

ZAKON

O IZMENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 1.

U Zakonu o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS”, broj 25/19 - u daljem tekstu: Zakon), u članu 75. stav 3. posle reči: „po isteku” dodaju se reči: „30 dana, odnosno”.

U stavu 4. reči: „od 60 dana u periodu od 90 dana” zamenjuju se rečima: „od 30 dana u periodu od 45 dana, odnosno 60 dana u periodu od 90 dana”.

U stavu 5. posle reči: „zatim” dodaju se reči: „sa prekidom ili”.

U stavu 6. reči: „po isteku 90 dana” zamenjuju se rečima: „po isteku 45 dana, odnosno 90 dana”.

Član 2.

U članu 102. stav 2. menja se i glasi:

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

Stav 3. menja se i glasi:

„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”.

Stav 4. menja se i glasi:

„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”.

Posle stava 8. dodaje se stav 9. koji glasi:

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

Član 3.

U članu 109. stav 1. reči: „30 dana” zamenjuju se rečima „15 dana”.

Član 4.

U članu 125. posle stava 4. dodaju se st. 5. i 6. koji glase:

„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 dospelii 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 5.

U članu 143. stav 1. tačka 12) menja se i glasi:

„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;”.

Posle stava 1. dodaje se stav 2. koji glasi:

„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 6.

U članu 148. tačka 2) menja se i glasi:

„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;”.

Tačka 3) menja se i glasi:

„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;”.

Član 7.

U članu 260. stav 1. tačka 2) menja se i glasi:

„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 prenet 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.);”

Član 8.

U članu 261. stav 1. tačka 5) menja se i glasi:

„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);”.

Član 9.

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Republike Srbije”.

O B R A Z L O Ž E N J E

I. USTAVNI OSNOV

Ustavni osnov za donošenje ovog zakona sadržan je u članu 97. tačka 10. Ustava Republike Srbije, prema kome Republika Srbija utvrđuje, između ostalog, sistem u oblasti zdravstva.

II. RAZLOZI ZA DONOŠENJE ZAKONA

Važeći Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS”, broj 25/19) stupio je na snagu i u primeni je od 11. aprila 2019. godine. Ovaj zakon, u odnosu na prethodno važeći 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), sadrži drugačije rešenje u pogledu ocene izabranog lekara u odnosu na dužinu privremene sprečenosti za rad osiguranika. Naime, prethodnim Zakonom o zdravstvenom osiguranju izabrani lekar je mogao da utvrdi privremenu sprečenost za rad osiguranika do 30 dana, a nakon toga dužinu privremene sprečenosti za rad je utvrđivala nadležna lekarska komisija Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (u daljem tekst: RFZO). Važeći Zakon o zdravstvenom osiguranju sadrži drugačije rešenje, odnosno njime je propisano da izabrani lekar utvrđuje privremenu sprečenost za rad do 60 dana, a nakon toga nadležna lekarska komisija pomenutog fonda.

U vezi sa tim, od početka primene važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju (od 11. aprila 2019. godine), uočene su značajne zloupotrebe u ostvarivanju prava na privremenu sprečenost za rad, odnosno uočeno je da su izabrani lekari utvrđivali privremenu sprečenost za rad osiguranika mimo utvrđenih preporuka u pogledu dužine trajanja privremene sprečenosti za rad u zavisnosti od dijagnoze, kao i bez odgovarajuće prpratne dokumentacije u pogledu obavljenih dodatnih dijagnostičkih procedura i specijalističkih pregleda. Na taj način, deo osiguranika neopravdano je ostvarivao pravo na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad u dužem vremenskom periodu, odnosno u okviru propisanih 60 dana, čime su dodatno opterećena sredstva kako poslodavaca, obzirom da za prvih 30 dana privremene sprečenosti za rad naknadu zarade obezbeđuje poslodavac, a tako i sredstva RFZO-a, obzirom da od 31. dana privremene sprečenosti za rad sredstva za isplatu naknade zarade obezbeđuju se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Imajući u vidu navedeno, odnosno činjenicu da se od 31. dana privremene sprečenosti za rad naknada zarade obezbeđuje iz sredstava RFZO-a, a da, pritom, lekarske komisije RFZO-a ne mogu da cene opravdanost privremene sprečenosti za rad osiguranika od 31. dana privremene sprečenosti, kao dana od kojeg se sredstva za naknadu zarade obezbeđuju iz sredstava RFZO-a (jer izabrani lekar to ceni do 60. dana), ukazala se potreba da se ovo pitanje drugačije uredi. U prilog navedenom, ukazujemo i da su se sredstva obezbeđena u RFZO-u za ovu namenu kontinuirano povećavala, pa je tako u 2018. godini izdvojeno 13.627.000.000,00 dinara, u 2019.-14.645.000.000,00 dinara, u 2020.-18.084.000.000,00 dinara, u 2021.-22.900.000.000,00 dinara, u 2022.-26.686.000.000,00 dinara i u 2023.-29.500.000.000,00 dinara. Osim ovog dodatnog materijalnog opterećenja, organizacija rada kod velikog broja poslodavaca je otežana, obzirom da osiguranici, u značajnoj meri, koriste pravo da odsustvuju sa posla do maksimalno propisanog roka od 60 dana, te su usledili i brojni zahtevi poslodavaca za veštačenjem u pogledu opravdanosti privremene sprečenosti za rad njihovog zaposlenog.

Shodno tome, prema podacima dobijenim od RFZO-a, uočeno je da je već u 2019. godini, u odnosu na 2018. godinu, broj zahteva poslodavaca za kontrolu „bolovanja“ povećan za 32%. Dalje analize privremene sprečenosti za rad pokazuju da su od aprila meseca 2019. godine, dakle od početka primene važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju, zaposleni najčešće privremeno sprečeni za rad zbog bolesti mišićno-koštanog sistema i vezivanog tkiva i da je prosečno trajanje privremene sprečenosti za rad 58 dana, a da su osiguranici zbog ovih bolesti, do početka primene ovog zakona, болоvali oko 30 dana.

Navedenim proširivanjem ovlašćenja izabranog lekara, u odnosu na rešenja sadržana u prethodnom Zakonu o zdravstvenom osiguranju, uskraćena je mogućnost lekarskim komisijama, kao stručno-medicinskim organima RFZO-a, da vrše ocenu opravdanosti privremene sprečenosti za rad osiguranika od 31. dana te sprečenosti, a upravo od tada RFZO postaje obveznik isplate naknade zarade u najvećem broju slučajeva. Na taj način omogućeno je izabranim lekarima da u mnogim slučajevima, i pored preporučene dužine privremene sprečenosti za rad, neosnovano „drže na bolovanju“ osiguranike do poslednjeg dana maksimalno propisane dužine privremene sprečenosti za rad, do 60 dana, a da pritom od 31. dana privremene sprečenosti za rad, i dalje, naknadu zarade isplaćuje RFZO.

Shodno iznetom, uočeno je da, iako je u 2022. godini, broj osiguranika privremeno sprečenih za rad bio manji u odnosu na 2021. godinu, za 6,7%, povećan je broj dana privremene sprečenosti za rad za oko 20%, što dovodi do podatka da su osiguranici bili prosečno privremeno sprečeni za rad 77 dana, što predstavlja povećanje broja dana privremene sprečenosti za rad u odnosu na 2021. godinu za oko 10%, odnosno za oko 14% u odnosu na 2019. godinu.

U postupku kontrole uočeno je i da izabrani lekari utvrđuju privremenu sprečenosti za rad u dužini koja je mimo propisane preporučene dužine privremene sprečenosti za rad, a bez dodatne dijagnostike i lečenja od strane specijaliste odgovarajuće specijalnosti, odnosno bez dodatnog obrazloženja zdravstvenog stanja obolelog koja utiče na dužinu privremene sprečenosti za rad.

Dalje, u 2022. godini, povećan je broj zahteva poslodavca za kontrolu privremene sprečenosti za rad u kojima se ukazuje na zloupotrebe „bolovanja“ od strane zaposlenih, koje dovode i do nemogućnosti organizovanja poslovnih procesa kod poslodavca, što direktno utiče na poslovni uspeh poslodavca, usled čega je i povećan broj zahteva poslodavca za kontrolu bolovanja, kako je već i navedeno.

Zbog svega navedenog ukazala se potreba da se ovo pitanje drugačije uredi, te shodno tome, Predlogom zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Predlog zakona), predlaže se da izabrani lekar po pravilu utvrđuje privremenu sprečenost za rad do 30 dana, umesto do 60 dana, a nakon toga tu privremenu sprečenost utvrđuje prvostepena lekarska komisija RFZO-a. Takođe, ostavljena je mogućnost da izabrani lekar može da utvrdi privremenu sprečenost za rad i do 60 dana, ali samo u propisanim slučajevima, a to je kod osiguranika obolelih od malignih bolesti; osiguranika koji su privremeno sprečeni 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, obzirom da su u pitanju zdravstvena stanja kod kojih je uobičajeno duže lečenje, te je opravdano da im do 60 dana izabrani lekar može utvrditi privremenu sprečenost za rad.

Takođe, u postupcima kontrole uočene su i nepravilnosti u pogledu povezivanja privremene sprečenosti za rad od strane izabranih lekara, sa jedne strane, kao i zloupotreba od strane samih osiguranika, zbog različitih razloga privremene sprečenosti za rad, pa su u skladu sa tim predloženi i drugačiji rokovi u članu 75. koji uređuje ovu temu.

Predloženim izmenama i dopunama racionalnije i efikasnije se uređuje pitanje utvrđivanja privremene sprečenosti za rad osiguranika, a time značajno

umanjuju mogućnosti zloupotreba, a što sve doprinosi ekonomičnijem raspolaganju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Takođe, u cilju efikasnijeg ostvarivanja prava na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad i to u slučaju kada se naknada zarade isplaćuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, predloženo je da obračun naknade zarade vrši RFZO, a ne i poslodavac. Naime, po važećem rešenju, obračun naknade zarade za zaposlene koji su sprečeni za rad duže od 30 dana vrši prvo poslodavac, a nakon toga i RFZO. Kako se ovakvo rešenje u praksi pokazalo kao izrazito neefikasno, a što ima za posledicu velika kašnjenja u pogledu isplate naknade zarade, predloženo je rešenje da taj obračun vrši samo RFZO, koji taj obračun dostavlja poslodavcu.

Osim navedenog, u periodu primene važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju uočeno je da i da osigurana lica kojima je istovremeno utvrđen i status borca, kao i članovi porodice tih lica koja su zdravstveno osiguranih preko njih, u skladu sa propisima o zaštiti boraca ne ostvaruju u značajnoj meri pravo na zdravstvenu zaštitu kao i troškove prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite iz razloga što obveznik uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje ne izmiruje redovno dospele doprinose. U slučaju kada obveznik uplate doprinosa neredovno ili uopšte ne izmiruje dospele doprinose ta osigurana lica ne mogu ostvarivati prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i sva druga osigurana lica za koje se redovno ne uplaćuju dospeli doprinosi. Imajući u vidu doprinos koji su borci dali za Republiku Srbiju, s jedne strane, kao i činjenicu da su često u pitanju lica koja imaju narušeno zdravlje, s druge strane, od opšteg je interesa da se ovim licima omogući bezuslovno ostvarivanje, pre svega, prava na zdravstvenu zaštitu, pa u skladu sa tim je i predloženo adekvatno rešenje sadržano u članu 2. Predloga zakona.

Takođe, predloženo je i usklađivanje kaznenih odredaba sa predloženim rešenjima u Predlogu zakona.

III. OBRAZLOŽENJE PREDLOŽENIH POJEDINAČNIH REŠENJA

U članu 1. Predloga zakona vrši se izmena člana 75. st. 3-6. Zakona o zdravstvenom osiguranju, na način da se menja broj dana do kojih izabrani lekar može utvrditi privremenu sprečenost za rad, kako u slučaju povezivanja broja dana privremene sprečenosti za rad sa ili bez prekida, u određenom vremenskom periodu.

U članu 2. Predloga vrši se izmena člana 102. st. 2-4. i posle člana 8., dodaje se novi član 9. Zakona o zdravstvenom osiguranju na način da poslodavac dostavlja filijali RFZO-a zahtev za isplatu naknade zarade za zaposlene koji su privremeno sprečeni za rad duže od 30 dana, odnosno kada je isplatilac te naknade RFZO i da filijala utvrđuje pravo na naknadu zarade, visinu naknade zarade i da nakasnije u roku od 21 dana od dana prijema zahteva za isplatu naknade zarade, sa svim dokazima potrebnim za isplatu naknade zarade vrši obračun, koji dostavlja poslodavcu i prenosi odgovarajući iznos sredstava na poseban račun poslodavca. Takođe, posebnim aktom biće uređeni bliži uslovi, način i postupak, kao i druga pitanja od značaja za ostvarivanje prava na naknadu zarade.

U članu 3. Predloga zakona, menja se član 109. stav 1. Zakona o zdravstvenom osiguranju, na način što je poslodavac dužan da zahtev za ostvarivanje naknade zarade podnese filijali najkasnije u roku od 15 dana od dana isplate zarade za mesec na koji se naknada odnosi.

U članu 4. Predloga zakona, menja se član 125. Zakona o zdravstvenom osiguranju, tako što se dodaju st. 5. i 6. kojima se predlaže da osigurano lice kome je utvrđen i status borca u skladu sa propisima o zaštiti boraca, ostvaruju 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 dospelu doprinos. Takođe, predlaže se i da članovi porodice lica koje ima utvrđen status borca, a koja su preko njega zdravstveno osigurana, ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na isti način kao i to lice.

U članu 5. Predloga zakona menja se član 143. stav 1. tačka 12) na način da se skraćuje broj dana do kojih izabrani lekar utvrđuje privremenu sprečenost za rad, a to je 30 dana, s tim da je ostavljena i mogućnost da izabrani lekar utvrdi privremenu sprečenost za rad i do 60 dana. Takođe, predlaže se i dodavanje novog stava 2., kojim se uređuje kada izabrani lekar može utvrditi privremenu sprečenost za rad do 60 dana.

U članu 6. Predloga zakona menja se član 148. stav 1. tač. 2-3) Zakona o zdravstvenom osiguranju, na način da se utvrđuje drugačija nadležnost prvostepene lekarske komisije RFZO-a u pogledu utvrđivanja broja dana privremene sprečenosti za rad osiguranika. Predloženo je da prvostepena lekarska komisija RFZO-a daje ocenu i utvrđuje privremenu sprečenost za rad osiguranika po predlogu izabranog lekara preko 30, odnosno 60 dana (u slučajevima kada je izabrani lekar utvrdio privremenu sprečenost za rad do 60 dana), kao i da odlučuje po prigovoru osiguranika ili poslodavca na ocenu izabranog lekara o privremenoj sprečenosti za rad.

U čl. 7. i 8. Predloga zakona izvršene su odgovarajuće korekcije kaznenih odredaba, a u skladu sa rešenjima predloženim ovim predlogom.

U članu 9. Predloga zakona predlaže se kada isti stupa na snagu.

IV. PROCENA FINANSIJSKIH SREDSTAVA POTREBNIH ZA SPROVOĐENJE ZAKONA

Za realizaciju Predloga zakona sredstva su obezbeđena u finansijskom planu RFZO-a za 2023. godinu.

Za realizaciju ovog predloga zakona nisu potrebna finansijska sredstva u budžetu Republike Srbije.

U 2024. godini i 2025. godini za sprovođenje ovog predloga zakona sredstva će se obezbediti u skladu sa limitima koje utvrdi Ministarstvo finansija.

PREGLED ODREDBI KOJE SE MENJAJU, ODNOSNO DOPUNJUJU

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 60 dana u periodu od 90 dana~~ 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 90 dana~~ PO ISTEKU 45 DANA, ODNOSNO 90 DANA ukupne sprečenosti za rad, osim u slučaju iz člana 78. stav 3. ovog zakona.

Član 102.

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

~~Poslodavac vrši obračun naknade zarade iz stava 1. ovog člana u skladu sa ovim zakonom i dostavlja ga filijali, uz zahtev za isplatu naknade zarade. 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 i visinu naknade i najkasnije u roku od 30 dana od dana prijema obračuna iz stava 2. ovog člana prenosi odgovarajući iznos sredstava na poseban račun poslodavca. 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 koja ne isplati osiguraniku u roku od 30 dana od dana njihovog prijema poslodavac je dužan da vrati filijali sa kamatom za koju su sredstva uvećana dok su se nalazila na posebnom računu poslodavca. SREDSTVA IZ STAVA 3. OVOG ČLANA POSLODAVAC JE DUŽAN DA ISPLATI OSIGURANIKU NAJKASNIJE U ROKU OD 7 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 sredstva 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.

Član 109.

Poslodavac je dužan da podnese zahtev za ostvarivanje naknade zarade filijali najkasnije u roku od ~~30 dana~~ 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.

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 dospel doprinos, kao i na osnovu drugih dokaza, u skladu sa zakonom.

Ako isprava o osiguranju nije overena zbog toga što dospel 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 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 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 drukčije određeno~~ 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: OSIGURANIK A OBOLELOG OD MALIGN E BOLESTI; OSIGURANIK A PRIVREMENO SPREČENOG ZA RAD ZBOG BOLESTI ILI KOMPLIKACIJA U VEZI SA ODRŽAVANJEM TRUDNOĆE; OSIGURANIK A SA INVALIDITETOM; OSIGURANIK A KOD KOGA JE NEPOSREDNO OBAVLJENA HIRURŠKA INTERVENCIJA, OSIM U SLUČAJU KADA JE TA INTERVENCIJA OBAVLJENA U DNEVNOJ BOLNICI.

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 60 dana privremene sprečenosti za rad, odnosno privremenu sprečenost 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~~ DAJE OCENU I UTVRĐUJE PRIVREMENU SPREČENOST ZA RAD OSIGURANIK A, 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 60 dana, odnosno o privremenoj sprečenosti za rad zbog nege člana uže porodice, u skladu sa ovim zakonom~~ DAJE OCENU PO PRIGOVORU OSIGURANIK A ILI POSLODAVCA NA OCENU IZABRANOG LEKARA O PRIVREMENOJ SPREČENOSTI ZA RAD OSIGURANIK A 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.

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 izvrši isplatu naknade zarade zaposlenom koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ne obračuna naknadu zarade koja se osiguraniku obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ili ako naknadu zarade iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja koja je prenet na poseban račun poslodavca ne isplati osiguraniku u roku od 30 dana od dana njihovog prijema, a ne vrati ih filijali sa kamatom za koju su sredstva uvećana dok su se nalazila na posebnom računu poslodavca (član 102. st. 1, 2. i 4);~~

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 prenese odgovarajući iznos sredstava na poseban račun poslodavca u roku od 30 dana od dana prijema obračuna naknade zarade (član 102. stav 3);~~

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.

ANALIZA EFEKATA PROPISA
PREDLOG ZAKONA O IZMENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOM
OSIGURANJU

1. Opis postojećeg stanja i promene koje se predlažu

Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS”, broj 25/19) stupio je na snagu i u primeni je od 11. aprila 2019. godine i period od početka primene važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju je veoma specifičan period za razne analize, obzirom da je veći deo tog perioda obeležen pandemijom i epidemijom zarazne bolesti (kovid), kada su u svim državama, pa tako i u Srbiji, svi raspoloživi kapaciteti u zdravstvenom sistemu stavljeni u funkciju sprečavanja širenja zarazne bolesti i lečenja obolelih od te zarazne bolesti, s jedne strane, a s druge i neophodnog zbrinjavanja pacijenata sa drugim zdravstvenim problemima. U tom smislu teško je upoređivati takvo stanje, odnosno taj period koji je trajao i više od dve godine, sa bilo kojim drugim periodom. ovaj zakon i ovo predstavlja opštu konstataciju u pogledu opisa postojeće stanja, te sačinjavanje bilo kakve precizne i nedvosmislene analize je upitno.

Imajući u vidu navedeno, i analizirajući postojeće stanje napominjemo da u pogledu utvrđivanja dužine privremene sprečenosti za rad od strane izabranog lekara, važeći Zakon o zdravstvenom osiguranju sadrži drugačije rešenje u odnosu na prethodni 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, 10/16 – dr. zakon). Naime, prethodnim Zakonom o zdravstvenom osiguranju izabrani lekar je mogao utvrditi privremenu sprečenost za rad osiguranika do 30 dana, a nakon toga dužinu privremene sprečenosti za rad je utvrđivala nadležna lekarska komisija Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu RFZO). Novim, odnosno važećim Zakonom o zdravstvenom osiguranju propisano je da izabrani lekar utvrđuje privremenu sprečenost za rad do 60 dana, a nakon toga nadležna lekarska komisija navedenog fonda.

Od početka primene ovog rešenja, dakle od 11. aprila 2019. godine, uočene su moguće zloupotrebe u pogledu utvrđivanja dužine trajanja privremene sprečenosti za rad osiguranika, a što se dalje odražava na ostvarivanje prava na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad. Naime, uočeno je da su izabrani lekari utvrđivali privremenu sprečenost za rad mimo utvrđenih preporuka u pogledu dužine trajanja privremene sprečenosti za rad u zavisnosti od dijagnoze, kao i bez odgovarajuće prpratne dokumentacije u pogledu obavljenih dodatnih dijagnostičkih procedura i specijalističkih pregleda. Takođe, prema podacima dobijenim od RFZO – a, uočeno je da je već u 2019. godini, u odnosu na 2018. godinu, broj zahteva poslodavaca za kontrolu „bolovanja” povećan za 32%. Dalje analize privremene sprečenosti za rad pokazuju da su od aprila meseca 2019. godine, dakle od početka primene važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju, zaposleni najčešće privremeno sprečeni za rad zbog bolesti mišićno-koštanog sistema i vezivanog tkiva i da je prosečno trajanje privremene sprečenosti za rad 58 dana, a da su osiguranici zbog ovih bolesti, do početka primene ovog zakona, bolovali oko 30 dana.

Navedenim proširivanjem ovlašćenja izabranog lekara, u odnosu na rešenja sadržana u prethodnom Zakonu o zdravstvenom osiguranju, uskraćena je mogućnost lekarskim komisijama, kao stručno-medicinskim organima RFZO-a, da vrše ocenu opravdanost privremene sprečenosti za rad osiguranika od 31. dana te sprečenosti, a upravo od tada RFZO postaje obveznik isplate naknade zarade u najvećem broju slučajeva. Na taj način omogućeno je izabranim lekarima da u mnogim slučajevima, i pored preporučene dužine privremene sprečenosti za rad,

neosnovano „drže na bolovanju” osiguranike do poslednjeg dana maksimalno propisane dužine privremene sprečenosti za rad, do 60 dana, a da pritom od 31. dana privremene sprečenosti za rad, i dalje, naknadu zarade isplaćuje RFZO.

Shodno iznetom, uočeno je da, iako je u 2022. godini, broj osiguranika privremeno sprečenih za rad bio u manji u odnosu na 2021. godinu, za 6,7%, povećan je broj dana privremene sprečenosti za rad za oko 20%, što dovodi do podatka da su osiguranici bili prosečno privremeno sprečeni za rad 77 dana, što predstavlja povećanje broja dana privremene sprečenosti za rad u odnosu na 2021. godinu za oko 10%, odnosno za oko 14% u odnosu na 2019. godinu.

Dalje, u 2022. godini, povećan je broj zahteva poslodavca za kontrolu privremene sprečenosti za rad u kojima se ukazuje na zloupotrebe „bolovanja” od strane zaposlenih, koje dovode i do nemogućnosti organizovanja poslovnih procesa kod poslodavca, što direktno utiče na poslovni uspeh poslodavca, usled čega je i povećan broj zahteva poslodavca za kontrolu bolovanja, kako je već i navedeno.

Na taj način, deo osiguranika neopravdano je ostvarivao pravo na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad u dužem vremenskom periodu, odnosno u okviru propisanih 60 dana, čime su dodatno opterećena sredstva kako poslodavaca, obzirom da za prvih 30 dana privremene sprečenosti za rad naknadu zarade obezbeđuje poslodavac, a tako i sredstva RFZO-a, obzirom da od 31. dana privremene sprečenosti za rad sredstva za isplatu naknade zarade obezbeđuju se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Imajući u vidu navedeno, odnosno činjenicu da se od 31. dana privremene sprečenosti za rad naknada zarade obezbeđuje iz sredstava RFZO-a, a da, pritom, lekarske komisije RFZO-a ne mogu da cene opravdanost privremene sprečenosti za rad osiguranika od 31. dana privremene sprečenosti, kao dana od kojeg se sredstva za naknadu zarade obezbeđuju iz sredstava RFZO-a (jer izabrani lekar to ceni do 60. dana), ukazala se potreba da se ovo pitanje drugačije uredi. U prilog navedenom, ukazujemo i da su se sredstva obezbeđena u RFZO-u za ovu namenu kontinuirano povećavala, pa je tako u 2018. godini izdvojeno 13.627.000,00 dinara, u 2019.-14.645.000,00 dinara, u 2020.-18.084.000,00 dinara, u 2021.-22.900.000,00 dinara, u 2022.-26.686.000,00 dinara i u 2023.-29.500.000,00 dinara. Osim ovog dodatnog materijalnog opterećenja, organizacija rada kod velikog broja poslodavaca je otežana, obzirom da osiguranici, u značajnoj meri, koriste pravo da odsustvuju sa posla do maksimalno propisanog roka od 60 dana, te su usledili i brojni zahtevi poslodavaca za veštačenjem u pogledu opravdanosti privremene sprečenosti za rad njihovog zaposlenog.

Zbog svega navedenog ukazala se potreba da se ovo pitanje drugačije uredi, te shodno tome, Predlogom zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Predlog zakona), predlaže se da izabrani lekar po pravilu utvrđuje privremenu sprečenost za rad do 30 dana, umesto do 60 dana, a nakon toga tu privremenu sprečenost utvrđuje prvostepena lekarska komisija RFZO-a. Takođe, ostavljena je mogućnost da izabrani lekar može da utvrdi privremenu sprečenost za rad i do 60 dana, ali samo u propisanim slučajevima, a to je kod osiguranika obolelih od malignih bolesti; osiguranika koji su privremeno sprečeni 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, obzirom da su u pitanju zdravstvena stanja kod kojih je uobičajeno duže lečenje, te je opravdano da im do 60 dana izabrani lekar može utvrditi privremenu sprečenost za rad.

Takođe, u postupcima kontrole uočeno su i nepravilnosti u pogledu povezivanja privremene sprečenosti za rad od strane izabranih lekara, sa jedne strane, kao i zloupotreba od strane samih osiguranika, zbog različitih razloga privremene sprečenosti za rad, pa se u skladu sa tim predloženi i drugačiji rokovi u članu 75. koji uređuje ovu temu.

Predloženim izmenama i dopunama racionalnije i efikasnije se uređuje pitanje utvrđivanja privremene sprečenosti za rad osiguranika, a time značajno umanjuju mogućnosti zloupotreba, a što sve doprinosi ekonomičnijem raspolaganju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Takođe, u cilju efikasnijeg ostvarivanja prava na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad i to u slučaju kada se naknada zarade isplaćuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, predloženo je da obračun naknade zarade vrši RFZO, a ne i poslodavac. Naime, po važećem rešenju, obračun naknade zarade za zaposlene koji su sprečeni za rad duže od 30 dana vrši prvo poslodavac, a nakon toga i RFZO. Kako se ovakvo rešenje u praksi pokazalo kao izrazito neefikasno, a što ima za posledicu velika kašnjenja u pogledu isplate naknade zarade, predloženo je rešenje da taj obračun vrši samo RFZO.

Osim navedenog, u periodu primene važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju uočeno je da i osiguranici kojima je istovremeno utvrđen i status borca u skladu sa propisima o zaštiti boraca ne ostvaruju u značajnoj meri pravo na zdravstvenu zaštitu kao i troškove prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite iz razloga što obveznik uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje ne izmiruje redovno dospele doprinose. Ova lica su najčešće osigurana kao zaposleni ili kao poljoprivrednici ili kao preduzetnici, dakle uglavnom imaju utvrđen osnov osiguranja u skladu sa članom 11. stav 1. Zakona o zdravstvenom osiguranju. U slučaju kada obveznik uplate doprinosa neredovno ili uopšte ne izmiruje dospele doprinose ti osiguranici ne mogu ostvarivati prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i svi drugi osiguranici za koje se redovno ne uplaćuju dospeli doprinosi. Imajući u vidu doprinosa koji su borci dali za Republiku Srbiju, s jedne strane, kao i činjenicu da su često u pitanju lica koja imaju narušeno zdravlje, s druge strane, od opšteg je interesa da se ovim osiguranicima omogući bezuslovno ostvarivanje, pre svega, prava na zdravstvenu zaštitu, pa u skladu sa tim i predloženo je adekvatno rešenje sadržano u članu 2. Predloga zakona.

2. Utvrđivanje ciljeva koje treba postići

Tri cilja treba postići predloženim rešenjima u Predlogu zakona, a to su: obezbeđivanje racionalnijeg i efikasnijeg uređenja pitanja utvrđivanja privremene sprečenosti za rad osiguranika, što doprinosi ekonomičnijem raspolaganju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao jedan cilj, zatim drugi je smanjenje kašnjenja u pogledu isplate naknade zarade i konačno, treći cilj je omogućavanje nesmetanog ostvarivanja, pre svega, prava na zdravstvenu zaštitu lica koja imaju utvrđen status borca. Ova tri cilja predstavljaju, u ovom momentu, prevashodni interes, te su iz tog razloga i predložena rešenja sadržana u Predlogu zakona.

3. Analiza opcija za ostvarivanje ciljeva

U cilju razmatranja najbolje opcije za postizanje opšteg cilja i usvajanje najboljih rešenja, razmatrane su sledeće opcije:

- 1) *Status quo* opcija;
- 2) Primena predloženih rešenja bez izmene zakona;
- 3) Primena predloženih rešenja uz izmenu postojećeg zakona;

Opcija 1 - status quo

U slučaju da se ne sprovedu nikakve promene u oblasti obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu utvrđivanja dužine privremene sprečenosti za rad osiguranika od strane izabranog lekara, kao i u pogledu omogućavanja nesmetanog ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja lica koja imaju utvrđen status borca i to prava na zdravstvenu zaštitu, kao i prava na troškove prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite u slučaju kada nisu uplaćeni dospeli doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje, primena tih rešenja nije moguća, jer je u suprotnosti sa odredbama važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju.

Naime, ovim zakonom u članu 143. propisane su nadležnosti izabranog lekara uopšte, pa tako i u pogledu utvrđivanja privremene sprečenosti za rad, a to je do 60 dana, te svako drugačije postupanje, odnosno drugačije određivanje maksimalne dužine privremene sprečenosti za rad od strane izabranog lekara je u suprotnosti sa važećom zakonskom odredbom, te samo odgovarajućom izmenom/dopunom zakona moguća je primena drugačijeg rešenja što se upravo i postiže Predlogom zakona.

Zatim, važećim zakonom, u članu 102. stav 2. propisano je da poslodavac vrši obračun naknade zarade za zaposlene iz stava 1. navedenog člana, te ga potom dostavlja filijali uz zahtev za isplatu naknade zarade, dok je stavom 3. istog člana predviđeno da filijala, nakon što utvrdi pravo na naknadu zarade i visinu naknade, u roku od 30 dana od dana prijema obračuna iz stava 2. ovog člana prenosi odgovarajući iznos sredstava na poseban račun poslodavca. Dakle, ukoliko ne dođe do izmene navedenog člana, i dalje će dolaziti do kašnjenja u pogledu isplate naknade zarade i samim tim velikog nezadovoljstva osiguranih lica u trenutku korišćenja prava na naknadu zarade.

Takođe, i članom 125. važećeg zakona propisano je da se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju na osnovu overene isprave o osiguranju, a koja se overava na osnovu dokaza da je uplaćen dospeli doprinos. Ovim članom uređeno je i pitanje izuzetaka, odnosno u kom slučaju je moguće, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, ostvariti prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i shodno tome, svako drugačije postupanje je u suprotnosti sa važećim zakonom. Upravo stoga, a imajući u vidu potrebu da se licima, koja imaju utvrđen status borca po propisima kojima se uređuje boračka zaštita i koja u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja imaju utvrđen jedan od propisanih osnova osiguranja, omogućiti nesmetano ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i to: prava na zdravstvenu zaštitu i prava na troškove prevoza u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite, i u slučaju kada nisu uplaćeni dospeli doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje, predloženo je odgovarajuće rešenje u Predlogu zakona, jer bi se na drugačiji način postupalo u suprotnosti sa važećim zakonom.

Iz svega gore navedenog *status quo* kao opcija nije održiva.

Opcija 2 - Primena predloženih rešenja bez izmene zakona

Obrazloženje dato pod tačkom 1.

Opcija 3 - Primena predloženih rešenja uz izmenu postojećeg zakona

Obrazloženje dato pod tačkom 1.

4. Analiza finansijskih efekata Predloga zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju

Za realizaciju rešenja datih u Predlogu zakona sredstva su obezbeđena u finansijskom planu RFZO-a za 2023. godinu.

Za realizaciju ovog predloga zakona nisu potrebna finansijska sredstva u budžetu Republike Srbije.

U 2024. godini i 2025. godini za sprovođenje ovog predloga zakona sredstva će se obezbediti u skladu sa limitima koje utvrdi Ministarstvo finansija.

5. Analiza ekonomskih efekata Predloga zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju

Predložena rešenja sa sobom povlače indirekne koristi privredi, a direktne svim privrednim subjektima bez obzira koju privrednu delatnost obavljaju, kada se pojavljuju u ulozi poslodavca osiguranika kome se utvrđuje privremena sprečenost za rad. Takođe, predloženim rešenjem racionalnije i ekonomičnije se koriste i sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja, sužavanjem prostora za moguće zloupotrebe u pogledu privremene sprečenosti za rad. Konačne finansijske, odnosno ekonomske efekte primenom rešenja sadržanih u Predlogu zakona pokazaće određeni period primene tih rešenja.

6. Analiza efekata Predloga na društvo

Svako rešenje predloženo u Predlogu zakona povlači za sobom materijalne i nematerijalne koristi za građane, kao i za privredne subjekte.

Kao što je već pomenuto, rešenja predložena u ovom Predlogu predstavljaju materijalnu sigurnost za zaposlene osiguranike u slučaju bolesti ili povrede, naročito u vidu smanjenja kašnjenja u pogledu isplate naknade zarade, s jedne strane, a s druge i u pogledu ekonomičnog i racionalnog korišćenja sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, čime se otvaraju mogućnosti daljeg unapređenja ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a sa istim sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, što je svakako u interesu samih građana kao osiguranih lica, kao i privrednih subjekata, RFZO-a, a samim tim i društva u celini. Predloženim rešenjima ne opterećuju se dodatno privredni subjekti, odnosno poslodavci, već se upravo teži racionalnom korišćenju privremene sprečenosti za rad i kontroli korišćenja tog prava, a što je u interesu poslodavaca. Takođe, opšti je interes i da se omogući nesmetano ostvarivanja prava boraca u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, imajući u vidu ulogu i značaj ovih lica za Republiku Srbiju, odnosno društvo u celini.

7. Analiza upravljačkih efekata Predloga zakona

Predloženim Predlogom zakona se ne utiče na organizacione, upravljačke ili institucionalne promene. Za realizaciju predloženih rešenja u Predlogu zakona u odnosu na Republički fond za zdravstveno osiguranje, napominjemo da ovaj fond ima dovoljno kadrovskih kapaciteta za realizaciju rešenja predloženih u Predlogu zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, te u skladu s tim na poslovima lekarskih komisija nije potrebno formiranje dodatnih komisija, dodatna angažovanja i s tim u vezi dodatna sredstva na ime tog angažovanja.

Rešenja u Predlogu zakona su u saglasnosti sa važećim propisima, međunarodnim sporazumima i dokumentima javnih politika, te nemaju uticaj na vladavinu prava i bezbednost.

8. Analiza rizika

Ministarstvo zdravlja je sprovelo javnu raspravu u periodu od 31. jula 2023. godine do 21. avgusta 2023. godine za predstavnike državnih organa, javnih službi, predstavnike zdravstvenih ustanova stručnu javnost, udruženja i druge zainteresovane učesnike. Tekst Predloga zakona bio je postavljen na sajtu Ministarstva zdravlja, www.zdravlje.gov.rs, kao i na portalu e-konsultacije. Javnost je imala mogućnost da dostavi predloge, sugestije, inicijative i komentare na Predlog zakona na elektronsku adresu: zakon.osiguranje.javnarasprava2023@zdravlje.gov.rs ili pismenim putem Ministarstvu zdravlja, Nemanjina 22 - 26, Beograd, sa naznakom: „Za javnu raspravu o Nacrtu zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju”. U toku trajanja javne rasprave na pomenutu adresu pristiglo je predloga, sugestija, inicijativa, odnosno komentara. Sve pristigle primedbe, sugestije i inicijative, odnosno komentari, u periodu trajanja javne rasprave, a kojih je bilo 24, detaljno su razmotreni i prikazani u Tabeli koja je sastavni deo Izveštaja o sprovedenoj javnoj raspravi, uz napomenu za svaki da li je prihvaćen i uvršten u Predlog zakona, a ako nije iz kog razloga nije bilo moguće prihvatiti konkretan komentar/primedbu/inicijativu/sugestiju.

IZJAVA O USKLAĐENOSTI PROPISA SA PROPISIMA EVROPSKE UNIJE

1. Ovlašćeni predlagač propisa: Vlada

Obrađivač: Ministarstvo zdravlja

2. Naziv propisa

Predlog zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju
Proposes legislation act for amending the Health Insurance

3. Usklađenost propisa s odredbama Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju između Evropskih zajednica i njihovih država članica, sa jedne strane, i Republike Srbije sa druge strane („Službeni glasnik RS”, broj 83/08) (u daljem tekstu: Sporazum):

a) Odredba Sporazuma koja se odnosi na normativnu sadržinu propisa,

Odredbe Predloga zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju nisu predmet usklađivanja sa odredbama Sporazuma i prelaznog sporazuma.

b) Prelazni rok za usklađivanje zakonodavstva prema odredbama Sporazuma,

-

v) Ocena ispunjenosti obaveze koje proizlaze iz navedene odredbe Sporazuma,

-

g) Razlozi za delimično ispunjavanje, odnosno neispunjavanje obaveza koje proizlaze iz navedene odredbe Sporazuma,

-

d) Veza sa Nacionalnim programom za usvajanje pravnih tekovina Evropske unije.

-

4. Usklađenost propisa sa propisima Evropske unije:

a) Navođenje odredbi primarnih izvora prava Evropske unije i ocene usklađenosti sa njima,

-

b) Navođenje sekundarnih izvora prava Evropske unije i ocene usklađenosti sa njima,

-

v) Navođenje ostalih izvora prava Evropske unije i usklađenost sa njima,

-

g) Razlozi za delimičnu usklađenost, odnosno neusklađenost,

-

d) Rok u kojem je predviđeno postizanje potpune usklađenosti propisa sa propisima Evropske unije.

-

5. Ukoliko ne postoje odgovarajuće nadležnosti Evropske unije u materiji koju reguliše propis, i/ili ne postoje odgovarajući sekundarni izvori prava Evropske unije sa kojima je potrebno obezbediti usklađenost, potrebno je obrazložiti tu činjenicu. U ovom slučaju, nije potrebno popunjavati Tabelu usklađenosti propisa. Tabelu usklađenosti nije potrebno popunjavati i ukoliko se domaćim propisom ne vrši prenos odredbi sekundarnog izvora prava Evropske unije već se isključivo vrši primena ili sprovođenje nekog zahteva koji proizilazi iz odredbe sekundarnog izvora prava (npr. Predlogom odluke o izradi strateške procene uticaja biće sprovedena obaveza iz člana 4. Direktive 2001/42/EZ, ali se ne vrši i prenos te odredbe direktive).

Odredbe Predloga zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju nisu predmet usklađivanja sa propisima EU s obzirom da se odnose na rešenja u nadležnosti nacionalnog zakonodavstva.

6. Da li su prethodno navedeni izvori prava Evropske unije prevedeni na srpski jezik?

-

7. Da li je propis preveden na neki službeni jezik Evropske unije?

-

8. Saradnja sa Evropskom unijom i učešće konsultanata u izradi propisa i njihovo mišljenje o usklađenosti.

-