ZAKON O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

(„Službeni glasnik RS“, br. 25/19 i 92/23)

OVA VERZIJA ZAKONA U PRIMENI JE OD 4. NOVEMBRA 2023. GODINE*

*Napomena: odredbe člana 177. stav 3. tač. 2) i 3) i člana 178. stav 2. ovog zakona primenjuju se do dana pristupanja Republike Srbije Evropskoj uniji. Odredba člana 232. stav 1. tačka 24) u delu koji se odnosi na kontrolu finansijskih planova zdravstvenih ustanova iz Plana mreže, primenjuje se od dana kada se steknu tehnički uslovi za vršenje kontrole.

DEO PRVI
OSNOVNE ODREDBE

Član 1.

Ovim zakonom uređuje se zdravstveno osiguranje u Republici Srbiji.

Zdravstveno osiguranje u Republici Srbiji je obavezno zdravstveno osiguranje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Član 2.

Ovim zakonom uređuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i uslovi za njihovo ostvarivanje, finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, ugovaranje zdravstvene zaštite, organizacija obaveznog zdravstvenog osiguranja i druga pitanja od značaja za sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Ovim zakonom uređuju se vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslovi za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, finansiranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i druga pitanja od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Član 3.

Obavezno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se osiguranim licima i drugim licima obezbeđuje pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade u skladu sa ovim zakonom.

Član 4.

Obavezno zdravstveno osiguranje obuhvata:

1) osiguranje za slučaj bolesti i povrede van rada;

2) osiguranje za slučaj povrede na radu i profesionalne bolesti.

Član 5.

Obavezno zdravstveno osiguranje organizuje se na načelima: obaveznosti, solidarnosti i uzajamnosti, javnosti, zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa, stalnog unapređivanja kvaliteta obaveznog zdravstvenog osiguranja i ekonomičnosti i efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Načelo obaveznosti podrazumeva obavezno zdravstveno osiguranje, koje se obezbeđuje obavezom plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: doprinos), u skladu sa zakonom.

Načelo solidarnosti i uzajamnosti podrazumeva sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja u kojem troškove obaveznog zdravstvenog osiguranja snose osiguranici i drugi obveznici uplate doprinosa uplatom doprinosa na ostvarene prihode, a prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koriste ona osigurana lica kod kojih je nastupila bolest ili drugi osigurani slučaj.

Načelo javnosti podrazumeva pravo osiguranih lica na sve vrste informacija u vezi sa pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i javnost rada Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Republički fond), u skladu sa zakonom.

Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa podrazumeva dužnost Republičkog fonda da, prilikom ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, omogući osiguranim licima da što lakše ostvare i zaštite svoja prava, vodeći računa da ostvarivanje njihovih prava ne bude na štetu prava drugih lica niti u suprotnosti sa zakonom utvrđenim javnim interesom.

Načelo stalnog unapređivanja kvaliteta obaveznog zdravstvenog osiguranja podrazumeva praćenje savremenih dostignuća u oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja i unapređivanje sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Načelo ekonomičnosti i efikasnosti podrazumeva da se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u punom obimu, sadržaju i standardu, ostvaruju uz što manje finansijskih i drugih sredstava.

U sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja primenjuju se i načela zdravstvene zaštite utvrđena zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i ostvaruju se prava pacijenata utvrđena zakonom kojim se uređuju prava pacijenata.

Član 6.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je vrsta neživotnog osiguranja.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je:

1) osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osigurano lice dopunjuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu sadržaja, obima i standarda;

2) osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvenih usluga,

lekova, medicinskih sredstava, rehabilitacije i novčanih naknada, koje nije obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem;

3) osiguranje građana koji nisu obavezno osigurani po ovom zakonu, odnosno koji se nisu uključili u obavezno zdravstveno osiguranje.

Ako je dobrovoljno zdravstveno osiguranje na drukčiji način uređeno drugim zakonom primenjuje se ovaj zakon.

Ako ovim zakonom nije drukčije uređeno, na organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje osiguranje.

Na odnose između ugovornih strana u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuju obligacioni odnosi.

Član 7.

Obavezno zdravstveno osiguranje obezbeđuje se i sprovodi u Republičkom fondu.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu da organizuju i sprovode pravna lica koja obavljaju delatnost osiguranja (u daljem tekstu: društvo za osiguranje), kao i Republički fond, u skladu sa ovim zakonom i zakonom kojim se uređuje osiguranje.

Član 8.

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

Izuzetno od stava 1. ovog člana, novčane naknade koje su dospele za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti osiguranog lica, odnosno osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja mogu se nasleđivati.

Član 9.

Sredstva za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se uplatom doprinosa, kao i iz drugih izvora, u skladu sa zakonom.

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

Član 10.

Pojmovi koji se koriste u ovom zakonu imaju sledeće značenje:

1) Osiguranik je fizičko lice koje je obavezno osigurano u skladu sa ovim zakonom;

2) Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice tog osiguranika koji je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

3) Osigurana lica su osiguranici i članovi njihovih porodica kojima se u skladu sa ovim zakonom obezbeđuju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

4) Matična filijala je filijala Republičkog fonda koja je izdala, odnosno aktivirala ispravu o osiguranju;

5) Sadržaj zdravstvene zaštite čine postupci i metodi dijagnostike, lečenja i rehabilitacije, u cilju sprečavanja, suzbijanja, ranog otkrivanja i lečenja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, a koji su obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem;

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

7) Standard zdravstvene zaštite čine uslovi za korišćenje postupaka i metoda koji čine sadržinu prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući ograničenja za korišćenje tih zdravstvenih usluga;

8) Planiranje porodice podrazumeva zdravstveno vaspitni rad čiji je cilj začeće, a obuhvata prevenciju u oblasti sprečavanja i prenosa polnih bolesti, lečenja steriliteta i biomedicinski potpomognutu oplodnju;

9) Isprava o osiguranju je dokument koji izdaje Republički fond i kojim se dokazuje svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja;

10) Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju je dokument koji osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja izdaje osiguravač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na osnovu koje osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

11) Mesto stanovanja je mesto prebivališta, odnosno boravišta osiguranog lica koje se dokazuje u skladu sa odredbama zakona kojim se uređuje prijava prebivališta, odnosno boravišta, mesto privremenog boravka osiguranog lica, kao i ustanova socijalne zaštite u kojoj je smešteno osigurano lice;

12) Davalac zdravstvene usluge je zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa ili drugo pravno lice sa kojima je Republički fond zaključio ugovor povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, osim organizacije za obavezno socijalno osiguranje vojnih osiguranika. Davalac zdravstvene usluge je i zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa ili drugo pravno lice sa kojima je Republički fond, odnosno društvo za osiguranje zaključio ugovor o pružanju zdravstvene usluge obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

13) Plan mreže čine zdravstvene ustanove utvrđene aktom o planu mreže zdravstvenih ustanova, donetim u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita;

14) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz svojih

sredstava ili na teret sredstava osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

15) Osiguravač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: osiguravač) je Republički fond i društvo za osiguranje;

16) Premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: premija) je novčani iznos koji plaća osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno ugovarač osiguravaču, po osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

17) Polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: polisa) je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

18) List pokrića predstavlja dokument koji privremeno zamenjuje polisu, a u koju se unose bitni elementi ugovora o osiguranju;

19) Dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je datum upisan u polisu, odnosno list pokrića, od kada počinje ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

20) Novčane naknade u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju su naknade koje osiguravač obezbeđuje osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u slučaju: ugovorenih troškova lečenja, gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad; naknade troškova prevoza u vezi sa lečenjem i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

21) Nadzornik osiguranja je službeno lice Republičkog fonda koje vrši kontrolu sprovođenja zaključenih ugovora povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu između Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga;

Pojmovi koji se koriste u ovom zakonu u gramatičkom muškom rodu, podrazumevaju prirodni muški i ženski rod lica na koje se odnose.

DEO DRUGI
OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

GLAVA I
OSIGURANA LICA I DRUGA LICA KOJIMA SE OBEZBEĐUJU PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U ODREĐENIM SLUČAJEVIMA

1. Osiguranici

Član 11.

Osiguranici su:

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

2) civilna lica na službi u Vojsci Srbije, jedinicama Vojske Srbije i ustanovama Vojske Srbije;

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

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

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

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

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

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

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

10) stranac koji je zasnovao radni odnos ili je radno angažovan u smislu propisa kojima je uređeno zapošljavanje stranaca u Republici Srbiji, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

11) državljani Republike Srbije zaposleni u domaćinstvima osiguranika koji su u radnom odnosu u inostranstvu kod organizacije čije je sedište na teritoriji Republike Srbije;

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

13) lica koja obavljaju privremene i povremene poslove u skladu sa zakonom kojim se uređuje rad;

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

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

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

17) lica koja su osnivači, odnosno članovi privrednih društava u skladu sa zakonom, koji u njima rade bez zasnivanja radnog odnosa;

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

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

20) sveštenici i verski službenici verskih zajednica registrovanih u Republici Srbiji koji te poslove obavljaju kao samostalnu delatnost;

21) poljoprivrednici koji se bave poljoprivrednom proizvodnjom u skladu sa propisima kojima se uređuje poljoprivreda, odnosno poljoprivredna delatnost, ako nisu: osiguranici zaposleni, osiguranici iz tač. 17) i 18) ovog stava, korisnici penzija, lica na školovanju;

22) lica koja obavljaju poljoprivrednu delatnost kao jedino ili osnovno zanimanje, a upisani su u registar poljoprivrednih gazdinstava u svojstvu nosioca ili člana porodice nosioca poljoprivrednog gazdinstva, ako nisu: osiguranici zaposleni, osiguranici iz tač. 17) i 18) ovog stava, korisnici penzija, lica na školovanju;

23) javni beležnik i javni izvršitelj;

24) korisnici penzije koji su pravo na penziju ostvarili u skladu sa propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;

25) lica koja primaju penziju ili invalidninu isključivo od inostranog nosioca osiguranja i koja imaju prebivalište ili boravište, odnosno stalno nastanjenje ili privremeni boravak u Republici Srbiji u skladu sa zakonom, odnosno ako sa državom od koje primaju penziju ili invalidninu ne postoji međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ili je međunarodnim ugovorom drugačije određeno;

26) lica koja primaju penziju ili invalidninu isključivo od inostranog nosioca osiguranja i koja imaju prebivalište ili boravište, odnosno stalno nastanjenje ili privremeni boravak u Republici Srbiji u skladu sa zakonom, a kod kojih postoje određene pravne smetnje zbog kojih ne mogu da ostvare zdravstveno osiguranje primenom međunarodnog ugovora i to samo radi ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja na teritoriji Republike Srbije;

27) strani državljani koji na teritoriji Republike Srbije rade kod domaćih pravnih subjekata na osnovu posebnih ugovora o razmeni stručnjaka ili sporazuma o međunarodnoj tehničkoj saradnji;

28) strani državljani za vreme školovanja ili stručnog usavršavanja na teritoriji Republike Srbije do isteka školske godine, odnosno završetka akademske godine u kojoj su završili školovanje, ali ne duže od navršene 26 godine života.

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

Lica koja ostvaruju ugovorenu naknadu na osnovu ugovora o davanju u zakup poljoprivrednog zemljišta, a nisu: osiguranici zaposleni, osiguranici iz stava 1. tač. 17) i 18) ovog člana, korisnici penzija ili lica na školovanju, svojstvo osiguranika stiču u skladu sa

stavom 1. tač. 21) ili 22) ovog člana.

Član 12.

Radom, u smislu člana 11. stav 1. tačka 17) ovog zakona, smatra se i predstavljanje i zastupanje privrednih društava od strane njihovih osnivača, odnosno članova na osnovu upisa u registar nadležne organizacije.

Član 13.

Preduzetniku iz člana 11. stav 1. tačka 18) ovog zakona prestaje svojstvo osiguranika po tom osnovu za vreme privremene odjave obavljanja delatnosti, ako za to vreme ne plaća doprinos, osim za vreme trajanja privremene sprečenosti za rad nastale pre privremene odjave, u skladu sa ovim zakonom.

Član 14.

Osiguraniku iz člana 11. stav 1. tač. 21) i 22) ovog zakona koji je navršio 65 godina života i koji nije ostvario pravo na penziju u skladu sa zakonom, a čiji su prihodi ispod prihoda utvrđenih aktom iz člana 16. stav 2. ovog zakona prestaje svojstvo osiguranika po tom osnovu.

Osiguraniku iz stava 1. ovog člana, utvrđuje se novi osnov za obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa ovim zakonom, na lični zahtev osiguranika.

Član 15.

Ako osiguranik iz člana 11. ovog zakona ispunjava uslove za sticanje svojstva osiguranika po više osnova osiguranja, prioritetni osnov osiguranja, koji isključuje druge osnove osiguranja, utvrđuje se po sledećim prioritetima:

1) osiguranje iz člana 11. stav 1. tač. 1)–12) ovog zakona;

2) osiguranje iz člana 11. stav 1. tač. 24)–26) ovog zakona;

3) osiguranje iz člana 11. stav 1. tač. 17)–20) i tačka 23) ovog zakona;

4) osiguranje iz člana 11. stav 1. tač. 21) i 22) ovog zakona;

5) osiguranje iz člana 11. stav 1. tač. 13)–16), 27) i 28) ovog zakona.

Lice koje ispunjava uslov za sticanje svojstva osiguranika iz člana 11. stav 1. tač. 1)–12), tač. 17)–20), kao i tačka 23) ovog zakona, po više osnova osiguranja, dužno je da izabere jedan od osnova osiguranja po kome će biti zdravstveno osigurano, odnosno po kome će ostvarivati prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

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

Član 16.

Lica koja ne ispunjavaju uslove za sticanje svojstva osiguranika iz člana 11. ovog zakona i koja ne ispunjavaju uslove da budu osigurani kao članovi porodice osiguranika smatraju se

osiguranicima u smislu ovog zakona i to:

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

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

3) lica starija od 65 godina života;

4) osobe sa invaliditetom čiji je invaliditet utvrđen u skladu sa zakonom;

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

6) monasi i monahinje;

7) korisnici novčane socijalne pomoći, odnosno korisnici smeštaja u ustanove socijalne zaštite ili u druge porodice, odnosno korisnici posebne novčane naknade za roditelja, u skladu sa zakonom;

8) korisnici porodične invalidnine, odnosno mesečnog novčanog primanja po propisima o zaštiti boraca, vojnih invalida i civilnih invalida rata;

9) nezaposlena lica čiji su mesečni prihodi ispod prihoda utvrđenih u skladu sa ovim zakonom;

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

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

12) žrtve nasilja u porodici;

13) žrtve trgovine ljudima;

14) žrtve terorizma;

15) borci kojima je status borca utvrđen u skladu sa propisima o zaštiti boraca.

Način utvrđivanja mesečnog iznosa prihoda kao cenzusa za sticanje svojstva osiguranog lica iz stava 1. tačka 9) ovog člana, kao i druga pitanja od značaja za utvrđivanje cenzusa, propisuju ministar nadležan za poslove zdravlja (u daljem tekstu: ministar) i ministar nadležan za poslove socijalne zaštite.

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

U budžetu Republike Srbije obezbeđuju se sredstva za uplatu doprinosa za lica iz st. 1. i 3. ovog člana.

2. Lica koja se uključuju u obavezno zdravstveno osiguranje

Član 17.

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

Izuzetno od stava 1. ovog člana preduzetnik kome je prestalo svojstvo osiguranika po osnovu člana 13. ovog zakona, kao i supružnik, odnosno vanbračni partner zaposlenog koji je upućen na rad u inostranstvo u skladu sa zakonom, a kome miruju prava i obaveze iz radnog odnosa za period upućivanja, mogu da se uključe u obavezno zdravstveno osiguranje radi obezbeđivanja za sebe i članove svoje uže porodice prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima, na način, u sadržaju i obimu propisanim ovim zakonom i podzakonskim aktima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Lica iz st. 1. i 2. ovog člana imaju svojstvo osiguranika, odnosno osiguranog lica.

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

Lica iz stava 3. ovog člana plaćaju doprinos iz svojih sredstava u skladu sa zakonom kojim se uređuju doprinosi za obavezno socijalno osiguranje, osim ako posebnim zakonom nije drugačije propisano.

3. Lica osigurana kao članovi porodice osiguranika

Član 18.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđena ovim zakonom obezbeđuju se licima osiguranim kao članovi porodice osiguranika (u daljem tekstu: članovi porodice osiguranika) ako nisu obavezno zdravstveno osigurani kao osiguranici u skladu sa odredbama ovog zakona i to:

1) članovima porodice osiguranika iz člana 11. stav 1. ovog zakona, osim iz stava 1. tač. 27) i 28) tog člana;

2) članovima uže porodice osiguranika iz člana 16. stav 1. tač. 7)–9) i 11) ovog zakona, kao i iz člana 17. st. 1. i 2. ovog zakona;

3) članovima uže porodice osiguranika iz člana 16. stav 3. ovog zakona, pod uslovima koji su propisani za te osiguranike.

Članovima porodice, u smislu ovog zakona, smatraju se:

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

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

Član 19.

Supružnik ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dok je sa osiguranikom u braku u smislu propisa o porodici.

Vanbračni partner osiguranika ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja od dana podnošenja prijave na osiguranje u svojstvu člana uže porodice u skladu sa ovim zakonom.

Supružnik kojem je po prestanku braka sudskom odlukom utvrđeno pravo na izdržavanje ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za period dok traje obaveza izdražavanja.

Član 20.

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

Dete iz stava 1. ovog člana koje je zbog bolesti prekinulo školovanje ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i posle starosne granice utvrđene u stavu 1. ovog člana, ako nastavi školovanje, ali najduže onoliko vremena koliko je trajao prekid školovanja zbog bolesti.

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

Dete iz stava 1. ovog člana koje postane nesposobno za samostalan život i rad u skladu sa zakonom i posle uzrasta utvrđenog u stavu 1. ovog člana ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja dok takva nesposobnost traje ako ga osiguranik izdržava zbog toga što nema sopstvenih sredstava za izdržavanje.

Član 21.

Članovi šire porodice iz člana 18. stav 2. tačka 2), osim unučadi koje osiguranik izdržava u smislu propisa o porodici zbog toga što nemaju dovoljno sredstava za izdržavanje, imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ako su navršili 65 godina života ili ako su mlađi, ali su nesposobni za privređivanje, a ta nesposobnost odgovara potpunom gubitku radne sposobnosti u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju.

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

Član 22.

Pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, obezbeđuju se licima koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, samo u slučaju nastanka povrede na radu i profesionalne bolesti i to:

1) učenicima i studentima koji se, u skladu sa zakonom, nalaze na obaveznom proizvodnom radu, profesionalnoj praksi, praktičnoj nastavi ili učenju kroz rad u sistemu dualnog obrazovanja;

2) licima koja, u skladu sa zakonom, obavljaju određene poslove na osnovu ugovora o volonterskom radu;

3) licima koja, u skladu sa zakonom, obavljaju privremene i povremene poslove preko omladinske odnosno studentske zadruge do navršenih 26 godina života, ako su na školovanju;

4) licima koja se nalaze na dodatnom obrazovanju i obuci po uputu organizacije nadležne za zapošljavanje;

5) licima koja učestvuju u organizovanim javnim radovima od opšteg značaja;

6) licima koja učestvuju u akcijama spasavanja ili u zaštiti i spasavanju prilikom elementarnih nepogoda i drugih nesreća;

7) licima angažovanim u vatrogasnim službama za gašenje požara i na obuci za gašenje požara;

8) licima koja se nalaze na osposobljavanju i obučavanju za odbranu i druge vidove obuke za potrebe odbrane zemlje;

9) licima koja su angažovana na obezbeđivanju javnih skupova, kulturnih i sportskih događaja i drugih javnih okupljanja građana;

10) licima koja se nalaze na izdržavanju kazne zatvora dok rade u privrednoj jedinici zavoda za izdržavanje kazne zatvora (radionica, radilište i sl.) i na drugom mestu rada;

11) licima koja obavljaju sezonske poslove u skladu sa propisima kojima se uređuje takav način rada.

5. Državljani, odnosno osiguranici država sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju

Član 23.

Lica osigurana prema pravnim propisima država sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom u sadržaju i obimu koji su utvrđeni međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju.

Troškove zdravstvene zaštite lica iz stava 1. ovog člana snosi Republički fond.

Troškovi zdravstvene zaštite iz stava 2. ovog člana nadoknađuju se u skladu sa međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju.

GLAVA II
STICANJE I UTVRĐIVANJE SVOJSTVA OSIGURANOG LICA

Član 24.

Svojstvo osiguranog lica stiče se danom nastanka osnova po kome se to svojstvo utvrđuje.

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje se registracijom u Centralnom registru obaveznog socijalnog osiguranja (u daljem tekstu: Centralni registar), odnosno rešenjem Republičkog fonda.

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje se rešenjem Republičkog fonda za lica iz člana 17. ovog zakona i za lica za koja je podneta prijava na zdravstveno osiguranje, a matična filijala utvrdi da nisu ispunjeni uslovi za sticanje svojstva osiguranog lica po osnovu osiguranja iz podnete prijave.

Rešenje iz stava 3. ovog člana Republički fond dostavlja licu iz člana 17. ovog zakona, odnosno podnosiocu prijave i licu za koje je podneta prijava na zdravstveno osiguranje.

Svojstvo osiguranog lica stiče se samo po jednom osnovu.

Član 25.

Licu kome je utvrđeno svojstvo osiguranog lica matična filijala izdaje, odnosno aktivira ispravu o osiguranju.

Isprava o osiguranju iz stava 1. ovog člana je kartica zdravstvenog osiguranja i potvrda o zdravstvenom osiguranju.

Član 26.

Kartica zdravstvenog osiguranja iz člana 25. stav 2. ovog zakona sadrži vidljive podatke i podatke koje sadrži kontaktni mikrokontroler (u daljem tekstu: ČIP).

Vidljivi podaci su: ime, prezime, datum rođenja, lični broj osiguranog lica (u daljem tekstu: LBO), broj zdravstvene kartice i serijski broj ČIP-a.

Vidljivi podaci iz stava 2. ovog člana napisani su i Brajevim pismom za slepa i slabovida lica.

ČIP sadrži sledeće identifikacione podatke o osiguraniku: ime, ime jednog roditelja, prezime, adresa (ulica i broj, mesto i opština), jedinstveni matični broj građana (u daljem tekstu: JMBG), odnosno evidencioni broj za strane državljane, datum rođenja, LBO, pol, osnov osiguranja, podatke o obvezniku plaćanja doprinosa.

ČIP sadrži sledeće podatke o članu porodice osiguranika: ime, ime jednog roditelja, prezime, adresa (ulica i broj, mesto i opština), JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane, datum rođenja, LBO, pol, identifikacione podatke o osiguraniku iz stava 4. ovog člana, osnov osiguranja.

Podaci koje sadrži ČIP koriste se samo u slučaju da davalac zdravstvene usluge nema tehničke mogućnosti da pristupi podacima iz matične evidencije.

Republički fond opštim aktom uređuje sadržaj i oblik isprave o osiguranju, način overe, kategorije osiguranih lica za koju preuzima obavezu troškova izdavanja kartice zdravstvenog osiguranja, kao i druga pitanja od značaja za korišćenje isprave.

Visinu troškova izdavanja kartice zdravstvenog osiguranja iz člana 25. stav 2. ovog zakona utvrđuje Republički fond posebnim aktom.

Troškove iz stava 8. ovog člana snosi osiguranik za sebe i članove svoje porodice.

Izuzetno od stava 9. ovog člana troškove iz stava 8. ovog člana može da snosi obveznik uplate doprinosa, odnosno drugo pravno ili fizičko lice, odnosno Republički fond može preuzeti obavezu naknade troškova izdavanja kartice zdravstvenog osiguranja.

Sredstva ostvarena u skladu sa stavom 9. ovog člana predstavljaju prihod Republičkog fonda.

Vlada daje saglasnost na akt iz stava 8. ovog člana.

Član 27.

Potvrda o zdravstvenom osiguranju iz člana 25. stav 2. ovog zakona (u daljem tekstu: potvrda) izdaje se osiguranom licu radi korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja do izdavanja kartice zdravstvenog osiguranja.

Potvrda iz stava 1. ovog člana sadrži podatke o: licu kome se izdaje potvrda, odnosno kome je izdata zdravstvena kartica, osiguraniku, obvezniku doprinosa, roku važenja potvrde, vrsti i obimu prava iz zdravstvenog osiguranja koji osigurano lice ostvaruje sa potvrdom, ime i prezime i potpis ovlašćenog lica, naziv filijale Republičkog fonda koja je izdala potvrdu, broj i datum izdavanja potvrde.

Podaci iz stava 2. ovog člana o licu kome se izdaje potvrda, odnosno kome je izdata kartica zdravstvenog osiguranja su: ime, ime jednog roditelja, prezime, adresa prebivališta, odnosno boravišta (ulica i broj, poštanski broj i mesto, opština), JMBG, evidencioni broj za strane državljane, pol, datum rođenja, LBO, oznaka osnova osiguranja, naziv osnova osiguranja, naziv države (za strane državljane).

Podaci iz stava 2. ovog člana o osiguraniku su: ime i prezime, JMBG, evidencioni broj za strane državljane, LBO, član porodice, srodstvo lica kome se izdaje kartica zdravstvenog osiguranja sa nosiocem osiguranja.

Podaci iz stava 2. ovog člana o obvezniku doprinosa su: naziv i sedište, poreski identifikacioni broj (u daljem tekstu: PIB), JMBG.

Član 28.

Prijava na zdravstveno osiguranje, promena u svojstvu osiguranog lica i odjava sa zdravstvenog osiguranja vrše se u skladu sa propisima kojima se uređuje rad, odnosno jedinstvena prijava na obavezno socijalno osiguranje.

Član 29.

Matična filijala dužna je da donese rešenje o utvrđenom svojstvu osiguranog lica ili o prestanku, odnosno promeni u svojstvu osiguranog lica na zahtev osiguranog lica ili nadležnog organa, kao i da podatke o tome dostavi Centralnom registru.

Matična filijala službenim putem pribavlja i vrši uvid u podatke o činjenicama o kojima se vodi službena evidencija, a koji su neophodni za utvrđivanje svojstva osiguranog lica, promenu u zdravstvenom osiguranju ili odjavu sa zdravstvenog osiguranja, u skladu sa odredbama zakona kojima se uređuje opšti upravni postupak.

Član 30.

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

Prestanak svojstva osiguranog lica utvrđuje se registracijom u Centralnom registru, odnosno rešenjem Republičkog fonda za lica iz člana 24. stav 3. ovog zakona.

Rešenje iz stava 2. ovog člana dostavlja se licu iz člana 24. stav 3. ovog zakona.

Matična filijala ima pravo da, bez obzira na koji način je utvrđeno svojstvo osiguranog lica, vrši proveru činjenica na osnovu kojih je izvršena prijava na zdravstveno osiguranje i utvrđeno svojstvo osiguranog lica.

U slučaju postojanja sumnje da ugovor o radu na osnovu koga je izvršena prijava na obavezno zdravstveno osiguranje nije zaključen u svrhu obavljanja poslova u skladu sa tim ugovorom, nego isključivo u svrhu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, matična filijala ima pravo i obavezu na osnovu provere činjenica iz stava 4. ovog člana i prikupljenih dokaza da pokrene postupak pred nadležnim sudom za osporavanje tako zaključenog ugovora o radu.

GLAVA III
MATIČNA EVIDENCIJA

Član 31.

Matičnu evidenciju čine podaci o:

1) osiguranicima;

2) članovima porodice osiguranika;

3) obveznicima plaćanja doprinosa;

4) korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Podatke iz stava 1. ovog člana jedinstveno za teritoriju Republike Srbije ustrojava i organizuje Republički fond.

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

Član 32.

Matična evidencija vodi se po jedinstvenim metodološkim principima.

Podaci se unose u matičnu evidenciju prema jedinstvenom kodeksu šifara.

Podaci se unose u matičnu evidenciju preuzimanjem podataka iz Centralnog registra, preuzimanjem podataka iz službenih evidencija, odnosno podataka iz drugih dokaza dostavljenih putem sredstava za elektronsku obradu podataka ili dostavljenih neposredno filijali.

Jedinstveni metodološki principi za vođenje matične evidencije i jedinstveni kodeks šifara iz st. 1. i 2. ovog člana i prijava na osiguranje, prijava promene u osiguranju i odjava sa osiguranja i druga pitanja od značaja za vođenje matične evidencije uređuju se propisima o Centralnom registru, odnosno zakonom.

Podaci iz člana 31. stav 1. tačka 4) ovog zakona, unose se u matičnu evidenciju, preuzimanjem podataka iz službenih evidencija, odnosno podataka iz drugih dokaza dostavljenih putem sredstava za elektronsku obradu podataka ili dostaljenih neposredno filijali, u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuju metodološki principi za vođenje matične evidencije.

Član 33.

Podaci iz člana 31. stav 1. tačka 4) ovog zakona vode se odvojeno od drugih podataka i tim podacima rukuje za to ovlašćeno lice Republičkog fonda, u skladu sa zakonom.

Obrada podataka iz člana 31. stav 1. ovog zakona, njihovo arhiviranje i mere zaštite vrše se u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti.

Republički fond može da vrši obradu podataka o ličnosti u cilju ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a druge organizacije obaveznog socijalnog osiguranja u cilju ostvarivanja prava utvrđenih propisima kojima se uređuje penzijsko i invalidsko osiguranje, odnosno osiguranje za slučaj nezaposlenosti, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti.

Član 34.

U matičnu evidenciju unose se sledeći podaci o osiguranicima:

1) ime i prezime;

2) ime jednog roditelja;

3) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane;

4) LBO;

5) pol;

6) dan, mesec i godina rođenja;

7) zanimanje;

8) stručna sprema, odnosno obrazovanje;

9) adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, poštanski broj i mesto, opština);

10) državljanstvo;

11) jezik i pismo izrade isprave o zdravstvenom osiguranju u skladu sa zakonom kojim se uređuje službena upotreba jezika i pisma;

12) opština na kojoj se nepokretnost nalazi za osiguranike poljoprivrednike;

13) datum sticanja, odnosno prestanka svojstva osiguranika, kao i promene u periodu osiguranja;

14) osnov osiguranja u skladu sa ovim zakonom;

15) isprava o zdravstvenom osiguranju (datum izdavanja, periodi overe, datum poništavanja isprave);

16) doprinos (visina doprinosa, da li je plaćen dospeli doprinos, visina duga po osnovu dospelih, a neuplaćenih doprinosa);

17) šifra organizacione jedinice Republičkog fonda;

18) osnov oslobođenja od participacije;

19) godišnji iznos plaćenih participacija;

20) broj i datum ocene stručno-medicinskog organa o upućivanju na invalidsku komisiju u skladu sa ovim zakonom;

21) obveznik plaćanja doprinosa;

22) naziv poslodavca, šifra delatnosti i adresa sedišta poslodavca i poslovne jedinice;

23) broj registracije dodeljen od strane Centralnog registra.

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

1) ime i prezime;

2) ime jednog roditelja;

3) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane;

4) LBO;

5) pol;

6) dan, mesec i godina rođenja;

7) srodstvo sa osiguranikom;

8) adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, poštanski broj i mesto, opština);

9) strana država i adresa prebivališta, za lica koja nemaju prebivalište u Republici Srbiji;

10) državljanstvo;

11) jezik i pismo izrade isprave o zdravstvenom osiguranju u skladu sa zakonom kojim se uređuje službena upotreba jezika i pisma;

12) datum sticanja, odnosno prestanka svojstva osiguranika, kao i promene u periodu osiguranja;

13) osnov osiguranja u skladu sa ovim zakonom;

14) isprava o zdravstvenom osiguranju (datum izdavanja, periodi overe, datum poništavanja isprave);

15) šifra organizacione jedinice Republičkog fonda;

16) osnov oslobođenja od participacije;

17) godišnji iznos plaćenih participacija;

18) broj registracije dodeljen od strane Centralnog registra.

Član 35.

Ako je obveznik plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje pravno lice ili preduzetnik u matičnu evidenciju unose se sledeći podaci:

1) ime i prezime;

2) PIB;

3) matični broj registra;

4) šifra delatnosti;

5) šifra delatnosti poslovne jedinice;

6) adresa sedišta (ulica i broj, poštanski broj i mesto, opština);

7) adresa poslovne jedinice (ulica i broj, poštanski broj i mesto, opština).

Član 36.

Ako je obveznik plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje fizičko lice u matičnu evidenciju unose se sledeći podaci:

1) ime i prezime;

2) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane;

3) adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, poštanski broj i mesto, opština);

4) strana država i adresa prebivališta, za lica koja nemaju prebivalište u Republici Srbiji.

Član 37.

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

1) pruženim zdravstvenim uslugama (vrsta zdravstvene usluge, dijagnoza bolesti, odnosno povrede po Međunarodnoj klasifikaciji bolesti – 10 revizija (u daljem tekstu: MKB 10) i na latinskom jeziku, datum pružanja zdravstvene usluge i zdravstvena ustanova u kojoj je pružena zdravstvena usluga);

2) medicinsko-tehničkim pomagalima (vrsta i sastavni delovi pomagala, visina participacije, izdato novo ili korišćeno pomagalo, rok trajanja pomagala, revers za vraćanje pomagala, provera funkcionalnosti pomagala i doplata za pomagalo većeg standarda);

3) lekovima izdatim na recept (naziv i šifra leka, količina izdatog leka, datum propisivanja leka, datum izdavanja leka i identifikacioni broj lekara koji je propisao lek);

4) godišnjem iznosu plaćenih participacija (naziv zdravstvene usluge, medicinsko-tehničkog pomagala, leka ili implantata, visina plaćene participacije i naziv zdravstvene ustanove);

5) izabranom lekaru osiguranog lica (ime i prezime, identifikacioni broj i zdravstvena ustanova u kojoj je zaposlen);

6) ostvarivanju prava na osnovu ocena stručno-medicinskih organa (vrsta prava, dijagnoza bolesti, odnosno povrede po MKB 10 i na latinskom jeziku, naziv stručno-medicinskog organa i broj i datum ocene stručno-medicinskog organa);

7) ostvarivanju prava u vezi sa profesionalnom bolešću ili povredom na radu osiguranika (naziv stručno-medicinskog organa, broj i datum ocene stručno-medicinskog organa, dijagnoza bolesti, odnosno povrede po MKB 10 i na latinskom jeziku);

8) upućivanju na ocenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju (u daljem tekstu: invalidska komisija) u skladu sa ovim zakonom (naziv stručno-medicinskog organa, broj i datum ocene stručno-medicinskog organa, dijagnoza bolesti, odnosno povrede po MKB 10 i na latinskom jeziku, dužina privremene sprečenosti za rad u momentu upućivanja na invalidsku komisiju i broj i datum ocene invalidske komisije o radnoj sposobnosti osiguranika);

9) korišćenju zdravstvene zaštite u inostranstvu (broj i datum izdate potvrde za korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, za osiguranike upućene na rad u inostranstvo i podatak o državi u koju se upućuje, naziv i adresa inostranog nosioca osiguranja, naziv i adresa poslodavca u inostranstvu, period na koji je osiguranik upućen na rad u inostranstvo, broj i datum podnošenja zahteva za refundaciju troškova korišćenja zdravstvene zaštite u

inostranstvu, naziv stručno-medicinskog organa, broj i datum ocene stručno-medicinskog organa, broj i datum rešenja o refundaciji troškova korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu, država i naziv zdravstvene ustanove u inostranstvu u kojoj je korišćena zdravstvena zaštita, visina troškova zdravstvene zaštite korišćene u inostranstvu i period korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu);

10) upućivanju na lečenje, odnosno upućivanju radi sprovođenja dijagnostičkih postupaka ili postavljanja dijagnoze u inostranstvu (broj i datum podnošenja zahteva za upućivanje u inostranstvo, naziv referentne zdravstvene ustanove koja predlaže upućivanje, broj i datum ocene komisije Republičkog fonda za upućivanje u inostranstvo, broj i datum rešenja, država u koju se osigurano lice upućuje, naziv zdravstvene ustanove, period upućivanja i visina troškova).

Član 38.

U matičnu evidenciju unose se i podaci o ostvarivanju prava na naknadu zarade i to:

1) ime i prezime osiguranika;

2) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane;

3) LBO;

4) prethodni staž osiguranja;

5) da li je osiguranik zaposlen kao osoba sa invaliditetom;

6) prvi dan privremene sprečenosti za rad;

7) vremenski interval privremene sprečenosti za rad;

8) identifikacioni broj izabranog lekara koji je utvrdio prvi dan privremene sprečenosti za rad osiguranika;

9) broj i datum ocene stručno-medicinskog organa koji je utvrdio privremenu sprečenost za rad;

10) osnov privremene sprečenosti za rad u skladu sa ovim zakonom;

11) dijagnoza bolesti, odnosno povrede po MKB 10 i na latinskom jeziku;

12) visina osnovice za obračun naknade zarade utvrđena u skladu sa odredbama ovog zakona;

13) poslovno ime poslodavca, odnosno preduzetnika;

14) PIB poslodavca, odnosno preduzetnika;

15) broj posebnog računa poslodavca, odnosno preduzetnika na koji se vrši prenos sredstava za isplatu naknade zarade;

16) datum prijema zahteva za isplatu naknade zarade sa spiskom osiguranika;

17) broj pod kojim je primljen zahtev za isplatu naknade zarade;

18) podatak o isplaćenim zaradama i uplaćenim doprinosima;

19) datum prenosa sredstava za naknadu zarade na poseban račun poslodavca, odnosno preduzetnika;

20) datum podnošenja zahteva nadležnoj organizaciji za penzijsko i invalidsko osiguranje za refundaciju naknade zarade osiguraniku;

21) datum izvršene refundacije Republičkom fondu isplaćene naknade zarade osiguraniku od strane nadležne organizacije za penzijsko i invalidsko osiguranje.

Član 39.

U matičnu evidenciju unose se podaci o ostvarivanju prava na naknadu troškova prevoza za osigurano lice i to:

1) ime i prezime;

2) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane;

3) LBO;

4) datum putovanja;

5) vremenski interval putovanja;

6) adresa polaska i povratka sa putovanja (adresa, opština, naselje);

7) putovanje u inostranstvo (država i grad);

8) iznos naknade troškova putovanja;

9) broj tekućeg računa i naziv banke za uplatu naknade troškova putovanja;

10) ime i prezime pratioca na putu;

11) JMBG pratioca;

12) adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji za pratioca (ulica i broj, poštanski broj i mesto, opština);

13) iznos naknade troškova putovanja za pratioca;

14) broj tekućeg računa i naziv banke za uplatu naknade troškova putovanja za pratioca;

15) podaci o davaocu zdravstvenih usluga koji je pružio zdravstvenu uslugu.

Član 40.

Republički fond, odnosno matična filijala dužni su da po službenoj dužnosti pribave podatke

iz čl. 34–39. ovog zakona koji se vode kod drugih nadležnih državnih organa i organizacija o osiguranim licima, a u skladu sa propisima kojima se uređuje upravni postupak.

Nadležni državni organi i organizacije iz stava 1. ovog člana dužni su da Republičkom fondu, odnosno matičnoj filijali dostave podatke iz stava 1. ovog člana u skladu sa propisima kojima se uređuje upravni postupak.

Član 41.

Republički fond vodi evidenciju o licima koja su zdravstveno osigurana po međunarodnim ugovorima o socijalnom osiguranju.

U evidenciju iz stava 1. ovog člana podaci se unose preuzimanjem podataka iz prijave na osiguranje, odnosno odjave sa osiguranja koju podnosi inostrani nosilac osiguranja u skladu sa međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju, preuzimanjem podataka iz službenih evidencija, odnosno podataka iz drugih dokaza dostavljenih putem sredstava za elektronsku obradu podataka ili dostaljenih neposredno matičnoj filijali.

Evidencija iz stava 1. ovog člana sadrži podatke iz čl. 34–36. ovog zakona, kao i podatke o osiguranju u skladu sa međunarodnim ugovorima o socijalnom osiguranju i to:

1) adresu prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji, odnosno državu i adresu prebivališta za lica koja nemaju prebivalište u Republici Srbiji;

2) naziv i adresu inostranog nosioca osiguranja;

3) broj i datum izdavanja potvrde inostranog nosioca osiguranja i period važenja potvrde;

4) broj i datum izdavanja zdravstvene isprave i period važenja zdravstvene isprave;

5) vrstu zdravstvene zaštite i period korišćenja zdravstvene zaštite;

6) naziv i adresu zdravstvene ustanove u kojoj je pružena zdravstvena zaštita;

7) visinu troškova pružene zdravstvene zaštite.

Član 42.

Za tačnost podataka unetih u prijavu na osiguranje, prijavu promene u osiguranju i odjavu sa osiguranja odgovoran je podnosilac prijave.

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

Matična filijala dužna je da proveri tačnost podataka unetih u matičnu evidenciju za lica iz čl. 16. i 17. ovog zakona, kao i članove njihovih porodica, da zahteva dokaze i vrši uvid u evidencije i dokumentaciju na kojima se zasnivaju podaci uneti u prijave, odnosno da, po potrebi, pribavi neophodne podatke, u skladu sa zakonom.

Član 43.

Matična filijala određuje se po sledećim pravilima:

1) za osiguranike iz člana 11. stav 1. tač. 1)–2), tač. 4)–8), tač. 10), 11) i 13), tač. 15)–18), tač. 23) i 27) ovog zakona, u slučaju kada su mesto prebivališta osiguranika, odnosno boravišta za osiguranika stranca i sedište obveznika na području iste filijale – prema sedištu obveznika uplate doprinosa;

2) za osiguranike iz člana 11. stav 1. tačka 3) ovog zakona u slučaju kada postoji razlika u mestu prebivališta osiguranika u odnosu na sedište obveznika uplate doprinosa – prema sedištu obveznika uplate doprinosa;

3) za osiguranike iz člana 11. stav 1. tačka 9) i tač. 19)–22) i tačke 24) ovog zakona – prema prebivalištu osiguranika u Republici Srbiji;

4) za osiguranike iz člana 11. stav 1. tačka 12) ovog zakona – prema prebivalištu osiguranika;

5) za osiguranike iz člana 11. stav 1. tačka 14) ovog zakona, u slučaju kada postoji razlika u mestu prebivališta osiguranika u odnosu na sedište obveznika uplate doprinosa – prema sedištu omladinske, odnosno studentske zadruge;

6) za osiguranike iz člana 11. stav 1. tač. 25) i 26) ovog zakona – prema boravištu ili prebivalištu osiguranika;

7) za osiguranike iz člana 11. stav 1. tačka 28) ovog zakona – prema sedištu škole, odnosno visokoškolske ustanove.

U slučaju kada je prebivalište osiguranika, odnosno boravište osiguranika stranca iz stava 1. tačka 1) ovog člana na području jedne filijale, a sedište obveznika uplate doprinosa na području druge filijale, matična filijala je filijala prema prebivalištu, odnosno boravištu osiguranika u Republici Srbiji.

Za članove porodice osiguranika matična filijala je filijala kod koje je zdravstveno osiguran osiguranik.

Član 44.

Prijava na osiguranje za lica iz člana 16. stav 1. ovog zakona podnosi se Centralnom registru preko filijale prema prebivalištu tih lica.

Izuzetno od stava 1. ovog člana prijava na osiguranje za lica iz člana 16. stav 1. tač. 11)–13) i stav 3. ovog zakona koja nemaju prebivalište podnosi se filijali prema boravištu tih lica.

Prijava na osiguranje za lica iz člana 17. ovog zakona podnosi se Centralnom registru preko filijale prema prebivalištu, odnosno boravištu tih lica.

Prijava za lica iz člana 22. ovog zakona podnosi se Centralnom registru preko filijale prema sedištu obveznika uplate doprinosa.

Za članove porodice osiguranika iz st. 1–3. ovog člana prijava na osiguranje podnosi se Centralnom registru preko filijale koja je izdala, odnosno aktivirala ispravu o osiguranju za lica iz st. 1–3. ovog člana.

Član 45.

Filijala je dužna da osiguranom licu na lični zahtev izda uverenje o podacima unetim u matičnu evidenciju.

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

Član 46.

Promenu podataka unetih u matičnu evidenciju koji se odnose na korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja vrši ovlašćeno lice Republičkog fonda na osnovu dokaza o promenama o korišćenju prava.

Član 47.

Dokazi na osnovu kojih matična filijala vrši prijavu na osiguranje, prijavu promene i odjavu sa osiguranja lica iz čl. 16. i 17. ovog zakona i članova njihovih porodica, kao i lica koja nemaju tehničke mogućnosti da prijavu na osiguranje, prijavu promene i odjavu sa osiguranja izvrše preko Centralnog registra, čuvaju se pet godina od dana dostavljanja matičnoj filijali.

Nakon proteka roka iz stava 1. ovog člana dokazi se arhiviraju u skladu sa propisima kojima se uređuje čuvanje arhivske građe.

Umesto dokaza u papirnoj formi mogu se čuvati dokazi snimljeni na sredstvima za elektronsku bazu podataka, odnosno sredstvima za elektronsku obradu podataka.

Član 48.

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

Obrada podataka iz matične evidencije obezbeđuje se u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti.

GLAVA IV
PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 49.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

1) pravo na zdravstvenu zaštitu;

2) pravo na novčane naknade.

1. Prethodni staž obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 50.

Za ostvarivanje prava iz člana 49. ovog zakona, osiguranici moraju da imaju staž osiguranja u

obaveznom zdravstvenom osiguranju, u svojstvu osiguranika u skladu sa zakonom, u trajanju od najmanje tri meseca neprekidno ili šest meseci sa prekidima u poslednjih 18 meseci, pre početka korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: prethodno osiguranje).

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

Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguranik ostvaruje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju:

1) povrede na radu ili profesionalne bolesti osiguranika iz člana 11. ovog zakona;

2) hitne medicinske pomoći;

3) ostvarivanja prava na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad i to u visini minimalne zarade utvrđene u skladu sa propisima o radu za mesec za koji se naknada zarade isplaćuje.

Članovi porodice osiguranika ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovom da osiguranik ispunjava uslove u pogledu prethodnog osiguranja u skladu sa zakonom.

2. Pravo na zdravstvenu zaštitu

Član 51.

Pravo na zdravstvenu zaštitu obezbeđuje se za slučaj nastanka bolesti i povrede van rada, kao i u slučaju povrede na radu ili profesionalne bolesti.

Zdravstvena zaštita iz stava 1. ovog člana pruža se na način da sačuva, unapredi ili povrati zdravstveno stanje osiguranog lica i njegovu sposobnost da radi i zadovolji svoje lične potrebe u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Povredom na radu, u smislu ovog zakona, smatra se povreda osiguranika koja se dogodi u prostornoj, vremenskoj i uzročnoj povezanosti sa obavljanjem posla po osnovu koga je osiguran, prouzrokovana neposrednim i kratkotrajnim mehaničkim, fizičkim ili hemijskim dejstvom, naglim promenama položaja tela, iznenadnim opterećenjem tela ili drugim promenama fiziološkog stanja organizma.

Povredom na radu smatra se i povreda prouzrokovana na način iz stava 3. ovog člana, koju osiguranik zaposleni pretrpi pri obavljanju posla na koji nije raspoređen, ali koji obavlja u interesu poslodavca.

Povredom na radu smatra se i povreda koju osiguranik pretrpi pri dolasku, odnosno povratku sa posla.

Povredom na radu smatra se i oboljenje osiguranika koje je nastalo neposredno ili kao isključiva posledica nesrećnog slučaja ili više sile za vreme obavljanja posla po osnovu koga je osiguran ili u vezi sa njim.

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

Povreda na radu utvrđuje se na osnovu izveštaja o povredi na radu koji se dostavlja Republičkom fondu, odnosno filijali radi utvrđivanja postojanja povrede na radu i ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom.

Sadržaj i način izdavanja obrazca izveštaja o povredi na radu i profesionalnom oboljenju utvrđuje se u skladu sa propisima kojima se uređuje bezbednost i zdravlje na radu.

Član 52.

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz člana 51. ovog zakona, obuhvata:

1) mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti;

2) preglede i lečenje u vezi sa planiranjem porodice, u toku trudnoće, porođaja i do 12 meseci nakon porođaja;

3) preglede i lečenje u slučaju bolesti i povrede;

4) preglede i lečenje bolesti usta i zuba;

5) medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povrede;

6) lekove;

7) medicinska sredstva.

Zdravstvena zaštita iz stava 1. tač. 1)–5) ovog člana čini paket zdravstvenih usluga koji je utvrđen ovim zakonom, nomenklaturom (naziv i opis) zdravstvenih usluga i cenovnikom zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, a u sadržaju i obimu utvrđenim opštim aktom iz člana 133. ovog zakona.

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

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

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

Republika Srbija je garant za izvršenje obaveza Republičkog fonda u ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (državna garancija), za hitnu medicinsku pomoć, ciljane

preventivne preglede – skrininge prema odgovarajućim nacionalnim programima, obaveznu imunizaciju i palijativno zbrinjavanje, kao i zdravstvenu zaštitu koja se pruža u stacionarnim zdravstvenim ustanovama osiguranim licima, a koja je kao prioritet utvrđena u skladu sa st. 3–6. ovog člana.

2.1. Mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti

Član 53.

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

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

2) preventivni i ostali pregledi dece do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, odraslih osoba u vezi sa planiranjem porodice, kao i odraslih osoba u skladu sa republičkim programom prevencije i ranog otkrivanja bolesti od većeg javno-zdravstvenog značaja, odnosno skrining programa;

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

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

5) imunizacija i hemioprofilaksa koja je obavezna prema propisima kojima se uređuje zaštita stanovništva od zaraznih bolesti;

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

Vlada donosi nacionalne programe prevencije i ranog otkrivanja bolesti od većeg javno-zdravstvenog značaja.

Izuzetno od stava 1. tačka 5) ovog člana, osiguranim licima se, radi očuvanja i unapređenja zdravlja, sprečavanja, ranog otkrivanja i suzbijanja bolesti i drugih poremećaja zdravlja može, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, obezbediti i imunizacija i hemioprofilaksa koja je preporučena prema propisima kojima se uređuje zaštita stanovništva od zaraznih bolesti, pod uslovima utvrđenim opštim aktom iz člana 124. ovog zakona.

2.2. Pregledi i lečenje u vezi sa planiranjem porodice, trudnoćom, porođajem i postporođajnim periodom

Član 54.

Osiguranim licima u vezi sa planiranjem porodice, u toku trudnoće, porođaja i do 12 meseci nakon porođaja obezbeđuje se:

1) dijagnostika i lečenje steriliteta;

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

3) stacionarno lečenje kada je medicinski neophodno i porođaj u zdravstvenoj ustanovi;

4) patronažne posete i pomoć porodilji i rutinska nega novorođenčeta od strane patronažne sestre.

Pod pregledom u smislu stava 1. tačka 2) ovog člana podrazumeva se i prenatalno i genetsko testiranje i druge preventivne mere, u skladu sa medicinskim standardima.

2.3. Pregledi i lečenje u slučaju bolesti i povreda

Član 55.

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

1) ukazivanje hitne medicinske pomoći na mestu medicinske hitnosti ili u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi, a u slučaju povrede sprovođenje imunizacije (potrebne postekspozicione zaštite protiv tetanusa, besnila, hepatitisa B);

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

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

4) pregledi i lečenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, od strane izabranog lekara, kao i u mestu stanovanja osiguranog lica;

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

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

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

8) pravo na pratioca osiguranom licu do navršenih 15 godina života, kao i osiguranom licu

starijem od 15 godina života koje je teže telesno ili duševno ometeno u razvoju, odnosno licu kod koga je zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja svakodnevne aktivnosti, uključujući lica sa oštećenjem sluha, vida i govora, za vreme stacionarnog lečenja i medicinske rehabilitacije, a da je to medicinski neophodno, osim ako ovim zakonom nije drukčije određeno;

9) kućno lečenje kada je opravdano i medicinski neophodno;

10) palijativno zbrinjavanje.

Član 56.

Hitan sanitetski prevoz iz člana 55. tačka 2) ovog zakona obuhvata prevoz osiguranog lica sanitetskim vozilom zbog bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranog lica do najbliže zdravstvene ustanove koja je osposobljena za nastavak daljeg lečenja obolelog, odnosno povređenog.

Sanitetski prevoz koji nije hitan, iz člana 55. tačka 3) ovog zakona, obuhvata prevoz sanitetskim vozilom do zdravstvene ustanove u kojoj se pruža zdravstvena zaštita koja je opravdana i medicinski neophodna, kao i prevoz sanitetskim vozilom iz zdravstvene ustanove do mesta stanovanja osiguranog lica.

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

Član 57.

Stacionarno lečenje iz člana 55. tačka 7) ovog zakona opravdano je i medicinski neophodno ako potrebna zdravstvena zaštita (dijagnostika, lečenje ili rehabilitacija) ili njen deo može isključivo da se pruži u stacionarnim uslovima, odnosno ako se ne može obezbediti ambulantnim i kućnim lečenjem.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguranom licu koje je u terminalnoj fazi bolesti i nepokretno, odnosno pokretno uz pomoć drugih lica, a kome je potrebno palijativno zbrinjavanje, obezbeđuje se kratkotrajno lečenje u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi radi primene simptomatske terapije i zdravstvene nege, pod uslovima propisanim opštim aktom iz člana 124. ovog zakona.

Član 58.

Kućno lečenje iz člana 55. tačka 9) ovog zakona opravdano je i medicinski neophodno u slučaju kada je od strane izabranog lekara ili lekara specijaliste indikovana primena parenteralnih lekova, medicinskih i rehabilitacionih procedura koje zdravstveni radnik može da pruži u kućnim uslovima osiguranom licu koje je nepokretno ili čije kretanje zahteva pomoć drugog lica.

Kućno lečenje sprovodi se i kao nastavak stacionarnog lečenja.

Kućno lečenje, u smislu ovog zakona, pruža se u mestu stanovanja osiguranog lica.

Član 59.

Pod palijativnim zbrinjavanjem, u smislu ovog zakona, podrazumeva se pružanje zdravstvenih usluga na svim nivoima zdravstvene zaštite obolelom osiguranom licu u terminalnoj fazi bolesti, bez obzira na vrstu (tip) bolesti, a radi poboljšanja kvaliteta života osiguranog lica koje se ostvaruje otklanjanjem psihološke i fizičke patnje, odnosno bola osiguranog lica.

Član 60.

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

Pod hitnom medicinskom pomoći, u smislu ovog zakona, podrazumeva se i medicinska pomoć koja se pruži u roku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica u zdravstvenu ustanovu, odnosno privatnu praksu da bi se izbeglo dovođenje osiguranog lica u životnu opasnost, odnosno nepopravljivo oštećenje njegovog zdravlja ili smrt.

Član 61.

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

Član 62.

Opravdanost pružene hitne medicinske pomoći i neophodne zdravstvene zaštite u postupku ostvarivanja prava osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđuju stručno-medicinski organi Republičkog fonda.

2.4. Pregledi i lečenja bolesti usta i zuba

Član 63.

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

1) pregled i lečenje bolesti usta i zuba kod dece do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, starijih lica koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju, kao i lica sa težim urođenim ili stečenim deformitetom lica i vilice;

2) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba, izuzev protetskog zbrinjavanja, kod žena u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja;

3) ukazivanje hitne stomatološke zdravstvene zaštite za odrasle;

4) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba, izuzev protetskog zbrinjavanja, pre transplantacije

organa, ćelija i tkiva, odnosno operacija na srcu;

5) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana malignih bolesti maksilofacijalnog predela;

6) urgentni stomatološki i hirurški pregledi i lečenje povreda zuba i kostiju lica, uključujući primarnu rekonstrukciju osteosintetskim materijalom;

7) izrada akrilatne totalne i subtotalne proteze kod osoba starijih od 65 godina života;

8) neophodan stomatološki tretman, uključujući i fiksne ortodontske aparate u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana kod osoba sa urođenim i stečenim težim deformitetom lica i vilice;

9) izrada protetskih nadoknada lica i vilice (intraoralne postresekcione proteze i proteze lica) u okviru posttumorske rehabilitacije i rekonstrukcije, uključujući i implantate za njihovo učvršćivanje;

10) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba kod lica kod kojih je zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega nisu u mogućnosti da samostalno obavljaju svakodnevne aktivnosti;

11) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba osiguranika iz člana 16. ovog zakona.

Pregledi i lečenje bolesti usta i zuba obezbeđuju se osiguranim licima iz stava 1. tač. 10) i 11) ovog člana ako su prihodi osiguranog lica ispod cenzusa utvrđenog na način iz člana 16. stav 2. ovog zakona.

2.5. Medicinska rehabilitacija u slučaju bolesti i povrede

Član 64.

Osiguranim licima obezbeđuje se medicinska rehabilitacija radi poboljšanja ili uspostavljanja nepostojeće, izgubljene ili oštećene funkcije, koja je nastala zbog kongenitalnih anomalija, razvojnog poremećaja, akutne bolesti ili povrede, pogoršanja hronične bolesti ili medicinske intervencije.

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

Član 65.

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

Osiguranim licima se rehabilitacijom u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, u okviru osnovnog medicinskog tretmana, obezbeđuje sprovođenje intenzivnog programa

rehabilitacije (rana rehabilitacija) angažovanjem multidisciplinarnog tima radi poboljšanja zdravstvenog stanja i otklanjanja funkcionalnih smetnji.

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

Ministar, na predlog Republičkog fonda, utvrđuje vrste indikacija za korišćenje medicinske rehabilitacije, dužinu trajanja rehabilitacije, način i uslove ostvarivanja prava na rehabilitaciju iz stava 1. ovog člana, kao i mogućnost doplate za veći standard, obim i sadržaj prava na rehabilitaciju, način i uslove za ostvarivanje doplate.

2.6. Lekovi

Član 66.

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

Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguranom licu obezbeđuje se i lek koji nije na Listi lekova, a medicinski je neophodan za lečenje, pod uslovima utvrđenim opštim aktom iz člana 133. ovog zakona.

Republički fond donosi opšti akt kojim utvrđuje Listu lekova, koja sadrži i neophodne – esencijalne lekove za lečenje bolesti i povreda, bez obzira na uzrok, u skladu sa listom esencijalnih lekova Svetske zdravstvene organizacije i opštim aktom iz stava 5. ovog člana.

Opštim aktom iz stava 3. ovog člana može se utvrditi doplata za lek, kao i način i uslovi za ostvarivanje doplate.

Ministar, na predlog Republičkog fonda, utvrđuje kriterijume, način i uslove za stavljanje lekova na Listu lekova, odnosno za skidanje lekova sa Liste lekova.

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

Član 67.

Radi stavljanja lekova na Listu lekova, izmenu i dopunu Liste lekova, odnosno za skidanje lekova sa Liste lekova, u Republičkom fondu obrazuje se Centralna komisija za lekove o čemu odluku donosi Upravni odbor Republičkog fonda.

Centralna komisija za lekove ima 11 članova, iz reda istaknutih stručnjaka u oblasti medicine, stomatologije i farmacije, između kojih se bira predsednik i potpredsednik.

Ministar i direktor Republičkog fonda imenuju po pet članova Centralne komisije za lekove, a jednog člana imenuje zajednica medicinskih fakulteta.

Mandat predsednika, potpredsednika i članova Centralne komisije za lekove traje četiri godine i ne mogu biti birani dva puta uzastopno.

Predsednik, potpredsednik i članovi Centralne komisije za lekove mogu se razrešiti pre isteka mandata na lični zahtev, kao i na predlog ministra, direktora Republičkog fonda, odnosno zajednice medicinskih fakulteta iz opravdanih razloga.

Centralna komisija za lekove donosi poslovnik o radu.

Centralna komisija za lekove donosi odluke većinom glasova od ukupnog broja članova.

Članovi Centralne komisije za lekove imaju pravo na naknadu za rad iz sredstava Republičkog fonda.

Visinu naknade iz stava 8. ovog člana, utvrđuje Upravni odbor Republičkog fonda.

Predsednik, potpredsednik i članovi Centralne komisije za lekove dužni su da pre početka rada u Centralnoj komisiji za lekove potpišu izjavu da oni, kao i njihovi srodnici u pravoj liniji, bez obzira na stepen srodstva, pobočni srodnici zaključno sa drugim stepenom srodstva, supružnici i srodnici po tazbini zaključno sa prvim stepenom srodstva, direktno ili preko trećeg fizičkog ili pravnog lica nemaju učešće kao vlasnici udela, akcionari, u pravnom licu koje obavlja proizvodnju, odnosno promet lekova, odnosno da nisu članovi organa upravljanja i drugih tela kod nosilaca dozvola za stavljanje lekova u promet.

Predsednik, potpredsednik i članovi Centralne komisije za lekove koji su na bilo koji način učestvovali u kliničkim ispitivanjima, kao i u obavljanju stručnih i drugih poslova za potrebe nosioca dozvole za lek u postupku dobijanja dozvole za lek u skladu sa zakonom kojim se uređuju lekovi, odnosno u postupku stavljanja leka na Listu lekova ne mogu da učestvuju u donošenju odluke Centralne komisije za lekove o stavljanju tog leka na Listu lekova, odnosno izmene i dopune Liste lekova, odnosno skidanja tog leka sa Liste lekova.

Predsednik, potpredsednik i članovi Centralne komisije za lekove u periodu na koji su imenovani za članove u Centralnoj komisiji za lekove ne mogu da učestvuju u poslovima za potrebe nosioca dozvole u postupku stavljanja leka na Listu lekova.

Član 68.

Centralna komisija za lekove utvrđuje predlog Liste lekova, odnosno njene izmene i dopune i predlog za skidanje određenih lekova sa Liste lekova, koji usvaja Upravni odbor Republičkog fonda.

Centralna komisija za lekove utvrđuje predlog iz stava 1. ovog člana na osnovu prethodno pribavljenog mišljenja nadležne republičke stručne komisije o opravdanosti stavljanja određenog leka na Listu lekova, odnosno njene izmene i dopune, odnosno skidanja leka sa Liste lekova u skladu sa aktom iz člana 66. stav 5. ovog zakona.

Članovi Republičke stručne komisije dužni su da potpišu izjavu iz člana 67. stav 10. ovog zakona, s tim da se na njihov rad shodno primenjuje član 67. stav 11. ovog zakona.

Član 69.

Nosilac dozvole za lek podnosi Republičkom fondu zahtev za stavljanje leka na Listu lekova,

izmenu i dopunu Liste lekova, odnosno skidanje leka sa Liste lekova sa dokumentacijom propisanom opštim aktom iz člana 66. stav 5. ovog zakona (u daljem tekstu: zahtev za Listu lekova).

Nosilac dozvole za lek dužan je da uz zahtev za Listu lekova podnese i dokaz o izvršenoj uplati takse za ocenu ispunjenosti kriterijuma iz člana 66. stav 5. ovog zakona.

Visina takse iz stava 2. ovog člana utvrđuje se u skladu sa zakonom.

Republički fond je dužan da u roku od najviše 90 dana od dana podnošenja potpunog zahteva za Listu lekova donese odluku o ispunjenosti uslova i kriterijuma utvrđenih opštim aktom iz člana 66. stav 5. ovog zakona.

Ako zahtev za Listu lekova nije potpun Republički fond u roku od 15 dana u pismenoj i/ili elektronskoj formi obaveštava nosioca dozvole za lek da zahtev dopuni u roku od 15 dana od dana dostavljanja obaveštenja.

Ako nosilac dozvole za lek ne dopuni zahtev za Listu lekova u roku iz stava 5. ovog člana Republički fond zahtev odbacuje kao nepotpun.

Odluka iz stava 4. ovog člana konačna je u upravnom postupku i protiv nje se može pokrenuti upravni spor.

2.7. Medicinska sredstva

Član 70.

Osiguranim licima obezbeđuju se medicinska sredstva na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Medicinska sredstva, u smislu ovog zakona, su:

1) medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i korigovanje postojećih deformiteta, kao i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija (u daljem tekstu: medicinsko-tehnička pomagala);

2) medicinska sredstva koja se ugrađuju u organizam osiguranog lica (u daljem tekstu: implantati).

Ministar, na predlog Republičkog fonda, utvrđuje vrstu, odnosno klasu i kategoriju medicinsko-tehničkog pomagala, indikacije, trajanje i obnavljanje, kao i uslove i način ostvarivanja prava na medicinsko-tehnička pomagala.

Ministar, na predlog Republičkog fonda, utvrđuje vrstu, odnosno klasu i kategoriju implantata, indikacije, trajanje i obnavljanje, kao i uslove i način ostvarivanja prava na implantate.

Opštim aktima iz st. 3. i 4. ovog člana može se utvrditi doplata za medicinska sredstva, kao i uslovi i način ostvarivanja doplate.

3. Pravo na novčane naknade

Član 71.

Pravo na novčane naknade obuhvata:

1) pravo na naknadu zarade, odnosno naknadu plate za vreme privremene sprečenosti za rad osiguranika (u daljem tekstu: pravo na naknadu zarade);

2) pravo na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite (u daljem tekstu: pravo na naknadu troškova prevoza).

3.1. Pravo na naknadu zarade

Član 72.

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

1) iz člana 11. stav 1. tač. 1)–7) ovog zakona;

2) iz člana 11. stav 1. tačka 18) ovog zakona;

3) iz člana 11. stav 1. tačka 20) ovog zakona;

4) iz člana 11. stav 1. tačka 23) ovog zakona.

Član 73.

Naknada zarade za vreme privremene sprečenosti za rad pripada osiguranicima iz člana 72. ovog zakona, ako je zdravstveno stanje osiguranika, odnosno člana njegove uže porodice takvo da je osiguranik sprečen za rad iz razloga propisanih ovim zakonom, bez obzira na isplatioca naknade zarade, i to ako je privremeno sprečen za rad:

1) usled bolesti ili povrede van rada;

2) usled profesionalne bolesti ili povrede na radu;

3) zbog bolesti ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće;

4) zbog propisane mere obavezne izolacije kao kliconoše ili zbog pojave zaraznih bolesti u njegovoj okolini;

5) zbog nege bolesnog, odnosno povređenog člana uže porodice, pod uslovima utvrđenim ovim zakonom;

6) zbog dobrovoljnog davanja organa, ćelija i tkiva, izuzev dobrovoljnog davanja krvi;

7) u slučaju kada je određen za pratioca bolesnog osiguranog lica upućenog na lečenje ili

lekarski pregled u drugo mesto, odnosno dok boravi kao pratilac u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, u skladu sa propisom kojim se uređuje način i uslovi za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Dužinu privremene sprečenosti za rad utvrđuje stručno-medicinski organ Republičkog fonda na osnovu medicinsko-doktrinarnih standarda za utvrđivanje privremene sprečenosti za rad.

Medicinsko-doktrinarne standarde iz stava 2. ovog člana utvrđuje ministar na osnovu predloga republičkih stručnih komisija obrazovanih u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

Zabranjeno je da izabrani lekar ili drugi stručno-medicinski organ Republičkog fonda utvrdi da kod osiguranika postoji privremena sprečenost za rad ako nisu ispunjeni uslovi iz stava 1. tač. 1)–7) ovog člana.

Član 74.

Osiguraniku koji u momentu nastupanja privremene sprečenosti za rad nema prethodno osiguranje iz člana 50. ovog zakona, pripada pravo na naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u visini minimalne zarade utvrđene u skladu sa propisima o radu za mesec za koji se naknada zarade isplaćuje.

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

Član 75.

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

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

U slučaju iz stava 1. ovog člana izabrani lekar dužan je da osiguranika uputi na prvostepenu lekarsku komisiju po isteku **30 dana, odnosno** 60 dana ukupne sprečenosti za rad.

U slučaju iz stava 2. ovog člana izabrani lekar dužan je da osiguranika uputi na prvostepenu lekarsku komisiju ako je osiguranik bio sprečen za rad u ukupnom trajanju **od 30 dana u periodu od 45 dana, odnosno 60 dana u periodu od 90 dana** od dana koji prethodi privremenoj sprečenosti za rad nastaloj posle prekida privremene sprečenosti za rad.

U slučaju da je osiguranik privremeno sprečen za rad iz jednog od razloga iz člana 73. stav 1. ovog zakona, a zatim **sa prekidom ili** bez prekida (naredni dan) bude sprečen za rad iz drugog razloga privremene sprečenosti za rad iz člana 73. stav 1. ovog zakona, dani privremene sprečenosti za rad osiguranika ne povezuju se u pogledu osnova, visine i isplatioca naknade zarade.

U slučaju iz stava 5. ovog člana, izabrani lekar dužan je da osiguranika uputi na prvostepenu lekarsku komisiju **po isteku 45 dana, odnosno 90 dana** ukupne sprečenosti za rad, osim u slučaju iz člana 78. stav 3. ovog zakona.

Član 76.

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

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

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

Član 77.

Izabrani lekar, odnosno drugi stručno-medicinski organ Republičkog fonda određuje privremenu sprečenost za rad osiguranika datumom početka privremene sprečenosti za rad i datumom završetka privremene sprečenosti za rad.

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

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

Izuzetno od stava 3. ovog člana u slučaju preduzetnika iz člana 11. stav 1. tačka 18) koji nije privremeno odjavio obavljanje delatnosti u skladu sa zakonom, a nema zaposlene, pravo na naknadu zarade osiguraniku pripada od dana odjave delatnosti.

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

Član 78.

Osiguraniku iz člana 72. ovog zakona pripada naknada zarade zbog nege obolelog, odnosno povređenog člana uže porodice mlađeg od sedam godina života ili člana uže porodice

starijeg od sedam godina života koji je teško telesno ili duševno ometen u razvoju, u svakom pojedinačnom slučaju bolesti, odnosno povrede, najduže do 15 dana, a ako je oboleli, odnosno povređeni član uže porodice stariji od sedam godina života, a nije teško telesno ili duševno ometen u razvoju, najduže do sedam dana.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, kada postoje opravdani razlozi koji se odnose na zdravstveno stanje člana uže porodice, prvostepena lekarska komisija može produžiti trajanje privremene sprečenosti za rad zbog nege člana uže porodice, najduže do 30 dana za negu deteta mlađeg od sedam godina života ili člana uže porodice starijeg od sedam godina života koji je teško telesno ili duševno ometen u razvoju, odnosno do 14 dana za negu člana uže porodice koji je stariji od sedam godina života, a nije teško telesno ili duševno ometen u razvoju.

U slučaju teškog oštećenja zdravstvenog stanja deteta do navršenih 18 godina života zbog teškog oštećenja moždanih struktura, maligne bolesti, ili drugog teškog pogoršanja zdravstvenog stanja deteta, drugostepena lekarska komisija Republičkog fonda može, na predlog zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu delatnost na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite u kojoj se dete leči, a po uputu izabranog lekara, produžiti pravo na naknadu zarade zbog nege člana uže porodice.

Produženje prava na naknadu zarade iz stava 3. ovog člana, ocenjuje drugostepena lekarska komisija Republičkog fonda na svakih šest meseci, za svaki pojedinačni slučaj, u zavisnosti od zdravstvenog stanja deteta, kao i neophodnog daljeg lečenja deteta, odnosno rehabilitacije ako je potrebna.

Član 79.

Naknada zarade zbog nege deteta pripada osiguraniku ako oba roditelja imaju utvrđen osnov osiguranja iz člana 11. stav 1. tač. 1)–7), 18), 20) i 23) ovog zakona ili ako dete ima samo jednog roditelja ili ako samo jedan roditelj vrši roditeljsko pravo u smislu propisa o porodici ili ako jedan od roditelja nema utvrđen osnov osiguranja iz člana 11. stav 1. tač. 1)–7), 18), 20) i 23) ovog zakona, ali je iz zdravstvenih razloga nesposoban da neguje obolelo dete.

Naknada zarade zbog nege deteta pod uslovima iz stava 1. ovog člana pripada i osiguraniku koji je usvojitelj, hranitelj, očuh ili maćeha detetu.

Član 80.

Izabrani lekar, odnosno drugi stručno-medicinski organ, bez obzira na vreme trajanja privremene sprečenosti za rad osiguranika, dužan je da osiguranika bez odlaganja uputi na invalidsku komisiju ako oceni da zdravstveno stanje osiguranika ukazuje na gubitak radne sposobnosti, odnosno da se ne očekuje poboljšanje zdravstvenog stanja osiguranika koje bi mu omogućilo vraćanje radne sposobnosti.

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

Osiguranik je dužan da, najkasnije u roku od 15 dana od dana upućivanja na invalidsku komisiju, podnese zahtev za pokretanje postupka radi utvrđivanja gubitka radne sposobnosti

pred nadležnom organizacijom za penzijsko i invalidsko osiguranje i da o tome pismenim putem obavesti Republički fond u roku od tri radna dana od dana podnošenja zahteva.

Zahtev i obaveštenje iz stava 3. ovog člana može podneti i član uže porodice ili drugo lice sa kojim osiguranik živi u porodičnom domaćinstvu.

Ako osiguranik živi sam, zahtev i obaveštenje iz stava 3. ovog člana dužan je da podnese u roku od 15 dana od dana prestanka razloga zbog kojih nije mogao da podnese zahtev.

Član 81.

Kada je osiguranik u toku privremene sprečenosti za rad upućen na invalidsku komisiju iz člana 80. ovog zakona, ima pravo na naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja najduže 60 dana od dana podnošenja zahteva za pokretanje postupka pred nadležnom organizacijom za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje.

Ako organizacija nadležna za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje ne odluči po zahtevu iz člana 80. stav 3. ovog zakona, u roku od 60 dana od dana podnošenja zahteva, osiguranik, počev od 61. dana, ima pravo na naknadu zarade koju obezbeđuje nadležna organizacija za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje iz svojih sredstava.

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

Izuzetno od stava 2. ovog člana, ako nadležna organizacija za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje ne obezbedi naknadu zarade osiguraniku počev od 61. dana, naknada zarade obezbeđuje se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, a potraživanje isplaćene naknade zarade od nadležne organizacije penzijskog i invalidskog osiguranja dospeva danom isplate, a povraćaj isplaćene naknade vrši se prema odredbama zakona kojim se uređuju obligacioni odnosi.

Član 82.

Za sve vreme trajanja privremene sprečenosti za rad, osiguraniku koji je upućen na invalidsku komisiju, u skladu sa ovim zakonom, bez obzira na isplatioca naknade zarade, privremenu sprečenost za rad na svakih 30 dana sprečenosti za rad ceni prvostepena lekarska komisija Republičkog fonda, po predlogu izabranog lekara, na način i pod uslovima koji su uređeni ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Ocenu privremene sprečenosti za rad iz stava 1. ovog člana prvostepena lekarska komisija daje do dana dostavljanja filijali odluke iz člana 81. ovog zakona.

Član 83.

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

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

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

Član 84.

Osiguraniku privremeno sprečenom za rad ne pripada pravo na naknadu zarade, bez obzira na isplatioca:

1) ako je namerno prouzrokovao privremenu sprečenost za rad;

2) ako je privremena sprečenost za rad prouzrokovana upotrebom alkohola ili upotrebom psihoaktivnih supstanci;

3) ako je namerno sprečavao ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad;

4) ako se bez opravdanog razloga ne podvrgne lečenju, osim ako za lečenje nije potreban pristanak predviđen zakonom;

5) ako se bez opravdanog razloga ne javi:

(1) izabranom lekaru u roku od tri dana od dana nastanka privremene sprečenosti za rad;

(2) prvostepenoj lekarskoj komisiji po uputu izabranog lekara;

(3) stručno-medicinskom organu u roku od tri dana od dana dobijanja poziva za izlazak pred stručno-medicinski organ;

6) ako se za vreme privremene sprečenosti za rad bavi privrednom ili drugom aktivnošću kojom ostvaruje prihode;

7) ako bez dozvole stručno-medicinskog organa Republičkog fonda otputuje iz mesta prebivališta, odnosno boravišta ili ako izabrani lekar, odnosno organ nadležan za kontrolu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrdi da ne postupa po uputstvu za lečenje;

8) ako prima naknadu zarade po drugim propisima;

9) ako zloupotrebi pravo na korišćenje odsustvovanja sa rada zbog privremene sprečenosti za rad na neki drugi način;

10) ako je na izdržavanju kazne zatvora;

11) ako se prema njemu sprovodi mera bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi i obaveznog lečenja alkoholičara i narkomana u zdravstvenoj ustanovi;

12) ako ne postupi u skladu sa članom 80. st. 3–5. ovog zakona.

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

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

Član 85.

Osiguraniku iz člana 11. stav 1. tačka 18) ovog zakona ne pripada naknada zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ako za vreme privremene sprečenosti za rad nije privremeno odjavio obavljanje delatnosti, bez obzira ko je isplatilac naknade.

U slučaju iz stava 1. ovog člana osiguraniku koji ima zaposlene (jednog ili više) pripada 50% od naknade zarade koja bi mu pripadala da je odjavio obavljanje delatnosti.

Član 86.

Osnov za obračun naknade zarade (u daljem tekstu: osnov za naknadu zarade) za osiguranike iz člana 72. tačka 1) ovog zakona, koju isplaćuje poslodavac iz svojih sredstava, utvrđuje se u skladu sa propisima kojima se uređuje rad.

Član 87.

Osnov za naknadu zarade koja se isplaćuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, za osiguranike iz člana 72. tačka 1) ovog zakona, čini prosečna zarada koju je osiguranik ostvario u prethodnih 12 meseci pre meseca u kojem je nastupila privremena sprečenost za rad.

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

1) osnovna zarada zaposlenog;

2) deo zarade za radni učinak;

3) uvećana zarada.

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

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

Član 88.

Osnov za naknadu zarade za svaki pojedinačni mesec koji ulazi u iznos prosečne zarade iz člana 87. ovog zakona, ne može biti viši od najviše mesečne osnovice na koju je plaćen doprinos za mesec koji ulazi u prosečan iznos zarade, u skladu sa zakonom kojim se uređuju

doprinosi za obavezno socijalno osiguranje.

Najviši osnov za naknadu zarade čini prosek najviših mesečnih osnovica na koji se plaća doprinos za mesece koji ulaze u prosečan iznos zarade.

Ako osiguranik koji ispunjava uslov u pogledu prethodnog osiguranja nije ostvario zaradu u 12 kalendarskih meseci koji prethode mesecu u kojem je nastupila privremena sprečenost za rad, osnov za naknadu zarade čini prosečan iznos zarade iz člana 87. stav 2. ovog zakona za vreme za koje je osiguranik ostvario zaradu, a za mesece za koje nije ostvario zaradu osnov čini minimalna zarada za te mesece, uz ograničenje najvišeg osnova za naknadu iz stava 2. ovog člana.

Ako osiguranik koji ispunjava uslov u pogledu prethodnog osiguranja nije ostvario zaradu ni u jednom od 12 meseci koji prethode mesecu pre nastupanja privremene sprečenosti za rad, osnov za naknadu zarade čini minimalna zarada utvrđena u skladu sa propisima kojima se uređuje rad, za mesec za koji se isplaćuje naknada zarade.

Član 89.

Osnov za naknadu zarade za osiguranike iz člana 72. tač. 2)–4) ovog zakona, koji ispunjavaju uslov u pogledu prethodnog osiguranja, čini prosečna mesečna osnovica na koju je plaćen doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa zakonom, utvrđena u 12 meseci koji prethode mesecu u kojem je nastupio slučaj po kojem se stiče pravo na naknadu zarade, a ako je u tom periodu po tom osnovu osiguranja bio osiguran kraće, osnov za naknadu zarade čini osnovica na koju je plaćen doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje, utvrđena prema vremenu za koje je bio osiguran u tom periodu.

Ako osiguranik iz stava 1. ovog člana u prethodnih 12 meseci nije obavljao delatnost preduzetnika, odnosno versku službu, odnosno poslove javnog beležnika ili javnog izvršitelja osnov za naknadu zarade čini najniža mesečna osnovica za doprinos za obavezno socijalno osiguranje za mesece u kojim osiguranik nije obavljao delatnost preduzetnika, odnosno versku službu, odnosno poslove javnog beležnika ili javnog izvršitelja.

Član 90.

Osiguraniku koji je pre nastupanja privremene sprečenosti za rad, odnosno u periodu iz kojeg se utvrđuje osnov za naknadu zarade, istovremeno radio kod dva ili više poslodavaca ili ako je kao preduzetnik istovremeno obavljao delatnost i radio kod poslodavca, osnov za naknadu zarade utvrđuje se prema ukupnom zbiru osnova za naknadu zarade iz čl. 87. i 89. ovog zakona, a koji ne može biti veći od najvišeg osnova za naknadu zarade iz člana 88. stav 2. ovog zakona.

Osnov za obračun naknade zarade za preduzetnika koji se opredelio za ličnu zaradu, u skladu sa zakonom, utvrđuje se na način kao za osiguranike iz člana 72. tačka 1) ovog zakona.

Član 91.

Kada osiguranik iz člana 72. ovog zakona prima naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja duže od dva kalendarska meseca, ima pravo na usklađivanje osnova za naknadu zarade.

Usklađivanje osnova za naknadu zarade vrši se od prvog dana narednog kalendarskog

meseca po isteku drugog kalendarskog meseca neprekidne sprečenosti za rad.

Osnov za naknadu zarade iz stava 1. ovog člana usklađuje se sa kretanjem prosečne mesečne zarade po zaposlenom na teritoriji Republike Srbije prema poslednjem objavljenom podatku republičkog organa nadležnog za poslove statistike u odnosu na mesec za koji se vrši usklađivanje naknade zarade (prvo usklađivanje osnova za naknadu zarade).

Član 92.

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

Član 93.

Usklađeni iznos osnova za naknadu zarade iz čl. 91. i 92. ovog zakona ne može biti viši od najvišeg osnova za naknadu zarade iz člana 88. stav 2. ovog zakona, utvrđenog za mesec za koji se vrši usklađivanje.

Član 94.

Visina naknade zarade koju obezbeđuje poslodavac za prvih 30 dana privremene sprečenosti za rad osiguranika iz svojih sredstava u slučajevima iz člana 73. stav 1. ovog zakona, utvrđuje se u skladu sa propisima kojima se uređuje rad i ovim zakonom.

Član 95.

Visina naknade zarade koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i iz sredstava poslodavca u slučajevima iz člana 73. stav 1. tač. 1), 4), 5) i 7) ovog zakona iznosi 65% od osnova za naknadu zarade.

Visina naknade zarade koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i iz sredstava poslodavca, u slučajevima iz člana 73. stav 1. tač. 2) i 6) ovog zakona i u slučaju iz člana 78. stav 3. iznosi 100% od osnova za naknadu zarade.

U slučaju privremene sprečenosti za rad iz člana 73. stav 1. tačka 3) ovog zakona, za prvih 30 dana privremene sprečenosti za rad visina naknade zarade, koju isplaćuje poslodavac iz svojih sredstava, obezbeđuje se u iznosu od 100% od osnova za naknadu zarade.

U slučaju privremene sprečenosti za rad iz člana 73. stav 1. tačka 3) ovog zakona, počev od 31. dana privremene sprečenosti za rad, visina naknade zarade obezbeđuje se u iznosu od 100% od osnova za naknadu zarade, s tim što se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje iznos od 65% od osnova za naknadu zarade, kao i iznos od 35% od osnova za naknadu zarade iz sredstava budžeta Republike Srbije.

Sredstva u iznosu od 35% od osnova za naknadu zarade iz stava 4. ovog člana, prenose se Republičkom fondu koji u ime i za račun budžeta Republike Srbije uplaćuje sredstva na račun poslodavca iz stava 3. ovog člana.

Član 96.

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

Najviši osnov iz stava 1. ovog člana je osnov za naknadu zarade u koju su uračunati pripadajući porezi i doprinosi.

Član 97.

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

Ako poslodavac naknadno isplati zaradu zaposlenima, osiguranik iz stava 1. ovog člana ima pravo na isplatu razlike između naknade zarade koju je primio i naknade zarade koju bi primio, pod uslovima propisanim ovim zakonom.

Član 98.

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

Rad sa skraćenim radnim vremenom iz stava 1. ovog člana može trajati najduže tri meseca neprekidno ili sa prekidima u toku 12 meseci od dana početka rada sa skraćenim radnim vremenom.

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

Član 99.

Osiguraniku koji za vreme privremene sprečenosti za rad radi sa skraćenim radnim vremenom, u skladu sa članom 98. ovog zakona, naknada zarade pripada srazmerno vremenu provedenom van rada u odnosu na radno vreme za koje je zasnovan radni odnos.

Član 100.

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

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

Član 101.

Naknadu zarade za slučajeve privremene sprečenosti za rad iz člana 73. stav 1. ovog zakona za prvih 30 dana sprečenosti za rad obezbeđuje poslodavac iz svojih sredstava, a od 31. dana naknadu zarade obezbeđuje Republički fond.

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

Izuzetno od stava 1. ovog člana, za osiguranika iz člana 72. tačka 1) ovog zakona naknadu zarade u slučaju privremene sprečenosti za rad zbog povrede na radu ili profesionalne bolesti, obezbeđuje poslodavac iz svojih sredstava za vreme trajanja radnog odnosa osiguranika, od prvog dana privremene sprečenosti za rad, za sve vreme trajanja privremene sprečenosti za rad osiguranika.

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

Za osiguranika iz člana 72. tač. 2)–4) ovog zakona, naknadu zarade zbog povrede na radu ili profesionalne bolesti obezbeđuje Republički fond od 31. dana sprečenosti za rad i za sve vreme trajanja privremene sprečenosti za rad osiguranika zbog povrede na radu ili profesionalne bolesti.

Član 102.

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

Poslodavac dostavlja filijali zahtev za isplatu naknade zarade sa svim dokazima potrebnim za isplatu za zaposlene iz stava 1. ovog člana.

Filijala utvrđuje pravo na naknadu zarade, visinu naknade zarade i najkasnije u roku od 21 dana od dana prijema zahteva za isplatu naknade zarade sa svim dokazima potrebnim za isplatu iz stava 2. ovog člana vrši obračun naknade zarade, koji dostavlja poslodavcu i prenosi odgovarajući iznos sredstava na poseban račun poslodavca.

Sredstva iz stava 3. ovog člana poslodavac je dužan da isplati osiguraniku najkasnije u roku od sedam dana od dana njihovog prijema, a ukoliko isplata u navedenom roku nije izvršena poslodavac je dužan da vrati sredstva filijali sa kamatom za koja su sredstva uvećana dok su se nalazila na posebnom računu poslodavca.

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

Naknadu zarade preduzetnicima i zaposlenima kod preduzetnika, pod uslovom da preduzetnici nemaju poseban račun, kao i sveštenicima i verskim službenicima, koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, obračunava i isplaćuje filijala na tekući račun tog lica.

Poslodavac može iz svojih sredstava da isplati naknadu zarade i kada se ta naknada obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, s tim da je filijala dužna da isplaćene iznose naknadi poslodavcu u roku od 15 dana od dana predaje zahteva filijali, uplatom na poseban račun poslodavca.

Rokovi iz ovog člana računaju se od dana dostavljanja kompletne dokumentacije filijali.

Ministar, na predlog Republičkog fonda, uređuje bliže uslove, način i postupak, kao i druga pitanja od značaja za ostvarivanje prava na naknadu zarade.

3.2. Pravo na naknadu troškova prevoza

Član 103.

Naknada troškova prevoza obezbeđuje se osiguranom licu, kao i pratiocu osiguranog lica, u slučaju upućivanja kod davaoca zdravstvene usluge koji je udaljen najmanje 50 kilometara od mesta njegovog stanovanja, u skladu sa odredbama ovog zakona.

Naknada troškova prevoza iz stava 1. ovog člana pripada osiguranom licu kada je od izabranog lekara, zdravstvene ustanove ili nadležnog stručno-medicinskog organa Republičkog fonda upućen ili pozvan u drugo mesto u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite ili radi ocene privremene sprečenosti za rad.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, detetu do navršenih 18 godina života i licu starijem od 18 godina života koje je teško duševno ili telesno ometeno u razvoju upućenim na lečenje i rehabilitaciju kod davaoca zdravstvene usluge, van mesta stanovanja i to najmanje dva puta nedeljno, kao i osiguranom licu upućenom na hemodijalizu i hemio i radio terapiju, pripada naknada troškova prevoza na osnovu mišljenja stručno-medicinskog organa.

Član 104.

Osigurano lice ima pravo na naknadu troškova prevoza prema najkraćoj relaciji u visini cene karte autobusa ili drugog razreda voza.

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

Osigurano lice može u slučaju neophodne zdravstvene zaštite da koristi sanitet, kao prevozno sredstvo, po nalogu stručno-medicinskog organa Republičkog fonda, a ako mu se i pored utvrđene neophodnosti ne može obezbediti sanitet, osigurano lice ima pravo na naknadu stvarnih troškova prevoza, najviše 10% od cene jednog litra benzina po kilometru.

Član 105.

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

Član 106.

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

Na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se troškovi prevoza posmrtnih ostataka osiguranog lica do mesta stanovanja, ako je tom licu izvršeno uzimanje organa radi presađivanja u zdravstvenoj ustanovi koja nije u mestu stanovanja tog osiguranog lica.

Član 107.

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

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

Pratiocu pripada naknada troškova prevoza i kada se sam vraća u svoje mesto stanovanja ili kada sam odlazi u drugo mesto u svojstvu pratioca osiguranog lica.

Smatra se da je pratilac za vreme putovanja neophodan ako se na lečenje ili lekarski pregled u drugo mesto upućuje dete mlađe od 18 godina života, odnosno lice starije od 18 godina života koje je teže telesno ili duševno ometeno u razvoju, kao i lice kod kojeg je u toku života zbog bolesti ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija, zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života, uključujući lica sa oštećenjem sluha, vida i govora.

3.3. Dospelost prava na novčane naknade i rok za isplatu dospelih prava

Član 108.

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

Naknada troškova prevoza dospeva za isplatu danom završenog putovanja u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite.

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

Rok iz stava 3. ovog člana računa se od dana dostavljanja kompletne dokumentacije filijali.

Član 109.

Poslodavac je dužan da podnese zahtev za ostvarivanje naknade zarade filijali najkasnije u roku od **15 dana** od dana isplate zarade za mesec na koji se naknada odnosi.

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

GLAVA V
ZDRAVSTVENA ZAŠTITA KOJA SE NE OBEZBEĐUJE U OBAVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 110.

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

1) medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, telesnog oštećenja i invalidnosti u postupcima kod nadležnog organa, odnosno radi ostvarivanja određenih prava kod drugih organa i organizacija (kod osiguravajućih društava, sudova, u krivičnom i predistražnom postupku, kod izdavanja potvrda za vozače motornih vozila, utvrđivanja zdravstvene sposobnosti po predlogu poslodavca, mera u vezi sa bezbednošću i zdravljem na radu itd.), osim ispitivanja po uputu stručno-medicinskih organa, ako ovim zakonom nije drukčije određeno;

2) zdravstvene preglede radi upisa u srednje škole, visokoškolske ustanove i na kurseve, dobijanje uverenja o zdravstvenoj sposobnosti za zasnivanje radnog odnosa, odnosno dobijanje drugih dozvola za rad, dobijanje uverenja o zdravstvenoj sposobnosti za bavljenje rekreacijom i sportom osiguranog lica starijeg od 14 godina života;

3) specifičnu zdravstvenu zaštitu zaposlenih koju obezbeđuje poslodavac iz svojih sredstava, kao društvenu brigu za zdravlje na nivou poslodavca u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i obaveznu i preporučenu imunizaciju i hemioprofilaksu zaposlenih u slučaju upućivanja na rad u inostranstvo;

4) korišćenje zdravstvene zaštite u suprotnosti sa načinom i uslovima za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu koji je propisan ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona;

5) lični komfor i posebnu udobnost smeštaja i lične nege u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno smeštaj u jednokrevetnu ili dvokrevetnu bolničku sobu sa drugim vanstandardnim uslovima smeštaja, a koji nije medicinski neophodan ili se vrši na lični zahtev;

6) zdravstvenu uslugu detoksikacije kod akutnog pijanstva i akutnog korišćenja psihoaktivnih supstanci;

7) kozmetičke hirurške procedure koje imaju za cilj da poboljšaju spoljašnji izgled bez uspostavljanja i vraćanja telesne funkcije, kao i vršenje hirurških estetskih korekcija organa i delova tela, osim za: korekcije urođenih anomalija koje prouzrokuju funkcionalne smetnje, estetske rekonstrukcije dojke nakon izvršene mastektomije jedne ili obe dojke i estetske korekcije dojke nakon izvršene mastektomije druge dojke i estetske korekcije nakon teških povreda, odnosno bolesti koje su neophodne za uspostavljanje bitnih funkcija organa i delova tela;

8) prekid trudnoće iz nemedicinskih razloga;

9) imunizacije koje su vezane za privatni boravak ili za obavljanje određenog posla u inostranstvu i to: obaveznu imunizaciju putnika u međunarodnom saobraćaju protiv zaraznih bolesti po zahtevu zemlje u koju se putuje i preporučenu imunizaciju putnika u međunarodnom saobraćaju u skladu sa propisima kojima se uređuje zaštita stanovništva od zaraznih bolesti;

10) stomatološke usluge koje nisu utvrđene kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona;

11) dijagnostiku i lečenje seksualne disfunkcije ili seksualne neadekvatnosti, uključujući impotenciju, zdravstvene usluge, lekove i medicinsko-tehnička pomagala koja su vezana za promenu pola, osim ako ovim zakonom nije drukčije određeno i reverzija prethodne dobrovoljne hirurške sterilizacije;

12) hirurški ili invazivni tretman (uključujući gastični balon) koji se odnosi na redukciju telesne težine, osim ako su medicinski neophodni, dijetetski saveti i program gubitka telesne težine kod lica starijih od 15 godina života, izuzev predlaganja dijetetske ishrane i medikamentozne terapije kod pacijenata sa BMI > 35 kg/m², kod novootkrivenih pacijenata sa šećernom bolešću i pacijenata sa terminalnom bubrežnom insuficijencijom;

13) metode i postupke alternativne i komplementarne medicine;

14) lekove koji nisu na Listi lekova (osim lekova iz člana 66. stav 2. ovog zakona), odnosno lekove koji se izdaju bez recepta, profilaktičke lekove i lekove koji služe za promenu atletskih mogućnosti, lekove koji se daju u svrhu kozmetike, za prestanak pušenja, gubitak telesne težine, kao i suplemente hrane za specifične dijete osim za lečenje naslednih metaboličkih bolesti i bolesti praćenih malapsorpcijom;

15) dijagnostiku i lečenje koji su u fazi istraživanja, odnosno eksperimenta, lečenje uz primenu lekova i medicinskih sredstava koji su u fazi kliničkih ispitivanja, dijagnostiku, lečenje i rehabilitaciju, lekove i medicinska sredstva koji nisu pruženi u skladu sa prihvaćenim standardima medicinske, stomatološke i farmaceutske prakse;

16) preglede i lečenje profesionalnih i amaterskih sportista starijih od 14 godina života, koji nisu utvrđeni kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno programe medicine sporta koji imaju za cilj poboljšanje sportske sposobnosti;

17) radijalnu keratotomiju ili bilo koju drugu hiruršku proceduru za poboljšanje vida, u slučaju kada se vid može adekvatno poboljšati korišćenjem naočara ili kontaktnih sočiva;

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

19) hidroterapiju, terapiju hipnozom, elektrohipnozu, elektroslip terapiju, elektronarkozu i narkosintezu;

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

21) medicinska sredstva koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja su preko standarda funkcionalnosti koji je medicinski neophodan za tretman bolesti ili povrede, u skladu sa propisima iz člana 70. ovog zakona;

22) lečenje komplikacija koje su posledica zdravstvenih usluga koje se ne obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, osim ukoliko lečenje komplikacija podrazumeva pružanje zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja;

23) preporučenu imunizaciju i hemioprofilaksu, osim preporučene imunizacije i hemioprofilakse iz člana 53. stav 3. ovog zakona;

24) druge vrste zdravstvenih usluga koje nisu utvrđene kao pravo na zdravstvenu zaštitu, u skladu sa propisom kojim se uređuje obim i sadržaj prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

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

GLAVA VI
KORIŠĆENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U INOSTRANSTVU I UPUĆIVANJE NA LEČENJE U INOSTRANSTVO

1. Korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu

Član 111.

Osiguranik iz člana 11. ovog zakona koga je poslodavac, sa sedištem na teritoriji Republike Srbije, uputio na rad, stručno usavršavanje ili školovanje u državu sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ima pravo na korišćenje zdravstvene zaštite na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zaključenim međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju.

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

Član 112.

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

1) upućen na rad kao zaposlen u domaćem ili mešovitom privrednom društvu, ustanovi, drugoj organizaciji ili kod preduzetnika (detaširani radnici);

2) upućen na rad kao zaposlen u domaćinstvu domaćeg državljanina na službi u toj zemlji, kod međunarodnih i stranih organizacija, odnosno poslodavaca;

3) upućen na školovanje, stručno usavršavanje i specijalizaciju;

4) na službenom putu.

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

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

Izuzetno od stava 3. ovog člana, članovi uže porodice osiguranika ne ostvaruju pravo na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu za vreme boravka osiguranika na službenom putu.

Član 113.

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

Član 114.

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

Zdravstveno stanje iz stava 1. ovog člana utvrđuje stručno-medicinski organ Republičkog fonda na osnovu nalaza i mišljenja izabranog lekara, o postojanju uslova iz stava 1. ovog člana, a filijala izdaje potvrdu za korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu (u daljem tekstu: potvrda za korišćenje zdravstvene zaštite).

Radi izdavanja potvrde za korišćenje zdravstvene zaštite, stručno-medicinski organ Republičkog fonda može naložiti da osigurano lice obavi određene vrste medicinskih pregleda, s ciljem utvrđivanja zdravstvenog stanja osiguranog lica.

Davanje nalaza i mišljenja izabranog lekara, odnosno utvrđivanje zdravstvenog stanja od strane stručno-medicinskog organa Republičkog fonda, odnosno izdavanje potvrde za korišćenje zdravstvene zaštite, obezbeđuje se osiguranom licu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

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

Ministar, na predlog Republičkog fonda, bliže uređuje uslove i način za korišćenje zdravstvene zaštite osiguranih lica u inostranstvu.

Filijala izdaje potvrdu za korišćenje zdravstvene zaštite na obrascu koji propisuje ministar.

Član 115.

Potvrda za korišćenje zdravstvene zaštite za osiguranika koji je upućen na rad, školovanje, stručno usavršavanje i specijalizaciju u inostranstvo izdaje se za period za koji je osiguranik upućen u inostranstvo.

Članu uže porodice osiguranika iz stava 1. ovog člana potvrda za korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu izdaje se za isti period za koji se izdaje i osiguraniku.

Potvrda za korišćenje zdravstvene zaštite za vreme privatnog boravka u inostranstvu izdaje se osiguranom licu najduže za period od 90 dana od dana izdavanja ove potvrde.

Potvrda za korišćenje zdravstvene zaštite za osigurano lice koje se nalazi na stručnom usavršavanju ili školovanju, a koje finansira sopstvenim sredstvima, izdaje se za period trajanja stručnog usavršavanja, odnosno školske godine.

Član 116.

Osigurano lice kome je za vreme boravka u inostranstvu pružena hitna medicinska pomoć, a koje je boravilo u toj državi bez prethodno izdate potvrde za korišćenje zdravstvene zaštite, nema pravo na naknadu troškova koji su nastali korišćenjem hitne medicinske pomoći za vreme boravka u inostranstvu, uključujući i troškove prevoza za povratak do mesta stanovanja u Republici Srbiji.

Troškove hitne medicinske pomoći pružene osiguranom licu u državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju, a koje je boravilo u toj državi bez prethodno izdate potvrde za korišćenje zdravstvene zaštite, uključujući i troškove prevoza za povratak do mesta stanovanja u Republici Srbiji, plaća Republički fond, a snosi ih osigurano lice po podnetom zahtevu za naknadu troškova od strane Republičkog fonda.

Član 117.

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

Opravdanost stacionarnog lečenja iz stava 1. ovog člana ceni stručno-medicinski organ Republičkog fonda.

Član 118.

Opravdanost privremene sprečenosti za rad osiguranika, koja je nastupila prilikom privatnog boravka u inostranstvu, u državi sa kojom nije zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju, ceni stručno-medicinski organ Republičkog fonda prema sedištu zdravstvene ustanove u kojoj osiguranik ima izabranog lekara, a na predlog izabranog lekara po zahtevu osiguranika i priložene medicinske dokumentacije od prvog dana te sprečenosti.

Član 119.

Pravo na medicinska sredstva u inostranstvu osigurana lica ostvaruju u skladu sa propisom kojim se uređuju uslovi i način za korišćenje zdravstvene zaštite osiguranih lica u inostranstvu.

2. Upućivanje na lečenje u inostranstvo

Član 120.

Osiguranom licu može se izuzetno odobriti lečenje, sprovođenje dijagnostičkih postupaka, odnosno uspostavljanje dijagnoze u inostranstvu, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, za lečenje oboljenja, stanja ili povrede koji se ne mogu uspešno lečiti u Republici Srbiji, odnosno za dijagnostičke postupke koji se ne mogu sprovoditi u Republici Srbiji, odnosno za uspostavljanje dijagnoze koja se ne može uspostaviti u Republici Srbiji, a u državi u koju se osigurano lice upućuje postoji mogućnost za uspešno lečenje tog oboljenja, stanja ili povrede, odnosno za sprovođenje dijagnostičkog postupka ili za uspostavljanje dijagnoze.

Ministar, na predlog Republičkog fonda, uređuje bliže uslove i način, kao i vrste oboljenja, stanja ili povreda za koje se može odobriti lečenje, sprovođenje dijagnostičkih postupaka, odnosno uspostavljanje dijagnoze u inostranstvu.

GLAVA VII
OBEZBEĐIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 121.

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

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

Član 122.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se:

1) osiguraniku iz člana 11. stav 1. tač. 1)–8), tač. 10) i 11), tač. 13)–16) i tačka 27) ovog zakona – u filijali na čijem području je sedište njegovog poslodavca, a licu zaposlenom u poslovnoj jedinici van sedišta poslodavca – u filijali prema sedištu poslovne jedinice, odnosno prema mestu rada;

2) osiguraniku iz člana 11. stav 1. tačka 17) ovog zakona – u filijali prema sedištu privrednog društva, a osiguraniku iz tač. 18) i 23) – prema sedištu radnje ili prema mestu obavljanja delatnosti;

3) osiguraniku iz člana 11. stav 1. tačka 28) ovog zakona – u filijali prema sedištu škole,

odnosno visokoškolske ustanove;

4) ostalim osiguranicima iz člana 11. ovog zakona – u filijali prema mestu prebivališta.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguraniku iz člana 11. stav 1. tač. 21) i 22) ovog zakona prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se u filijali na čijem području se nalazi pretežni deo nepokretnosti na kojoj se obavlja poljoprivredna delatnost.

Osigurano lice koje nema prebivalište na području matične filijale može ostvarivati pravo na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa propisom kojim se uređuju način i uslovi za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u filijali na čijem području ima prebivalište.

Osigurana lica – učenici i studenti ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa propisom kojim se uređuje način i uslovi za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i u filijali prema sedištu škole, odnosno visokoškolske ustanove.

Poslovnom jedinicom, u smislu stava 1. tačka 1) ovog člana, smatra se pogon, prodavnica, stovarište, predstavništvo, odnosno na drugi način određeno mesto rada i sl.

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

Član 123.

Osiguranicima iz člana 16. ovog zakona, licima koja se uključuju u obavezno zdravstveno osiguranje iz člana 17. ovog zakona, kao i licima iz člana 22. ovog zakona, prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se u filijali na čijem području ta lica imaju mesto stanovanja.

Član 124.

Osiguranom licu obezbeđuje se zdravstvena zaštita u zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga, koji ima sedište na području filijale u kojoj se tom osiguranom licu obezbeđuju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.

Osiguranom licu obezbeđuje se zdravstvena zaštita i kod zdravstvene ustanove, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga, van područja filijale iz stava 1. ovog člana, pod uslovima propisanim ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Ministar, na predlog Republičkog fonda, uređuje bliže uslove i način za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

GLAVA VIII
OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 125.

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu overene isprave o osiguranju.

Overu isprave o osiguranju vrši matična filijala na osnovu dokaza da je uplaćen dospeli doprinos, kao i na osnovu drugih dokaza, u skladu sa zakonom.

Ako isprava o osiguranju nije overena zbog toga što dospeli doprinos nije plaćen, izvršiće se naknadna overa kada taj doprinos bude uplaćen.

U slučaju da nije izvršena uplata dospelog doprinosa, pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona može da se koristi na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju:

1) hitne medicinske pomoći;

2) ciljanih preventivnih pregleda - skrininga prema odgovarajućim nacionalnim programima;

3) obavezne imunizacije prema propisima kojima se uređuje zdravstvena zaštita stanovništva od zaraznih bolesti;

4) palijativnog zbrinjavanja.

Osigurano lice kome je utvrđen i status borca u skladu sa propisima kojima se uređuje zaštita boraca, ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu kao i pravo na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja bez obzira da li je uplaćen dospeli doprinos.

Članovi porodice lica kome je utvrđen status borca u skladu sa propisima kojima se uređuje zaštita boraca, a koja su zdravstveno osigurana kao članovi porodice tog lica, ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i lice kome je utvrđen status borca, bez obzira da li su uplaćeni dospeli doprinosi.

Član 126.

Izuzetno od člana 125. ovog zakona, overu isprave o osiguranju za osigurana lica za koja nije redovno izmirivan doprinos, Republički fond vrši pod uslovom da je obveznik uplate doprinosa započeo sa izmirivanjem dospelih doprinosa i nastavio sa njegovim kontinuiranim izmirivanjem.

Overa isprave o osiguranju u skladu sa stavom 1. ovog člana, vrši se na način propisan opštim aktom Republičkog fonda iz člana 26. stav 7. ovog zakona.

Član 127.

Osigurano lice, za koje nisu uplaćeni doprinosi, a koristi zdravstvenu zaštitu, snosi troškove te zdravstvene zaštite iz svojih sredstava, osim u slučajevima iz člana 125. stav 4. ovog zakona.

Ukoliko obveznik uplate doprinosa nije izvršio uplatu doprinosa, osigurano lice ima pravo na naknadu plaćenih troškova za pruženu zdravstvenu zaštitu iz stava 1. ovog člana od obveznika uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 128.

Osigurano lice ostvaruje prava iz zdravstvenog osiguranja na način i pod uslovima utvrđenim ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

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

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

1. Liste čekanja

Član 129.

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

Republički fond donosi opšti akt kojim utvrđuje vrste zdravstvenih usluga za koje se utvrđuje lista čekanja, kao i kriterijume i standardizovane mere za procenu zdravstvenog stanja osiguranih lica radi formiranja liste čekanja, najduže vreme čekanja za zdravstvene usluge, neophodne podatke, metodologiju za formiranje liste čekanja, kriterijume i merila za formiranje jedinstvene liste čekanja i druga pitanja od značaja za listu čekanja, odnosno jedinstvenu listu čekanja u cilju pružanja zdravstvene usluge osiguranom licu u najkraćem mogućem roku.

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

Lista čekanja, odnosno jedinstvena lista čekanja, pored podataka uređenih aktom iz stava 2. ovog člana, od ličnih podataka sadrži i ime i prezime, JMBG, LBO osiguranog lica i dijagnozu (medicinsku indikaciju po MKB 10 zbog koje se osigurano lice stavlja na listu čekanja).

Davalac zdravstvenih usluga utvrđuje listu čekanja u skladu sa st. 1–3. ovog člana i osiguranom licu pruža zdravstvenu uslugu u skladu sa tom listom čekanja, odnosno jedinstvenom listom čekanja.

Jedinstvenu listu čekanja iz stava 2. ovog člana ustrojava i vodi Republički fond.

Vlada daje saglasnost na opšti akt Republičkog fonda iz stava 2. ovog člana.

Član 130.

Davalac zdravstvenih usluga koji je utvrdio listu čekanja dužan je da osigurano lice obavesti o listi čekanja.

Obaveštenje iz stava 1. ovog člana sadrži pismenu informaciju davaoca zdravstvenih usluga o razlozima za stavljanje na listu čekanja, o utvrđenom redosledu na listi čekanja, odnosno očekivanom datumu pružanja zdravstvene usluge.

Ako davalac zdravstvenih usluga utvrdi da zdravstvena usluga nije medicinski neophodna,

odnosno opravdana za zdravstveno stanje osiguranog lica dužan je da o tome izda pismeno obaveštenje osiguranom licu (u daljem tekstu: prethodno obaveštenje).

Prethodno obaveštenje sadrži pismenu informaciju davaoca zdravstvenih usluga o razlozima zbog kojih zdravstvena usluga nije medicinski neophodna, odnosno opravdana za zdravstveno stanje osiguranog lica.

2. Zdravstvene usluge koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 131.

Osiguranim licima obezbeđuju se zdravstvene usluge:

1) U celosti na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, i to:

(1) mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti,

(2) preglede i lečenje u vezi sa planiranjem porodice, trudnoćom, porođajem i u postporođajnom periodu, uključujući prekid trudnoće iz medicinskih razloga,

(3) preglede, lečenje i medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povreda dece, učenika i studenata do kraja propisanog školovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, odnosno starijih lica koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju,

(4) preglede i lečenje bolesti usta i zuba kod lica iz člana 63. tač. 1), 10) i 11) ovog zakona, kao i preglede i lečenje bolesti usta i zuba u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja,

(5) preglede i lečenje u vezi sa zaraznim bolestima za koje je zakonom predviđeno sprovođenje mera za sprečavanje njihovog širenja,

(6) preglede i lečenje od malignih bolesti, šećerne bolesti, psihoze, epilepsije, multipleks skleroze, progresivnih neuro-mišićnih bolesti, cerebralne paralize, paraplegije, tetraplegije, trajne hronične bubrežne insuficijencije kod koje je indikovana dijaliza ili transplantacija bubrega, sistemskih autoimunih bolesti, reumatske bolesti i njenih komplikacija i retkih bolesti,

(7) palijativno zbrinjavanje,

(8) preglede i lečenje u vezi sa uzimanjem, davanjem i razmenom organa, ćelija i tkiva za presađivanje od osiguranih i drugih lica za obezbeđivanje zdravstvene zaštite osiguranih lica,

(9) preglede, lečenje i rehabilitaciju zbog profesionalnih bolesti i povreda na radu,

(10) pružanje hitne medicinske i stomatološke pomoći, kao i hitan sanitetski prevoz,

(11) medicinska sredstva, u vezi sa lečenjem bolesti i povreda iz ove tačke;

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

(1) intenzivnu negu u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi,

(2) operativne zahvate koji se izvode u operacionoj sali, uključujući i implantate za najsloženije i najskuplje zdravstvene usluge,

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

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

(1) preglede i lečenje od strane izabranog lekara i lekara specijaliste,

(2) laboratorijske, rendgen i druge dijagnostičke i terapijske procedure koje nisu obuhvaćene stavom 1. tačka 2) podtačka (3) ovog člana,

(3) kućno lečenje,

(4) stomatološke preglede i lečenje u vezi sa povredom zuba i kostiju lica, kao i stomatološke preglede i lečenje zuba pre operacije srca i presađivanja organa, ćelija i tkiva,

(5) lečenje komplikacija karijesa kod dece, učenika i studenata do kraja propisanog školovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, ekstrakcija zuba kao posledice karijesa, kao i izrada pokretnih ortodontskih aparata,

(6) stacionarno lečenje, kao i rehabilitaciju u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi,

(7) preglede i lečenje u dnevnoj bolnici, uključujući i hirurške zahvate van operacione sale,

(8) medicinsku rehabilitaciju u ambulantnim uslovima,

(9) medicinska sredstva, koja nisu obuhvaćena stavom 1. tačka 1) podtačka (11) ovog člana;

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

(1) izradu akrilatne totalne i subtotalne proteze kod lica starijih od 65 godina života,

(2) očna i slušna pomagala za odrasle,

(3) promenu pola iz medicinskih razloga,

(4) sanitetski prevoz koji nije hitan,

(5) lečenje bolesti čije je rano otkrivanje predmet ciljanog preventivnog pregleda, odnosno skrininga, prema odgovarajućim nacionalnim programima, ukoliko se osigurano lice nije odazvalo ni na jedan poziv u okviru jednog ciklusa pozivanja, niti je svoj izostanak opravdalo, a ta bolest je dijagnostikovana u periodu do narednog ciklusa pozivanja.

Za zdravstvene usluge koje se obezbeđuju kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa stavom 1. ovog člana, a za koje Republički fond ne vrši plaćanje na osnovu cene zdravstvene usluge, već troškove obračunava i plaća na drugačiji način (po poseti osiguranog

lica zdravstvenom radniku, dijagnostički srodnih grupa zdravstvenih usluga, programima, bolesničkom danu i dr.), osiguranim licima obezbeđuje se pravo na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u procentima propisanim u stavu 1. ovog člana.

Izuzetno od stava 1. tačka 1) podtačka (4) ovog zakona, za ostvarivanje prava na stomatološku zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, opštim aktom iz člana 133. ovog zakona može se utvrditi plaćanje participacije, ako se osigurano lice ne odazove pozivu izabranog lekara na preventivni pregled, odnosno ako ne ostvaruje pravo na preventivne stomatološke usluge u skladu s ovim zakonom, odnosno republičkim programom stomatološke zdravstvene zaštite koji donosi Vlada u skladu sa zakonom.

Zdravstvene usluge koje se plaćaju po dijagnostički srodnim grupama, obezbeđuju se osiguranim licima na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u visini od najmanje 95% od cene dijagnostički srodne grupe, u skladu sa propisom iz člana 133. ovog zakona.

Član 132.

U Listi lekova iz člana 66. ovog zakona Republički fond utvrđuje iznos sredstava koji se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno iznos sredstava koji obezbeđuje osigurano lice.

Član 133.

Ministar, na predlog Republičkog fonda, za svaku kalendarsku godinu uređuje sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 131. ovog zakona za pojedine vrste zdravstvenih usluga i pojedine vrste bolesti i povreda, procenat plaćanja cene zdravstvene usluge, odnosno cene dijagnostički srodne grupe iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i procenat plaćanja osiguranog lica do punog iznosa cene zdravstvene usluge, odnosno cene dijagnostički srodne grupe.

U propisu iz stava 1. ovog člana, ministar utvrđuje i najviši godišnji iznos, odnosno najviši iznos po određenoj vrsti zdravstvene usluge, odnosno dijagnostički srodne grupe koji osigurano lice plaća iz svojih sredstava, vodeći računa da takav iznos ne sprečava osigurano lice da koristi zdravstvenu zaštitu, odnosno da onemogućava osiguranom licu uspešno korišćenje zdravstvene zaštite.

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

Za pojedine vrste zdravstvenih usluga i pojedine vrste bolesti, aktom iz stava 1. ovog člana, ministar može utvrditi da se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja plaća veći procenat cene zdravstvene usluge do punog iznosa cene iz člana 131. stav 1. tač. 2)–4) ovog zakona.

2.1. Participacija

Član 134.

Novčani iznos do punog iznosa iz člana 131. stav 1. tač. 2)–4) i stav 2. ovog zakona, kao i novčani iznos iz člana 132. ovog zakona (u daljem tekstu: participacija), plaća osigurano lice koje koristi tu zdravstvenu uslugu, odnosno lek, ako ovim zakonom nije drukčije određeno, odnosno plaća pravno lice koje osiguranom licu obezbeđuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Propisom iz člana 133. ovog zakona može se utvrditi da se participacija plaća u fiksnom iznosu, s tim da fiksni iznos ne sme biti veći od procentualnog iznosa određenog u skladu sa ovim zakonom.

Propisom iz člana 133. ovog zakona uređuju se način i uslovi za naplaćivanje participacije, kao i povraćaj sredstava uplaćenih iznad najvišeg godišnjeg iznosa, odnosno najvišeg iznosa participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge.

Zabranjeno je da davalac zdravstvene usluge naplati drukčije iznose participacije za pružene zdravstvene usluge koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem od propisanih u skladu sa čl. 131–133. ovog zakona, kao i da naplati participaciju osiguranom licu koje je platilo najviši godišnji iznos participacije ili najviši iznos participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge.

Osigurano lice može iz svojih sredstava, odnosno iz sredstava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja da ostvari pravo na veći sadržaj, obim i standard usluga iz člana 131. ovog zakona, koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, na taj način što plaća razliku od cene utvrđene u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona i cene zdravstvene usluge koja se pruža osiguranom licu, a koja je utvrđena cenovnikom davaoca zdravstvene usluge.

Bliži uslovi i način ostvarivanja doplate iz stava 5. ovog člana uređuju se propisom iz člana 124. ovog zakona.

Član 135.

Davalac zdravstvene usluge dužan je da osiguranom licu izda račun o naplaćenoj participaciji.

Obrazac računa iz stava 1. ovog člana uređuje ministar propisom iz člana 133. ovog zakona.

Osigurano lice dužno je da čuva sve račune o naplaćenoj participaciji u toku jedne kalendarske godine, koji služe kao dokaz u postupku utvrđivanja prava na povraćaj sredstava uplaćenih iznad najvišeg godišnjeg iznosa, odnosno najvišeg iznosa participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge, kao i druge račune za naplaćene zdravstvene usluge radi ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

2.2. Zabrana naplaćivanja zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 136.

Zabranjeno je da davalac zdravstvenih usluga, odnosno lice zaposleno kod davaoca zdravstvenih usluga, odnosno drugo lice koje obavlja određene poslove kod davalaca

zdravstvenih usluga naplati zdravstvenu uslugu na koju osigurano lice ima pravo u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno da traži ili primi ili na bilo koji drugi način navede osigurano lice ili članove njegove porodice na plaćanje, odnosno davanje bilo kakve materijalne ili nematerijalne koristi za pružanje takvih usluga osiguranom licu.

Prema licu zaposlenom kod davaoca zdravstvene usluge koje postupi u suprotnosti sa stavom 1. ovog člana poslodavac može da preduzme mere u skladu sa zakonom kojim se uređuje rad.

2.3. Lica kojima se obezbeđuje zdravstvena zaštita u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 137.

Zdravstvena zaštita u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja bez plaćanja participacije obezbeđuje se:

1) ratnim vojnim invalidima, mirnodopskim vojnim invalidima i civilnim invalidima rata;

2) slepim licima i trajno nepokretnim licima, kao i licima koja ostvaruju novčanu naknadu za pomoć i negu drugog lica, u skladu sa zakonom;

3) dobrovoljnim davaocima krvi koji su krv dali deset i više puta, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinska sredstva;

4) dobrovoljnim davaocima krvi koji su krv dali manje od deset puta, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinska sredstva, u roku od 12 meseci posle svakog davanja krvi;

5) živim davaocima organa, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinska sredstva;

6) davaocima ćelija i tkiva, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinska sredstva;

7) osiguranicima iz člana 16. st. 1. i 3. ovog zakona;

8) članovima uže porodice osiguranika iz člana 16. stav 1. tač. 7)–9) i 11) i stav 3. ovog zakona.

3. Stručno-medicinski organi Republičkog fonda

Član 138.

Stručno-medicinski organi Republičkog fonda, koji učestvuju u postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

1) izabrani lekar;

2) prvostepena lekarska komisija;

3) drugostepena lekarska komisija.

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

Republički fond opštim aktom bliže uređuje način rada, imenovanje i razrešenje, organizaciju, teritorijalnu raspoređenost, kontrolu rada, kao i druga pitanja od značaja za rad stručno-medicinskih organa iz stava 1. tač. 2) i 3) ovog člana.

3.1. Izabrani lekar

Član 139.

Izabrani lekar je:

1) doktor medicine ili doktor medicine specijalista opšte medicine, odnosno specijalista medicine rada;

2) doktor medicine specijalista pedijatrije;

3) doktor medicine specijalista ginekologije;

4) doktor stomatologije ili doktor stomatologije specijalista dečije i preventivne stomatologije.

Osigurano lice može imati samo po jednog izabranog lekara iz grana medicine navedenih u stavu 1. ovog člana.

Propisom iz člana 124. ovog zakona uređuju se bliži uslovi i način korišćenja zdravstvene zaštite i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kod izabranog lekara, kao i način i uslovi za slobodan izbor izabranog lekara.

Član 140.

Ugovorom između Republičkog fonda i davaoca zdravstvenih usluga određuju se doktori medicine, odnosno doktori stomatologije koji imaju ovlašćenja izabranog lekara.

Davalac zdravstvenih usluga iz stava 1. ovog člana dužan je da na vidnom mestu istakne spisak izabranih lekara iz stava 1. ovog člana.

Član 141.

Izabrani lekar dužan je da primi svako osigurano lice koje ga izabere, osim ako je kod tog izabranog lekara evidentiran broj osiguranih lica veći od utvrđenog standarda broja osiguranih lica po jednom izabranom lekaru.

Standard broja osiguranih lica po jednom izabranom lekaru utvrđuje ministar.

Član 142.

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

Osigurano lice bira lekara iz stava 1. ovog člana najmanje na godinu dana. Osigurano lice može, pod određenim uslovima, promeniti izabranog lekara i pre isteka perioda na koji ga je izabralo.

Uslovi i način izbora, odnosno promena izabranog lekara, obrazac izjave iz stava 1. ovog člana, kao i druga pitanja od značaja za ostvarivanje zdravstvene zaštite kod izabranog lekara bliže se uređuju propisom iz člana 124. ovog zakona.

Član 143.

Izabrani lekar:

1) organizuje i sprovodi mere na očuvanju i unapređenju zdravlja osiguranih lica, otkrivanju i suzbijanju faktora rizika za nastanak bolesti, obavlja preventivne preglede, mere i postupke, uključujući i zdravstveno vaspitanje;

2) radi na sprovođenju skrining programa u skladu s posebnim programima donetim u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita;

3) obavlja preglede i dijagnostiku;

4) određuje način i vrstu lečenja, prati tok lečenja i usklađuje mišljenja i predloge za nastavak lečenja osiguranog lica;

5) ukazuje hitnu medicinsku pomoć;

6) upućuje osigurano lice na ambulantno-specijalističke preglede ili u drugu odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga prema medicinskim indikacijama, prati tok lečenja i usklađuje mišljenja i predloge za nastavak lečenja osiguranog lica i upućuje osigurano lice na sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite;

7) određuje vrstu i dužinu kućnog lečenja i prati sprovođenje kućnog lečenja;

8) propisuje lekove i medicinska sredstva;

9) sprovodi zdravstvenu zaštitu iz oblasti mentalnog zdravlja;

10) vodi propisanu medicinsku dokumentaciju i evidencije o lečenju i zdravstvenom stanju osiguranog lica, u skladu sa zakonom;

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

12) utvrđuje privremenu sprečenost za rad osiguranika do 30 dana, odnosno do 60 dana sprečenosti za rad, osim u slučajevima iz člana 78. ovog zakona i predlaže prvostepenoj, odnosno drugostepenoj lekarskoj komisiji produženje privremene sprečenosti za rad, osim ako ovim zakonom nije drugačije određeno;

13) utvrđuje privremenu sprečenost za rad osiguranika na stacionarnom lečenju;

14) utvrđuje privremenu sprečenost za rad osiguranika radi nege člana uže porodice, u

skladu sa članom 78. ovog zakona;

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

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

17) daje mišljenje o tome da li je osiguranik namerno prouzrokovao privremenu sprečenost za rad, odnosno da li je ozdravljenje namerno sprečio;

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

19) utvrđuje potrebu i vrstu prevoznog sredstva za prevoz osiguranog lica, s obzirom na njegovo zdravstveno stanje;

20) određuje starost trudnoće radi ostvarivanja prava na odsustvovanje sa rada zbog trudnoće i porođaja;

21) daje mišljenje o zdravstvenom stanju deteta radi ostvarivanja prava osiguranika na odsustvovanje sa rada zbog neophodne posebne nege deteta, u skladu sa zakonom;

22) utvrđuje privremenu sprečenost za rad osiguranika u skladu sa propisima o zapošljavanju i osiguranju za slučaj nezaposlenosti;

23) vrši druge poslove u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.

Privremenu sprečenost za rad do 60 dana sprečenosti za rad iz stava 1. tačka 12) ovog člana izabrani lekar utvrđuje za: osiguranika obolelog od maligne bolesti; osiguranika privremeno sprečenog za rad zbog bolesti ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće; osiguranika sa invaliditetom; osiguranika kod koga je neposredno obavljena hirurška intervencija, osim u slučaju kada je ta intervencija obavljena u dnevnoj bolnici.

Član 144.

Izabrani lekar koji utvrdi privremenu sprečenost za rad osiguranika, dužan je da o utvrđenoj privremenoj sprečenosti za rad obavesti sve izabrane lekare tog osiguranika, zbog povezivanja privremene sprečenosti za rad, u skladu sa ovim zakonom.

Član 145.

Na predlog doktora medicine specijaliste odgovarajuće grane medicine koji leči osigurano lice, izabrani lekar može da prenese ovlašćenje iz člana 143. ovog zakona na tog lekara specijalistu, a koje se odnosi na dijagnostikovanje i lečenje, uključujući i propisivanje lekova koji se izdaju uz lekarski recept za određene bolesti (TBC, HIV, bolesti zavisnosti, psihijatrijska oboljenja, retke bolesti, kao i druga oboljenja u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona), ako to zahteva zdravstveno stanje osiguranog lica, kao i racionalnost u pružanju zdravstvene zaštite.

Propisom iz člana 124. ovog zakona propisuje se način prenošenja ovlašćenja, druga oboljenja za koja se može preneti ovlašćenje iz stava 1. ovog člana, kao i obrazac na osnovu koga se ovlašćenje prenosi.

Doktor medicine specijalista odgovarajuće grane medicine kod koga je osigurano lice upućeno na pregled od strane izabranog lekara može neposredno da uputi osigurano lice na stacionarno lečenje ukoliko proceni da je taj vid lečenja potreban, odnosno da uputi osigurano lice na pregled kod drugog lekara specijaliste.

Član 146.

Ako se utvrdi da je izabrani lekar zloupotrebio svoja ovlašćenja u postupku ostvarivanja prava osiguranih lica, Republički fond preduzima mere radi oduzimanja ovlašćenja izabranog lekara i podnosi inicijativu kod nadležne komore zdravstvenih radnika za oduzimanje licence za samostalni rad tog izabranog lekara.

3.2. Prvostepena lekarska komisija

Član 147.

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

Član 148.

Prvostepena lekarska komisija:

1) odlučuje po prigovoru osiguranog lica na ocenu, odnosno mišljenje izabranog lekara;

2) daje ocenu i utvrđuje privremenu sprečenost za rad osiguranika, po predlogu izabranog lekara, preko 30 dana, odnosno 60 dana privremene sprečenosti za rad, odnosno privremene sprečenosti za rad zbog nege člana uže porodice iz člana 78. st. 1-2. ovog zakona duže od 15 dana, odnosno duže od sedam dana, u skladu sa ovim zakonom;

3) daje ocenu po prigovoru osiguranika ili poslodavca na ocenu izabranog lekara o privremenoj sprečenosti za rad osiguranika do 30 dana, odnosno do 60 dana, odnosno zbog privremene sprečenosti za rad zbog nege člana uže porodice, u skladu sa ovim zakonom;

4) daje ocenu o potrebi obezbeđivanja pratioca osiguranom licu za vreme stacionarnog lečenja, pod uslovima utvrđenim propisom iz člana 124. ovog zakona;

5) odlučuje o opravdanosti propisivanja određenih vrsta medicinskih sredstava;

6) daje ocenu o zahtevima za naknadu troškova lečenja i troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite;

7) ceni medicinsku opravdanost zdravstvene zaštite korišćene suprotno uslovima i načinu utvrđenim ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona;

8) daje ocenu o upućivanju osiguranih lica na lečenje u zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju i ocenu o upućivanju osiguranih lica na lečenje van područja filijale;

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

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

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

12) utvrđuje povredu na radu u skladu sa članom 51. ovog zakona;

13) vrši druge poslove u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.

3.3. Drugostepena lekarska komisija

Član 149.

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

Član 150.

Drugostepena lekarska komisija:

1) daje ocenu po prigovoru osiguranog lica, odnosno poslodavca na ocenu koju je dala prvostepena lekarska komisija;

2) daje ocenu o produženju prava na naknadu zarade u skladu sa članom 78. stav 4. ovog zakona.

4. Prigovor u postupku ostvarivanja prava

Član 151.

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

Prigovor se podnosi usmeno ili pismeno izabranom lekaru protiv čije ocene je izjavljen ili pismeno i neposredno prvostepenoj lekarskoj komisiji, u roku od tri radna dana od dana saopštenja ocene.

Izabrani lekar kome je usmeno izjavljen prigovor dužan je da o tome sačini zabelešku, koju potpisuje i osigurano lice.

Izabrani lekar kome je izjavljen prigovor dužan je da prigovor odmah razmotri i, ukoliko nađe da isti nije osnovan i ne preinači svoju odluku, da predmet bez odlaganja dostavi prvostepenoj lekarskoj komisiji, sa svojim mišljenjem o osnovanosti izjavljenog prigovora.

Član 152.

Prvostepena lekarska komisija dužna je da hitno uzme u postupak prigovor iz člana 151. ovog zakona radi donošenja ocene.

Ukoliko je prigovor iz stava 1. ovog člana neposredno izjavljen prvostepenoj lekarskoj komisiji, prvostepena lekarska komisija dužna je da bez odlaganja izjavljeni prigovor dostavi izabranom lekaru sa nalogom da se hitno izjasni o osnovanosti prigovora.

Ocena prvostepene lekarske komisije po izjavljenom prigovoru je konačna.

O oceni prvostepene lekarske komisije pismenim putem obaveštava se osigurano lice, izabrani lekar, filijala, odnosno poslodavac.

O oceni prvostepene lekarske komisije osigurano lice obaveštava izabranog lekara, a u slučaju ocene o privremenoj sprečenosti za rad i poslodavca.

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

Član 153.

Osigurano lice može izjaviti prigovor drugostepenoj lekarskoj komisiji samo protiv ocene prvostepene lekarske komisije donete bez prethodne ocene izabranog lekara u roku od tri radna dana od dana saopštenja ocene.

Prigovor iz stava 1. ovog člana podnosi se usmeno ili pismeno prvostepenoj lekarskoj komisiji protiv čije se ocene izjavljuje.

Prvostepena lekarska komisija kojoj je izjavljen prigovor dužna je da prigovor odmah razmotri i, ukoliko nađe da isti nije osnovan i ne preinači svoju odluku, da predmet bez odlaganja dostavi drugostepenoj lekarskoj komisiji sa svojim mišljenjem o osnovanosti izjavljenog prigovora.

Prigovor se može podneti pismeno i neposredno drugostepenoj lekarskoj komisiji.

Član 154.

Drugostepena lekarska komisija dužna je da prigovor iz člana 153. ovog zakona hitno uzme u razmatranje.

Ukoliko je prigovor iz stava 1. ovog člana neposredno izjavljen drugostepenoj lekarskoj komisiji, drugostepena lekarska komisija dužna je da bez odlaganja izjavljeni prigovor dostavi prvostepenoj lekarskoj komisiji sa nalogom da se hitno izjasni o osnovanosti prigovora.

Drugostepena lekarska komisija daje svoju ocenu na osnovu medicinske dokumentacije, a može, po potrebi, pozvati osigurano lice na pregled. Ako stručno-medicinski organ smatra da je potrebno dopuniti medicinsku dokumentaciju, odrediće bez odlaganja potrebna

medicinska ispitivanja.

Ocena koju je dala drugostepena lekarska komisija povodom izjavljenog prigovora je konačna.

O oceni drugostepene lekarske komisije pismenim putem se obaveštava osigurano lice i prvostepena lekarska komisija protiv čije ocene je izjavljen prigovor.

Osigurano lice dužno je da o konačnoj oceni drugostepene lekarske komisije obavesti izabranog lekara, a u slučaju ocene o privremenoj sprečenosti za rad i poslodavca.

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

Član 155.

Prigovor na ocenu, odnosno mišljenje izabranog lekara ili prvostepene lekarske komisije, podnet u skladu sa zakonom, odlaže izvršenje te ocene, odnosno mišljenja.

Odredbe ovog zakona koje se odnose na postupak prigovora osiguranog lica, shodno se primenjuju i na prigovor koji izjavi poslodavac.

5. Obnova postupka ocene o privremenoj sprečenosti za rad

Član 156.

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

Ponovno ocenjivanje iz stava 1. ovog člana vrši se na osnovu medicinske dokumentacije u prisustvu osiguranika, a po potrebi i na osnovu ponovnog pregleda osiguranika.

Ponovno ocenjivanje može se zahtevati u roku od 30 dana od dana date ocene stručno-medicinskog organa u postupku.

Osiguranik je dužan da se javi prvostepenoj, odnosno drugostepenoj lekarskoj komisiji, radi ponovnog ocenjivanja iz stava 1. ovog člana u roku koji odredi stručno-medicinski organ Republičkog fonda. Ako se osiguranik bez opravdanog razloga ne odazove pozivu radi ponovnog ocenjivanja, obustavlja mu se isplaćivanje naknade zarade i ne pripada mu naknada sve dok se ne odazove pozivu.

6. Veštačenje u postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 157.

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

Veštačenje u slučaju iz stava 1. ovog člana vrši prvostepena lekarska komisija – ako je ocenu dao izabrani lekar, drugostepena lekarska komisija – ako je ocenu dala prvostepena lekarska komisija i tri lekara specijalista zdravstvene ustanove na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite – ako je ocenu dala drugostepena lekarska komisija.

Veštačenje se može zahtevati u roku od godinu dana od dana ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja o kojem je odlučivao nadležni stručno-medicinski organ Republičkog fonda u postupku.

Član 158.

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

7. Ostvarivanje prava na novčane naknade

Član 159.

Na osnovu sprovedenog postupka veštačenja u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Republički fond može osporiti ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i zahtevati naknadu štete od osiguranog lica ili drugog odgovornog lica, u skladu sa postupkom naknade štete koji je propisan ovim zakonom.

Član 160.

O pravu na naknadu zarade rešava poslodavac ako se naknada isplaćuje na teret poslodavca, a filijala ako se naknada isplaćuje na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

O pravu na naknadu troškova prevoza rešava filijala.

Član 161.

Naknada zarade se isplaćuje na osnovu zahteva, uz podnošenje dokaza, u skladu sa propisom iz člana 124. ovog zakona.

Za isplatu naknade zarade iz stava 1. ovog člana, izabrani lekar izdaje izveštaj o privremenoj sprečenosti za rad (doznaka), u skladu sa ovim zakonom.

Član 162.

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

Član 163.

Naknada troškova prevoza isplaćuje se na osnovu dokaza, u skladu sa propisom iz člana 124. ovog zakona.

GLAVA IX
ZAŠTITA PRAVA

Član 164.

O pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje, na osnovu dostavljenih dokaza, filijala, bez donošenja rešenja, osim kada je donošenje rešenja utvrđeno ovim zakonom, odnosno podzakonskim aktima donetim za sprovođenje ovog zakona ili kad donošenje rešenja zahteva osigurano lice, odnosno poslodavac.

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

Član 165.

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

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

Član 166.

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

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

Član 167.

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

GLAVA X
FINANSIRANJE OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 168.

Sredstva za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se uplatom doprinosa i iz drugih izvora, u skladu sa zakonom.

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

Član 169.

Sredstva koja se obezbeđuju uplatom doprinosa prenose se filijali na osnovu odluke koju donosi Republički fond za svaku budžetsku godinu.

Sredstva po odluci iz stava 1. ovog člana prenose se filijali za izvršavanje određenih poslova iz nadležnosti filijale u obezbeđivanju i sprovođenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i za materijalne i druge rashode filijale.

Odluka iz stava 1. ovog člana zasniva se na:

1) finansijskom planu Republičkog fonda;

2) planu zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

3) broju i starosnoj strukturi osiguranih lica na području filijale;

4) iznosu sredstava doprinosa koji se uplaćuje na području filijale prema evidenciji o visini uplaćenih sredstava;

5) poslovima filijale u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja;

6) poslovima koje obavlja Republički fond u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja;

7) pokazateljima o nedostajućim sredstvima koja se uplaćuju na području filijale za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

8) iznosu sredstava koji je potrebno obezbediti za ujednačeno ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: sredstva solidarnosti) iz člana 255. ovog zakona;

9) drugim pokazateljima.

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

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

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

DEO TREĆI
DOBROVOLjNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

GLAVA I
UVODNE ODREDBE

Član 170.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje, bez obzira na vrstu, ugovara se na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja, osim ako ovim zakonom nije drukčije

uređeno.

Izuzetno od stava 1. ovog člana dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati i kraće i to:

1) za vreme boravka osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u inostranstvu, odnosno za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite koja se ostvaruje u inostranstvu;

2) u slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period u skladu sa ovim zakonom i podzakonskim aktima donetim za sprovođenje ovog zakona;

3) za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;

4) za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;

5) ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje liste pokrića.

Član 171.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ne može se organizovati i sprovoditi za:

1) identičnu vrstu, sadržaj, obim, standard, način i uslove za ostvarivanje prava koji su obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem propisanim ovim zakonom i podzakonskim aktima donetim za sprovođenje ovog zakona;

2) preventivne programe imunizacije i hemioprofilakse koji su obavezni u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita stanovništva od zaraznih bolesti.

Član 172.

Osiguravač je obavezan da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa svim licima, odnosno da zaključi ugovor za sva lica za koja ugovarač iskaže jasnu nameru da sa tim osiguravačem zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, pod uslovima propisanim ovim zakonom i podzakonskim aktima donetim za sprovođenje ovog zakona, bez obzira na rizik kojem je osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja izložen, odnosno bez obzira na godine života, pol i zdravstveno stanje osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Zavisno od stepena rizika kome je izložen osiguranik, osiguravač ima pravo da utvrdi izmenjene uslove osiguranja, odnosno da poveća premije ili promeni visine ili obime pokrića.

Osiguravač je dužan da za sve osiguranike dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom i podzakonskim aktima donetim za sprovođenje ovog zakona, obezbedi isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u okviru pojedinih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje osiguravač sa ugovaračem, odnosno osiguranikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ugovor iz stava 4. ovog člana može da se zaključi i za članove porodice osiguranika

dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ako ugovarač i osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika ako uplatu premije snosi osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 173.

Zabranjeno je da osiguravač prilikom zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju traži genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za nasledne bolesti za lice koje iskaže jasnu nameru da sa tim osiguravačem zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva.

GLAVA II
VRSTE DOBROVOLjNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 174.

Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:

1) dopunsko zdravstveno osiguranje – osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osigurano lice dopunjuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu sadržaja, obima i standarda;

2) dodatno zdravstveno osiguranje – osiguranje kojim se pokriva učešće u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinskih sredstava, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

3) privatno zdravstveno osiguranje – osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa osiguravačem.

Društvo za osiguranje može da organizuje i sprovodi sve vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana, kao i kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana.

Republički fond može da organizuje i sprovodi vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. tač. 1) i 2) ovog člana, kao i kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. tač. 1) i 2) ovog člana.

Pod dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem u smislu stava 1. ovog člana smatra se i vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje se ugovara za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka u inostranstvu, ako se to osiguranje pruža kao jedina usluga u skladu sa zakonom (putno osiguranje).

Član 175.

Svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u dopunskom i dodatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Prestankom svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja prestaje i svojstvo osiguranog lica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u dopunskom i dodatnom zdravstvenom osiguranju, bez obzira na period za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Član 176.

Uzimajući u obzir rizik kome je izložen osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno uzimajući u obzir njegove godine života u momentu davanja ponude, pol, bonus, malus, zdravstveno stanje osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno tablice bolesti i tablice smrtnosti, premija dopunskog, dodatnog, odnosno privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja jednog osiguravača mora da bude jednaka za sve osiguranike dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja tog dopunskog, dodatnog, odnosno privatnog zdravstvenog osiguranja koji imaju isti stepen rizika.

GLAVA III
ORGANIZOVANJE I SPROVOĐENJE DOBROVOLjNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Uslovi za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 177.

Ministarstvo nadležno za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) daje prethodno mišljenje o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom.

Zahtev za davanje mišljenja iz stava 1. ovog člana sadrži podatke o osiguravaču i vrsti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno kombinaciji vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na koje se zahtev odnosi.

Uz zahtev iz stava 2. ovog člana dostavljaju se:

1) kopija dozvole Narodne banke Srbije o obavljanju poslova osiguranja u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje, odnosno odluka Republičkog fonda o organizovanju i sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

2) predlog opštih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

3) predlog posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za određenu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

4) drugi dokazi o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Poslovni akti iz stava 3. tač. 2)–4) ovog člana koji se dostavljaju uz zahtev Ministarstvu moraju biti verifikovani od strane lica ovlašćenog za zastupanje, u skladu sa zakonom.

Član 178.

Narodna banka Srbije izdaje dozvolu za obavljanje poslova dobrovoljnog zdravstvenog

osiguranja, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje, a društvo za osiguranje može da otpočne sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja po dobijanju pozitivnog mišljenja Ministarstva o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 174. ovog zakona.

Osiguravač je dužan da predlog izmena i dopuna, odnosno predlog novih opštih i posebnih uslova o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz člana 180. ovog zakona dostavi Ministarstvu na mišljenje.

Ako Ministarstvo utvrdi da je društvo za osiguranje prestalo da ispunjava uslove za organizovanje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 174. ovog zakona, obaveštava o tome Narodnu banku Srbije radi preduzimanja odgovarajućih mera iz njene nadležnosti, propisanih zakonom kojim se uređuje osiguranje.

Mišljenje iz stava 2. ovog člana društvo za osiguranje je dužno da dostavi Narodnoj banci Srbije u roku od 15 dana od dana dobijanja mišljenja.

2. Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Član 179.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ponuda) koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Ponuda iz stava 1. ovog člana sadrži bitne podatke o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, datum početka osiguranja, period čekanja osiguranja, kao i datum završetka osiguranja, iznos i rokove plaćanja premije osiguranja, maksimalno ugovorene sume po rizicima pokrića i druge bitne elemente za ugovaranje osiguranja.

Bitni podaci o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 2. ovog člana su:

1) za fizičko lice:

(1) ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,

(2) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane,

(3) adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština),

(4) kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte);

2) za pravno lice:

(1) naziv, odnosno poslovno ime,

(2) PIB i matični broj,

(3) adresa sedišta (ulica i broj, mesto i opština),

(4) kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).

U slučaju kolektivnog osiguranja ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje će biti obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem.

Jedinstvena ponuda iz stava 4. ovog člana sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje je obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem i to:

1) ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

2) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane;

3) adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština);

4) kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).

Ponuda iz stava 1. ovog člana kao i jedinstvena ponuda iz stava 4. ovog člana, kao bitne podatke, sadrži i podatke o prethodnom zdravstvenom stanju osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji su osiguravaču neophodni za procenu rizika osiguranja.

Član 180.

Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju su opšti i posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Opšti uslovi dobrovoljnog zdrvstvenog osiguranja sadrže:

1) uslove i način za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

2) vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje sprovodi osiguravač;

3) uslove za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguranikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno sa ugovaračem;

4) uslove za raskid ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

5) uslove za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za članove porodice osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i kolektivnog osiguranja;

6) prava i dužnosti osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno ugovarača;

7) prava i dužnosti osiguravača;

8) trajanje dobrovoljnog zdrvstvenog osiguranja;

9) opšte odredbe o premiji osiguranja;

10) druge uslove od značaja za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom i zakonom kojim se uređuje osiguranje.

Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrže:

1) uslove za organizovanje, ugovaranje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

2) prava i obaveze osiguravača, osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno ugovarača za određenu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

3) druge uslove od značaja za organizovanje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom i zakonom kojim se uređuje osiguranje.

Akte iz st. 2. i 3. ovog člana osiguravač je obavezan da ažurirane objavljuje na svojoj zvaničnoj internet stranici, kao i da ih učini dostupnim u pismenom obliku na svim prodajnim mestima osiguravača ili na drugi adekvatan način.

3. Polisa, list pokrića i isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Član 181.

Osiguravač izdaje polisu kao dokaz o zaključenom ugovoru o osiguranju i sačinjava je u dva primerka od kojih jedan zadržava ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a drugi zadržava osiguravač.

Izuzetno od stava 1. ovog člana osiguravač može izdati list pokrića.

Polisa, odnosno list pokrića sadrži:

1) ime i prezime osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili ugovarača, odnosno naziv ugovarača;

2) datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

3) prebivalište, odnosno boravište i adresu stanovanja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili ugovarača, odnosno sedište ugovarača;

4) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane, odnosno PIB i matični broj ugovarača;

5) naziv i adresu osiguravača;

6) osiguravajuće pokriće;

7) sumu i rizik osiguranja;

8) iznos premije, način i uslove plaćanja premije;

9) poziv na tarifu po kojoj je premija obračunata;

10) broj polise, odnosno lista pokrića;

11) broj ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

12) dan početka osiguranja, period čekanja osiguranja i rok važenja osiguranja, odnosno polise ili lista pokrića;

13) potpis ovlašćenog lica kod osiguravača;

14) potpis ugovarača dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

15) mesto i datum izdavanja polise, odnosno lista pokrića;

16) druge podatke u skladu sa zakonom.

Na poslednjoj strani polise, odnosno lista pokrića štampaju se opšti i posebni uslovi vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi osiguravač ili se obrazac posebno odštampanih opštih i posebnih uslova daje osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno ugovaraču, koji njihov prijem potvrđuje potpisom.

Osim podataka iz stava 3. ovog člana u slučaju kada je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka u inostranstvu polisa, odnosno list pokrića sadrži i broj pasoša tog osiguranika, naziv organa koji ga je izdao, kao i datume izdavanja i važenja tog pasoša.

Član 182.

Osiguravač je dužan da svakom osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja izda ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise.

Isprava iz stava 1. ovog člana sadrži sledeće podatke:

1) poslovno ime osiguravača;

2) ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

3) JMBG osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno evidencioni broj za strane državljane;

4) visinu pokrića;

5) broj polise;

6) period važenja isprave.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a izuzetno na osnovu polise, odnosno lista pokrića do momenta dobijanja isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u roku iz stava 1. ovog člana.

U slučaju kada se prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju direktno kod

osiguravača ona se ostvaruju na osnovu polise, odnosno lista pokrića.

Kod ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji se zaključuju na rok do 90 dana osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na osnovu polise.

Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je dužan da davaocu zdravstvenih usluga, kod koga ostvaruje zdravstvenu zaštitu na osnovu ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, dostavi na uvid ispravu, odnosno polisu, odnosno list pokrića na osnovu koje ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

4. Obaveze osiguravača

Član 183.

Osiguravač, bez obzira na vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, dužan je da davaocu zdravstvenih usluga, za osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja isplati troškove nastale ostvarivanjem prava iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u celosti ili delimično, u skladu sa tim ugovorom, odnosno polisom.

Izuzetno od stava 1. ovog člana osiguravač može ugovoriti sa osiguranikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno drugim ugovaračem da se iznos iz stava 1. ovog člana isplaćuje osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na račun, u roku od 14 dana od dana podnošenja zahteva osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguravaču, odnosno u roku od 14 dana od kada je osiguravač utvrdio postojanje svoje obaveze, a što se unosi u ugovor i polisu.

Osiguravač je dužan da u slučaju povećanja visine premije osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, u pismenoj formi obavesti ugovorača o povećanju visine premije najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem.

Osiguravač je dužan da obavesti ugovarača o izmenama opštih ili posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u roku iz stava 3. ovog člana, sa obrazloženjem, osim ukoliko nisu povoljniji za ugovarača.

Član 184.

Osiguravač je dužan da zaključi ugovor sa davaocem zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Izuzetno od stava 1. ovog člana osiguravač nije u obavezi da zaključi ugovor iz stava 1. ovog člana ako je sa osiguranikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno sa ugovaračem ugovorio da će na račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uplaćivati u celini troškove, odnosno deo troškova koje je taj osiguranik imao ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili mu isplaćivati utvrđenu novčanu naknadu.

Osiguravač koji zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, za vreme boravka osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u inostranstvu, nije u obavezi da zaključi ugovor sa inostranom zdravstvenom ustanovom, odnosno drugim davaocem zdravstvenih usluga.

Ugovorom iz stava 1. ovog člana uređuju se međusobni odnosi ugovornih strana i to: uslovi pod kojima davalac zdravstvenih usluga pruža zdravstvene usluge osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno obezbeđuje druga prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; obaveze osiguravača prema davaocu zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; troškove koje nadoknađuje osiguravač davaocu zdravstvenih usluga za pružene zdravstvene usluge osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; način fakturisanja; rokove za slanje faktura i plaćanje; naknada troškova u vezi sa fakturisanjem usluga osiguravaču, načine elektronskog dostavljanja podataka o pruženim uslugama osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i druga pitanja od značaja za sprovođenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa zakonom.

Član 185.

Osiguravač ne može raskinuti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen.

Izuzetno od stava 1. ovog člana osiguravač može raskinuti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen u slučaju:

1) neplaćanja ugovorene premije osiguranja;

2) prestanka svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja za osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u toku trajanja ugovora o dopunskom, odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

3) u ostalim slučajevima predviđenim zakonom.

Član 186.

Obaveze osiguravača teku počev od dvadesetčetvrtog časa dana koji je naveden u polisi kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija osiguranja, odnosno rata premije osiguranja, pa sve do isteka poslednjeg dana roka za koji je osiguranje ugovoreno i koji je naveden u polisi.

Osiguravač je dužan da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja.

Član 187.

Osiguravač je dužan da osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja blagovremeno pruži sve informacije, kao i potrebnu dokumentaciju, a koje se odnose na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i informacije kod kojih davalaca zdravstvenih usluga može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu.

Informacije iz stava 1. ovog člana osiguravač daje osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bez plaćanja naknade.

Osiguravač je dužan da na zahtev Ministarstva dostavi na uvid sve tražene informacije i

podatke u vezi sa sprovođenjem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno izveštaje i podatke o sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji ne sadrže podatke o ličnosti.

5. Obaveze ugovarača

Član 188.

Ugovarač je dužan da osiguravaču plaća premiju osiguranja u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja.

Visinu premije osiguranja određuje osiguravač u skladu sa zakonom.

Osiguravač ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Izuzetno od stava 3. ovog člana premija osiguranja može se promeniti:

1) kod ugovora zaključenih na više godina posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključenja ugovora, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je ugovor zaključen;

2) u slučaju da je ugovarač prilikom zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prećutao važne okolnosti bitne za procenu rizika.

Član 189.

Ako ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju osiguranja, odnosno ratu premije osiguranja, prestaje obaveza osiguravača na pokrivanje troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom, istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama osiguranja.

Posle isteka roka iz stava 1. ovog člana osiguravač može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

6. Davalac zdravstvenih usluga

Član 190.

Davalac zdravstvenih usluga može zaključiti sa osiguravačem ugovor o pružanju zdravstvene usluge koja je obuhvaćena dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, bez obzira na vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, za one kapacitete za koje nije zaključen ugovor sa Republičkim fondom, odnosno za višak kapaciteta u pogledu prostora, kadra i opreme.

Davalac zdravstvenih usluga koji je sa osiguravačem zaključio ugovor iz stava 1. ovog člana može da pruža zdravstvenu uslugu obuhvaćenu dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem isključivo na način koji ne ugrožava pružanje zdravstvenih usluga na teret sredstava

obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Odluku o zaključivanju ugovora sa osiguravačem iz stava 1. ovog člana donosi nadležni organ davaoca zdravstvene usluge.

Davalac zdravstvene usluge iz stava 1. ovog člana dužan je da osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja pruži zdravstvene usluge obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju bez plaćanja troškova tako pružene zdravstvene usluge, odnosno dela tih troškova u skladu sa ugovorom, odnosno polisom, osim u slučaju iz člana 184. stav 2. ovog zakona.

Davalac zdravstvene usluge iz Plana mreže zdravstvenih ustanova, koji zaključi ugovor iz stava 1. ovog člana, dužan je da kopiju potpisanog ugovora dostavi Ministarstvu u roku od 15 dana od dana potpisivanja, odnosno izmena i dopuna ugovora.

Član 191.

Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, povodom pružene zdravstvene usluge od strane davaoca zdravstvene usluge iz člana 190. ovog zakona, ostvaruje zaštitu svojih prava u skladu sa zakonom.

7. Finansiranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 192.

Sredstva za finansiranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se uplatom premije osiguranja u skladu sa zaključenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Član 193.

Društvo za osiguranje vodi sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja odvojeno od drugih sredstava društva i to po vrstama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje sprovodi, odvojeno na posebnim računima.

Republički fond vodi sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja odvojeno od sredstava i računa obaveznog zdravstvenog osiguranja i to po vrstama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje sprovodi na posebnim računima.

DEO ČETVRTI
UGOVARANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE, KONTROLA SPROVOĐENJA ZAKLJUČENIH UGOVORA I NAKNADA ŠTETE U OBAVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

GLAVA I
UVODNE ODREDBE

Član 194.

Pravo osiguranog lica na zdravstvenu zaštitu iz čl. 51–70. ovog zakona utvrđuje se na osnovu plana zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji se donosi na osnovu:

1) zdravstvenih potreba osiguranih lica;

2) obezbeđenih finansijskih sredstava za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja;

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

4) raspoloživih kapaciteta zdravstvene službe.

Plan iz stava 1. ovog člana za svaku kalendarsku godinu donosi Vlada na predlog ministra.

Predlog iz stava 2. ovog člana ministar utvrđuje u saradnji sa zavodom za javno zdravlje osnovanim za teritoriju Republike Srbije i sa Republičkim fondom.

Plan iz stava 1. ovog člana mora biti usklađen sa finansijskim planom Republičkog fonda.

Član 195.

Nomenklaturu zdravstvenih usluga za primarni, sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite utvrđuje ministar.

Član 196.

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

Ministar daje saglasnost na akt iz stava 1. ovog člana u roku od 30 dana od dana dostavljanja.

Cene, odnosno troškovi iz stava 1. ovog člana u zavisnosti od sadržine utvrđuju se na osnovu pojedinih elemenata i to:

1) normativa kadra i standarda rada;

2) materijalnih troškova (lekovi, medicinska sredstva, medicinski potrošni materijal i drugi materijalni troškovi);

3) indirektnih troškova;

4) troškova uloženog rada zaposlenih u pružanju zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom i zaključenim kolektivnim ugovorima, osim onih prava koja obezbeđuje poslodavac na osnovu zaključenih kolektivnih ugovora kod poslodavca, odnosno na osnovu donetih pravilnika o radu;

5) drugih zakonskih obaveza.

Radi utvrđivanja cene, odnosno troškova iz stava 1. ovog člana ministar na predlog zavoda za

javno zdravlje osnovanog za teritoriju Republike Srbije utvrđuje normative kadra i standarde rada iz stava 3. tačka 1) ovog člana, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

Republički fond opštom aktom iz stava 1. ovog člana utvrđuje troškove obrade krvi i komponenata krvi na osnovu metodologije za obračun troškova obrade krvi i komponenata krvi, utvrđene u skladu sa propisima kojima se uređuje transfuzijska medicina.

GLAVA II
UGOVARANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA

Član 197.

Odnosi između Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga, povodom ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uređuju se ugovorom koji se zaključuje za jednu kalendarsku godinu, u skladu sa finansijskim planom Republičkog fonda.

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

Do zaključenja ugovora za narednu godinu, primenjuju se odredbe ugovora za prethodnu godinu, ako nisu u suprotnosti sa propisom iz člana 201. ovog zakona.

Ako su odredbe ugovora za prethodnu godinu u suprotnosti sa odredbama propisa iz člana 201. ovog zakona, do zaključenja novog ugovora neposredno se primenjuju odredbe propisa iz člana 201. ovog zakona.

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

Član 198.

Republički fond može, povodom ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu, u skladu sa odredbama ovog zakona i zakona kojim se uređuje zdravstveno osiguranje vojnih osiguranika, zaključiti ugovor i sa organizacijom obaveznog socijalnog osiguranja vojnih osiguranika.

Na ugovor iz stava 1. ovog člana shodno se primenjuju odredbe ovog zakona kojima se uređuje odnos između Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga povodom ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu.

Republički fond može, povodom ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu, pod uslovima propisanim ovim zakonom, zaključiti ugovor i sa pravnim licem odnosno

preduzetnikom, u skladu sa propisima kojima se uređuje javno-privatno partnerstvo.

Član 199.

Republički fond može da, u ime i za račun davaoca zdravstvenih usluga, vrši plaćanje na ime roba i usluga koje se nabavljaju u postupku centralizovanih javnih nabavki, u skladu sa zakonom.

Uslovi i način plaćanja iz stava 1. ovog člana, uređuju se aktom iz člana 201. ovog zakona.

Član 200.

Prednost u zaključivanju ugovora sa Republičkim fondom imaju one zdravstvene ustanove kojima je izdat sertifikat o akreditaciji, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

Davalac zdravstvenih usluga sa kojim je Republički fond, odnosno filijala zaključila ugovor povodom ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu obavezno osiguranim licima mora obezbediti potrebne lekove i medicinska sredstva, koja su utvrđena kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 201.

Ministar, na predlog Republičkog fonda, za period iz člana 197. stav 1. ovog zakona, uređuje uslove za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, kriterijume i merila za utvrđivanje naknade za njihov rad, odnosno način plaćanja zdravstvenih usluga, kao i drugih troškova u skladu sa ovim zakonom, postupak konačnog obračuna sa davaocima zdravstvenih usluga na osnovu ugovora povodom ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu po završenoj kalendarskoj godini, kao i druga pitanja od značaja za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga.

Predlog akta iz stava 1. ovog člana Republički fond sačinjava po prethodno pribavljenom mišljenju udruženja zdravstvenih ustanova, kao i komora zdravstvenih radnika, osnovanih u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

Član 202.

Osnov za zaključivanje ugovora iz člana 197. ovog zakona čine:

1) godišnji plan zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji se donosi u skladu sa ovim zakonom;

2) utvrđeni normativi kadrova, standardi rada, kao i zdravstveni kapaciteti potrebni za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu osiguranih lica;

3) propis iz člana 201. stav 1. ovog zakona;

4) akt iz člana 196. stav 1. ovog zakona;

5) finansijski plan Republičkog fonda.

Ugovorom koji se zaključuje između Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga mogu

se ugovoriti i niže cene zdravstvenih usluga od cena koje su utvrđene aktom iz člana 196. stav 1. ovog zakona za zdravstvene usluge koje se pružaju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 203.

Ugovorom iz člana 197. ovog zakona mogu se utvrditi sledeći načini plaćanja zdravstvenih usluga:

1) po opredeljenom osiguranom licu (u daljem tekstu: kapitacija);

2) po slučaju, odnosno po epizodi bolesti ili povrede;

3) po cenama pojedinačnih zdravstvenih usluga;

4) po dijagnostički srodnim grupama bolesti i povreda;

5) otkupom plana rada davalaca zdravstvenih usluga.

Ugovorom iz člana 197. ovog zakona može se utvrditi i način plaćanja zdravstvenih usluga koji predstavlja kombinaciju načina plaćanja iz stava 1. ovog člana.

Član 204.

Zdravstvene ustanove iz Plana mreže dužne su da prioritetno zaključe ugovor sa Republičkim fondom za raspoložive kapacitete u pogledu prostora, opreme i kadrova, odnosno da prioritetno izvršavaju ugovorne obaveze prema Republičkom fondu, u odnosu na obaveze koje imaju iz zaključenih ugovora o pružanju zdravstvenih usluga sa drugim pravnim i fizičkim licima.

Član 205.

Zdravstvenim ustanovama, privatnoj praksi i drugim pravnim licima sa kojima nije zaključen ugovor povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu mogu se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja platiti samo zdravstvene usluge pružene osiguranim licima pri ukazivanju hitne medicinske pomoći, po cenama utvrđenim aktom iz člana 196. stav 1. ovog zakona.

Ako je osigurano lice snosilo troškove za pruženu hitnu medicinsku pomoć u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi i drugom pravnom licu iz stava 1. ovog člana, ima pravo na naknadu plaćenih troškova iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja do iznosa cene pružene zdravstvene usluge, utvrđene aktom iz člana 196. stav 1. ovog zakona.

GLAVA III
KONTROLA SPROVOĐENJA ZAKLJUČENIH UGOVORA

Član 206.

Republički fond dužan je da organizuje i sprovodi kontrolu izvršavanja zaključenih ugovora povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu.

Kontrola izvršavanja zaključenih ugovora podrazumeva kontrolu namenskog korišćenja

finansijskih sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i kontrolu zakonitog ostvarivanja prava osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 207.

Kontrolu izvršavanja zaključenih ugovora povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu vrši nadzornik osiguranja.

Nadzornik osiguranja je lice zaposleno u Republičkom fondu i to: doktor medicine, doktor stomatologije, diplomirani farmaceut, diplomirani ekonomista ili diplomirani pravnik, koje ima položen državni stručni ispit, u skladu sa zakonom.

Nadzornik osiguranja ovlašćen je da, u postupku kontrole, vrši obradu podataka o ličnosti osiguranih lica u skladu sa zakonom.

Ministar, na predlog Republičkog fonda, uređuje bliže uslove za obavljanje poslova nadzornika osiguranja, način obavljanja kontrole izvršavanja zaključenih ugovora, kao i druga pitanja od značaja za vršenje kontrole.

Član 208.

Nadzornik osiguranja ima službenu legitimaciju.

Službenu legitimaciju izdaje direktor Republičkog fonda.

Obrazac službene legitimacije, njen izgled i sadržaj uređuje se propisom iz člana 207. stav 4. ovog zakona.

Službena legitimacija, pored podataka uređenih aktom iz stava 3. ovog člana, od ličnih podataka sadrži ime i prezime nadzornika osiguranja.

U postupku vršenja kontrole nadzornik osiguranja dužan je da ovlašćenom licu davaoca zdravstvenih usluga stavi na uvid službenu legitimaciju.

Član 209.

U vršenju poslova kontrole nadzornik osiguranja ovlašćen je da ostvari neposredan uvid u tražene podatke i u službenu i finansijsku dokumentaciju kontrolisanog subjekta, kao i uvid u medicinsku dokumentaciju od značaja za ostvarivanje prava osiguranih lica iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U postupku kontrole kontrolisani subjekat dužan je da nadzorniku osiguranja učini dostupnim sve neophodne podatke i informacije koje se odnose na predmet kontrole.

Nadzornik osiguranja o utvrđenom činjeničnom stanju u postupku kontrole sastavlja zapisnik o izvršenoj kontroli, koji bez odlaganja dostavlja kontrolisanom subjektu i direktoru filijale na čijem području se nalazi sedište kontrolisanog subjekta.

Nadzornik osiguranja kontrolisanom subjektu ostavlja primereni rok za otklanjanje utvrđenih nepravilnosti, odnosno nezakonitosti. Ako kontrolisani subjekat u ostavljenom roku ne otkloni utvrđene nepravilnosti, odnosno nezakonitosti, nadzornik osiguranja predlaže mere za otklanjanje utvrđenih nepravilnosti, odnosno nezakonitosti, i to:

1) da se umanji iznos sredstava kontrolisanom subjektu za deo obaveza preuzetih zaključenim ugovorom koje kontrolisani subjekat nije izvršio;

2) da se izvrši povraćaj sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja Republičkom fondu za iznos koji je kontrolisani subjekat neosnovano, odnosno nenamenski potrošio iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja;

3) da se pokrene postupak oduzimanja identifikacionog broja izabranom lekaru;

4) da se raskine ugovor u celini ili delimično sa kontrolisanim subjektom;

5) da preduzme druge mere u skladu sa zakonom i zaključenim ugovorom.

Prilikom predlaganja mera iz stava 4. ovog člana nadzornik osiguranja je dužan da uzme u obzir sve okolnosti, kako se predloženom merom ne bi ugrozio rad kontrolisanog subjekta, kao i zdravstveni sistem u celini.

Član 210.

Direktor filijale Republičkog fonda po službenoj dužnosti na osnovu zapisnika iz člana 209. stav 3. ovog zakona donosi rešenje kojim:

1) utvrđuje da u postupku kontrole nisu utvrđene nepravilnosti, odnosno nezakonitosti;

2) utvrđuje da su u postupku kontrole utvrđene nepravilnosti, odnosno nezakonitosti, usvaja predloženu meru nadzornika osiguranja i nalaže kontrolisanom subjektu da postupi po usvojenoj meri.

Ukoliko nadzornik osiguranja predloži dve ili više mera, direktor filijale rešenjem iz stava 1. tačka 2) ovog člana odlučuje koju će od predloženih mera usvojiti i naložiti kontrolisanom subjektu da postupi po istoj, a može usvojiti i sve predložene mere.

Rešenje iz stava 1. ovog člana dostavlja se kontrolisanom subjektu.

Član 211.

Na rešenje iz člana 210. stav 1. ovog zakona kontrolisani subjekat može izjaviti žalbu u roku od 15 dana od dana prijema rešenja direktoru filijale Republičkog fonda.

O žalbi iz stava 1. ovog člana rešava direktor Republičkog fonda.

Rešenje iz stava 2. ovog člana konačno je i protiv njega se može pokrenuti upravni spor.

Član 212.

U postupku kontrole izvršavanja zaključenih ugovora primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje opšti upravni postupak, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

GLAVA IV
ARBITRAŽA

Član 213.

Radi rešavanja sporova između Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga, a u vezi sa zaključivanjem, izmenom i sprovođenjem ugovora povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, ugovorne strane mogu ugovoriti, odnosno zaključiti sporazum o arbitražnom rešavanju spora.

Ugovorom, odnosno sporazumom iz stava 1. ovog člana ugovorne strane mogu arbitražno rešavanje spora poveriti stalno izabranom sudu pri Privrednoj komori Srbije (Arbitražni sud) ili „ad hoc" arbitraži.

U slučaju rešavanja spora putem „ad hoc" arbitraže, ugovorom, odnosno sporazumom iz stava 1. ovog člana, ugovorne strane uređuju mesto arbitraže, broj članova arbitraže, predsednika arbitraže, rok za okončanje arbitražnog postupka i druga pitanja od značaja za sprovođenje arbitražnog postupka.

U slučaju da se ugovorne strane ne sporazumeju o izboru predsednika arbitraže iz stava 3. ovog člana predsednika imenuje ministar.

Član 214.

Svaka strana u sporu iz člana 213. stav 1. ovog zakona, može zahtevati zaključivanje sporazuma o arbitraži u roku od 30 dana od dana nastanka spora, a najkasnije do 1. marta naredne godine u odnosu na godinu za koju je zaključen ugovor povodom ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu, a u vezi sa kojim je nastao spor.

Strane u sporu dužne su da se izjasne o zahtevu iz stava 1. ovog člana u roku od sedam dana od dana dostavljanja zahteva.

Član 215.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa i drugo pravno lice sa kojim nije zaključen ugovor povodom ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu, a koja je pružila hitnu medicinsku pomoć osiguranom licu može zahtevati zaključivanje sporazuma o arbitražnom rešavanju spora, u skladu sa članom 213. st. 2–4. ovog zakona.

Svaka strana u sporu iz stava 1. ovog člana može zahtevati zaključivanje sporazuma iz stava 1. ovog člana u roku od 30 dana od dana nastanka spora.

Strane u sporu dužne su da se izjasne o zahtevu iz stava 2. ovog člana u roku od sedam dana od dana dostavljanja zahteva.

Član 216.

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

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

Arbitražna odluka na osnovu poravnanja ima snagu kao svaka druga arbitražna odluka.

Član 217.

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

GLAVA V
NAKNADA ŠTETE U SPROVOĐENJU OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 218.

Osigurano lice kome je iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja izvršena isplata naknade na koju nije imalo pravo, dužno je da Republičkom fondu vrati primljeni iznos, odnosno naknadi troškove:

1) ako je isplata izvršena na osnovu netačnih podataka za koje je znalo ili je moralo znati da su netačni ili je na drugi protivpravan način ostvarilo pravo na naknadu na koju nije imalo pravo ili je ostvarilo naknadu u većem obimu od pripadajuće;

2) ako je ostvarilo novčanu naknadu usled toga što nije prijavilo nastale promene koje utiču na gubitak ili obim nekog prava, a znalo je ili je moralo znati za te promene;

3) ako je primilo novčanu naknadu u iznosu većem od onoga koji mu je određen rešenjem;

4) ako mu je pružena hitna medicinska pomoć u državi sa kojom je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju i koje je boravilo u toj državi bez prethodno izdate potvrde za korišćenje zdravstvene zaštite, uključujući i troškove prevoza za povratak do mesta stanovanja u Republici Srbiji, a koje je platio Republički fond u skladu sa članom 116. stav 2. ovog zakona.

Rokovi zastarelosti potraživanja iz stava 1. tač. 1)–4) ovog člana počinju teći od dana kada je u upravnom postupku postalo konačno rešenje kojim je utvrđeno da isplaćena novčana naknada ne pripada ili pripada u manjem obimu, odnosno od dana kada je izvršena poslednja nepravilna isplata.

Član 219.

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

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

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

Član 220.

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

Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete od poslodavca i kada je šteta nastala usled toga što je zaposleni stupio na rad bez propisanog prethodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se, zdravstvenim pregledom, utvrdi da zaposleni prema svom zdravstvenom stanju nije bio sposoban za rad na određenom poslu.

Član 221.

Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete od poslodavca:

1) ako je šteta nastala usled toga što nisu dati podaci ili što su dati neistiniti podaci o činjenicama od kojih zavisi sticanje ili ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

2) ako je isplata izvršena na osnovu neistinitih podataka u prijavi na osiguranje ili zato što nije podneta prijava o promeni u osiguranju ili odjava sa osiguranja ili ako su navedeni dokumenti podneti posle propisanog roka.

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

Član 222.

Republički fond ima pravo da zahteva naknadu štete od izabranog lekara koji nezakonito utvrdi privremenu sprečenost za rad osiguranika ili propiše lekove, medicinska sredstva, odnosno prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, za koja nema osnova u zdravstvenom stanju osiguranog lica.

Ako je šteta iz stava 1. ovog člana nastala zbog nezakonitog rada prvostepene ili drugostepene lekarske komisije, za štetu odgovara taj stručno-medicinski organ koji je nezakonito radio.

Republički fond ima pravo na naknadu štete od zdravstvenog radnika, odnosno od davaoca zdravstvenih usluga, ako je nastala šteta prouzrokovana pri obavljanju ili u vezi sa obavljanjem delatnosti zdravstvenog radnika, odnosno davaoca zdravstvenih usluga zbog pružanja zdravstvene zaštite osiguranim licima suprotno ovom zakonu i podzakonskim aktima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Član 223.

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

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

Član 224.

Šteta nastala za Republički fond kao posledica upotrebe motornog vozila (smrt lica ili oštećenje zdravlja) naplaćuje se od društva za osiguranje u visini od 5% bruto premije

osiguranja od autoodgovornosti uplatom na račun Republičkog fonda.

Procenat iz stava 1. ovog člana obračunat na iznos bruto premije osiguranja od odgovornosti društvo za osiguranje uplaćuje Republičkom fondu do 20. u tekućem mesecu za prethodni mesec.

Uplatom iznosa iz stava 2. ovog člana smatra se da su prema Republičkom fondu izmirene sve stvarne štete iz stava 1. ovog člana.

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

Član 225.

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

Član 226.

Kada Republički fond utvrdi da mu je u sprovođenju zdravstvenog osiguranja prouzrokovana šteta, zatražiće od štetnika da, u roku od 30 dana od dana podnošenja zahteva za naknadu štete, nadoknadi štetu.

Ako u ostavljenom roku šteta ne bude naknađena, zahtev za naknadu štete Republički fond može ostvariti sudskim putem.

Član 227.

Poslodavci, davaoci zdravstvenih usluga, nadležni državni organi, kao i druga pravna lica koja na osnovu zakona u obavljanju redovne delatnosti prikupljaju podatke, odnosno vode evidencije od značaja za naknadu štete u skladu sa ovim zakonom, dužni su da na zahtev Republičkog fonda te podatke dostave Republičkom fondu.

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

DEO PETI
ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

GLAVA I
ZAJEDNIČKE ODREDBE

Član 228.

Obezbeđivanje i sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja obavlja Republički fond, sa sedištem u Beogradu.

Republički fond vrši javna ovlašćenja u obezbeđivanju i sprovođenju obaveznog zdravstvenog

osiguranja, kao i u rešavanju o pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom.

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

Član 229.

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

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

Statutom Republičkog fonda bliže se uređuje delatnost Republičkog fonda, unutrašnja organizacija, upravljanje, poslovanje, uslovi za imenovanje direktora i zamenika direktora, kao i druga pitanja od značaja za rad Republičkog fonda.

Delatnost Republičkog fonda koja se uređuje statutom iz stava 2. ovog člana obuhvata: sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi Republički fond, zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, sprovođenje međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju, finansijsko poslovanje, obavljanje drugih stručnih, kontrolnih i administrativnih poslova, pružanje saveta i uputstava osiguranim licima o korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Vlada daje saglasnost na statut Republičkog fonda.

Član 230.

Radi obezbeđivanja i sprovođenja zdravstvenog osiguranja obrazuju se organizacione jedinice Republičkog fonda – filijale, kao i Pokrajinski fond.

Filijale se obrazuju za područje upravnog okruga sa sedištem u upravnom okrugu, odnosno za teritoriju grada Beograda, s tim što opština Sokobanja pripada filijali sa sedištem u Nišu.

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

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

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

Član 231.

Republički fond ima posebne račune za:

1) obavezno zdravstveno osiguranje;

2) dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

GLAVA II
POSLOVI REPUBLIČKOG FONDA

Član 232.

Republički fond:

1) donosi statut;

2) donosi opšte akte i utvrđuje predloge opštih akata, na osnovu ovlašćenja iz ovog zakona, kojima se bliže uređuje sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja;

3) planira i obezbeđuje finansijska sredstva za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja;

4) prenosi sredstva za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja filijalama, u skladu sa članom 169. ovog zakona;

5) obezbeđuje finansijske i druge uslove za ostvarivanje prava na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu, odnosno za upućivanje osiguranih lica na lečenje u inostranstvo;

6) donosi plan rada za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa planovima rada filijala;

7) donosi finansijski plan, u skladu sa zakonom;

8) zaključuje ugovore povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu u skladu sa ovim zakonom i obezbeđuje sredstva za sprovođenje zdravstvene zaštite na osnovu tih ugovora;

9) u okviru raspoloživih finansijskih sredstava planira i obezbeđuje uslove za ravnomerno sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Republike Srbije i obezbeđuje sredstva solidarnosti iz člana 255. ovog zakona;

10) stara se o zakonitom, namenskom i ekonomičnom korišćenju sredstava;

11) obezbeđuje neposredno, efikasno, racionalno i zakonito ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja i organizuje obavljanje poslova za sprovođenje osiguranja;

12) organizuje obavljanje poslova za sprovođenje zdravstvenog osiguranja koje se neposredno sprovodi u Republičkom fondu;

13) koordinira rad filijala i Pokrajinskog fonda;

14) organizuje i vrši kontrolu rada filijala, zakonitog i namenskog korišćenja sredstava koja se filijalama prenose za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

15) vrši kontrolu sprovođenja zaključenih ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga;

16) ustrojava i organizuje matičnu evidenciju i vrši kontrolu poslova matične evidencije;

17) organizuje i vrši kontrolu i ujednačavanje rada prvostepenih i drugostepenih lekarskih komisija;

18) obezbeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u delu kojim se uređuje zdravstveno osiguranje;

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

20) obavlja poslove koji se odnose na farmako-ekonomske pokazatelje u postupku stavljanja lekova na Listu lekova, njene izmene i dopune, kao i skidanje sa Liste lekova;

21) obavlja poslove centralizovanih javnih nabavki u skladu sa zakonom;

22) sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje, vrši kontrolu obračuna i plaćanja premija za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, kao i kontrolu sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom;

23) osiguranim licima pruža savete i uputstva o korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

24) daje saglasnost na finansijske planove zdravstvenih ustanova iz Plana mreže i vrši kontrolu tih finansijskih planova, u skladu sa zakonom;

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

Za obavljanje poslova iz stava 1. ovog člana Republički fond može da obrazuje komisije i druga stručna tela, osim za one oblasti medicine, stomatologije, odnosno farmacije za koje su obrazovane republičke stručne komisije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, odnosno druga stručna tela obrazovana od strane ministra.

U skladu sa ovlašćenjima utvrđenim ovim zakonom, Republički fond u postupku donošenja odluka, opštih akata, odnosno utvrđivanja predloga opštih akata kojima se obezbeđuje, odnosno uređuje pravo na zdravstvenu zaštitu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, dužan je da uključi u rad, odnosno da pribavi stručno mišljenje republičkih stručnih komisija obrazovanih za određene oblasti medicine, stomatologije, odnosno farmacije u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, druga stručna tela formirana od strane ministra, kao i udruženja i druga pravna lica, u skladu sa zakonom.

Akti iz stava 1. tač. 1) i 2) ovog zakona objavljuju se u „Službenom glasniku Republike Srbije”.

Član 233.

Republički fond obavlja poslove centralizovanih javnih nabavki u ime i za račun zdravstvenih ustanova iz Plana mreže sa kojima ima zaključen ugovor povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, u skladu sa ovim zakonom, osim ako zakonom kojim se uređuju javne nabavke nije drukčije propisano, i to:

1) prikuplja, objedinjuje i analizira planove potreba zdravstvenih ustanova iz Plana mreže na osnovu kojih donosi Plan centralizovanih javnih nabavki roba i usluga (u daljem tekstu: Plan

centralizovanih javnih nabavki);

2) sprovodi centralizovane javne nabavke, na osnovu Plana centralizovanih javnih nabavki, za koje se sredstva obezbeđuju u finansijskom planu zdravstvene ustanove iz Plana mreže, odnosno Republičkog fonda, kao i u budžetu osnivača zdravstvene ustanove iz Plana mreže, u skladu sa zakonom;

3) prati izvršenje zaključenih okvirnih sporazuma, odnosno ugovora;

4) obavlja i druge poslove u skladu sa zakonom.

Za sprovođenje centralizovanih javnih nabavki koje Republički fond obavlja u ime i za račun zdravstvenih ustanova iz stava 1. ovog člana, nije potrebno prethodno ovlašćenje, odnosno saglasnost tih ustanova.

Zdravstvene ustanove iz stava 1. ovog člana ne mogu da nabavljaju robe i usluge za koje Republički fond u ime i za račun tih ustanova sprovodi centralizovane javne nabavke.

Postupci javnih nabavki sprovode se u skladu sa zakonom kojim se uređuju javne nabavke.

Vlada bliže uređuje uslove, način i postupak planiranja potreba zdravstvenih ustanova iz Plana mreže za koje se sprovode centralizovane javne nabavke, vrstu robe i usluga za koje se sprovode centralizovane javne nabavke i koje su obuhvaćene Planom centralizovanih javnih nabavki, kao i druga pitanja od značaja za planiranje, organizovanje i sprovođenje centralizovanih javnih nabavki.

Republički fond može da sprovodi centralizovane javne nabavke i u ime i za račun zdravstvenih ustanova van Plana mreže, odnosno privatne prakse sa kojima ima zaključen ugovor povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, na način utvrđen odredbama ovog člana, a uz saglasnost tih ustanova, odnosno privatne prakse.

Zavod za javno zdravlje osnovan za teritoriju Republike Srbije može na zahtev Republičkog fonda obavljati poslove iz stava 1. tačka 1) ovog člana.

Zavod za javno zdravlje osnovan za teritoriju Republike Srbije dužan je da, za obavljanje poslova iz stava 1. tačka 1) ovog člana, pribavi mišljenje republičkih stručnih komisija osnovanih u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita na Plan centralizovanih javnih nabavki, kao i da sprovodi postupak usklađivanja Plana centralizovanih javnih nabavki sa mišljenjem republičkih stručnih komisija.

Republički fond obezbeđuje sredstva zavodu za javno zdravlje osnovanim za teritoriju Republike Srbije za obavljanje poslova iz stava 1. tačka 1) ovog člana, u skladu sa zakonom.

GLAVA III
FILIJALA I POKRAJINSKI FOND

1. Filijala

Član 234.

Filijala:

1) sprovodi obavezno zdravstveno osiguranje na svom području;

2) planira potrebe osiguranih lica sa svog područja i pravi planove rada u skladu sa raspoloživim finansijskim sredstvima, odnosno sa finansijskim planom Republičkog fonda;

3) raspolaže prenetim sredstvima za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica sa svog područja, u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona;

4) obezbeđuje ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja za osigurana lica sa svog područja, u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona;

5) zaključuje ugovore povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu;

6) vrši kontrolu sprovođenja zaključenih ugovora povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu;

7) obezbeđuje zakonito, namensko i ekonomično trošenje prenetih sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja na svom području;

8) vodi matičnu evidenciju osiguranih lica sa podacima potrebnim za sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja i za obezbeđivanje i kontrolu ostvarivanja prava iz tog osiguranja;

9) vrši kontrolu prijavljivanja na osiguranje, odjavljivanja sa osiguranja i prijavljivanje promene u osiguranju, kao i kontrolu svih podataka od značaja za sticanje, korišćenje i prestanak prava;

10) vodi evidenciju o naplaćenim doprinosima, razmenjuje podatke sa nadležnim organima o obveznicima doprinosa za zdravstveno osiguranje, kao i druge podatke vezane za doprinose, na svom području;

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

12) vrši određene poslove u sprovođenju međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju u delu kojim se uređuje zdravstveno osiguranje;

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

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

15) obavlja određene poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

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

Poslove iz stava 1. ovog člana filijala obavlja u ime Republičkog fonda.

Član 235.

Filijala podnosi šestomesečni izveštaj o radu direktoru Republičkog fonda.

Član 236.

Filijalom rukovodi direktor filijale.

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

Direktor filijale izvršava odluke organa Republičkog fonda.

Direktor filijale donosi rešenje iz člana 210. stav 1. ovog zakona.

Direktora filijale na osnovu javnog konkursa imenuje direktor Republičkog fonda na period od četiri godine.

Direktor filijale mora ispunjavati uslove iz člana 240. st. 3–5. ovog zakona.

Direktor filijale u obavljanju poslova vrši javnu funkciju.

Na obavljanje javne funkcije direktora filijale primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje rad Agencije za borbu protiv korupcije.

Direktor filijale po isteku mandata nastavlja da obavlja poslove u skladu sa zakonom i statutom Republičkog fonda do dana imenovanja direktora filijale, po postupku propisanim ovim zakonom.

Dužnost direktora filijale prestaje istekom mandata i razrešenjem.

Direktor Republičkog fonda razrešava direktora filijale pre isteka mandata u sledećim slučajevima:

1) na lični zahtev;

2) iz drugih razloga, u skladu sa zakonom.

Član 237.

U filijali se može obrazovati Savet filijale.

Savet filijale je savetodavno telo direktora filijale i čine ga predstavnici osiguranika i poslodavaca sa područja filijale.

Savet filijale ima najviše devet članova, od kojih su šest predstavnici osiguranika, a tri predstavnici poslodavaca, s tim da se obezbeđuje pravična zastupljenost opština na području filijale.

Jedan od predstavnika osiguranika u Savetu filijale jeste iz udruženja osoba sa invaliditetom sa područja filijale.

Članovi Saveta filijale moraju ispunjavati uslove iz člana 240. st. 3–5. ovog zakona.

Savet filijale:

1) predlaže mere za sprovođenje i unapređivanje zdravstvenog osiguranja na području filijale;

2) daje mišljenje o planu rada filijale;

3) daje mišljenje na odluke koje donosi filijala u pogledu obezbeđivanja prava iz zdravstvenog osiguranja i zaključivanja ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga;

4) daje predloge za racionalno raspolaganje i trošenje sredstava zdravstvenog osiguranja;

5) daje mišljenje o izveštaju koji filijala podnosi Upravnom odboru i Nadzornom odboru Republičkog fonda;

6) obavlja i druge poslove utvrđene statutom Republičkog fonda.

2. Pokrajinski fond

Član 238.

Pokrajinski fond je organizaciona jedinica Republičkog fonda koja obavlja:

1) koordinaciju rada filijala obrazovanih na teritoriji autonomne pokrajine, u saradnji sa Republičkim fondom, u skladu sa zakonom;

2) kontrolu rada filijala, zakonitog i namenskog korišćenja sredstava koja Republički fond prenosi filijalama za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, na području autonomne pokrajine;

3) kontrolu zaključenih ugovora povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu na području autonomne pokrajine;

4) rešava u drugom stepenu o pravima iz zdravstvenog osiguranja povodom izjavljenih žalbi na odluke filijala sa teritorije autonomne pokrajine u skladu sa ovim zakonom;

5) pruža savete i uputstva osiguranim licima o korišćenju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

6) obezbeđuje uslove za rad stručno-medicinskih organa obrazovanih na teritoriji autonomne pokrajine, u skladu sa zakonom;

7) podnosi šestomesečni izveštaj o radu Upravnom odboru Republičkog fonda;

8) druge poslove utvrđene statutom Republičkog fonda.

GLAVA IV
UPRAVLJANJE REPUBLIČKIM FONDOM I ORGANI REPUBLIČKOG FONDA

1. Upravljanje Republičkim fondom

Član 239.

Republičkim fondom upravljaju organi Republičkog fonda, u skladu sa nadležnostima utvrđenim ovim zakonom i statutom Republičkog fonda.

2. Organi Republičkog fonda

Član 240.

Organi Republičkog fonda su: Upravni odbor, Nadzorni odbor i direktor.

Republički fond ima i zamenika direktora koji se imenuje i razrešava pod uslovima, na način i po postupku koji je propisan za imenovanje i razrešenje direktora.

Članovi Upravnog odbora, Nadzornog odbora, direktor, odnosno zamenik direktora, ne smeju, direktno ili preko trećeg fizičkog ili pravnog lica, imati učešće kao vlasnici udela, akcionari, zaposleni ili lica angažovana po osnovu drugih ugovora kod davalaca zdravstvenih usluga, odnosno u osiguravajućim društvima koja obavljaju poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, radi sprečavanja sukoba interesa.

Izuzetno od stava 3. ovog člana, članovi Upravnog odbora, Nadzornog odbora, direktor, odnosno zamenik direktora mogu pored poslova u organima Republičkog fonda, da se bave i naučnoistraživačkim radom, nastavom, radom u kulturno-umetničkim, humanitarnim i sportskim organizacijama, bez saglasnosti Agencije za borbu protiv korupcije, ako time ne ugrožavaju nepristrasno vršenje poslova i ugled organa Republičkog fonda.

Lice iz stava 3. ovog člana ne može biti lice izabrano, postavljeno ili imenovano na funkciju u državnom organu, organu teritorijalne autonomije ili lokalne samouprave, odnosno organu ovlašćenog predlagača iz čl. 242. i 245. ovog zakona.

Lice iz stava 3. ovog člana potpisuje izjavu o nepostojanju sukoba interesa iz stava 3. ovog člana.

Lice iz stava 3. ovog člana u obavljanju poslova vrši javnu funkciju.

Na obavljanje javne funkcije lica iz stava 3. ovog člana, primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje rad Agencije za borbu protiv korupcije.

Lica iz stava 3. ovog člana mogu biti imenovana na javnu funkciju u Republičkom fondu najviše dva puta uzastopno.

Organi Republičkog fonda po isteku mandata nastavljaju da obavljaju poslove u skladu sa zakonom i statutom Republičkog fonda do dana imenovanja novih organa Republičkog fonda na način propisan ovim zakonom.

2.1. Upravni odbor

Član 241.

Upravni odbor:

1) donosi statut i druge opšte akte Republičkog fonda, kao i predloge opštih akata u skladu sa ovlašćenjima utvrđenim ovim zakonom;

2) odlučuje o imovini Republičkog fonda;

3) odlučuje o poslovanju Republičkog fonda, kao i o drugim pitanjima od značaja za rad Republičkog fonda;

4) donosi finansijski plan i završni račun Republičkog fonda;

5) razmatra i usvaja izveštaj o radu Republičkog fonda;

6) razmatra i usvaja izveštaj o finansijskom poslovanju Republičkog fonda;

7) sprovodi javni konkurs za imenovanje direktora Republičkog fonda;

8) daje prethodnu saglasnost na akt o organizaciji i sistematizaciji poslova u Republičkom fondu;

9) obavlja i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom.

Izveštaje iz stava 1. tač. 5) i 6) ovog člana Upravni odbor podnosi Vladi, najkasnije do 31. marta tekuće godine za prethodnu godinu.

Član 242.

Upravni odbor ima sedam članova, koje imenuje i razrešava Vlada i to:

1) četiri člana, na predlog ministra;

2) jednog člana predstavnika osiguranika zaposlenih, na predlog reprezentativnih sindikata organizovanih na nivou Republike Srbije;

3) jednog člana predstavnika osiguranika penzionera, na predlog udruženja penzionera organizovanog na nivou Republike Srbije koje ima više od 50.000 registrovanih članova;

4) jednog člana predstavnika osiguranika poljoprivrednika, na predlog udruženja poljoprivrednika organizovanih na nivou Republike Srbije koja imaju više od 50.000 registrovanih članova.

Članovi Upravnog odbora zastupaju interese osiguranih lica u obezbeđivanju i sprovođenju prava obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, u skladu sa ovim zakonom.

Broj članova udruženja iz stava 1. tač. 3) i 4) ovog člana utvrđuje se na osnovu dokaza o broju registrovanih članova.

Član 243.

Na predlog ministra Vlada imenuje i razrešava predsednika i zamenika predsednika Upravnog odbora iz reda članova Upravnog odbora.

Predsednik, zamenik predsednika i članovi Upravnog odbora imenuju se na period od četiri godine.

Način rada, ovlašćenja i odgovornosti članova Upravnog odbora, kao i druga pitanja od značaja za rad Upravnog odbora, uređuju se statutom Republičkog fonda.

2.2. Nadzorni odbor

Član 244.

Nadzorni odbor:

1) vrši nadzor nad finansijskim poslovanjem Republičkog fonda;

2) vrši nadzor nad finansijskim poslovanjem filijala i Pokrajinskog fonda;

3) vrši uvid u sprovođenje zakonskih obaveza Republičkog fonda, filijala i Pokrajinskog fonda;

4) vrši uvid u sprovođenje odluka Upravnog odbora;

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

Nadzorni odbor, najmanje jednom godišnje, a najkasnije do 31. marta tekuće godine za prethodnu godinu podnosi izveštaj o izvršenom nadzoru Upravnom odboru i Vladi.

Član 245.

Nadzorni odbor ima pet članova, koje imenuje i razrešava Vlada i to:

1) tri člana, na predlog ministra;

2) jednog člana predstavnika osiguranika zaposlenih, na predlog reprezentativnih sindikata organizovanih na nivou Republike Srbije;

3) jednog člana predstavnika osiguranika penzionera, na predlog udruženja penzionera organizovanog na nivou Republike Srbije koje ima više od 50.000 registrovanih članova.

Na predlog ministra Vlada imenuje i razrešava predsednika Nadzornog odbora iz reda članova Nadzornog odbora.

Broj članova udruženja iz stava 1. tačka 3) ovog člana utvrđuje se na osnovu dokaza o broju registrovanih članova.

Član 246.

Predsednik i članovi Nadzornog odbora imenuju se na period od četiri godine.

Način rada, ovlašćenja i odgovornosti članova Nadzornog odbora, kao i druga pitanja od značaja za rad Nadzornog odbora, uređuju se statutom Republičkog fonda.

2.3. Direktor Republičkog fonda

Član 247.

Direktor Republičkog fonda:

1) organizuje rad i poslovanje u Republičkom fondu;

2) predstavlja i zastupa Republički fond;

3) stara se o zakonitosti rada Republičkog fonda i odgovara za zakonitost rada;

4) izvršava odluke Upravnog odbora;

5) propisuje obrazac službene legitimacije nadzornika osiguranja, kao i njen izgled i sadržaj;

6) rukovodi radom zaposlenih u Republičkom fondu;

7) imenuje direktore filijala po sprovedenom javnom konkursu za izbor direktora filijale, osim za filijale sa teritorije autonomne pokrajine;

8) donosi rešenje iz člana 211. stav 2. ovog zakona;

9) donosi akt o organizaciji i sistematizaciji poslova u Republičkom fondu, uz prethodnu saglasnost Upravnog odbora i nakon zatraženog mišljenja reprezentativnog sindikata;

10) podnosi godišnji izveštaj o radu Upravnom odboru;

11) vrši druge poslove utvrđene zakonom i statutom.

Direktora Republičkog fonda, po sprovedenom javnom konkursu, imenuje Upravni odbor, uz prethodnu saglasnost Vlade.

Upravni odbor obavlja razgovor sa kandidatima koji ispunjavaju uslove iz konkursa i u roku od 30 dana od dana završetka javnog konkursa sačinjava izveštaj o kandidatima koji ne ispunjavaju uslove iz konkursa, Listu kandidata koji ispunjavaju uslove iz konkursa, kao i ocenu o njihovim stručnim i organizacionim sposobnostima i predlog akta o imenovanju direktora Republičkog fonda sa Liste kandidata.

Predlog akta o imenovanju direktora Republičkog fonda, sa kompletnom dokumentacijom iz stava 3. ovog člana, Upravni odbor dostavlja Ministarstvu, radi upućivanja Vladi na prethodnu saglasnost.

Javni konkurs nije uspeo ako:

1) nema prijavljenih kandidata;

2) niko od prijavljenih kandidata ne ispunjava uslove iz konkursa;

3) Vlada nije dala prethodnu saglasnost.

Mandat direktora Republičkog fonda traje četiri godine.

Dužnost direktora Republičkog fonda prestaje istekom mandata i razrešenjem.

Upravni odbor razrešava direktora Republičkog fonda pre isteka mandata, u sledećim slučajevima:

1) na lični zahtev;

2) na obrazloženi predlog ministra, uz prethodnu saglasnost Vlade;

3) iz drugih razloga u skladu sa zakonom.

U slučaju iz st. 5. i 8. ovog člana, raspisuje se javni konkurs, a do imenovanja direktora Republičkog fonda, Upravni odbor, uz prethodnu saglasnost Vlade, imenuje vršioca dužnosti direktora Republičkog fonda najduže na godinu dana.

2.4. Direktor Pokrajinskog fonda

Član 248.

Direktora Pokrajinskog fonda, po sprovedenom javnom konkursu koji raspisuje Republički fond, imenuje Upravni odbor, na predlog nadležnog organa autonomne pokrajine.

Direktor Pokrajinskog fonda imenuje se na period od četiri godine.

Direktor Pokrajinskog fonda po isteku mandata nastavlja da obavlja poslove u skladu sa zakonom i statutom Republičkog fonda do dana imenovanja direktora Pokrajinskog fonda na način propisan ovim zakonom.

Direktor Pokrajinskog fonda učestvuje u radu Upravnog odbora, bez prava odlučivanja.

Direktor Pokrajinskog fonda, po sprovedenom javnom konkursu, imenuje direktore filijala koje su obrazovane na teritoriji autonomne pokrajine, pod uslovima i na način propisan ovim zakonom za imenovanje direktora filijala.

Na direktora Pokrajinskog fonda primenjuju se odredbe člana 240. st. 3–7. ovog zakona.

3. Stručna služba Republičkog fonda

Član 249.

Stručne, administrativne i finansijske poslove u vezi sa radom i poslovanjem Republičkog fonda i sprovođenjem zdravstvenog osiguranja vrše zaposleni u Republičkom fondu.

Na prava, obaveze i odgovornosti zaposlenih u Republičkom fondu koji nisu uređeni zakonom kojim se uređuju prava, obaveze i odgovornosti iz radnog odnosa u javnim službama, odnosno ovim zakonom, primenjuju se propisi kojima se uređuje rad.

Član 250.

Zaposleni ima pravo da profesionalno napreduje na način i pod uslovima propisanim kolektivnim ugovorom, odnosno pravilnikom o radu, u skladu sa zakonom.

Član 251.

Lice u svojstvu pripravnika može da zasnuje radni odnos u Republičkom fondu na neodređeno vreme ili na određeno vreme dok traje pripravnički staž ili da zaključi ugovor o stručnom osposobljavanju radi obavljanja pripravničkog staža, ako je to kao uslov za rad na određenim poslovima utvrđeno zakonom ili aktom o organizaciji i sistematizaciji poslova Republičkog fonda.

Bliži uslovi za obavljanje pripravničkog staža uređuju se kolektivnim ugovorom, odnosno pravilnikom o radu.

Član 252.

Zaposlenom može da se uveća osnovna plata, u skladu sa zakonom.

GLAVA V
SREDSTVA REPUBLIČKOG FONDA

Član 253.

Prihod Republičkog fonda čine sredstva:

1) doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje;

2) premije za dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje organizuje i sprovodi Republički fond;

3) od imovine kojom raspolaže Republički fond;

4) domaćih i inostranih kredita i zajmova;

5) druga sredstva, u skladu sa zakonom.

Član 254.

Sredstva Republičkog fonda mogu se koristiti samo za namene određene zakonom i to za:

1) ostvarivanje prava osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

2) unapređivanje sistema zdravstvenog osiguranja;

3) ostvarivanje prava osiguranih lica iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi Republički fond;

4) troškove sprovođenja zdravstvenog osiguranja;

5) druge rashode, u skladu sa zakonom.

Član 255.

U Republičkom fondu, na osnovu odluke Upravnog odbora iz člana 169. ovog zakona, obrazuju se, u okviru raspoloživih finansijskih sredstava, sredstva solidarnosti za ravnomerno sprovođenje obaveznog zdravstvenog osiguranja na teritoriji Republike Srbije i ujednačavanje uslova za obezbeđivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na području filijala.

GLAVA VI
NADZOR NAD RADOM REPUBLIČKOG FONDA

Član 256.

Nadzor nad radom Republičkog fonda vrši Ministarstvo.

Ministarstvo je, u vršenju nadzora nad radom Republičkog fonda, ovlašćeno da:

1) zahteva izveštaje i podatke o radu;

2) utvrdi stanje izvršavanja poslova, upozori na uočene nepravilnosti i odredi mere i rok za njihovo otklanjanje;

3) izdaje instrukcije;

4) naloži preduzimanje poslova koje smatra potrebnim;

5) pokrene postupak za utvrđivanje odgovornosti;

6) neposredno izvrši neki posao ako oceni da se drukčije ne može izvršiti zakon ili drugi opšti akt;

7) predloži Vladi da preduzme mere na koje je ovlašćena.

Izveštaj o radu iz stava 2. tačka 1) ovog člana sadrži prikaz izvršavanja zakona, drugih opštih akata i zaključaka Vlade, preduzete mere i njihovo dejstvo, a po potrebi i druge podatke.

Član 257.

Republički fond, kao imalac javnih ovlašćenja, u vršenju poverenih poslova državne uprave, dužan je da, pre objavljivanja propisa na čije donošenje je ovlašćen ovim zakonom, pribavi od Ministarstva mišljenje o ustavnosti i zakonitosti propisa, a Ministarstvo je dužno da Republičkom fondu dostavi obrazloženi predlog kako da propis usaglasi sa Ustavom, zakonom, drugim propisom ili opštim aktom Narodne skupštine i Vlade.

Ministar daje mišljenje iz stava 1. ovog člana u roku od 30 dana od dana dostavljanja propisa koje je doneo Republički fond.

Ako Republički fond ne postupi po predlogu Ministarstva, Ministarstvo je dužno da Vladi

predloži:

1) da donese rešenje kojim se poništava ili ukida propis Republičkog fonda, ako propis nije u saglasnosti s drugim propisom ili opštim aktom Narodne skupštine ili Vlade;

2) da obustavi od izvršenja propis Republičkog fonda i pojedinačne akte zasnovane na tom propisu i da pred Ustavnim sudom pokrene postupak za ocenu ustavnosti ili zakonitosti tog propisa, ako propis nije u saglasnosti sa ustavom ili zakonom.

DEO ŠESTI
KAZNENE ODREDBE

Član 258.

Novčanom kaznom od 300.000 do 1.000.000 dinara kazniće se za prekršaj davalac zdravstvene usluge – pravno lice, ako:

1) osiguranom licu ne obezbedi zdravstvenu zaštitu koja je pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ako osiguranom licu obezbedi tu zdravstvenu zaštitu u manjem, odnosno većem sadržaju i obimu, ili ako se ta zdravstvena zaštita obezbedi licu koje na nju nema pravo (čl. 51–70. i član 131);

2) zdravstvenu uslugu koja se ne obezbeđuje iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pruži na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 110);

3) ne utvrdi listu čekanja za određene vrste zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ako utvrdi liste čekanja u suprotnosti sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, ili ako osiguranom licu ne pruži zdravstvene usluge u skladu sa listom čekanja (član 129);

4) osiguranom licu naplati drukčiji iznos participacije od iznosa propisanih ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona (član 134. stav 4);

5) osiguranom licu ne izda račun o naplaćenoj participaciji na propisanom obrascu (član 135. stav 1);

6) ako suprotno članu 136. ovog zakona naplati zdravstvenu uslugu na koju osigurano lice ima pravo u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno ako traži ili primi ili na bilo koji drugi način navede osigurano lice ili članove njegove porodice, na plaćanje, odnosno davanje bilo kakve materijalne ili nematerijalne koristi za pružanje takvih usluga osiguranom licu, osim ako zakonom nije drukčije određeno;

7) osiguranom licu kome se zdravstvena zaštita obezbeđuje u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja naplati participaciju (član 137);

8) ne obezbedi za osigurano lice potrebne lekove i medicinska sredstva, koja su utvrđena kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 200. stav 2);

9) prioritetno ne zaključi ugovor sa Republičkim fondom za raspoložive kapacitete u pogledu prostora, opreme i kadrova, odnosno ako prioritetno ne izvršava ugovorne obaveze prema Republičkom fondu, u odnosu na druga pravna i fizička lica sa kojima ima zaključene ugovore o pružanju zdravstvenih usluga (član 204).

Novčanom kaznom od 300.000 do 800.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i preduzetnik.

Novčanom kaznom od 40.000 do 50.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu.

Za izvršenje prekršaja iz stava 1. ovog člana, može se izreći zaštitna mera zabrane obavljanja delatnosti, u skladu sa zakonom.

Član 259.

Novčanom kaznom od 200.000 do 500.000 dinara kazniće se za prekršaj davalac zdravstvene usluge – pravno lice, ako:

1) osiguranom licu ne izda prethodno obaveštenje, odnosno obaveštenje iz člana 130. ovog zakona;

2) na vidnom mestu ne istakne spisak lekara koji imaju ovlašćenje izabranog lekara (član 140. stav 2);

3) nadzorniku osiguranja ne učini dostupnim sve neophodne podatke i informacije koje se odnose na predmet kontrole (član 209. stav 2);

4) Republičkom fondu ne dostavi podatke od značaja za postupak naknade štete (član 227. stav 1).

Novčanom kaznom od 200.000 do 400.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i preduzetnik.

Novčanom kaznom od 30.000 do 50.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu.

Član 260.

Novčanom kaznom od 300.000 do 1.000.000 dinara kazniće se za prekršaj poslodavac sa svojstvom pravnog lica, ako:

1) ne dostavi matičnoj filijali dokaze, tačna obaveštenja, odnosno podatke na kojima se zasnivaju podaci uneti u prijave, odnosno od značaja za utvrđivanje činjenica važnih za sticanje i ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno ne omogući matičnoj filijali uvid u evidenciju i dokumentaciju (član 42. stav 2);

2) ne dostavi filijali zahtev za isplatu naknade zarade sa svim dokazima potrebnim za isplatu za zaposlene čija se naknada zarade obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ako naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja koja je preneta na poseban račun poslodavca ne isplati osiguraniku najkasnije u roku od sedam dana od dana njihovog prijema, a ne vrati ih filijali sa kamatom za koja su sredstva uvećana dok su se nalazila na posebnom računu poslodavca (član 102. st. 2. i 4);

3) ne uplati iznos naknade plaćenih troškova na račun osiguranog lica, odnosno ako mu ne izvrši isplatu na drugi odgovarajući način za zdravstvene usluge koje su obuhvaćene

obaveznim zdravstvenim osiguranjem, a koje je osigurano lice platilo zato što nije uplaćen doprinos za zdravstveno osiguranje, odnosno nije uplaćen u celini (član 127. stav 2);

4) Republičkom fondu ne dostavi podatke od značaja za postupak naknade štete (član 227. stav 1).

Novčanom kaznom od 40.000 do 50.000 dinara kazniće se za prekršaj iz stava 1. tačka 1) ovog člana i drugi podnosioci prijave.

Novčanom kaznom od 40.000 do 50.000 dinara kazniće se za prekršaj iz stava 1. ovog člana i odgovorno lice u pravnom licu.

Novčanom kaznom od 300.000 do 500.000 dinara kazniće se za prekršaj iz stava 1. ovog člana i poslodavac - preduzetnik.

Član 261.

Novčanom kaznom od 300.000 do 1.000.000 dinara kazniće se za prekršaj Republički fond, ako:

1) podatke koji se vode u matičnoj evidenciji, a koji se odnose na korišćenje prava iz zdravstvenog osiguranja za osigurana lica ne vodi odvojeno od drugih podataka iz matične evidencije ili ako te podatke unosi i njima rukuje neovlašćeno lice (član 33. st. 1. i 2);

2) podatke koji se vode u matičnoj evidenciji koristi suprotno članu 33. stav 3;

3) ne proveri tačnost podataka unetih u matičnu evidenciju za lica iz čl. 16. i 17. ovog zakona, kao i članove njihovih porodica (član 42. stav 3);

4) osiguranom licu na njegov zahtev ne izda uverenje o podacima koji su uneti u matičnu evidenciju (član 45. stav 1);

5) ne utvrdi pravo na naknadu zarade, visinu naknade zarade ili najkasnije u roku od 21 dana od dana prijema zahteva za isplatu naknade zarade sa svim dokazima potrebnim za isplatu naknade zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ne izvrši obračun naknade zarade, ili ga ne dostavi poslodavcu ili ne prenese odgovarajući iznos sredstava na poseban račun poslodavca (član 102. stav 3);

6) ne naknadi poslodavcu isplaćene iznose naknade zarade, u roku od 15 dana od dana predaje zahteva filijali (član 102. stav 7);

7) overi zdravstvenu ispravu bez dokaza da je uplaćen dospeli doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje, odnosno da je obveznik uplate doprinosa započeo sa izmirivanjem zaostalih doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i nastavio sa njegovim kontinuiranim izmirivanjem (čl. 125-126);

8) kontrolu ličnih podataka koji se odnose na zdravstveno stanje osiguranih lica koji se vode u medicinskoj dokumentaciji osiguranih lica, vrši nadzornik osiguranja koji nije doktor medicine, doktor stomatologije, odnosno diplomirani farmaceut (član 207. stav 2).

Novčanom kaznom od 40.000 do 50.000 dinara kazniće se za prekršaj iz stava 1. ovog člana i odgovorno lice u Republičkom fondu.

Član 262.

Novčanom kaznom od 30.000 do 50.000 dinara kazniće se za prekršaj zdravstveni radnik, ako:

1) osiguraniku utvrdi privremenu sprečenost za rad suprotno članu 73. ovog zakona;

2) kao izabrani lekar ili stručno-medicinski organ izda nalaz i mišljenje o zdravstvenom stanju za osigurano lice koje boluje od akutnih ili hroničnih oboljenja i drugih poremećaja zdravstvenog stanja da ne boluje od akutnih ili hroničnih oboljenja i drugih poremećaja zdravstvenog stanja i time omogući izdavanje potvrde o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu u inostranstvu (član 114);

3) ne primi svako osigurano lice koje ga je odabralo za izabranog lekara, osim ako se kod tog izabranog lekara evidentirao veći broj osiguranih lica od utvrđenog standarda (član 141);

4) kao izabrani lekar zloupotrebi svoja ovlašćenja u postupku ostvarivanja prava osiguranih lica (član 143).

Član 263.

Novčanom kaznom od 30.000 do 50.000 dinara kazniće se za prekršaj osiguranik ako namerno prouzrokuje nesposobnost za rad, ako je nesposobnost za rad prouzrokovana upotrebom alkohola ili upotrebom psihoaktivnih supstanci ili ako namerno spreči ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad, ako se bez opravdanog razloga ne podvrgne lečenju, osim ako za lečenje nije potreban pristanak predviđen zakonom, ako se bez opravdanog razloga u roku od tri dana od dana nastanka privremene sprečenosti za rad ne javi izabranom lekaru, odnosno ne javi se prvostepenoj lekarskoj komisiji po uputu izabranog lekara, odnosno stručno-medicinskom organu u roku od tri dana od dana dobijanja poziva za izlazak pred stručno-medicinski organ, ako se za vreme privremene sprečenosti za rad bavi privrednom ili drugom aktivnošću kojom ostvaruje prihode, ako bez dozvole stručno-medicinskog organa Republičkog fonda otputuje iz mesta stalnog prebivališta, odnosno boravišta, ako zloupotrebi pravo na korišćenje odsustvovanja sa rada, ako prima naknadu zarade po drugim propisima, odnosno ako ne postupi u skladu sa članom 80. st. 3–5. ovog zakona (član 84).

Član 264.

Novčanom kaznom od 500.000 do 1.000.000 dinara kazniće se za prekršaj osiguravač ako:

1) ne zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa svim licima, odnosno za sva lica za koja ugovarač iskaže jasnu nameru da sa tim osiguravačem zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, pod uslovima propisanim ovim zakonom, bez obzira na rizik kome je osiguranik izložen, odnosno bez obzira na godine života, pol i zdravstveno stanje osiguranika (član 172. stav 1);

2) za sve osiguranike dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne obezbedi isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u okviru pojedinih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi (član 172. stav 3);

3) prilikom zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju traži genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za nasledne bolesti lica koje iskaže jasnu

nameru da sa tim davaocem osiguranja želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i za njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva (član 173);

4) utvrdi svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u dopunskom, odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju licu koje nema svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju (član 175. stav 1);

5) počne da obavlja poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bez prethodnog mišljenja Ministarstva o ispunjenosti uslova za organizovanje i obavljanje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (član 177);

6) ne dostavi Narodnoj banci mišljenje Ministarstva zdravlja o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u roku od 15 dana od dana dobijanja mišljenja (član 178. stav 4);

7) ne izda osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja propisanu ispravu kojom se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (član 182);

8) ne pokrije iznos troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na propisan način (član 183);

9) ne zaključi ugovor sa davaocem zdravstvene usluge za pružanje zdravstvene usluge koja je obuhvaćena dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem (član 184);

10) raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen u skladu sa ovim zakonom (član 185. stav 1);

11) osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne obezbedi ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja kod davaoca zdravstvenih usluga (član 186. stav 2);

12) osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja blagovremeno ne pruži sve informacije, kao i potrebnu dokumentaciju, a koje se odnose na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i informacije kod kojih davalaca zdravstvenih usluga može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu, odnosno ako te informacije daje uz plaćanja naknade, odnosno ako na zahtev Ministarstva ne dostavi, odnosno ne dostavi na uvid sve tražene informacije i podatke u vezi sa sprovođenjem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno izveštaje i podatke o sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji ne sadrže podatke o ličnosti (član 187);

13) poveća visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u skladu sa ovim zakonom (član 188. stav 3).

Novčanom kaznom od 40.000 do 50.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu.

Za izvršenje prekršaja iz stava 1. ovog člana, može se izreći zaštitna mera zabrane obavljanja delatnosti, u skladu sa zakonom.

Član 265.

Novčanom kaznom od 300.000 do 1.000.000 dinara kazniće se za prekršaj davalac zdravstvenih usluga – pravno lice i to:

1) ako zaključi ugovor sa osiguravačem o pružanju zdravstvene usluge koja je obuhvaćena dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za one kapacitete za koje je zaključen ugovor sa Republičkim fondom u pogledu prostora, kadra i opreme, odnosno ako tu zdravstvenu uslugu ne pruža isključivo na način koji ne ugrožava pružanje zdravstvenih usluga na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (član 190. st. 1. i 2);

2) ako osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne pruži zdravstvene usluge obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju bez plaćanja troškova tako pružene zdravstvene usluge, odnosno dela tih troškova u skladu sa ugovorom, odnosno polisom (član 190. stav 4);

3) davalac zdravstvene usluge iz Plana mreže zdravstvenih ustanova ako ne dostavi Ministarstvu kopiju potpisanog ugovora o pružanju zdravstvene usluge koja je obuhvaćena dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem u roku od 15 dana od dana potpisivanja, odnosno izmena i dopuna ugovora (član 190. stav 5);

Novčanom kaznom od 300.000 do 500.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i preduzetnik.

Novčanom kaznom od 40.000 do 50.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu.

DEO SEDMI
PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 266.

Osigurana lica koja na dan stupanja na snagu ovog zakona koriste prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, nastavljaju da koriste ta prava po odredbama zakona koji je važio do dana stupanja na snagu ovog zakona.

Postupci započeti do dana stupanja na snagu ovog zakona, sprovešće se po odredbama zakona po kome su započeti.

Član 267.

Pravo na estetsku rekonstrukciju dojke nakon izvršene mastektomije jedne ili obe dojke i estetsku korekciju dojke nakon izvršene mastektomije druge dojke iz člana 110. stav 1. tačka 7) ovog zakona može ostvariti osigurano lice kome je mastektomija izvršena od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 268.

Danom stupanja na snagu ovog zakona overa isprava o osiguranju koja je vršena na osnovu započete uplate dospelih, a neplaćenih doprinosa i kontinuiranog izmirivanja doprinosa do dana stupanja na snagu ovog zakona, vrši se pod uslovom da je obveznik doprinosa nastavio sa kontinuiranim izmirivanjem doprinosa, bez mogućnosti da ponovo započne sa

izmirivanjem zaostalih doprinosa u skladu sa članom 126. ovog zakona.

Član 269.

Osigurana lica, za koja do dana stupanja na snagu ovog zakona, nije izvršena zamena isprave o osiguranju karticom zdravstvenog osiguranja, prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja do zamene koriste na osnovu isprave o osiguranju izdate i overene po propisima koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona, a najkasnije do 31. decembra 2020. godine.

Član 270.

Propisi za sprovođenje ovog zakona doneće se u roku od 12 meseci od dana stupanja na snagu ovog zakona, ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

Do donošenja propisa iz stava 1. ovog člana primenjivaće se propisi koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona, ako nisu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 271.

Republički fond dužan je da uskladi svoju organizaciju i rad sa odredbama ovog zakona u roku od 12 meseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 272.

Republički fond je dužan da dostavlja Ministarstvu na saglasnost akt o organizaciji i sistematizaciji poslova u Republičkom fondu, odnosno izmene i dopune tog akta u periodu primene Zakona o načinu određivanja maksimalnog broja zaposlenih u javnom sektoru („Službeni glasnik RS”, br. 68/15, 81/16 – US i 95/18).

Član 273.

Osiguravači su dužni da svoje poslovne akte koji se odnose na organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja usklade sa odredbama ovog zakona u roku od 12 meseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do usklađivanja poslovnih akata iz stava 1. ovog člana primenjivaće se poslovni akti osiguravača koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona, ako nisu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 274.

Nadzornik osiguranja koji na dan stupanja na snagu ovog zakona nema položen državni stručni ispit nastavlja da obavlja poslove nadzornika osiguranja ako položi državni stručni ispit u roku od godinu dana od dana stupanja na snagu ovog zakona, a u suprotnom smatra se da ne ispunjava uslove za obavljanje poslova nadzornika osiguranja.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, smatra se da nadzornik osiguranja koji na dan stupanja na snagu ovog zakona ima najmanje sedam godina radnog iskustva na poslovima nadzornika osiguranja ispunjava uslov za obavljanje poslova nadzornika osiguranja i nije dužan da polaže državni stručni ispit.

Član 275.

Nadzor nad sprovođenjem ovog zakona vrši Ministarstvo, osim u delu koji se odnosi na ocenjivanje zakonitosti obavljanja delatnosti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji vrši Narodna banka Srbije, u skladu sa odredbama propisa kojima se uređuje osiguranje.

Član 276.

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaju da važe:

1) Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS”, br. 107/05, 109/05 – ispravka, 57/11, 110/12 – US, 119/12, 99/14, 123/14, 126/14 – US, 106/15 i 10/16 – dr. zakon);

2) Uredba o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS”, br. 108/08 i 49/09);

3) Član 33. stav 1. tačka 13) Zakona o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva („Službeni glasnik RS”, br. 123/14, 106/15 i 105/17);

4) Član 38. st. 2. i 3. Zakona o pravima pacijenata („Službeni glasnik RS”, broj 45/13);

5) Pravilnik o načinu i postupku zaštite prava osiguranih lica Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje („Službeni glasnik RS”, broj 68/13).

Član 277.

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Republike Srbije”.

Odredbe člana 177. stav 3. tač. 2) i 3) i člana 178. stav 2. ovog zakona primenjuju se do dana pristupanja Republike Srbije Evropskoj uniji.

Odredba člana 232. stav 1. tačka 24) u delu koji se odnosi na kontrolu finansijskih planova zdravstvenih ustanova iz Plana mreže primenjuje se od dana kada se steknu tehnički uslovi za vršenje kontrole.

ODREDBA ZAKONA O IZMENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU KOJA NIJE UŠLA U PREČIŠĆEN TEKST („SLUŽBENI GLASNIK RS“, BROJ 92/23)

Član 9.

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Republike Srbije“.