или физичко лице није поднело пријаву на обавезно здравствено осигурање у року прописаном овим законом, матична филијала по службеној дужности утврђује својство осигураног лица, о чему доноси решење.
- (4) У решењу из става 3. овог члана, матична филијала утврђује датум стицања својства осигураног лица и доспеле обавезе по основу уплате доприноса на дан доношења решења.

2. Матична евиденција о осигураним лицима и коришћењу права из обавезног здравственог осигурања

Члан 115.

- (1) Својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању утврђује се на основу података који се воде у матичној евиденцији о осигураним лицима и коришћењу права из обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: матична евиденција), коју јединствено за територију Републике устројава и организује Републички фонд.
- (2) Матична филијала обавља одређене послове матичне евиденције, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Члан 116.

- (1) У матичној евиденцији воде се подаци о осигураницима, односно осигураним лицима, обвезницима плаћања доприноса и коришћењу права из обавезног здравственог осигурања.
- (2) Матична евиденција води се по прописаним јединственим методолошким принципима.
- (3) Подаци се уносе у матичну евиденцију према прописаном јединственом кодексу шифара.
- (4) Подаци се уносе у матичну евиденцију на основу пријава поднесених на прописаним обрасцима, које се могу достављати и путем средстава за електронску обраду података.
- (5) У случају када су пријаве на осигурање, пријаве промене у осигурању и одјаве са осигурања достављене путем средстава за електронску обраду података, подносилац пријаве, односно одјаве дужан је да их, на захтев Републичког фонда, односно матичне филијале, поднесе на прописаном обрасцу.
- (6) Јединствене методолошке принципе за вођење матичне евиденције, јединствени кодекс шифара и обрасце пријаве на осигурање, пријаве промене у осигурању и одјаве са осигурања и друга питања од значаја за вођење матичне евиденције - уређује Влада.

Члан 117.

Матична евиденција устројава се уношењем података о осигуранику и другом обвезнику уплате

доприноса, на основу података из пријаве на осигурање, као и на основу других података у складу са овим законом.

Члан 118.

(1) У матичну евиденцију уносе се подаци о:

- 1) осигураницима;
- 2) члановима породице осигураника;
- 3) обвезницима плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање;
- 4) коришћењу права из обавезног здравственог осигурања.

(2) Подаци из става 1. тачка 4) овог члана представљају службену тајну, воде се одвојено од других података, а те податке може уносити, односно њима руковати за то посебно овлашћено службено лице матичне филијале, односно Републичког фонда.

Члан 119.

(1) У матичну евиденцију уносе се следећи подаци о осигураницима:

- 1) презиме и име;
- 2) јединствени матични број грађана и порески идентификациони број;
- 3) пол;
- 4) дан, месец и година рођења;
- 5) занимање;
- 6) школска спрема;
- 7) основ осигурања;
- 8) датум стицања, односно престанка својства осигураника, као и промене у току осигурања;
- 9) стаж здравственог осигурања;
- 10) обвезник плаћања доприноса;
- 11) висина уплате доприноса;
- 12) зараде, накнаде зарада и друга примања и накнаде које служе за утврђивање основице осигурања на коју се обрачунава и плаћа допринос;
- 13) висина уплаћеног доприноса;
- 14) адреса пребивалишта;
- 15) назив послодавца, регистарски број послодавца, шифра делатности и адреса седишта послодавца;
- 16) општина на којој се непокретност налази;
- 17) држављанство.

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

- 1) презиме и име;
- 2) јединствени матични број грађана;
- 3) пол;
- 4) дан, месец и година рођења;
- 5) сродство са осигураником;

- 6) адреса пребивалишта;
- 7) занимање;
- 8) држављанство.

(3) У матичну евиденцију уносе се и подаци о повреди на раду, односно професионалној болести осигураника.

Члан 120.

(1) У матичну евиденцију уносе се и подаци прописани законом којим се уређује евиденција у области здравства а који се односе на осигурана лица.

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

- 1) врсти права из здравственог осигурања која се обезбеђују осигураном лицу;
- 2) пруженим здравственим услугама;
- 3) новчаним накнадама;
- 4) медицинско-техничким помагалима и имплантатима;
- 5) лековима издатим на рецепт;
- 6) годишњем износу плаћених партиципација;
- 7) изабраном лекару осигураног лица;
- 8) остваривању права пред лекарским комисијама;
- 9) остваривању права у вези са професионалном болешћу или повредом на раду осигураника;
- 10) упућивању на инвалидску комисију у складу са овим законом.

(3) Републички фонд може општим актом прописати и друге податке који се воде у матичној евиденцији, а који се односе на остваривање права из обавезног здравственог осигурања, као и посебне обрасце за вођење евиденције о остваривању права из обавезног здравственог осигурања (рачуне и другу специфичну документацију, а која није прописана законом којим се уређују евиденције у области здравства).

(4) У матичну евиденцију уносе се и подаци о даваоцу здравствених услуга са којим је филијала, односно Републички фонд закључио уговор о пружању здравствене заштите осигураним лицима из средстава обавезног здравственог осигурања.

(5) Акт из става 3. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Члан 121.

Републички фонд, односно матична филијала има право да по службеној дужности прибави податке из чл. 119. и 120. овог закона који се воде код других надлежних државних органа и организација о осигураним лицима.

Члан 122.

(1) Републички фонд одређује обвезницима плаћања доприноса регистарски број.

(2) Регистарски број из става 1. овог члана састоји се од ознаке Републичког фонда, односно филијале, општине, текућег редног броја регистра и контролног броја.

Члан 123.

Пријаву података за матичну евиденцију подносе матичној филијали, односно Републичком фонду:

1) послодавац:

- (1) пријаву података о обвезнику плаћања доприноса која обухвата пријаву почетка пословања, пријаву промене у току пословања и пријаву престанка пословања;
- (2) пријаву на осигурање, пријаву промена у осигурању и одјаву са осигурања - за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) - 8), тачка 10) и тач. 13) и 14) овог закона;
- (3) пријаву података за утврђивање стажа у здравственом осигурању, података о заради и накнадама зараде које служе за утврђивање основице и висине уплаћеног доприноса;
- (4) пријаву о уплати доприноса по основу уговорене накнаде и о висини те накнаде;

2) орган надлежан за послове јавних прихода: пријаву података за утврђивање стажа здравственог осигурања, података о основици осигурања и висини уплаћеног доприноса - за осигуранике самосталних делатности (предузетнике) и осигуранике пољопривреднике, свештенике и верске службенике, као и пријаву промене тих података;

3) организација, савез и удружење: пријаву на осигурање и одјаву са осигурања, осим за осигуранике који самостално обављају привредну делатност (предузетници), као и пријаву промене тих података;

4) осигураник који је сам обвезник плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање, осим осигураника из тач. 2) и 3) овог члана:

- (1) пријаву података о обвезнику плаћања доприноса;
- (2) пријаву на осигурање, пријаву промене података у току осигурања и одјаву са осигурања;

5) организација за запошљавање:

- (1) пријаву на осигурање и одјаву са осигурања за осигуранике - за које је, у складу са законом, обвезник плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање, као и пријаву промене тих података;
- (2) пријаву података о утврђеном стажу у здравственом осигурању, накнади зараде и висини уплаћеног доприноса за лица из подтачке (1) ове тачке, као и пријаву промене тих података;

6) организација за пензијско и инвалидско осигурање:

- (1) пријаву на осигурање, пријаву промена у осигурању и одјаву са осигурања - за осигуранике за које, у складу са законом плаћа допринос за обавезно здравствено осигурање;
- (2) пријаву података о стажу осигурања и висини уплаћеног доприноса за лица из подтачке (1) ове тачке, као и пријаву промене тих података;

7) Републички фонд:

- (1) уноси у матичну евиденцију податке о пријавама на здравствено осигурање, пријавама промена у осигурању и одјавама са осигурања, у складу са овим законом, о утврђеном стажу здравственог осигурања, заради, накнадама зараде, основицама осигурања, уговореним накнадама и другим накнадама које служе за обрачун и уплату доприноса као и о висини уплаћеног доприноса за осигуранике који су сами обвезници плаћања доприноса, ако овим законом није друкчије одређено;
- (2) води посебну евиденцију о уплаћеним доприносима из тачке 1) подтачка (4) овог члана.

Члан 124.

(1) За осигураника из члана 22. овог закона пријаву на осигурање, пријаву промене у осигурању и одјаву са осигурања подноси тај осигураник уз потребне доказе за утврђивање својства осигураника, осим за

осигуранике из тач. 7) и 8) тог члана за које пријаву, промену и одјаву подноси исплатилац материјалног обезбеђења, односно сталне новчане помоћи.

(2) За лице које се укључује у обавезно здравствено осигурање, из члана 23. овог закона, пријаву на осигурање, пријаву промене у осигурању, односно одјаву са осигурања подноси то лице, уз потребне доказе за утврђивање својства осигураника.

(3) Републички фонд води посебну евиденцију за осигуранике из чл. 22. и 23. овог закона.

(4) Републички фонд општим актом уређује начин и поступак, као и потребне доказе, за утврђивање својства осигураника из члана 22. овог закона.

(5) Републички фонд општим актом уређује начин и поступак, као и потребне доказе, за укључивање у обавезно здравствено осигурање лица из члана 23. овог закона.

(6) Општи акти из ст. 4. и 5. овог члана објављују се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Члан 125.

У пријаве података за матичну евиденцију подаци се уносе само на основу јавних исправа и евиденција прописаних законом и прописима донетим за спровођење закона.

Члан 126.

(1) За тачност података унесених у пријаве података за матичну евиденцију одговоран је подносилац пријаве.

(2) Матична филијала дужна је да провери тачност података унесених у пријаве података за матичну евиденцију, да захтева доказе и врши увид у евиденције и документацију на којима се заснивају подаци унесени у пријаве, као и да по потреби прибави податке.

(3) Подносилац пријаве дужан је да осигуранику, односно кориснику права из обавезног здравственог осигурања, 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.

Члан 127.

(1) Својство осигураника за лица за која је поднета пријава на осигурање утврђује се увођењем у матичну евиденцију и потврдом пријема на обрасцу пријаве на осигурање.

(2) Приликом пријема пријаве на осигурање врши се провера података садржаних у пријави и захтевају докази на којима се ти подаци заснивају.

(3) Одредбе ст. 1. и 2. овог члана примењују се и приликом пријема одјаве са осигурања, односно пријаве промене у осигурању.

(4) Подносилац је дужан да лицу, за које је поднео пријаву на осигурање, пријаву промене у осигурању, односно одјаву осигурања, преда оверену фотокопију потврде о пријему те пријаве, одјаве, односно промене, у року од осам дана од дана њеног издавања.

(5) Ако се на основу поднесене пријаве на осигурање утврди да нису испуњени услови за признавање својства осигураника, подносиоцу пријаве издаје се писмено решење.

(6) Копију потврде о пријему пријаве на осигурање и одјаве са осигурања за осигуранике који обављају самосталну делатност (предузетнике), за пољопривреднике, као и за друга лица о којима надлежни порески орган води евиденције, матична филијала, односно Републички фонд дужан је да достави пореском органу до 5. у месецу за претходни месец.

(7) Достављање података из става 6. овог члана може се вршити и у електронској форми, уз обавезу достављања копије потврде о пријему пријаве, односно одјаве, у року од осам дана.

Члан 128.

- (1) Лице за које обвезник подношења пријаве није поднео пријаву на осигурање Републичком фонду, односно матичној филијали, може поднети захтев за утврђивање својства осигураника.
- (2) Захтев из става 1. овог члана може се поднети и обвезнику подношења пријаве.
- (3) Матична филијала ће покренути поступак за утврђивање својства осигураника и када, приликом контроле или на други начин, утврди да пријава на осигурање није поднета за лица која имају права из обавезног здравственог осигурања.
- (4) У случајевима из ст. 1 - 3. овог члана матична филијала доноси решење о утврђивању својства осигураника.
- (5) Обвезник подношења пријаве дужан је да на основу решења из става 4. овог члана, којим је утврђено својство осигураника, поднесе пријаву на осигурање.
- (6) Одредбе ст. 1. - 5. овог члана примењују се и у случају кад обвезник подношења одјаве са осигурања, односно пријаве промене у осигурању, није поднео одјаву, односно пријаву промене осигурања.

Члан 129.

- (1) Пријава података за матичну евиденцију подноси се матичној филијали, и то:
 - 1) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) и 2), тач. 4)-8), тач. 10), 11) и 13), тач. 15)-18) и тачка 24) овог закона, у случају када су место пребивалишта осигураника и седиште обвезника на подручју исте филијале - према седишту обвезника уплате доприноса;
 - 2) за осигуранике из члана 17. 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 17. став 1. тачка 9) и тач. 19)-22) овог закона - према пребивалишту осигураника у Републици;
 - 4) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 12) овог закона - према пребивалишту осигураника или месту последњег престанка радног односа;
 - 5) за осигуранике из члана 17. 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 17. став 1. тачка 23) овог закона - према боравишту или пребивалишту;
 - 7) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 25) овог закона - према седишту школе, односно високошколске установе.
- (2) Изузетно од става 1. тач. 1) овог члана, у случају када је пребивалиште осигураника на подручју једне филијале а седиште обвезника уплате доприноса на подручју друге филијале, пријава података за матичну евиденцију подноси се матичној филијали према пребивалишту осигураника у Републици.
- (3) За чланове породице осигураника пријава података за матичну евиденцију подноси се матичној филијали, односно филијали на начин прописан у ст. 1. и 2. овог члана.

Члан 130.

- (1) Пријава података за матичну евиденцију за осигураника из члана 22. став 1. овог закона подноси се матичној филијали према пребивалишту, а за осигуранике из тач. 11)-13) тог члана - према пребивалишту, односно боравишту.
- (2) Пријава података за матичну евиденцију за лице које се укључује у обавезно здравствено осигурање, из члана 23. овог закона, подноси се према пребивалишту тог лица.

(3) За чланове породице осигураника из ст. 1. и 2. овог члана пријава података за матичну евиденцију подноси се оној матичној филијали која је утврдила својство осигураника за лица из ст. 1. и 2. овог члана.

Члан 131.

Својство осигураника, висину зараде, накнада и осталих примања која служе за утврђивање основице осигурања на коју се обрачунава и плаћа допринос матична филијала утврђује на основу пријаве података из члана 119. овог закона.

Члан 132.

Ако матична филијала, приликом провере података, утврди да пријава, у погледу стажа осигурања, зараде, накнаде зараде, основице осигурања на коју се обрачунава и плаћа допринос, уговорене накнаде и висине уплаћених доприноса, није правилно попуњена или да подаци нису унесени у складу са прописима о обавезном здравственом осигурању, наложиће подносиоцу пријаве да их исправи у року који не може бити дужи од 30 дана.

Члан 133.

(1) Матична филијала дужна је да осигураном лицу, на лични захтев осигураника, изда уверење о подацима унетим у матичну евиденцију.

(2) Уверење из става 1. овог члана има својство јавне исправе.

Члан 134.

(1) Подаци унети у матичну евиденцију, на начин утврђен овим законом, могу се накнадно мењати у следећим случајевима:

- 1) ако надлежни орган накнадно, у прописаном поступку, утврди промену података;
- 2) ако су подаци о осигураннику, стажу здравственог осигурања, зарадама, накнадама зарада, уговореним накнадама, основицама осигурања и стопи односно висини уплаћених доприноса, као и други подаци који се воде у матичној евиденцији, унети у матичну евиденцију на основу лажних исправа;
- 3) ако се накнадно, провером података или на други начин, утврди да су у матичну евиденцију унети нетачни или непотпуни подаци.

(2) Промена података унетих у матичну евиденцију врши се на основу одговарајуће пријаве промене података, по поступку утврђеном овим законом.

Члан 135.

(1) Пријава података који се уносе у матичну евиденцију, у складу са овим законом, доставља се у року од осам дана од дана почетка пословања, односно запослења, односно закључења уговора, или од дана почетка обављања друге делатности по основу које се стиче својство осигураника.

(2) Пријава података о стажу здравственог осигурања, заради, накнади зараде, основици осигурања, односно уговореној накнади, које служе за уплату доприноса, доставља се по извршеној исплати.

(3) Пријава промене података доставља се у року од осам дана од дана утврђене промене, односно од дана пријема правноснажног решења којим је утврђена промена података.

(4) Матична филијала дужна је да податке унесе у матичну евиденцију у року од 60 дана од дана пријема, а најдоцније до краја текуће године за претходну годину.

Члан 136.

(1) Пријава података за вођење матичне евиденције чува се најмање десет година од дана последњег уношења података у евиденцију.

(2) Уместо оригиналних пријава података могу се чувати пријаве података снимљене на микрофилмовима, односно средствима за електронску обраду података.

Члан 137.

Уништавање оригиналних пријава на основу којих су подаци унети у матичну евиденцију врши комисија коју образује Републички фонд.

Члан 138.

(1) Подаци који се воде у матичној евиденцији користе се само за потребе обавезног здравственог осигурања, ако овим законом није друкчије одређено.

(2) Подаци из матичне евиденције који се односе на поједино осигурано лице, односно на коришћење права из обавезног здравственог осигурања, јесу лични подаци и представљају службену тајну, односно не могу се износити и објављивати у јавности.

(3) Подаци садржани у матичној евиденцији могу се користити за статистичка истраживања у складу са законом.

(4) Заштита података из матичне евиденције обезбеђује се на начин прописан у складу са законом.

3. Обезбеђивање и остваривање права из обавезног здравственог осигурања

Члан 139.

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

(2) Финансијска средства за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања осигураних лица са подручја матичне филијале, Републички фонд преноси тој филијали, у складу са законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

(3) Члановима породице осигураника обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања у матичној 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.

(4) Осигураницима из члана 22. овог закона, лицима која се укључују у обавезно здравствено осигурање из члана 23. овог закона, као и лицима из члана 28. овог закона, права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се у филијали на чијем подручју та лица имају пребивалиште, односно боравиште.

Члан 140.

(1) Права из здравственог осигурања обезбеђују се:

1) осигуранику из члана 17. став 1. тач. 1) - 8), тач. 10) и 11), тач. 13) - 16) и тачка 24) 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;

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

3) осигуранику из члана 17. став 1. тачка 25) овог закона - у филијали према седишту школе, односно високошколске установе;

4) осталим осигураницима - у филијали према месту пребивалишта.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, осигуранику из члана 17. став 1. тачка 21) 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.

(3) Осигурано лице које нема пребивалиште на подручју матичне филијале, може остваривати право на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, у складу са општим актом Републичког фонда, у филијали на чијем подручју има пребивалиште.

(4) Осигурана лица ученици и студенти остварују право на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, у складу са општим актом Републичког фонда, и у филијали према седишту школе, односно високошколске установе.

(5) Пословном јединицом, у смислу става 1. тачка 1) овог члана, сматра се погон, продавница, стовариште, представништво и сл.

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

Члан 141.

(1) Осигурано лице остварује здравствену заштиту у здравственој установи, односно код другог даваоца здравствених услуга, који има седиште на подручју матичне филијале са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите осигураним лицима.

(2) Осигурано лице остварује здравствену заштиту и код здравствене установе, односно код другог даваоца здравствених услуга, ван подручја матичне филијале, под условима прописаним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

(3) У остваривању здравствене заштите, осигураном лицу обезбеђује се право на слободан избор здравствене установе и слободан избор лекара (у даљем тексту: изабрани лекар), са којима је Републички фонд закључио уговор о пружању здравствене заштите.

(4) Републички фонд општим актом ближе уређује начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

(5) Општи акт из става 4. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Члан 142.

(1) Права из здравственог осигурања остварују се на основу оверене исправе о осигурању, односно здравствене картице, односно посебне исправе о коришћењу здравствене заштите.

(2) Оверу докумената из става 1. овог члана врши матична филијала на основу расположивих података, односно на основу доказа да је уплаћен доспели допринос у складу са законом, као и послодавац коме је матична филијала, на основу доказа о уплаћеним доприносима, издала посебно средство (маркица и др.), којим се врши оверавање исправе о осигурању у складу са прописима донетим за спровођење овог закона.

(3) Оверу здравствене картице из члана 112. став 3. овог закона врши матична филијала уношењем података о уплаћеним доспелим доприносима, у складу са законом, у простор за машински читљиву зону за потребе аутоматског читавања података.

(4) Накнадна овера исправе о осигурању, односно здравствене картице, односно посебне исправе о коришћењу здравствене заштите може се извршити под условом да је осигурано лице извршило избор изабраног лекара у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

(5) Ако исправа о осигурању, односно здравствена картица, односно исправа о коришћењу здравствене заштите није оверена због тога што доспели допринос није плаћен, извршиће се накнадна овера када тај допринос буде у целини уплаћен.

(6) У случају да није извршена уплата доспелог доприноса за обавезно здравствено осигурање, односно

да није извршена у целини, 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, само у случају хитне медицинске помоћи.

Члан 143.

(1) Трошкове настале по основу коришћења здравствене заштите осигураних лица за која није уплаћен допринос за здравствено осигурање, односно није уплаћен у целини, здравственој установи плаћа осигурано лице које користи ту здравствену заштиту, осим у случају хитне медицинске помоћи.

(2) Уколико је обвезник уплате доприноса послодавац, односно други обвезник уплате доприноса у складу са законом, а који није извршио уплату доприноса, осигурано лице има право на накнаду плаћених трошкова за пружену здравствену заштиту из става 1. овог члана, од послодавца, односно другог обвезника уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање.

(3) Послодавац, односно други обвезник уплате доприноса од кога осигурано лице потражује накнаду плаћених трошкова за пружену здравствену заштиту која је утврђена као право из обавезног здравственог осигурања, дужан је да у року од 30 дана од дана подношења захтева од стране осигураног лица уплати износ плаћених трошкова на рачун осигураног лица, односно да му изврши исплату на други одговарајући начин.

(4) Осигурано лице има право на обрачун законске камате на износ неисплаћених средстава из става 3. овог члана.

Члан 144.

(1) Осигурано лице остварује право на здравствену заштиту на начин и по поступку утврђеним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

(2) Трошкове здравствене заштите која се остварује мимо начина и поступка утврђеног у складу са ставом 1. овог члана сноси осигурано лице.

(3) 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, медицинских средстава, имплантата, као и медицинско-техничких помагала.

(4) Остваривање права на здравствену заштиту као и других права из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица која бораве у Републици Црној Гори, уредиће се споразумом између Републике Србије и Републике Црне Горе.

4. Учешће стручно-медицинских органа у поступку

Члан 145.

(1) У одређивању врсте, обима и садржаја, начина и поступка у коришћењу права на здравствену заштиту осигураних лица, оцењивању привремене спречености за рад осигураника, и у остваривању права на накнаду трошкова превоза, као стручно-медицински органи матичне филијале, односно Републичког фонда, у поступку учествују:

- 1) изабрани лекар;
- 2) првостепена лекарска комисија;
- 3) другостепена лекарска комисија.

(2) 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.

(3) Републички фонд општим актом уређује начин рада, састав, организацију, територијалну распоређеност, контролу оцене првостепене, односно другостепене лекарске комисије, као и накнаду за

рад чланова комисије која им се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања.

(4) Општи акт из става 3. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Изабрани лекар

Члан 146.

(1) Изабрани лекар је:

- 1) доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област 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.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, изабрани лекар може бити и доктор медицине друге специјалности, под условима које прописује министар на основу закона којим се уређује здравствена заштита.

(3) Осигурано лице може имати само једног изабраног лекара из грана медицине наведених у ст. 1. и 2. овог члана.

(4) Осигурано лице дужно је да код прве посете здравствене установе на примарном нивоу здравствене заштите у којој послове обавља изабрани лекар, а најкасније у року од шест месеци од дана стицања својства осигураног лица у складу са овим законом, изврши избор изабраног лекара.

(5) Ако осигурано лице не изврши избор изабраног лекара у року из става 4. овог члана, има право само на пружање хитне медицинске помоћи до момента избора изабраног лекара у складу са овим законом.

(6) Републички фонд општим актом из члана 141. став 4. овог закона ближе уређује услове и начин коришћења здравствене заштите и других права из обавезног здравственог осигурања код изабраног лекара, начин и поступак слободног избора изабраног лекара, као и стандард броја осигураних лица по једном изабраном лекару.

(7) Министар даје претходну сагласност на стандард броја осигураних лица по једном изабраном лекару из става 4. овог члана.

Члан 147.

(1) Уговором између матичне филијале и даваоца здравствених услуга одређују се лекари појединци који имају овлашћења изабраног лекара.

(2) Давалац здравствених услуга из става 1. овог члана дужан је да на видном месту истакне списак лекара које осигурано лице може да одабере за свог изабраног лекара.

(3) Изабрани лекар закључује посебан уговор са матичном филијалом о обављању послова изабраног лекара за потребе обавезно осигураних лица.

Члан 148.

Лекар који испуњава услове прописане овим законом за изабраног лекара 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.

Члан 149.

(1) Осигурано лице код прве посете изабраном лекару потписује исправу о избору изабраног лекара.

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

(3) Начин и поступак избора, односно промене изабраног лекара, као и образац исправе из става 1. овог члана, Републички фонд ближе уређује општим актом из члана 141. став 4. овог закона.

Члан 150.

(1) Исправа о избору изабраног лекара из члана 149. овог закона садржи изјаву којом осигурано лице дозвољава да надлежни овлашћени здравствени радник - надзорник обавезног здравственог осигурања може имати увид у личне податке осигураног лица који се односе на остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

(2) Ако осигурано лице не потпише изјаву из става 1. овог члана, матична филијала није дужна да сноси трошкове здравствене заштите који се не могу проверити од стране овлашћеног здравственог радника - надзорника обавезног здравственог осигурања.

(3) Овлашћени здравствени радник - надзорник обавезног здравственог осигурања, као и друга службена лица Републичког фонда, односно филијале, дужни су да чувају личне податке осигураних лица из става 1. овог члана, као службену тајну.

Члан 151.

(1) 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, који су утврђени као право из обавезног здравственог осигурања;
- 2) обавља прегледе и дијагностику;
- 3) одређује начин и врсту лечења, прати ток лечења и усклађује мишљење и предлоге за наставак лечења осигураног лица;
- 4) указује хитну медицинску помоћ;
- 5) упућује осигурано лице на амбулантно-специјалистичке прегледе или у другу одговарајућу здравствену установу, односно код другог даваоца здравствених услуга са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите, 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;
- 6) одређује врсту и дужину кућног лечења и прати спровођење кућног лечења;
- 7) прописује лекове и медицинска средства, као и одређене врсте медицинско-техничких помагала;
- 8) спроводи здравствену заштиту из области менталног здравља;
- 9) води прописану медицинску документацију о лечењу и здравственом стању осигураног лица, у складу са законом;
- 10) даје оцену о здравственом стању осигураног лица и упућује осигурано лице на оцену радне способности, односно инвалидности, у складу са овим законом;
- 11) утврђује дужину привремене спречености за рад због болести и повреде осигураника до 30 дана спречености за рад и предлаже првостепеној лекарској комисији продужење привремене спречености за рад, осим ако овим законом није друкчије одређено;
- 12) предлаже првостепеној лекарској комисији да утврди потребу за рад осигураника са скраћеним

радним временом у току лечења, у складу са овим законом;

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

14) утврђује потребу одсуствовања осигураника са посла ради неге члана уже породице, у складу са чланом 79. став 1. овог закона;

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

16) 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;

17) одређује употребу и врсту превозног средства за превоз болесника, с обзиром на његово здравствено стање;

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

(2) Поред послова из става 1. овог члана, изабрани лекар, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, одређује старост трудноће ради остваривања права на одсуствовање са рада због трудноће и порођаја, даје мишљење о здравственом стању детета ради остваривања права осигураника на одсуствовање са рада због неопходне посебне неге детета, у складу са законом и утврђује привремену спреченост за рад осигураника са прописима о запошљавању и осигурању за случај незапослености.

(3) Изабрани лекар даје оцену привремене спречености за рад на основу непосредног прегледа осигураног лица и на основу медицинске документације.

Члан 152.

(1) 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. овог 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 лекарски рецепт за одређене болести (ТБС, HIV, болести зависности, лечење психијатријских обољења, лечење ретких болести, као и друга обољења у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона).

(2) Актом из члана 141. став 4. овог закона Републички фонд прописује 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.

Члан 153.

Ако изабрани лекар злоупотреби своја овлашћења у поступку остваривања права осигураних лица, филијала раскида уговор са изабраним лекаром и даје иницијативу код надлежне коморе здравствених радника за одузимање лиценце за самостални рад тог изабраног лекара.

Првостепена лекарска комисија

Члан 154.

(1) Првостепена лекарска комисија састоји се од два лекара и потребног броја заменика, које именује директор Републичког фонда.

(2) У лекарској комисији из става 1. овог члана најмање један члан је стално запослен у матичној филијали.

Члан 155.

(1) Првостепена лекарска комисија:

- 1) даје оцену и утврђује дужину привремене спречености за рад осигураника, по предлогу изабраног лекара, преко 30 дана привремене спречености за рад, односно привремене спречености за рад због неге члана уже породице дуже од 15 дана, односно дуже од седам дана, у складу са овим законом;
- 2) даје оцену по приговору осигураника или послодавца на оцену изабраног лекара о привременој спречености за рад осигураника због болести или повреде до 30 дана, односно привремене спречености за рад због неге члана породице, у складу са овим законом;
- 3) даје оцену о потреби обезбеђивања пратиоца оболелом лицу за време стационарног лечења, под условима утврђеним општим актом Републичког фонда;
- 4) одлучује о оправданости прописивања одређених врста медицинско-техничких помагала и израде нових медицинско-техничких помагала пре истека рока њиховог трајања;
- 5) даје оцену о захтевима за накнаду трошкова лечења и путних трошкова;
- 6) цени медицинску оправданост здравствене заштите коришћене супротно условима и начину утврђеном овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;
- 7) даје мишљење о упућивању осигураних лица на лечење у здравствене установе специјализоване за рехабилитацију и мишљење о упућивању осигураних лица на лечење ван подручја матичне филијале;
- 8) предлаже упућивање осигураника, у случају дужег трајања спречености за рад, у складу са овим законом, надлежном органу за оцену радне способности, односно инвалидности по прописима о пензијском и инвалидском осигурању;
- 9) даје оцену о мишљењу изабраног лекара;
- 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) врши друге послове у вези са остваривањем права из здравственог осигурања.

(2) Поред послова из става 1. овог члана, првостепена лекарска комисија обавља и послове у вези са чланом 151. став 2. овог закона.

(3) Првостепена лекарска комисија даје оцену привремене спречености за рад на основу непосредног прегледа осигураног лица и на основу медицинске документације.

Другостепена лекарска комисија

Члан 156.

(1) Другостепена лекарска комисија испитује правилност оцене првостепене лекарске комисије.

(2) Другостепена лекарска комисија састоји се од три лекара и потребног броја заменика, које именује директор Републичког фонда.

(3) У лекарској комисији из става 2. овог члана најмање један члан је стално запослен у Републичком фонду, односно матичној филијали.

Члан 157.

(1) Другостепена лекарска комисија:

- 1) даје оцену по приговору осигураника, односно послодавца на оцену, односно на чињенично стање које је првостепена лекарска комисија утврдила;
- 2) испитује по захтеву осигураног лица, филијале, односно послодавца правилност оцене коју као коначну даје првостепена лекарска комисија и о томе даје своју оцену и мишљење;
- 3) даје оцену о продужењу права на накнаду зараде у складу са чланом 79. став 3. овог закона.

(2) Другостепена лекарска комисија може да врши ревизију свих права, односно вештачење у вези са свим правима из обавезног здравственог осигурања о којима је одлучивао изабрани лекар, односно првостепена лекарска комисија, по захтеву осигураног лица, послодавца, матичне филијале, односно Републичког фонда.

5. Приговор у поступку остваривања права на здравствену заштиту

Члан 158.

- (1) Ако осигурано лице није задовољно оценом коју је дао изабрани лекар, може изјавити приговор првостепеној лекарској комисији.
- (2) Приговор се подноси усмено или писмено, у року од 48 сати од саопштења оцене изабраног лекара - лекару против чије оцене је приговор изјављен или непосредно лекарској комисији.
- (3) Изабрани лекар коме је усмено изјављен приговор, ако не преиначи своју оцену, дужан је да о томе сачини забелешку, коју потписује и осигурано лице.
- (4) Изабрани лекар коме је изјављен приговор дужан је да предмет одмах достави надлежној лекарској комисији.

Члан 159.

- (1) Првостепена лекарска комисија дужна је да хитно узме у поступак приговор ради доношења оцене.
- (2) Ако је приговор изјављен против оцене о привременој спречености за рад осигураника, лекарска комисија дужна је да осигураника одмах позове на преглед. У осталим случајевима лекарска комисија одмах позива на преглед осигураника ако сматра да је то потребно за давање оцене. Ако лекарска комисија сматра да је потребна допуна медицинске обраде, без одлагања ће одредити потребна медицинска испитивања по којима је изабрани лекар дужан да поступи.
- (3) Оцена о здравственом стању осигураника и оцена о привременој спречености за рад морају бити потпуне, образложене и у складу са документацијом која служи као основ за давање оцене.
- (4) Оцена коју првостепена лекарска комисија даје поводом изјављеног приговора на оцену изабраног лекара из става 1. овог члана, коначна је.
- (5) О оцени лекарске комисије обавештава се писмено осигураник, изабрани лекар, матична филијала, односно послодавац.

Члан 160.

- (1) Против оцене првостепене лекарске комисије када је она донета без претходне оцене изабраног лекара осигурано лице које је незадовољно оценом првостепене лекарске комисије, може изјавити приговор другостепеној лекарској комисији у року од три дана од дана саопштења оцене првостепене лекарске комисије.
- (2) Приговор на оцену првостепене лекарске комисије подноси се усмено на записник или писмено првостепеној лекарској комисији против чије се оцене изјављује приговор. Комисија је дужна да приговор заједно са предметом хитно достави другостепеној лекарској комисији. Приговор се може поднети писмено и непосредно другостепеној лекарској комисији.

Члан 161.

- (1) Другостепена лекарска комисија дужна је да хитно узме у поступак приговор, ради давања своје оцене.
- (2) Ако је приговор изјављен против оцене о привременој спречености за рад, другостепена лекарска комисија дужна је да осигураника одмах позове на преглед. У осталим случајевима комисија даје своју оцену на основу медицинске документације, а може, ако нађе за потребно, позвати осигурано лице на преглед. Ако комисија сматра да је потребно допунити медицинску обраду, одредиће без одлагања потребна медицинска испитивања.
- (3) Оцена коју је дала другостепена лекарска комисија поводом изјављеног приговора на оцену првостепене лекарске комисије коначна је.
- (4) О оцени другостепене лекарске комисије писмено се обавештава осигураник, првостепена лекарска комисија против чије оцене је изјављен приговор, матична филијала, односно послодавац.
- (5) Ако осигурано лице није задовољно оценом другостепене лекарске комисије, може захтевати да му филијала изда решење.

Члан 162.

Благовремено поднет приговор на оцену изабраног лекара, односно првостепене лекарске комисије, одлаже извршење те оцене.

6. Обнова поступка оцене о привременој спречености за рад

Члан 163.

- (1) Републички фонд, односно матична филијала, као и послодавац, могу захтевати да се осигураник чију је привремену спреченост за рад оценио изабрани лекар, односно првостепена лекарска комисија, подвргне поновном прегледу од стране првостепене лекарске комисије, односно другостепене лекарске комисије, ради поновног оцењивања његове привремене спречености за рад. Поновни преглед се не може захтевати ако се осигураник налази на стационарном лечењу, осим у случају лечења у дневној болници.
- (2) Иницијативу да се осигураник подвргне поновном прегледу из става 1. овог члана може дати и изабрани лекар, односно првостепена лекарска комисија.
- (3) Поновни преглед може се захтевати у року од 30 дана од дана извршене оцене стручно-медицинског органа у поступку.
- (4) Осигураник је дужан да се јави првостепеној лекарској комисији, односно другостепеној лекарској комисији, ради прегледа у року који она одреди. Ако се осигураник без оправданог разлога не одазове позиву на преглед, обуставља му се исплаћивање накнаде зараде и не припада му накнада све док се не одазове позиву.

7. Вештачење у поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања

Члан 164.

- (1) Републички фонд, односно матична филијала, 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.
- (2) 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 специјалисте одговарајуће здравствене установе - ако је оцену дала другостепена лекарска комисија.

(3) Вештачење се може захтевати у року од једне године од дана остваривања права из обавезног здравственог осигурања о којем је одлучивао одговарајући стручно-медицински орган у поступку.

Члан 165.

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 166.

На основу спроведеног поступка вештачења у вези са остваривањем одређених права из обавезног здравственог осигурања, Републички фонд може оспорити право на коришћење тих права, односно може тражити накнаду штете од стране осигураног лица или другог одговорног лица, у складу са поступком накнаде штете који је прописан овим законом.

8. Остваривање права на новчане накнаде

Члан 167.

- (1) О праву на новчану накнаду решава матична филијала, односно послодавац.
- (2) Новчана накнада исплаћује се на основу поднетих доказа.
- (3) На захтев осигураног лица, исплатилац новчане накнаде дужан је да му изда решење.

Члан 168.

- (1) О праву на накнаду зараде решава послодавац ако се накнада исплаћује на терет послодавца, а матична филијала ако се накнада исплаћује на терет те филијале.
- (2) Накнада зараде исплаћује се на основу поднетих доказа, без подношења захтева.

Члан 169.

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 170.

- (1) Накнада зараде се исплаћује на основу извештаја о привременој спречености за рад (дознака) издатог од стране стручно-медицинског органа у поступку.
- (2) Оцену привремене спречености за рад врши стручно-медицински орган у поступку, према матичној филијали осигураника.
- (3) Ако оцену привремене спречености за рад због хитности случаја и тежине обољења није ценио орган из става 2. овог члана, о накнади зараде за то време одлучује филијала, односно послодавац на основу накнадне оцене органа из става 2. овог члана.

Члан 171.

- (1) Изабрани лекар самостално врши оцену привремене спречености за рад до 30 дана те спречености, осим за случајеве неге члана уже породице, у складу са овим законом.
- (2) Оцену привремене спречености за рад после 30. дана врши првостепена лекарска комисија.
- (3) Привремену спреченост за рад осигураника на стационарном лечењу утврђује избрани лекар.

Члан 172.

(1) Изабрани лекар самостално врши оцену привремене спречености за рад због неге члана уже породице млађег од седам година живота, или због неге старијег члана уже породице који је тешко телесно или душевно ометен у развоју - до 15 дана спречености за рад, а за члана породице старијег од седам година живота - до седам дана спречености за рад, у складу са чланом 79. став 1. овог закона.

(2) Оцену привремене спречености за рад после 15., односно седмог дана спречености за рад врши првостепена лекарска комисија.

9. Заштита права осигураних лица

Члан 173.

(1) О правима из обавезног здравственог осигурања одлучује, на основу достављених доказа, матична филијала, без доношења решења, осим када је доношење решења утврђено овим законом, односно општим актом Републичког фонда, или кад доношење решења захтева осигурано лице, односно послодавац.

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

Члан 174.

(1) 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, има право да покрене поступак заштите права пред надлежним органом.

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

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

(4) 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 175.

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

Члан 176.

(1) Матична филијала, односно Републички фонд, као и Покрајински фонд, дужни су да осигураним лицима обезбеде стручну и правну помоћ у случајевима када осигурано лице сматра да му је давалац здравствене услуге неоправдано онемогућио остваривање права из здравственог осигурања, односно да су му права из здравственог осигурања пружена у супротности са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

(2) У случају из става 1. овог члана, матична филијала, односно Републички фонд, као и Покрајински фонд, дужни су да осигураном лицу пруже савете и упутства о коришћењу права из обавезног здравственог осигурања, односно да предузму мере према даваоцу здравствене услуге који не поступа у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

(3) Матична филијала, односно Републички фонд, као и Покрајински фонд, дужни су да разматрају све представке и поднеске осигураних лица који се односе на случајеве из става 1. овог члана и да предузму

потребне мере у складу са законом.

5) УГОВАРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

1. Закључивање уговора

Члан 177.

- (1) Односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, уређују се уговором који се закључује на период за који се доноси буџетски меморандум, односно финансијски план Републичког фонда, а у изузетним случајевима може се закључити и за једну календарску годину.
- (2) 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, датом у облику плана рада даваоца здравствених услуга.
- (3) Важење уговора из става 1. овог члана може се анексом уговора продужити и у наредну календарску годину, а најдуже до ступања на снагу општег акта којим се утврђује износ новчане накнаде за рад даваоца здравствених услуга, из члана 179. став 1. овог закона.
- (4) Уговор који се закључује на период усклађен са доношењем буџетског меморандума, односно који се закључује за више година у складу са ставом 1. овог члана, усклађује се за сваку буџетску годину према планираним средствима у финансијском плану Републичког фонда.
- (5) Уговором из става 1. овог члана уређују се односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца 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 матична филијала, односно Републички фонд плаћа за пружене здравствене услуге, начин обрачуна и плаћања, контрола и одговорност за извршавање обавеза из уговора, рок за спровођење преузетих обавеза, начин решавања спорних питања, раскид уговора, као и друга међусобна права и обавезе уговорних страна.

Члан 178.

- (1) Предност у закључивању уговора са матичном филијалом, односно Републичким фондом имају оне здравствене установе које су у поступку акредитације добиле сертификат о квалитету, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита.
- (2) Републички фонд, односно матична филијала може пре закључивања уговора о пружању здравствених услуга са даваоцем здравствених услуга извршити контролу спровођења и извршавања раније закључених уговора са тим даваоцем здравствених услуга.
- (3) Давалац здравствених услуга са којим је матична филијала, односно Републички фонд закључио уговор о пружању здравствене заштите обавезно осигураним лицима мора обезбедити потребне лекове, медицинска средства, имплантате и медицинско-техничка помагала која су утврђена као право из обавезног здравственог осигурања.

Члан 179.

- (1) Републички фонд за период из члана 177. став 1. овог закона доноси општи акт којим се уређују услови за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга, критеријуме 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 о пружању здравствене заштите по завршеној буџетској години, као и друга питања од значаја за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга.

(2) Републички фонд доноси општи акт из става 1. овог члана у сарадњи са удружењем здравствених установа основаним у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, као и са представницима коморе здравствених радника основане у складу са законом.

(3) Министарство даје сагласност на акт из става 1. овог члана.

(4) Акт из става 1. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Члан 180.

(1) Основ за закључивање уговора из члана 177. овог закона чине:

- 1) трогодишњи, односно 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 Републичког фонда из члана 179. став 1. овог закона;
- 4) акт Републичког фонда из члана 55. став 2. овог закона;
- 5) финансијски план Републичког фонда.

(2) Уговором који се закључује између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга могу се уговорити и ниже цене здравствених услуга од цена које су утврђене актом из члана 55. овог закона за здравствене услуге које се пружају из средстава обавезног здравственог осигурања.

Члан 181.

Уговором из члана 177. овог закона могу се утврдити следећи начини плаћања здравствених услуга:

- 1) плаћање по једном опредељеном осигураном лицу (у даљем тексту: капитација);
- 2) плаћање по случају, односно по епизоди болести или повреде;
- 3) плаћање по ценама појединачних здравствених услуга;
- 4) откупом плана рада давалаца здравствених услуга;
- 5) плаћање по дијагностички сродним групама болести и повреда;
- 6) други начин утврђен уговором.

Члан 182.

(1) Матична филијала закључује уговор са даваоцем здравствених услуга о пружању здравствене заштите која је утврђена као право из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица са територије матичне филијале, као и за друга осигурана лица, у складу са прописима донетим за спровођење овог закона.

(2) Републички фонд закључује уговоре са даваоцима здравствених услуга за одређене врсте здравствених услуга за потребе свих осигураних лица у Републици, односно за спровођење посебних програма здравствене заштите који се доносе у складу са законом, као и са здравственим установама које обављају доктринарне, стручно-методолошке и друге послове од значаја за спровођење здравственог осигурања, односно са другим правним лицем - за остваривање одређених права из обавезног здравственог осигурања.

(3) Даваоци здравствених услуга из Плана мреже дужни 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 друга правна и физичка лица са којима имају закључене уговоре о пружању здравствених услуга.

Члан 183.

(1) Здравственим установама, односно приватној пракси са којима није закључен уговор о пружању здравствених услуга 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 55. овог закона.

(2) Ако је осигурано лице платило за пружену хитну медицинску помоћ здравственој установи, односно приватној пракси 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 55. овог закона.

2. Арбитража

Члан 184.

(1) Ради решавања спорова између филијала, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, а у вези са закључивањем, изменом и спровођењем уговора о пружању здравствене заштите, може се образовати арбитража.

(2) Здравствена установа, односно приватна пракса са којом није закључен уговор о пружању здравствене заштите за осигурана лица из средстава обавезног здравственог осигурања, а која је пружила хитну медицинску помоћ осигураном лицу, може захтевати закључивање споразума о образовању арбитраже, у складу са овим законом.

(3) Свака странка у спору из ст. 1. и 2. овог члана може захтевати закључивање споразума о образовању арбитраже, у року од осам дана од дана настанка спора, односно од дана достављања уговора из члана 177. овог закона даваоцу здравствених услуга.

(4) Арбитража има пет чланова и састављена је од представника филијале, односно Републичког фонда и даваоца здравствених услуга, који су странке у спору, представника удружења здравствених установа, представника коморе здравствених радника образованих у складу са законом, и представника Министарства.

(5) За решавање спорова између филијала и давалаца здравствених услуга са подручја аутономне покрајине, један члан арбитраже је представник Покрајинског фонда.

(6) Председника арбитраже странке у спору одређују споразумно, од чланова арбитраже, а у случају да се странке не споразумеју о избору председника, именује га министар.

Члан 185.

(1) Поступак пред арбитражом је хитан, а одлука о спорном питању доноси се у року од 30 дана од дана закључивања споразума о образовању арбитраже, већином гласова чланова арбитраже.

(2) Док траје поступак пред арбитражом рокови за покретање поступка пред надлежним судом мирују.

(3) 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.

(4) Арбитражна одлука на основу поравнања има снагу као свака друга арбитражна одлука, осим што не мора да садржи образложење.

(5) На арбитражу се примењују одредбе закона којим се уређује избрани суд, односно арбитража, ако овим законом није друкчије одређено.

3. Контрола спровођења закључених уговора

Члан 186.

- (1) Републички фонд дужан је да организује и спроводи контролу извршавања закључених уговора са даваоцима здравствених услуга.
- (2) Републички фонд врши контролу спровођења закључених уговора између филијала и давалаца здравствених услуга.
- (3) Послове контроле закључених уговора обављају и филијале, као и Покрајински фонд, у складу са овим законом.

Члан 187.

- (1) Службено лице Републичког фонда, филијале, односно Покрајинског фонда (у даљем тексту: надзорник осигурања) врши контролу правилности извршавања закључених уговора са даваоцима здравствених услуга, као и законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања пренетих даваоцима здравствених услуга за остваривање законом утврђених права осигураних лица.
- (2) 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 овлашћени доктор медицине, доктор стоматологије, односно дипломирани фармацеут.
- (3) Републички фонд доноси општи акт којим ближе уређује начин и поступак обављања послова из ст. 1. и 2. овог члана.
- (4) Општи акт из става 3. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Члан 188.

- (1) У поступку вршења контроле надзорник осигурања мора имати и дати на увид службену легитимацију.
- (2) Службену легитимацију издаје директор Републичког фонда.
- (3) Образац службене легитимације, њен изглед и садржај прописује директор Републичког фонда.

Члан 189.

- (1) У вршењу послова надзорник осигурања овлашћен је да оствари непосредан увид у тражене податке и у службену и финансијску документацију даваоца здравствених услуга, као и увид у одређену медицинску документацију значајну за остваривање права осигураних лица из средстава обавезног здравственог осигурања.
- (2) Надзорник осигурања о утврђеном чињеничном стању у поступку контроле саставља записник који доставља даваоцу здравствених услуга.
- (3) Надзорник осигурања оставиће даваоцу здравствених услуга рок од 15 дана од дана достављања записника за отклањање утврђених неправилности у раду и спровођењу закљученог уговора са Републичким фондом, односно матичном филијалом.
- (4) Ако давалац здравствених услуга у року из става 3. овог члана не отклони утврђене неправилности у раду и спровођењу закљученог уговора, надзорник осигурања може предложити мере из члана 190. овог закона.

Члан 190.

- (1) У вршењу контроле надзорник осигурања може да:

- 1) наложи да се утврђене неправилности и недостаци, односно спровођење радњи које су у супротности са законом и закљученим уговором са даваоцем здравствених услуга, отклоне у одређеном року;
- 2) предложи да се привремено обустави пренос финансијских средстава док давалац здравствених услуга не отклони утврђене неправилности у извршењу закљученог уговора;
- 3) предложи да се раскине уговор са изабраним лекаром;
- 4) предложи да се умањи износ средстава даваоцу здравствених услуга за део обавеза преузетих закљученим уговором које давалац здравствених услуга није извршио;
- 5) предложи да се раскине део уговора или уговор у целини са даваоцем здравствених услуга;
- 6) предузме друге мере у складу са законом и закљученим уговором.

(2) О предложеним мерама из става 1. овог члана одлуку доноси директор Републичког фонда, односно директор матичне филијале који о томе обавештава директора Републичког фонда.

6) НАКНАДА ШТЕТЕ У СПРОВОЂЕЊУ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 191.

(1) Осигурано лице, односно осигураник коме је из средстава обавезног здравственог осигурања извршена исплата накнаде на коју није имао право, дужан је да Републичком фонду, односно матичној филијали врати примљени износ:

- 1) ако је исплата извршена на основу нетачних података за које је знао или је морао знати да су нетачни, или је на други противправан начин остварио право на накнаду на коју није имао право, или је остварио накнаду у већем обиму од припадајуће;
- 2) ако је остварио неко примање услед тога што није пријавио настале промене које утичу на губитак или обим неког права, а знао је или је морао знати за те промене;
- 3) ако је примио новчане исплате у износу већем од онога који му је одређен решењем.

(2) Рокови застарелости потраживања из става 1. тач. 1) - 3) овог члана почињу тећи од дана када је у управном поступку постало коначно решење којим је утврђено да исплаћено примање не припада или припада у мањем обиму, односно од дана када је извршена последња неправилна исплата.

Члан 192.

(1) Матична филијала, односно Републички фонд има право да захтева накнаду штете од лица које је намерно или крајњом непажњом проузроковало болест, повреду или смрт осигураног лица.

(2) За штету коју је матичној филијали, односно 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.

(3) Матична филијала, односно 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 193.

(1) Матична филијала, односно 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.

(2) Матична филијала, односно 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 194.

- (1) Матична филијала, односно 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 одређивање права;
 - 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.
- (2) Матична филијала, односно 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 195.

- (1) Матична филијала, односно Републички фонд има право да захтева накнаду штете од изабраног лекара који незаконито утврди спреченост за рад осигураника или пропише лекове, медицинско-техничка помагала, односно друга права из обавезног здравственог осигурања, за која нема основа у здравственом стању осигураног лица.
- (2) Ако је штета из става 1. овог члана настала због незаконитог рада лекарске комисије, за штету одговарају чланови лекарске комисије који су незаконито радили.
- (3) Матична филијала, односно Републички фонд има право на накнаду штете од лекара, односно од даваоца здравствених услуга, ако је настала штета проузрокована при обављању или у вези са обављањем делатности лекара, односно даваоца здравствених услуга због неправилног лечења осигураног лица.

Члан 196.

- (1) При утврђивању права на накнаду штете проузроковане матичној филијали, односно Републичком фонду примењују се одредбе закона којим се уређују облигациони односи.
- (2) 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 матичне филијале, односно Републичког фонда.

Члан 197.

- (1) Матична филијала, односно Републички фонд има право да захтева накнаду штете и непосредно од друштва за осигурање које обавља делатност у складу са законом којим се уређује осигурање, код којег је лице које је употребом моторног возила проузроковало штету, односно оштећење здравља или смрт осигураног лица, закључило уговор о обавезном осигурању у саобраћају у складу са посебним законом.
- (2) Ако је штета настала употребом непознатог моторног возила, матична филијала, односно Републички фонд има право да захтева накнаду штете непосредно од реосигуравајућег друштва.
- (3) Матична филијала, односно Републички фонд има право да захтева накнаду штете проузроковане употребом моторног возила стране регистрације, које на подручју Републике није обухваћено обавезним осигурањем од штете настале употребом моторног возила, непосредно од реосигуравајућег друштва.
- (4) Матична филијала, односно 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 198.

У складу са овим законом, 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.

Члан 199.

(1) Када матична филијала, односно Републички фонд утврди да му је у спровођењу здравственог осигурања проузрокована штета, позваће штетника да у року од 30 дана од дана утврђене накнаде штете накнади штету.

(2) Ако у остављеном року штета не буде накнађена, захтев за накнаду штете матична филијала, односно Републички фонд може остварити тужбом код надлежног суда.

Члан 200.

(1) Послодавци, даваоци здравствених услуга са којима је матична филијала, односно Републички фонд закључио уговор о пружању здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања, 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 у случају проузроковане болести, повреде или смрти осигураног лица податке доставе матичној филијали, односно Републичком фонду.

(2) 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.

7) ФИНАНСИРАЊЕ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања

Члан 201.

(1) Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање и из других извора, у складу са овим законом и законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

(2) Средства из става 1. овог члана приход су Републичког фонда.

Члан 202.

(1) Одлуку о износу средстава која се преносе филијали доноси Републички фонд за сваку буџетску годину.

(2) Влада даје сагласност на акт из става 1. овог члана.

(3) Износ средстава из става 1. овог члана мора бити усклађен са пословима за које је надлежна филијала, односно пословима који су у надлежности Републичког фонда, у обезбеђивању и спровођењу права из обавезног здравственог осигурања, која се уређују овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

(4) Одлука о износу средстава 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 чије је својство утврдила матична филијала;
- 4) подацима о осигураним лицима која су оболела од болести од већег социјално-медицинског значаја на подручју матичне филијале;
- 5) износу средстава доприноса који се уплаћује на подручју матичне филијале према евиденцији о висини уплаћених средстава;
- 6) пословима матичне филијале у спровођењу обавезног здравственог осигурања;
- 7) пословима које обавља Републички фонд у спровођењу обавезног здравственог осигурања;
- 8) показатељима о недостајућим средствима која се уплаћују на подручју матичне филијале за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања;
- 9) износу средстава који је потребно обезбедити за уједначено остваривање права из обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: средства солидарности), из члана 232. овог закона;
- 10) другим показатељима.

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

(6) Одлука из става 1. овог члана објављује се у "Службеном гласнику Републике Србије".

Члан 203.

Средствима доприноса обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања за случај болести и повреде ван рада, као и за случај повреде на раду или професионалне болести.

2. Допринос за осигуранике из члана 22. овог закона

Члан 204.

(1) Средства за уплату доприноса за осигуранике из члана 22. овог закона обезбеђују се у буџету Републике.

(2) Основицу за уплату доприноса из става 1. овог члана чини најнижа месечна основица утврђена у складу са законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

(3) Стопа по којој се обрачунава и плаћа допринос из става 1. овог члана јесте 12,3%.

(4) Средства од уплате доприноса из става 1. овог члана приход су Републичког фонда.

3. Допринос за осигуранике који се укључују у обавезно здравствено осигурање

Члан 205.

Допринос за осигуранике из члана 23. овог закона који се укључују у обавезно здравствено осигурање обрачунава се и плаћа на основицу и по стопи која је прописана законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

4. Обрачунавање, утврђивање и плаћање доприноса

Члан 206.

Обрачунавање, утврђивање и плаћање доприноса из члана 204. овог закона споразумно прописују министар и министар надлежан за послове финансија.

Члан 207.

Када филијала по службеној дужности донесе решење о утврђивању својства осигураника, утврђује се и

обавеза обрачунавања и плаћања доприноса који важе на дан доношења решења.

III. ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Заједничке одредбе

Члан 208.

- (1) Обезбеђивање и спровођење обавезног здравственог осигурања обавља Републички фонд за здравствено осигурање са седиштем у Београду.
- (2) Републички фонд врши јавна овлашћења у обезбеђивању и спровођењу здравственог осигурања, као и у решавању о правима и обавезама из обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом.
- (3) Републички фонд обавља и послове добровољног здравственог осигурања, у складу са законом.

Члан 209.

- (1) Републички фонд је правно лице са статусом организације за обавезно социјално осигурање у којем се остварују права из обавезног здравственог осигурања и обезбеђују средства за обавезно здравствено осигурање, у складу са законом.
- (2) Права, обавезе и одговорност Републичког фонда утврђене су законом и статутом Републичког фонда.
- (3) Републичким фондом управљају осигураници, који су равноправно заступљени у Управном одбору Републичког фонда сразмерно врсти и броју осигураника утврђених овим законом.

Члан 210.

- (1) Ради обезбеђивања и спровођења здравственог осигурања на територији Републике образују се филијале и Покрајински фонд.
- (2) Филијале се образују за подручје управног округа са седиштем у управном округу, односно за територију града Београда, са седиштем у Београду, с тим што општине Ражањ и Сокобања припадају филијали са седиштем у Нишу.
- (3) 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.
- (4) Филијала има организационе јединице (у даљем тексту: испоставе филијала), које су организоване тако да омогуће доступну службу осигураним лицима на подручју Републике.
- (5) 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.

2. Средства Републичког фонда

Члан 211.

Републички фонд има посебан рачун за:

- 1) обавезно здравствено осигурање;
- 2) добровољно здравствено осигурање.

3. Послови Републичког фонда

Члан 212.

(1) Републички фонд:

- 1) доноси статут;
- 2) доноси опште акте, 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) у оквиру расположивих финансијских средстава планира и обезбеђује услове за равномерно спровођење обавезног здравственог осигурања на територији Републике и обезбеђује средства солидарности за уједначавање услова за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања на подручју филијала;
- 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 са даваоцима здравствених услуга у складу са овим законом, и обезбеђује средства за спровођење здравствене заштите на основу тих уговора;
- 9) преноси средства за спровођење обавезног здравственог осигурања филијалама, у складу са чланом 202. овог закона;
- 10) обезбеђује законито, наменско и економично коришћење средстава и стара се о увећању средстава на економским основама;
- 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 између филијала и давалаца здравствених услуга, односно врши контролу остваривања права из обавезног здравственог осигурања;
- 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 обавезном здравственом осигурању;
- 19) води евиденцију и прати наплату доприноса, са надлежним органима, размењује податке са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и друге податке везане за допринос;
- 20) обавља и друге послове одређене законом и статутом Републичког фонда.

(2) Републички фонд спроводи добровољно здравствено осигурање које организује, врши контролу обрачуна и плаћања премија за добровољно здравствено осигурање, као и контролу спровођења добровољног здравственог осигурања, у складу са законом.

(3) За спровођење послова из ст. 1. и 2. овог члана Републички фонд може образовати комисије и друга стручна тела.

4. Филијала

Члан 213.

(1) 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;
- 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 са даваоцима здравствених услуга;
- 6) организује и врши контролу извршавања уговорних обавеза давалаца здравствених услуга са којима је закључен уговор, ради заштите права осигураних лица;
- 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 и прати наплату доприноса, са надлежним органима, размењује податке са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и друге податке везане за допринос;
- 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 здравственом осигурању;
- 13) обезбеђује услове за рад првостепених и другостепених лекарских комисија на свом подручју, у складу са актима Републичког фонда;
- 14) обавља послове у вези са накнадом штете у спровођењу обавезног здравственог осигурања;
- 15) обавља и друге послове у складу са законом и статутом Републичког фонда.

(2) Филијала обавља и одређене послове добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи Републички фонд.

(3) Послове из ст. 1. и 2. овог члана филијала обавља у име Републичког фонда.

Члан 214.

Филијала подноси шестомесечни извештај о раду Управном одбору и Надзорном одбору Републичког фонда.

Члан 215.

(1) Филијалом руководи директор филијале.

(2) Директор филијале одговоран је за законитост рада филијале, као и за наменско коришћење пренетих средстава за спровођење здравственог осигурања.

- (3) Директор филијале извршава одлуке органа Републичког фонда.
- (4) Директора филијале на основу јавног конкурса именује директор Републичког фонда на период од четири године.
- (5) Директор филијале мора испуњавати услове из члана 219. ст. 3 - 5. овог закона.
- (6) Директор филијале у обављању послова врши јавну функцију.
- (7) На обављање јавне функције директора филијале у погледу спречавања сукоба приватног и јавног интереса, примењују се одредбе закона којим се уређује рад Агенције за борбу против корупције.
- (8) Директор филијале по истеку мандата наставља да обавља послове у складу са законом и статутом Републичког фонда до дана именована директора филијале на начин прописан овим законом.

Члан 216.

- (1) У филијали се образује Савет филијале.
- (2) Савет филијале је саветодавно тело директора филијале и састављен је од представника осигураника и послодаваца са подручја филијале.
- (3) 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.
- (4) Један од представника осигураника у Савету филијале јесте из удружења инвалида са подручја филијале.
- (5) Чланови Савета филијале морају испуњавати услове из члана 219. ст. 3 - 5. овог закона.
- (6) 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 Републичког фонда;
 - 6) обавља и друге послове утврђене статутом Републичког фонда.

5. Покрајински фонд

Члан 217.

Покрајински фонд је организациона јединица Републичког фонда који обавља:

- 1) координацију рада филијала образованих на територији аутономне покрајине, у сарадњи са Републичким фондом, у складу са законом;
- 2) контролу рада филијала и наменског коришћења средстава која Републички фонд преноси филијалама за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, на подручју аутономне покрајине;
- 3) контролу закључених уговора између филијала и давалаца здравствених услуга, на подручју аутономне покрајине;
- 4) решава у другом степену о правима из здравственог осигурања у складу са овим законом;
- 5) пружа потребну стручну помоћ осигураним лицима у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања и заштитом њихових интереса у осигурању;
- 6) обезбеђује услове за рад лекарских комисија образованих на територији аутономне покрајине, у

складу са законом;

7) обезбеђује информациони подсистем, као део интегрисаног информационог система Републике за област здравственог осигурања, у складу са законом;

8) врши статистичка и друга истраживања у области здравственог осигурања;

9) остварује сарадњу са надлежним покрајинским органима;

10) друге послове утврђене статутом Републичког фонда;

11) подноси извештаје о раду за шест и 12 месеци Управном и Надзорном одбору Републичког фонда.

6. Управљање Републичким фондом

Члан 218.

Републичким фондом управљају представници осигураника, у складу са овим законом.

7. Органи Републичког фонда

Члан 219.

(1) Органи Републичког фонда јесу: Управни одбор, Надзорни одбор и директор.

(2) 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.

(3) Чланови Управног одбора, чланови 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 под уговором, код правног, односно физичког лица која су даваоци здравствених услуга са којима се закључују уговори за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања, односно у осигуравајућим друштвима која обављају послове добровољног здравственог осигурања, ради спречавања сукоба јавног и приватног интереса. ^[2]

(4) Изузетно од става 3. овог члана, чланови Управног одбора, чланови 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.

(5) 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. 222. и 225. овог закона.

(6) Лице из става 3. овог члана потписује изјаву о непостојању сукоба јавног и приватног интереса из става 3. овог члана.

(7) Лице из става 3. овог члана у обављању послова врши јавну функцију.

(8) На обављање јавне функције лица из става 3. овог члана у погледу спречавања сукоба приватног и јавног интереса, примењују се одредбе закона којим се уређује рад Агенције за борбу против корупције.

(9) Лица из става 3. овог члана могу бити именована на јавну функцију у Републичком фонду највише два пута.

(10) 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.

Члан 220.

У органима Републичког фонда из члана 219. овог закона морају бити правично заступљени представници осигураника по полу, старосној доби, стручном образовању и морају бити правично заступљене филијале.

Управни одбор

Члан 221.

(1) Управни одбор:

- 1) доноси статут и друге опште акте Републичког фонда;
- 2) одлучује о пословању Републичког фонда, као и о другим питањима од значаја за рад Републичког фонда;
- 3) доноси финансијски план и завршни рачун Републичког фонда;
- 4) разматра и усваја извештај о раду;
- 5) спроводи јавни конкурс за именовање директора Републичког фонда;
- 6) обавља и друге послове, у складу са законом и статутом.

(2) 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.

(3) 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, као и давање правне и друге стручне помоћи осигураним лицима.

(4) Влада даје сагласност на статут Републичког фонда.

(5) Управни одбор подноси извештај о раду Влади, најкасније до 31. марта текуће године за претходну годину.

Члан 222.

(1) Управни одбор има 21 члана, од којих је 14 представника осигураника запослених, по два представника осигураника пензионера, осигураника земљорадника и осигураника који обављају самосталну делатност, и један представник удружења инвалида који има својство осигураника у смислу овог закона.

(2) Чланови Управног одбора заступају интересе осигураника, односно осигураних лица у обезбеђивању и спровођењу права обухваћених обавезним здравственим осигурањем, у складу са овим законом.

(3) Чланове Управног одбора именује и разрешава Влада, на предлог: репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад - за представнике из реда осигураника запослених; удружења пензионера организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова - за представнике из реда осигураника пензионера; удружења пољопривредника организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова - за представнике из реда осигураника земљорадника; Привредна комора Србије - за представнике из реда осигураника који обављају самосталну делатност и удружење инвалида које има највећи број регистрованих чланова - за представника удружења инвалида.

(4) Број чланова удружења из става 3. овог члана утврђује се на основу доказа о броју регистрованих чланова.

Члан 223.

- (1) Влада именује и разрешава председника и заменика председника Управног одбора из реда чланова Управног одбора.
- (2) Председник, заменик председника и чланови Управног одбора именују се на период од четири године.
- (3) Начин рада, овлашћења и одговорности чланова Управног одбора, као и друга питања од значаја за рад Управног одбора, уређују се статутом Републичког фонда.

Надзорни одбор

Члан 224.

- (1) Надзорни одбор:
 - 1) врши надзор над финансијским пословањем Републичког фонда;
 - 2) врши надзор над финансијским пословањем филијала;
 - 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.
- (2) Надзорни одбор, најмање једном годишње, подноси извештај о извршеном надзору Управном одбору и Влади.

Члан 225.

- (1) Надзорни одбор има седам чланова, од којих су три представници осигураника запослених, по један представник осигураника пензионера, осигураника земљорадника и осигураника који обављају самосталну делатност, и један запослени у Републичком фонду, односно у филијали или у Покрајинском фонду.
- (2) Чланове Надзорног одбора именује и разрешава Влада, на предлог: репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад - за представнике из реда осигураника запослених; удружења пензионера организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова - за представнике из реда осигураника пензионера; удружења пољопривредника организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова - за представнике из реда осигураника земљорадника; Привредна комора Србије - за представнике из реда осигураника који обављају самосталну делатност, и директора Републичког фонда - за члана из реда запослених у Републичком фонду, односно филијали или у Покрајинском фонду.
- (3) Влада именује и разрешава председника Надзорног одбора из реда чланова Надзорног одбора.
- (4) Број чланова удружења из става 2. овог члана утврђује се на основу доказа о броју регистрованих чланова.

Члан 226.

- (1) Председник и чланови Надзорног одбора именују се на период од четири године.
- (2) Начин рада, овлашћења и одговорности чланова Надзорног одбора, као и друга питања од значаја за рад Надзорног одбора, уређују се статутом Републичког фонда.

Директор Републичког фонда

Члан 227.

(1) 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) доноси акт о организацији и систематизацији послова у Републичком фонду;
- 6) прописује образац службене легитимације надзорника осигурања, као и њен изглед и садржај;
- 7) руководи радом запослених у Републичком фонду;
- 8) именује директоре филијала по спроведеном јавном конкурс за избор директора филијале, осим за филијале са територије аутономне покрајине;
- 9) врши друге послове утврђене законом и статутом.

(2) Директора Републичког фонда, по спроведеном јавном конкурс, именује Управни одбор, уз претходну сагласност Владе.

(3) Мандат директора Републичког фонда траје четири године.

Директор Покрајинског фонда

Члан 228.

(1) Директора Покрајинског фонда, по спроведеном јавном конкурс који расписује Републички фонд, именује Управни одбор, на предлог надлежног органа аутономне покрајине.

(2) Директор Покрајинског фонда именује се на период од четири године.

(3) 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.

(4) Директор Покрајинског фонда учествује у раду Управног одбора, без права одлучивања.

(5) Директор Покрајинског фонда, по спроведеном јавном конкурс, именује директоре филијала које су образоване на територији аутономне покрајине, под условима и на начин прописан овим законом за именовање директора филијала ван територије аутономне покрајине.

(6) На директора Покрајинског фонда примењују се одредбе члана 219. ст. 3 - 7. овог закона.

8. Стручна служба Републичког фонда

Члан 229.

(1) Стручне, административне и финансијске послове у вези са радом и пословањем Републичког фонда и спровођењем здравственог осигурања врше запослени у Републичком фонду.

(2) У погледу права, обавеза и одговорности запослених у Републичком фонду примењују се прописи којима се уређује рад.

9. Средства Републичког фонда

Члан 230.

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 231.

Средства Републичког фонда могу се користити само за намене одређене законом, и то:

- 1) за остваривање права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања;
- 2) за унапређивање система здравственог осигурања;
- 3) за остваривање права осигураних лица из добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи Републички фонд;
- 4) за подмирење трошкова спровођења здравственог осигурања;
- 5) за друге расходе, у складу са законом.

Члан 232.

У Републичком фонду, на основу одлуке Управног одбора из члана 202. 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.

Члан 233.

Сопствене приходе Републички фонд улаже код банке, у хартије од вредности и друге намене ради остваривања добити или даје као наменске зајмове здравственим установама, у складу са законом.

IV. НАДЗОР НАД РАДОМ РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА

Члан 234.

(1) 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.

(2) Извештај о раду садржи приказ извршавања послова, предузете мере и њихово дејство, као и друге податке.

Члан 235.

(1) 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 њему достави образложени

предлог како да пропис усагласи са Уставом, законом, другим прописима или општим актом Народне скупштине и Владе.

(2) Ако Републички фонд не поступи по предлогу Министарства, оно је дужно да Влади предложи доношење решења о обустави од извршења прописа и на њему заснованих појединачних аката и покретање поступка за оцену уставности и законитости прописа, у складу са законом којим се уређује државна управа.

V. ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Члан 236.

Добровољно здравствено осигурање може организовати и спроводити Републички фонд и правна лица која обављају делатност осигурања у складу са законом којим се уређује осигурање (у даљем тексту: осигуравач).

Члан 237.

Добровољно здравствено осигурање могу организовати и спроводити и фондови за добровољно здравствено осигурање, у складу са посебним законом.

Члан 238.

(1) Влада, на предлог министра, уређује врсте добровољног здравственог осигурања, услове, начин и поступак организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања.

(2) Ако је добровољно здравствено осигурање на друкчији начин уређено другим законом, примењују се одредбе овог закона и прописа донетих за спровођење овог закона.

VI. НАДЗОР НАД СПРОВОЂЕЊЕМ ЗАКОНА

Члан 239.

Надзор над спровођењем овог закона врши Министарство.

VII. КАЗНЕНЕ ОДРЕДБЕ

Прекршаји

Члан 240.

(1) Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај здравствена установа или друго правно лице са којим је Републички фонд, односно филијала закључила уговор о пружању здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања, 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 садржају и обиму, или ако се та здравствена заштита обезбеди лицу које на њу нема право (чл. 34 - 46);
- 2) осигураном лицу наплати друкчији износ партиципације од износа прописаних овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона (члан 48. ст. 4. и 5);
- 3) осигураном лицу не изда рачун о наплаћеној партиципацији на прописаном обрасцу (члан 49. став 1);

3а) ако супротно члану 49а 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 члана његове породице, односно друго правно или физичко лице, на плаћање, односно давање било какве материјалне или нематеријалне користи за пружање таквих услуга осигураном лицу, осим ако законом није друкчије одређено (члан 49а);

4) осигураном лицу коме се здравствена заштита обезбеђује у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања наплати партиципацију (чл. 50. и 51);

5) 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 56. став 5);

6) здравствену услугу која се не обезбеђује из обавезног здравственог осигурања пружи на терет средстава обавезног здравственог осигурања (члан 61);

7) не обезбеди за осигурано лице потребне лекове, медицинска средства, имплантате и медицинско-техничка помагала која су обухваћена као право из обавезног здравственог осигурања (члан 178. став 3);

7а) 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 182. став 3.).

(2) Новчаном казном од 400.000 до 500.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и предузетник.

(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.

(4) Ако се извршењем прекршаја из става 1. овог члана нанесе материјална штета осигураном лицу или матичној филијали, односно Републичком фонду, односно другом правном лицу, здравственој установи или приватној пракси (предузетнику) може се изрећи заштитна мера - забране вршења делатности, у складу са законом.

Члан 241.

(1) Новчаном казном од 200.000 до 500.000 динара казниће се за прекршај здравствена установа или друго правно лице са којим је Републички фонд, односно филијала закључила уговор о пружању здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања, ако:

1) осигураном лицу не да претходно обавештење у писменом облику о разлозима због којих здравствена услуга није неопходна, односно да није оправдана за здравствено стање осигураног лица, или ако не да претходно обавештење осигураном лицу које је стављено на листу чекања о разлозима за стављање на листу чекања (члан 57. ст. 1 - 3);

2) на видном месту не истакне списак лекара које осигурано лице може да одабере за свог изабраног лекара (члан 147. став 2).

3) овлашћеном надзорнику осигурања не да на увид документацију значајну за остваривање права осигураних лица из средстава обавезног здравственог осигурања (члан 189. став 1);

4) филијали, односно Републичком фонду не достави податке које прикупља, односно води за случај проузроковане болести, повреде или смрти осигураног лица ради накнаде штете (члан 200. став 1).

(2) Новчаном казном од 300.000 до 500.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и предузетник.

(3) 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 242.

(1) Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај послодавац са својством правног лица, ако:

- 1) 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 (члан 103. ст. 1, 2. и 4);
- 2) не достави матичној филијали све податке у вези са пријавом на обавезно здравствено осигурање, променом у обавезном здравственом осигурању или одјавом са обавезног здравственог осигурања за своје запослене ради утврђивања својства осигураног лица, односно податке о престанку или промени у својству осигураног лица, односно ако те податке не достави у року од осам дана од дана када су се за то стекли услови (члан 113. ст. 1. и 3);
- 3) у матичну евиденцију унесе нетачне податке, односно податке на начин који је у супротности са овим законом (члан 119);
- 4) не поднесе пријаву података који се уносе у матичну евиденцију или ако ту пријаву поднесе после истека рока из члана 135. овог закона (чл. 123. и 135);
- 5) осигуранику, кориснику права из обавезног здравственог осигурања не да тачна обавештења, односно податке од значаја за утврђивање чињеница важних за стицање и остваривање права из обавезног здравственог осигурања или ако матичној филијали не пружи доказ и омогући увид у евиденцију и документацију (члан 126. став 3);
- 6) у року од 30 дана од дана подношења захтева од стране осигураног лица 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 143. ст. 3. и 4);
- 7) филијали, односно Републичком фонду не достави податке које прикупља, односно води за случај проузроковане болести, повреде или смрти осигураног лица ради накнаде штете (члан 200. став 1).

(2) Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај из става 1. овог члана и одговорно лице у правном лицу.

(3) Новчаном казном од 300.000 до 500.000 динара казниће се за прекршаје из става 1. овог члана и послодавац - предузетник.

Члан 243.

(1) 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 руководи за то неовлашћено службено лице (члан 118. став 2);
- 2) не достави копију потврде о пријему пријаве на осигурање, пријаву промене у осигурању, односно одјаву са осигурања за осигуранике који обављају самосталну делатност (предузетници), односно за пољопривреднике и за друга лица о којима надлежни порески орган води евиденције, до 5. у месецу за претходни месец (члан 127. став 6);
- 3) осигураном лицу на његов захтев не изда уверење о подацима који се уносе у матичну евиденцију (члан 133. став 1);

4) износи и објављује у јавност податке који се воде у матичној евиденцији, а који се односе на коришћење права из обавезног здравственог осигурања за појединачно осигурано лице и који представљају личне податке о осигураном лицу (члан 138. став 2);

5) овери здравствену исправу без доказа да је уплаћен доспели допринос за обавезно здравствено осигурање (члан 142. став 2);

6) не прихвати захтев даваоца здравствених услуга са којима је закључио уговор о пружању здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања за образовање арбитраже (члан 184. ст. 1. и 3);

7) 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 187. став 2).

(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 244.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај здравствени радник, ако:

1) као изабрани лекар или члан лекарске комисије 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 65. став 3);

2) осигуранику утврди привремену спреченост за рад супротно члану 74. овог закона;

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 148);

4) као изабрани лекар злоупотреби своја овлашћења у поступку остваривања права осигураних лица (члан 153).

Члан 245.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај осигураник ако намерно проузрокује неспособност за рад, или ако намерно спречи оздрављење, односно оспособљавање за рад, ако се без оправданог разлога не јави изабраном лекару за оцену привремене спречености за рад или се не одазове на позив лекарске комисије, ако се за време привремене спречености за рад бави привредном или другом активношћу којом остварује приходе, ако без дозволе стручно-медицинског органа филијале, односно Републичког фонда отпутује из места сталног пребивалишта, односно боравишта, ако злоупотреби право на коришћење одсуствовања са рада (члан 85).

VIII. ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 246.

(1) 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.

(2) 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 247.

(1) Даном ступања на снагу овог закона Републички завод за здравствено осигурање наставља са радом

са правима и обавезама утврђеним овим законом.

(2) Републички завод за здравствено осигурање 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 248.

(1) Влада ће именовати Управни одбор и Надзорни одбор Републичког завода у року од 90 дана од дана ступања на снагу овог закона.

(2) Управни одбор ће именовати директора Републичког завода у року од 60 дана од дана именовања Управног одбора.

Члан 249.

(1) Директор Републичког завода именовати директоре филијала у року од 60 дана од дана ступања на дужност директора.

(2) Савет филијале ће се образовати у року од 30 дана од дана ступања на дужност директора филијале.

Члан 250.

Управни одбор ће донети статут Републичког завода у року од 60 дана од дана именовања чланова Управног одбора.

Члан 251.

Републички завод донеће општи акт из члана 124. став 5. овог закона у року од 60 дана од дана ступања на снагу овог закона.

Члан 252.

Осигурана лица која на дан ступања на снагу овог закона користе права из обавезног здравственог осигурања стечена по прописима који су важили до дана ступања на снагу овог закона од тога дана користе та права по одредбама овог закона.

Члан 253.

Жалбе поднете против решења донетих до ступања на снагу овог закона решаваће се према прописима који су важили до дана ступања на снагу овог закона.

Члан 254.

(1) Републички завод организоваће и устројити послове матичне евиденције до 30. јуна 2006. године.

(2) Матична филијала вршиће оверу исправа о осигурању од 1. јула 2006. године.

Члан 255.

Изузетно у 2006. и 2007. години, у случајевима када се Финансијским планом Републичког завода за одређену буџетску годину, утврде примања у износу већем од издатака планираних за потрошњу за ту буџетску годину, којима се могу у потпуности обезбедити средства за обавезно здравствено осигурање осигураника из члана 22. ст. 1. и 4. овог закона, под условима прописаним овим законом, у буџету Републике за ту буџетску годину, неће се планирати средства на начин прописан у члану 22. став 5. овог закона.

Члан 256.

Даном ступања на снагу овог закона престаје да важи Закон о здравственом осигурању ("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, 84/04 и 45/05).

Члан 257.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику Републике Србије", а одредбе чл. 20. и 22, члана 45. у делу који се односи на проценте плаћања услуга из средстава обавезног здравственог осигурања, односно из средстава осигураног лица, чл. 202. и 204. овог закона - примењују се од 1. јануара 2007. године.

ОДРЕДБЕ КОЈЕ НИСУ УШЛЕ У ПРЕЧИШЋЕН ТЕКСТ

Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању ("Сл. гласник РС", бр. 57/11)

Члан 50.

(1) Републички фонд ускладиће статут и друге опште акте и донеће прописе за спровођење овог закона, најкасније до 1. јануара 2013. године.

(2) 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 51.

До доношења прописа којим се уређује методологија за обрачун трошкова обраде крви и компонената крви у складу са законом којим се уређује трансфузиолошка делатност, односно до доношења акта о трошковима обраде крви и компонената крви, Републички фонд утврђиваће цене обраде крви и компонената крви на тај начин што ће се постојеће цене крви, односно лабилних продуката крви, које важе на дан ступања на снагу овог закона, увећати у складу са средствима опредељеним у Финансијском плану Републичког завода за здравствено осигурање.

Члан 52.

(1) Републички фонд дужан је да најкасније у року од три године, од дана ступања на снагу овог закона изврши замену исправе о осигурању, као и посебне исправе за коришћење здравствене заштите из члана 112. ст. 1. и 2. овог закона, са здравственом картицом.

(2) До потпуне замене исправа о осигурању, као и посебне исправе за коришћење здравствене заштите - здравственом картицом, осигурана лица остварују права из обавезног здравственог осигурања на основу исправе о осигурању, као и посебне исправе за коришћење здравствене заштите, издатих по прописима који су важили до дана ступања на снагу овог закона.

Члан 53.

(1) За осигурана лица за која допринос за обавезно здравствено осигурање није редовно измириван до дана ступања на снагу овог закона, исправа о осигурању, као и посебна исправа за коришћење здравствене заштите, односно здравствена картица, од дана ступања на снагу овог закона, овераваће се под условом да је обвезник уплате доприноса започео са измиривањем заосталих доприноса за обавезно здравствено осигурање и наставио са њиховим редовним и континуираним измиривањем.

(2) Овера исправе о осигурању, односно посебне исправе о коришћењу здравствене заштите, односно здравствене картице у складу са ставом 1. овог члана вршиће се на начин прописан општим актом Републичког фонда.

Члан 54.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику Републике Србије", а

одредбе чл. 11 , 12 , 13. и 15. овог закона, у делу у којем се утврђује већи обим и садржај права од права утврђених прописима који су важили до дана ступања на снагу овог закона, примењиваће се од 1. јануара 2012. године.

НАПОМЕНА ЕКСПЕРТ-а:

[1] Чланом 52. став 1. Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању ("Сл. гласник РС", 57/11) прописано је да је Републички фонд дужан да најкасније у року од три године, од дана ступања на снагу овог закона (до 9. августа 2014. године) изврши замену исправе о осигурању, као и посебне исправе за коришћење здравствене заштите из члана 112. ст. 1. и 2. овог закона, са здравственом картицом.

[2] Уставни суд Републике Србије одбио је предлог за утврђивање неуставности одредбе члана 219. став 3. Закона о здравственом осигурању, својом Одлуком IУ број 54/2006 ("Сл. гласник РС", бр. 38/10).

[3] Уставни суд Републике Србије донео је Одлуку IУ број 424/2005 ("Сл. гласник РС", бр. 106/06), у којој је одлучено да се: 1. одбијају предлози за утврђивање неуставности одредаба члана 17. став 1. тачка 14), члана 48. ст. 1. и 2. и члана 104. став 1. Закона о здравственом осигурању; 2. не прихвата иницијатива за покретање поступка за утврђивање неуставности одредаба члана 17. став 1. тач. 13) и 14) Закона о здравственом осигурању и 3. одбацује захтев за обуставу извршења појединачног акта, односно радње предузете на основу одредаба члана 17. став 1. тач. 13) и 14) Закона о здравственом осигурању.

[1] Измењене одредбе чл. 37 , 41 , 42. и 45. у делу у којем се утврђује већи обим и садржај права од права утврђених прописима који су важили до дана ступања на снагу Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању ("Сл. гласник РС", 57/11) односно до 9. августа 2011. године, примењиваће се од 1. јануара 2012. године.