

Z A K O N

O IZMENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 1.

U Zakonu o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS”, br. 107/05 i 109/05-ispravka), član 6. menja se i glasi:

„Član 6.

Obavezno zdravstveno osiguranje obezbeđuje se i sprovodi u Republičkom fondu za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Republički fond) i u organizacionim jedinicama Republičkog fonda (u daljem tekstu: filijale).

Određeni poslovi obaveznog zdravstvenog osiguranja sprovode se i u Pokrajinskom fondu za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Pokrajinski fond) u skladu sa zakonom.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu da sprovode pravna lica koja obavljaju delatnost osiguranja u skladu sa zakonom, kao i Republički fond.”

Član 2.

U čl. 12, 13, 29, 33, 34, 39, 42-44, 46-49, 56-61, 72, 74, 84, 85, 99, 102, 115, 116, 118, 120-124, 127, 128, 137, 139-141, 145, 146, 149-152, 154-157, 163-166, 173-180, 182, 184, 186-197, 199-202, 204, 208-221, 223-227, 229-236, 240-243. i 245. reči: „Republički zavod” zamenjuju se rečima: „Republički fond” u odgovarajućem padežu.

U čl. 174, 176, 184, 186, 187, 210, 212, 217, 224, 225. i 228. reči: „Pokrajinski zavod” zamenjuju se rečima: „Pokrajinski fond” u odgovarajućem padežu.

Član 3.

U članu 17. stav 1. tačka 21) menja se i glase:

„21) poljoprivrednici stariji od 15 godina života koji se bave poljoprivrednom delatnošću kao nosioci poljoprivrednog domaćinstva, članovi poljoprivrednog domaćinstva, nosioci porodičnog poljoprivrednog gazdinstva, članovi porodičnog poljoprivrednog gazdinstva ili članovi mešovitog domaćinstva, ako nisu: osiguranici zaposleni, osiguranici samostalnih delatnosti, osiguranici iz tačke 17) ovog stava, korisnici penzija, lica na školovanju;”.

Stav 3. menja se i glasi:

„Poljoprivrednim domaćinstvom, porodičnim poljoprivrednim domaćinstvom, odnosno mešovitim domaćinstvom smatra se zajednica života, privređivanja i trošenja prihoda, bez obzira na srodstvo između njegovih članova, na poljoprivrednom domaćinstvu, odnosno gazdinstvu sa najmanje 0,5 hektara poljoprivrednog zemljišta, odnosno sa manje od 0,5 hektara poljoprivrednog zemljišta, drugog zemljišta ili građevinske celine na kojima se obavlja stočarska, povrtarska ili vinogradarska proizvodnja, uzgoj ribe, gajenje pečuraka, puževa, pčela i drugi uzgoj ili gajenje.”

Posle stava 3. dodaju se st. 4. i 5. koji glase:

„Nosilac poljoprivrednog domaćinstva, odnosno porodičnog poljoprivrednog gazdinstva, u smislu ovog zakona, jeste lice koje je obveznik poreza na imovinu na osnovu poljoprivrednog zemljišta ili poreza na prihod od poljoprivrede i šumarstva u skladu sa zakonom kojim se uređuje porez na imovinu i porez na dohodak građana.

Član poljoprivrednog domaćinstva, porodičnog poljoprivrednog gazdinstva, odnosno mešovitog domaćinstva, u smislu ovog zakona, jeste lice koje živi i radi na poljoprivrednom domaćinstvu, porodičnom poljoprivrednom gazdinstvu, odnosno u mešovitom gazdinstvu.”

Član 4.

U članu 20. stav 1. tačka1) briše se.

Tač. 2) i 3) postaju tač. 1) i 2).

Član 5.

U članu 21. stav 1. tačka 1) menja se i glasi:

„1) osiguranje po osnovu zaposlenja ili penzije (član 17. stav 1. tač. 1)-12) i 22)-23) ovog zakona.”

Stav 2. menja se i glasi:

„Lice koje ispunjava uslov za sticanje svojstva osiguranika iz člana 17. stav 1. tač. 1)-12), tač. 17)-20), kao i tač. 22) i 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.”

Član 6.

U članu 22. stav 1. tačka 1) broj 15 zamenjuje se brojem 18.

Tačka 4) menja se i glasi:

„4) osobe sa invaliditetom, po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju, kao i mentalno nedovoljno razvijena lica;”

U tački 5) reči: „obolela, odnosno povređena lica u vezi sa pružanjem hitne medicinske pomoći,” zamenjuju se rečima: „oboleli od retkih bolesti;”.

Tačka 7) menja se i glasi:

„7) materijalno neobezbeđena lica koja primaju novčanu socijalnu pomoć, odnosno koja su korisnici porodične invalidnine, po propisima o socijalnoj zaštiti, odnosno po propisima o zaštiti boraca, vojnih invalida i civilnih invalida rata;”.

U tački 11) na kraju teksta tačka se zamenjuje tačkom i zapetom.

Posle tačke 11) dodaju se tač. 12) i 13) koje glase:

„12) žrtve nasilja u porodici;

13) žrtve trgovinom ljudima.

Član 7.

U članu 26. stav 1. menja se i glasi:

„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.”

Član 8.

U članu 27. stav 1. posle reči: „Roditelji,” dodaju se reči: „braća i sestre,”.

Član 9.

U članu 32. stav 3. tač. 1) reči: „iz člana 17.” zamenjuju se rečima: „iz čl. 17. i 23.”

Član 10.

U članu 33. st. 4-6. menjaju se i glase:

„Povreda na radu, u smislu ovog zakona, je svaka povreda, oboljenje ili smrt nastala kao posledica nesreće na poslu, odnosno kao posledica svakog neočekivanog ili neplaniranog događaja, uključujući i akt nasilja koji je nastao usled rada ili je povezan sa radom i koji je doveo do povrede, oboljenja ili smrti osiguranika koja je nastupila odmah ili u periodu od 12 meseci od dana nastanka povrede na radu.

Pod povredom na radu u smislu stava 4. ovog člana ne podrazumevaju se profesionalna oboljenja, kao i povrede pri dolasku, odnosno povratku sa posla.

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

Posle stava 6. dodaje se st. 7. i 8. koji glase:

„Povreda na radu utvrđuje se na osnovu izveštaja o povredi na radu (u daljem tekstu: povredna lista), koji je pod neposrednom ili posrednom kontrolom poslodavca i koja se dostavlja Republičkom fondu, odnosno matičnoj filijali radi ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim zakonom.

Sadržaj i obrazac povredne liste i način popunjavanja, odnosno dostavljanja, obrade podataka iz povredne liste, kao i druga pitanja od značaja za utvrđivanje povrede na radu, sporazumno propisuju ministri nadležni za poslove zaštite zdravlja i bezbednosti na radu.”

Član 11.

U članu 35. stav 1. tač. 2) i 3) menjaju se i glase:

„2) sistematski i ostali pregledi dece do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja a najkasnije do navršenih 26 godina života, žena u vezi sa trudnoćom i odraslih osoba u skladu sa republičkim programom prevencije i ranog otkrivanja bolesti od većeg socijalnog – medicinskog 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.”

Član 12.

U članu 37. tačka 8) menja se i glasi:

„8) pravo na pratioca osiguranom licu do navršenih 15 godina života, kao i starijem licu koje je teže telesno ili duševno ometeno u razvoju, odnosno licu kod koga je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života, uključujući slepa, slabovida, kao i gluva lica, za

vreme stacionarnog lečenja i medicinske rehabilitacije, a da je to medicinski neophodno, osim ako ovim zakonom nije drukčije određeno;”.

Član 13.

Član 41. tačka 1. menja se i glasi:

„1) pregled i lečenje bolesti usta i zuba kod dece do navršениh 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja a najkasnije do navršениh 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;”.

U tački 4) posle reči: „pregledi”, dodaju se reči: „i lečenje bolesti”.

U tački 9) na kraju teksta tačka se zamenjuje tačkom i zapetom.

Posle tačke 9) dodaju se tač. 10) i 11) koje glase:

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

11) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba osiguranika iz člana 22. ovog zakona.”

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

„Licima iz stava 1. tač. 10) i 11) ovog člana obezbeđuje se pravo na preglede i lečenje bolesti usta i zuba ako su prihvati osiguranog lica ispod cenzusa utvrđenog aktom iz člana 22. stav 2. ovog zakona.”

Član 14.

U članu 42. posle stava 8. dodaje se novi stav 9. koji glasi:

„Pravo na pratioca obezbeđuje se osiguranom licu do navršениh 15 godina života, kao i starijem licu koje je teže telesno ili duševno ometeno u razvoju, odnosno licu kod koga je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života, uključujući slepa, slabovidna, kao i gluva lica.”.

Dosadašnji st. 9. i 10. postaju st. 10. i 11.

U dosadašnjem stavu 10. koji postaje stav 11. reči: „iz stava 1. ovog člana” zamenjuju se rečima: „iz stava 10. ovog člana”.

Član 15.

U članu 43. posle stava 7. dodaju se st. 8 -11. koji glase:

„Republički fond dužan je da u roku od 90 dana od dana podnošenja zahteva za stavljanje, odnosno skidanje određenog leka sa Liste lekova iz stava 3. ovog člana donese rešenje o ispunjenosti kriterijuma za stavljanje, odnosno skidanje leka sa Liste lekova u skladu sa aktom iz stava 4. ovog člana.

Ako ovim zakonom nije drukčije određeno, na postupak donošenja rešenja iz stava 8. ovog člana primenjuje se zakon kojim se uređuje opšti upravni postupak.

Rešenje iz stava 8. ovog člana konačno je u upravnom postupku i protiv njega se može pokrenuti upravni spor.

Republički fond dužan je da u prvoj narednoj Listi lekova koju donosi u skladu sa ovim zakonom, stavi, odnosno skine lek za koji je doneto rešenje o ispunjenosti kriterijuma za stavljenje, odnosno skidanje sa Liste lekova u skladu sa stavom 8. ovog člana.”

Član 16.

U članu 45. tačka 1) alineja 4 menja se i glasi:

„- preglede i lečenje bolesti usta i zuba kod lica iz člana 41. tač. 1), 10) i 11) ovog zakona, kao i žena u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja;”.

U tački 4) posle alineje treće dodaje se nova alineja četvrta koja glasi:

„-promenu pola iz medicinskih razloga;”.

Dosadašnja alineja četvrta postaje alineja peta.

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

„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.”

Član 17.

U članu 48. stav 1. menja se i glasi:

„Novčani iznos do punog iznosa iz člana 45. stav 1. tač. 2) do 4) i stav 2. ovog zakona, kao i novčani iznos iz člana 46. 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.”.

Stav 5. menja se i glasi:

„Osigurano lice ima pravo da iz svojih sredstava, odnosno iz sredstava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvari pravo na veći sadržaj, obim i standard prava iz čl. 45. i 46. ovog zakona, koja 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 stvarne cene prava iz čl. 45. i 46. ovog zakona.”

Posle stava 5. dodaju se st. 6. i 7. koji glase:

„Republički fond opštim aktom bliže uređuje uslove, način i postupak ostvarivanja prava iz stava 5. ovog člana za određena prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja propisana čl. 45. i 46. ovog zakona.

Opšti akt iz stava 6. ovog člana objavljuje se u „Službenom glasniku Republike Srbije.”

Član 18.

U članu 49. stav 4. na kraju teksta tačka se zamenjuje zapetom i dodaju se reči: „kao i druge račune za naplaćene zdravstvene usluge radi ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.”

Član 19.

Posle člana 49. dodaje se novi član 49a koji glasi:

„Zabrana naplaćivanja zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 49a

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, odnosno drugo pravno ili fizičko lice, na plaćanje, odnosno davanje bilo kakve materijalne ili nematerijalne koristi za pružanje takvih usluga osiguranom licu, osim ako ovim zakonom nije drukčije određeno.

Licu koje postupi u suprotnosti sa stavom 1. ovog člana poslodavac može, u skladu sa zakonom kojim se uređuje rad, da otkaže ugovor o radu, odnosno da raskine drugu vrstu ugovora na osnovu koga je to lice angažovano kod davaoca zdravstvenih usluga za obavljanje određenih poslova.

Kod davaoca zdravstvenih usluga mogu da se naplaćuju osiguranim licima, kao i drugim pravnim i fizičkim licima, samo one zdravstvene usluge koje nisu obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, kao i iznos participacije utvrđen u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.”

Član 20.

U članu 50. tačka 1. menja se i glasi:

„1) ratnim vojnim invalidima, mirnodopskim vojnim invalidima i civilnim invalidima rata;”.

Član 21.

U članu 54. stav 2. menja se i glasi:

„Plan iz stava 1. ovog člana Republički fond donosi za period za koji se donosi budžetski memorandum, odnosno finansijski plan Republičkog fonda, a u izuzetnim slučajevima – za jednu kalendarsku godinu, najkasnije do 31. decembra – za narednu godinu.”

Član 22.

Član 55. menja se i glasi:

„Član 55.

Nomeklaturu zdravstvenih usluga iz člana 45. ovog zakona utvrđuje ministar.

Republički fond donosi akt kojim se utvrđuju: cene zdravstvenih usluga, program zdravstvene zaštite, cene dijagnostički srodnih grupa zdravstvenih usluga, bolesnički dan, posete osiguranog lica zdravstvenom radniku, plaćanje po opredeljenom pacijentu, 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 2. ovog člana.

Cene, odnosno troškovi iz stava 2. ovog člana utvrđuju se na osnovu nekih od navedenih elemenata :

- 1) nomenklature zdravstvenih usluga;
- 2) normativa i standarda rada, kada je to neophodno za utvrđivanje cene, odnosno troškova;
- 3) troškova uložnog rada zaposlenih u pružanju zdravstvenih usluga koji 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;
- 4) analize troškova zdravstvene zaštite;
- 5) amortizacije propisane zakonom, odnosno drugim propisima;
- 6) materijalnih troškova;
- 7) drugih zakonskih obaveza.

Radi utvrđivanja cene, odnosno troškova iz stava 2. ovog člana Republički fond utvrđuje normative i standarde rada iz stava 4. tačka 2) ovog člana, ako isti nisu uređeni na drukčiji način.

Republički fond aktom iz stav 2. ovog člana, na osnovu metodologije za obračun troškova obrade krvi i komponenata krvi, utvrđuje troškove obrade krvi i komponenata krvi.

Akt iz st. 2. i 5. ovog člana objavljuje se u „Službenom glasniku Republike Srbije.”

Član 23.

U članu 59. posle stava 1. dodaje se st. 2. i 3. koji glase:

„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 za obavezno zdravstveno osiguranje, kao i iz drugih izvora finansiranja u skladu sa zakonom.

Vlada, za svaku kalendarsku godinu, na predlog ministra nadležnog za poslove zdravlja, donosi akt kojim se utvrđuju vrste retkih bolesti, kao i druga pitanja od značaja za lečenje obolelih od ovih bolesti za koje se sredstva obezbeđuju u budžetu Republike Srbije.”

Član 24.

U članu 61. stav 1. tačka 12) posle reči: „promene pola”, dodaje se zapeta kao i reči: „osim ako ovim zakonom nije drukčije određeno”.

Član 25.

Član 65. menja se i glasi:

„Član 65.

Pravo na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, ima osigurano lice ako je pre njegovog odlaska u inostranstvo 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 duže lečenje, odnosno smeštaj u stacionarnu zdravstvenu ustanovu, uključujući trudnoću i druge zdravstvene usluge.

Zdravstveno stanje iz stava 1. ovog člana utvrđuje prvostepena lekarska komisija matične filijale, a filijala izdaje potvrdu o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu (u daljem tekstu: potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite).

Potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite izdaje se na osnovu nalaza i mišljenja izabranog lekara da osigurano lice 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 duže lečenje, odnosno smeštaj u stacionarnu zdravstvenu ustanovu, uključujući trudnoću i druge zdravstvene usluge.

Radi izdavanja potvrde o korišćenju zdravstvene zaštite, prvostepena lekarska komisija može naložiti da osigurano lice izvrši određene vrste medicinskih pregleda s ciljem utvrđivanja zdravstvenog stanja osiguranog lica.

Davanje nalaza i mišljenja izabranog lekara, odnosno utvrđivanje zdravstvenog stanja od strane prvostepene lekarske komisije, odnosno izdavanje potvrde o korišćenju zdravstvene zaštite, obezbeđuje se osiguranom licu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Potvrda o korišćenju 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 trudnoću i druge zdravstvene usluge, kao i potvrde izabranog lekara – stomatologa o stanju zuba.

Matična filijala izdaje potvrdu o korišćenju zdravstvene zaštite na obrascu koji propisuje Republički fond, a na kojem je odštampano i detaljno objašnjenje o načinu, postupku i uslovima za korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu.”

Član 26.

U članu 84. stav 1. reč: „donošenja”, zamenjuje se rečju: „pravnosnažnosti”.

Član 27.

U članu 104. stav 3. posle reči: „hemodijalizu,”, dodaju se reči: „kao i na hemio i radio terapiju,”.

Član 28.

U članu 108. stav 4. menja se i glasi:

„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 starije lice koje je teže telesno ili duševno ometeno u razvoju, kao i lice kod kojeg je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija, zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života, uključujući slepa, slabovidna i gluva lica.”

Član 29.

U članu 111. stav 1. menja se i glasi:

„Svojstvo osiguranog lica utvrđuje filijala koja se u smislu ovog zakona smatra matičnom filijalom.”

Član 30.

Član 112. menja se i glasi:

„Licu kojem je priznato svojstvo osiguranog lica matična filijala izdaje propisanu ispravu o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: isprava o osiguranju), kojom se dokazuje svojstvo osiguranog lica.

Licu kojem se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju u određenim slučajevima iz člana 28. ovog zakona, izdaje se posebna isprava za korišćenje zdravstvene zaštite samo u slučaju povrede na radu ili profesionalne bolesti.

Isprava o osiguranju iz st. 1. i 2. ovog člana jeste i zdravstvena kartica koja sadrži prostor za kontaktni mikrokontroler (ČIP) i prostor za mašinski čitljivu zonu za potrebe automatskog očitavanja podataka, u koji se unose svi vidljivi podaci na ispravi o osiguranju, kao i podaci koji se vode u matičnoj evidenciji u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Troškove izdavanja zdravstvene kartice iz stava 3. ovog člana snosi osiguranik za sebe i članove svoje porodice.

Izuzetno od stava 4. ovog člana obveznik uplate doprinosa, odnosno drugo pravno ili fizičko lice, odnosno Republički fond može preuzeti obavezu naknade troškova izdavanja zdravstvene kartice.

Visinu troškova iz stava 4. ovog člana propisuje Republički fond.

Sredstva ostvarena u skladu sa stavom 6. ovog člana predstavljaju prihod Republičkog fonda.

Vlada daje saglasnost na akt iz stava 6. ovog člana.

Republički fond propisuje sadržaj i oblik isprave o osiguranju, zdravstvene kartice, odnosno posebne isprave za korišćenje zdravstvene zaštite iz st. 1-3. ovog člana, način njihove overe, osigurana lica za koja preuzima obavezu troškova izdavanja zdravstvene kartice, kao i druga pitanja od značaja za korišćenje tih isprava.

Akt iz st. 6. i 9. ovog člana objavljuje se u „Službenom glasniku Republike Srbije”.

Član 31.

U članu 113. posle stava 3. dodaje se stav 4. koji glasi:

„Izuzetno od st. 1-3. ovog člana matična filijala može po službenoj dužnosti da izvrši odjavu sa obaveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju kada je pravno ili fizičko lice koje je obveznik podnošenja odjave sa zdravstvenog osiguranja prestalo da postoji, odnosno ako je umrlo, kao i u slučaju ako je u momentu podnošenja prijave na zdravstveno osiguranje poznat i datum prestanka osnova za osiguranje po kome je to lice steklo svojstvo osiguranika u skladu sa ovim zakonom, pod uslovom da obveznik podnošenja odjave ne podnese odjavu sa zdravstvenog osiguranja u zakonom propisanom roku.”

Član 32.

Član 129. menja se i glasi:

„Član 129.

Prijava podataka za matičnu evidenciju podnosi se matičnoj filijali, i to:

1) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 1) i 2), tač. 4)-8), tač. 10), 11) i 13), tač. 15)-18) i tačka 24) ovog zakona, u slučaju kada su mesto prebivališta osiguranika i sedište obveznika na području iste filijale –prema sedištu obveznika uplate doprinosa;

2) za osiguranike iz člana 17. 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 17. stav 1. tačka 9) i tač. 19) - 22) ovog zakona - prema prebivalištu osiguranika u Republici;

4) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 12) ovog zakona – prema prebivalištu osiguranika ili mestu poslednjeg prestanka radnog odnosa;

5) za osiguranike iz člana 17. 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 17. stav 1. tačka 23) ovog zakona – prema boravištu ili prebivalištu;

7) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 25) ovog zakona – prema sedištu škole, odnosno visokoškolske ustanove.

Izuzetno od stava 1. tač. 1) ovog člana, u slučaju kada je prebivalište osiguranika na području jedne filijale a sedište obveznika uplate doprinosa na području druge filijale, prijava podataka za matičnu evidenciju podnosi se matičnoj filijali prema prebivalištu osiguranika u Republici.

Za članove porodice osiguranika prijava podataka za matičnu evidenciju podnosi se matičnoj filijali, odnosno filijali na način propisan u st. 1. i 2. ovog člana.”

Član 33.

U članu 130. stav 1. reči: „iz tačke 11)” zamenjuju se rečima: „iz tač. 11)-13)”.

Član 34.

Član 142. menja se i glasi:

„Član 142.

Prava iz zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu overene isprave o osiguranju, odnosno zdravstvene kartice, odnosno posebne isprave o korišćenju zdravstvene zaštite.

Overu dokumenata iz stava 1. ovog člana vrši matična filijala na osnovu raspoloživih podataka, odnosno na osnovu dokaza da je uplaćen dospel doprinos u skladu sa zakonom, kao i poslodavac kome je matična filijala, na osnovu dokaza o uplaćenim doprinosima, izdala posebno sredstvo (markica i dr.), kojim se vrši overavanje isprave o osiguranju u skladu sa propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Overu zdravstvene kartice iz člana 112. stav 3. ovog zakona vrši matična filijala unošenjem podataka o uplaćenim dospelim doprinosima, u skladu sa zakonom, u prostor za mašinski čitljivu zonu za potrebe automatskog očitavanja podataka.

Naknadna overa isprave o osiguranju, odnosno zdravstvene kartice, odnosno posebne isprave o korišćenju zdravstvene zaštite može se izvršiti pod uslovom da je osigurano lice izvršilo izbor izabranog lekara u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona.

Ako isprava o osiguranju, odnosno zdravstvena kartica, odnosno isprava o korišćenju zdravstvene zaštite nije overena zbog toga što dospel doprinos nije plaćen, izvršiće se naknadna overa kada taj doprinos bude u celini uplaćen.

U slučaju da nije izvršena uplata dospelog doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, odnosno da nije izvršena u celini, 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, samo u slučaju hitne medicinske pomoći."

Član 35.

U članu 146. stav 1. tačka 4) menja se i glasi:

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

Posle stava 3. dodaju se novi st. 4. i 5. koji glase:

„Osigurano lice dužno je da kod prve posete zdravstvene ustanove na primarnom nivou zdravstvene zaštite u kojoj poslove obavlja izabrani lekar, a najkasnije u roku od šest meseci od dana sticanja svojstva osiguranog lica u skladu sa ovim zakonom, izvrši izbor izabranog lekara.

Ako osigurano lice ne izvrši izbor izabranog lekara u roku iz stava 4. ovog člana, ima pravo samo na pružanje hitne medicinske pomoći do momenta izbora izabranog lekara u skladu sa ovim zakonom.”

Dosadašnji st. 4. i 5. postaju st. 6. i 7.

Član 36.

Član 152. menja se i glasi:

„Član 152.

Ako to zahteva zdravstveno stanje osiguranog lica, kao i racionalnost u pružanju zdravstvene zaštite, na predlog lekara specijaliste odgovarajuće grane medicine koji leči osigurano lice, izabrani lekar može da prenese ovlašćenje iz člana 151. ovog zakona na tog lekara specijalistu, a koje se odnosi na dijagnostikovanje i lečenje, upućivanje na stacionarno lečenje, uključujući i propisivanje lekova koji se izdaju uz lekarski recept za određene bolesti (TBC, HIV, bolesti zavisnosti, lečenje psihijatrijskih oboljenja, lečenje retkih bolesti, kao i druga oboljenja u skladu sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona).

Aktom iz člana 141. stav 4. ovog zakona Republički fond propisuje 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.”

Član 37.

U članu 154. stav 1. reč: „tri”, zamenjuje se rečju: „dva”.

Član 38.

U članu 175. st. 2. i 3. brišu se.

Član 39.

U članu 177. stav 1. menja se i glasi:

„Odnosi između matične filijale, odnosno Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga, povodom ostvarivanja prava osiguranih lica na zdravstvenu zaštitu, uređuju se ugovorom koji se zaključuje na period za koji se donosi budžetski memorandum, odnosno finansijski plan Republičkog fonda, a u izuzetnim slučajevima može se zaključiti i za jednu kalendarsku godinu.”

Stav 3. menja se i glasi:

„Važenje ugovora iz stava 1. ovog člana može se aneksom ugovora produžiti i u narednu kalendarsku godinu, a najduže do stupanja na snagu opšteg akta kojim se utvrđuje iznos novčane naknade za rad davaoca zdravstvenih usluga, iz člana 179. stav 1. ovog zakona.”

Posle stava 3. dodaje se stav 4. koji glasi:

„Ugovor koji se zaključuje na period usklađen sa donošenjem budžetskog memoranduma, odnosno koji se zaključuje za više godina u skladu sa stavom 1. ovog člana, usklađuje se za svaku budžetsku godinu prema planiranim sredstvima u finansijskom planu Republičkog fonda.”

Dosadašnji stav 4. postaje stav 5.

Član 40.

U članu 179. stav 1. menja se i glasi:

„Republički fond za period iz člana 177. stav 1. ovog zakona donosi opšti akt kojim se uređuju uslovi 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 o pružanju zdravstvene zaštite po završenoj budžetskoj godini, kao i druga pitanja od značaja za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga.”

Član 41.

U članu 180. stav 1. tačka 1) menja se i glasi:

„1) trogodišnji, odnosno godišnji plan zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji se donosi u skladu sa ovim zakonom;”.

Tačka 4) menja se i glasi:

„4) akt Republičkog fonda iz člana 55. stav 2. ovog zakona;”.

Član 42.

U članu 181. posle tačke 4) dodaje se nova tačka 5) koja glasi:

„5) plaćanje po dijagnostički srodnim grupama bolesti i povreda;”.

Dosadašnja tačka 5) postaje tačka 6).

Član 43.

U članu 182. stav 1. posle reči: „za osigurana lica sa teritorije matične filijale,” dodaju se reči: „kao i za druga osigurana lica,”.

Posle stava 2. dodaje se stav 3. koji glasi:

„Davaoci zdravstvenih usluga iz Plana mreže dužni 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 druga pravna i fizička lica sa kojima imaju zaključene ugovore o pružanju zdravstvenih usluga.”

Član 44.

U članu 210. posle stava 2. dodaje se stav 3. koji glasi:

„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.”

Dosadašnji st. 3. i 4. postaju st. 4. i 5.

Član 45.

U članu 215. stav 7. menja se i glasi:

„Na obavljanje javne funkcije direktora filijale u pogledu sprečavanja sukoba privatnog i javnog interesa, primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje rad Agencije za borbu protiv korupcije.”

Posle stava 7. dodaje se stav 8. koji glasi:

„Direktor filijale po isteku mandata nastavlja da obavlja poslove u skladu sa zakonom i statutom Republičkog fonda do dana imenovanja direktora filijale na način propisan ovim zakonom.”

Član 46.

U članu 219. posle stava 3. dodaje se stav 4. koji glasi:

„Izuzetno od stava 3. ovog člana, članovi Upravnog odbora, članovi Nadzornog odbora, direktor, odnosno zamenik direktora mogu pored poslova u organima Republičkog fonda da se bave i naučno-istraživačkim 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.”

Dosadašnji st. 4-6. postaju st. 5-7.

Dosadašnji stav 7. koji postaje stav 8. menja se i glasi:

„Na obavljanje javne funkcije lica iz stava 3. ovog člana u pogledu sprečavanja sukoba privatnog i javnog interesa, primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje rad Agencije za borbu protiv korupcije.”

Dosadašnji stav 8. postaje stav 9.

Posle stava 9. dodaje se stav 10. koji glasi:

„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.”

Član 47.

U članu 228. stav 1. menja se i glasi:

„Direktora Pokrajinskog fonda, po sprovedenom javnom konkursu koji raspisuje Republički fond, imenuje Upravni odbor, na predlog nadležnog organa autonomne pokrajine.”

Posle stava 1. dodaju se novi st. 2. i 3. koji glase:

„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.”

Dosadašnji st. 2, 3. i 4. postaju st. 4, 5. i 6.

Član 48.

Član 237. menja se i glasi:

„Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu organizovati i sprovoditi i fondovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa posebnim zakonom.”

Član 49.

U članu 240. stav 1. posle tačke 3) dodaje se tačka 3a) koja glasi:

„3a) ako suprotno članu 49a 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 člana njegove porodice, odnosno drugo pravno ili fizičko lice, na plaćanje, odnosno davanje bilo kakve materijalne ili nematerijalne koristi za pružanje takvih usluga osiguranom licu, osim ako zakonom nije drukčije određeno (član 49a);”.

Posle tačke 7) dodaje se tačka 7a) koja glasi:

„7a) 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 182. stav 3.);”.

U stavu 2. reči: „tač. 1)-7)” brišu se.

Član 50.

U članu 242. posle stava 2. dodaje se stav 3. koji glasi:

„Novčanom kaznom od 300.000 do 500.000 dinara kazniće se za prekršaje iz stava 1. ovog člana i poslodavac – preduzetnik.”

Prelazne i završne odredbe

Član 51.

Republički fond uskladiće statut i druge opšte akte i doneće propise za sprovođenje ovog zakona, najkasnije do 1. januara 2013. godine.

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 52.

Do donošenja propisa kojim se uređuje metodologija za obračun troškova obrade krvi i komponenata krvi u skladu sa zakonom kojim se uređuje transfuziološka delatnost, odnosno do donošenja akta o troškovima obrade krvi i komponenata krvi, Republički fond utvrđivaće cene obrade krvi i komponenata krvi na taj način što će se postojeće cene krvi, odnosno labilnih produkata krvi, koje važe na dan stupanja na snagu ovog zakona, uvećati u skladu sa sredstvima

opredeljenima u Finansijskom planu Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2011. godinu.

Član 53.

Republički fond dužan je da najkasnije u roku od tri godine, od dana stupanja na snagu ovog zakona izvrši zamenu isprave o osiguranju, kao i posebne isprave za korišćenje zdravstvene zaštite iz člana 112. st. 1. i 2. ovog zakona, sa zdravstvenom karticom.

Do potpune zamene isprava o osiguranju, kao i posebne isprave za korišćenje zdravstvene zaštite – zdravstvenom karticom, osigurana lica ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na osnovu isprava o osiguranju, kao i posebne isprave za korišćenje zdravstvene zaštite, izdatih po propisima koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 54.

Za osigurana lica za koja doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje nije redovno izmirivan do dana stupanja na snagu ovog zakona, isprava o osiguranju, kao i posebna isprava za korišćenje zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvena kartica, od dana stupanja na snagu ovog zakona, overavaće se pod uslovom da je obveznik uplate doprinosa započeo sa izmirivanjem zaostalih doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i nastavio sa njihovim redovnim i kontinuiranim izmirivanjem.

Overa isprave o osiguranju, odnosno posebne isprave o korišćenju zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvene kartice u skladu sa stavom 1. ovog člana vršiće se na način propisan opštim aktom Republičkog fonda.

Član 55.

Ovaj zakon stupa na snagu osam dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Republike Srbije”, a odredbe čl. 12, 13, 14. i 16. ovog zakona, u delu u kojem se utvrđuje veći obim i sadržaj prava od prava utvrđenih propisima koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona, primenjivaće se od 1. januara 2012. godine.

O B R A Z L O Ž E N J E

I. USTAVNI OSNOV

Ustavni osnov za donošenje ovog zakona sadržan je odredbi člana 68. stav 3. Ustava Republike Srbije, prema kojoj se zdravstveno osiguranje uređuje zakonom i članu 97. tačka 10. Ustava Republike Srbije, prema kojem Republika Srbija, između ostalog, uređuje i obezbeđuje sistem u oblasti socijalnog osiguranja i zdravstva.

II. RAZLOZI ZA DONOŠENJE ZAKONA

Razlozi za donošenje Zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju jesu:

1) Usklađivanje Zakona o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Zakon) sa članom 68. stav 3. Ustava Republike Srbije, odnosno promena naziva organizacije za obavezno zdravstveno osiguranje, odnosno Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje u Republički fond za zdravstveno osiguranje, kao i Pokrajinskog zavoda za zdravstveno osiguranje u Pokrajinski fond za zdravstveno osiguranje.

Pored toga, razlozi za donošenje predloženih izmena i dopuna Zakona su i potreba da se prilagodi organizaciona struktura Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Republički fond) potrebama teritorijalne organizacije Republike Srbije, odnosno mogućnost da se i van sedišta upravnog okruga osnivaju filijale Republičkog fonda, kako bi se stvorili uslovi za bolje, odnosno neposredno ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja svih osiguranih lica.

2) Unapređivanje ostvarivanja određenih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno proširivanje određenih prava (npr. pravo na stomatološku zdravstvenu zaštitu za određene kategorija stanovništva, proširivanje prava na pratioća osiguranika u slučaju ostvarivanja zdravstvene zaštite van mesta prebivališta, promena pola iz medicinskih razloga, stvaranje mogućnosti za lečenje obolelih od retkih bolesti pod uslovima propisanim ovim zakonom i dr.). Na taj način, za određene kategorije osiguranih lica koja nemaju sopstvene prihode (npr. studenti, socijalno ugrožene kategorije) stvaraju se uslovi za ostvarivanje zdravstvene zaštite na teret sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno stvaraju se uslovi za sprečavanje posledica po zdravlje stanovništva usled nedostatka sopstvenih sredstava ovih lica za obezbeđivanje određenih zdravstvenih usluga.

Pored toga, stvoreni su uslovi i da se iz budžeta Republike Srbije, počev od 2012. godine, obezbeđuju sredstva za lečenje pacijenata obolelih od retkih bolesti, na osnovu godišnjeg programa za njihovo lečenje koje donosi ministar. Na taj način stvoriće se uslovi da se postepeno, u skladu sa finansijskim mogućnostima, obezbedi lečenje ovih specifičnih oboljenja, kao i da se ovi pacijenti postepeno prevedu sa programa lečenja na osnovu programa humanitarne pomoći ICAP - International Charity Access Programm, koji je u Republici Srbiji aktivan od 2002. godine do danas, na teret sredstva budžeta, odnosno obaveznog zdravstvenog osiguranja. Naime, na osnovu napred navedenog humanitarnog programa do sada je iz tih sredstava izdvojeno oko 65 miliona evra humanitarne pomoći od strane ICAP, za lečenje pacijenata obolelih od retkih bolesti (do sada je lečeno više od 27 pacijenata obolelih Gošeoove bolesti, kao i dva pacijenta obolela od Fabrijeve bolesti - donacija se obezbeđuje za jednog pacijenta). U ovom momentu iz ICAP programa obezbeđuju se sredstva za lečenje šest pedijatrijskih pacijenata, kao i 12 odraslih pacijenata. Počev od 2007. godine ukupno je dijagnostikovano sedam novih pacijenata. Imajući u vidu činjenicu da su lekovi kojima se leče oboleli od napred

navedenih retkih bolesti veoma skupi, s obzirom na njihovu specifičnost, odnosno da su namenjeni upravo vrlo malom broju ljudi na svetskom nivou, a da su istraživanja kao i sredstva uložena u njihov razvoj enormno visoka, specifičnost lečenja obolelih od retkih bolesti je upravo u tome da sve zemlje formiraju posebne fondove (za tzv. „katastrofične slučajeve“). Prema podacima do sada lečenih pacijenata npr. od Gošeeve bolesti, po jednom pacijentu potrebno je izdvojiti na godišnjem nivou od 250-300 hiljada evra u zavisnosti od telesne mase pacijenta. Primera radi, za lečenje sada dignostikovanih pacijenata od Gošeeve bolesti, Fabrijeve bolesti, kao i od MPS tipa 1 neophodno bi bilo da se obezbede sredstva od oko 5.000.000 evra na godišnjem nivou (u ovom momentu najveći deo ovih sredstava obezbeđuje se upravo iz donatorskog programa ICAP - International Charity Access Programm. Kako su i ova sredstva navedenog donatorskog programa ograničena, odnosno kako ovaj program u zemljama u kojima je uveden može trajati ograničeni vremenski rok, neophodno je stvoriti uslove, da se postepeno u skladu sa mogućnostima Republike Srbije, ovi pacijenti prevedu na finansiranje iz sredstava budžeta, odnosno obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno iz posebnih fondova, kao i da se u lečenje uključe i pacijenti koji nisu obuhvaćeni navedenim donatorskim programom.

3) Unapređivanje sistema izabranog lekara, odnosno utvrđivanja obaveze osiguranog lica da izvrši izbor izabranog lekara, na način propisan ovim zakonom. Na taj način stvaraju se uslovi za sveobuhvatnije sprovođenje preventivnih, skrining i drugih programa zdravstvene zaštite, odnosno obezbeđivanje zdravstvene zaštite koja se kao pravo obezbeđuje u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja, a radi unapređivanja zdravstvenog stanja osiguranih lica.

4) Proširivanje kruga lica koja ispunjavaju uslove da steknu svojstvo osiguranog lica u skladu sa članom 22. Zakona, odnosno da se u grupaciju stanovništva koja je izložena povećanom riziku oboljenja, odnosno lica čija je zdravstvena zaštita potrebna u vezi sa sprečavanjem, suzbijanjem, ranim otkrivanjem i lečenjem bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja, kao i lica koja su kategoriji socijalno ugroženog stanovništva, odnosno lica koja zbog nedostatka sopstvenih prihoda nisu u mogućnosti da na drugačiji način ostvare prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja - uključe i lica koja su žrtve nasilja u porodici, kao i koji su žrtve trgovine ljudima, odnosno obolelih od retkih bolesti ukoliko nemaju drugi osnov po kome ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Na taj način za ova lica obezbeđuju se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja putem uplate doprinosa u skladu sa zakonom, iz sredstava budžeta Republike Srbije.

5) Stvaranje preduslova za promenu načina finansiranja zdravstvenih ustanova i drugih davalaca zdravstvenih usluga koji imaju zaključen ugovor sa Republičkim fondom radi ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uvođenjem sistema - plaćanje po opredeljenom pacijentu, odnosno po dijagnostički srodним grupama zdravstvenih usluga, odnosno plaćanje na drugačiji način (po bolesničkom danu, odnosno poseti osiguranog lica zdravstvenom radniku i dr.).

U skladu sa opredeljenim načinom finansiranja zdravstvene zaštite uređeno je i pitanje procentualnog učešća nadoknade tih troškova iz sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno iz sredstava osiguranog lica.

6) Stvaranje uslova za uvođenje zdravstvene kartice kao posebne vrste isprave o osiguranju, odnosno zdravstvene kartice kao elektronske isprave o osiguranju. Na taj način obezbediće se osnov za usklađivanje sistema elektronskih zdravstvenih kartica sa standardima zemalja Evropske unije, u roku od tri godine od dana stupanja na snagu ovog zakona, čime će se na bolji način omogućiti praćenje, odnosno kontrola, odnosno omogućiti ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, na teritoriji ne samo Republike Srbije, već i u zemljama Evropske unije.

7) Preciziranje odredaba koje se odnose na postupak ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno preciznije uređivanje pitanja matične filijale u kojoj osigurano lice ostvaruje ova prava, kao i vođenje matične evidencije obaveznog zdravstvenog osiguranja.

8) Prilagođavanje načina ugovaranja između Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga sa propisima o budžetskom sistemu radi efikasnijeg planiranja i realizacije zaključenih ugovora, odnosno kontrole planiranih, odnosno realizovanih sredstava u finansijskom planu Republičkog fonda, odnosno data je mogućnost za zaključivanje višegodišnjih ugovora između davalaca zdravstvenih usluga i Republičkog fonda, s tim da će se takvi ugovori usklađivati sa planiranim sredstvima u finansijskom planu Republičkog fonda za određenu budžetsku godinu.

9) Izvršeno je usklađivanje i sa drugim zakonima koji su doneti u periodu od donošenja sada važećeg Zakona.

III. OBJAŠNJENJE OSNOVNIH PRAVNIH INSTITUTA I POJEDINAČNIH REŠENJA

U čl. 1. i 2. predloženo je da se naziv organizacije obaveznog zdravstvenog osiguranja uskladi sa članom 68. stav 3. Ustava Republike Srbije, kojim je propisano osnivanje zdravstvenih fondova. Predložena je promena naziva „Republički zavod za zdravstveno osiguranje” u „Republički fond za zdravstveno osiguranje” i „Pokrajinski zavod” u „Pokrajinski fond”. Pored toga, u članu 1. stav 3. ovog zakona izvršeno je samo jezičko pojašnjenje da se dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem može organizovati od strane osiguravajućih društava, kao i Republičkog fonda. Naime, izvršeno je usklađivanje sa članom 236. važećeg Zakona, kojim je propisana mogućnost a ne obaveza da navedena pravna lica organizuju i obavljaju poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Na takav način ovakva odredba ne predstavlja novinu u sistemu sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, s obzirom da je i sada važećim Zakonom dat osnov da, kako privatno osiguravajuća društva, tako i Republički fond, organizuju i sprovode dobrovoljno zdravstveno osiguranje u skladu sa Uredbom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kojom su uređene određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje se mogu sprovoditi u Republici Srbiji.

Članom 3. predloženo je usklađivanje definicije osiguranika poljoprivrednika sa propisima kojima se uređuje obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje, čime se stvaraju uslovi za sticanje osnova osiguranja u oba sistema socijalnog osiguranja pod istim uslovima za napred navedena lica.

Članom 4. predloženo je brisanje u članu 20. stav 1. tačka 1) Zakona, čime su se stvorili povoljniji uslovi za prestanak svojstva osiguranika za lica koja navrš 65 godina života. Naime, na predloženi način lica koja navrš 65 godina života imaju osnov da im se na njihov zahtev donese odjava sa obaveznog zdravstvenog osiguranja po osnovu obavljanja poljoprivredne delatnosti po kome su od tog momenta ostvarivali pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a na osnovu uplate doprinosa iz sopstvenih sredstava. Sa navršenih 65 godina života, poljoprivrednici koji nisu ostvarili pravo na penziju u skladu sa zakonom, kao i kojima su prihodi niži od cenzusa propisanog Zakona, moći će da nadalje ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao osiguranici iz člana 22. Zakona, a na teret sredstava budžeta. Na taj način za ovu kategoriju poljoprivrednika stvaraju se povoljniji uslovi za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, s obzirom da im je data mogućnost da prestanu sa sopstvenom uplatom doprinosa i da nastave ostvarivanje ovih prava na teret sredstava republičkog budžeta. Za ostvarivanje ovog prava neće biti potrebno donositi dokaz o utvrđivanju nesposobnosti za samostalni rad i ostvarivanje prihoda, s obzirom na to da je

osnovna pretpostavka da ova kategorija lica posle 65 godina života ne može samostalno obavljati poljoprivrednu aktivnost koja se može smatrati kao kontinuirana delatnost (s obzirom na zdravstveno stanje i godine života). Iz tih razloga predloženo je za ovu kategoriju stanovništva ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na teret sredstava budžeta.

U članu 5. precizirane su odredbe koje se odnose na utvrđivanje prioriternog osnova za obavezno zdravstveno osiguranje, u slučaju ako jedno lice ispunjava uslove za sticanje svojstva osiguranika po osnovu više osnova propisanih ovim zakonom. Pre svega kao prioriterni osnov utvrđeno je zaposlenje ili penzija, s tim da je data mogućnost osiguraniku da izabere jedan od osnova osiguranja po kome će biti zdravstveno osiguran, odnosno po kome će ostvarivati prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako ispunjava uslove za sticanje osnova osiguranja po više osnova propisanih ovim zakonom.

U članu 6. podignuta je gornja granica za uključivanje dece u obavezno zdravstveno osiguranje na teret sredstava budžeta Republike Srbije. Na taj način, usklađene su godine života do kojih se određeno lice smatra detetom, a što je u skladu sa Konvencijom o pravima deteta, koju je ratifikovala Republika Srbija (i koja je na taj način obavezujuća za pravni sistem u Republici Srbiji). Na predloženi način unapređuje se položaj i zdravstvena zaštita dece do navršanih 18 godina života.

Takođe je izvršeno i pravnotehničko usklađivanje sa propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju, odnosno propisima o materijalno obezbeđenim licima koja primaju materijalno obezbeđenje, odnosno propisima o socijalnoj zaštiti, zaštiti boraca, vojnih invalida i civilnih invalida rata.

Pored toga, izvršeno je i pravnotehničko usklađivanje - brisanjem reči: „obolela odnosno povređena lica u vezi sa pružanjem hitne medicinske pomoći“, na koji način je izvršeno usklađivanje sa ostalim odredbama Zakona, kao i sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Naime, na ovaj način nije izvršeno uskraćivanje prava na hitnu medicinsku pomoć iz sredstava budžeta, već je samo izvršena pravnotehnička korekcija, s obzirom da je karakter pružanje hitne medicinske pomoći takav da se ne može unapred predvideti, odnosno da se po osnovu toga ne može steći svojstvo osiguranika (s obzirom na proceduru prijavljivanja i sticanja svojstva osiguranika pre nastanka osiguranog slučaja). Takođe, je na ovaj način izvršeno i usklađivanje sa članom 2. Zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je u članu 18. stav 1. tačka 7) precizirano da se hitna medicinska pomoć, pruža ne samo osobama sa nepoznatim prebivalištem već i da se hitna medicinska pomoć pruža i drugim licima koja to pravo ne ostvaruju na drugačiji način u skladu sa zakonom (za ove namene ostvarivanja hitne medicinske pomoći sredstva se obezbeđuju u budžetu Republike Srbije). Takođe ističemo da se hitna medicinska pomoć obezbeđuje svim osiguranim licima na osnovu člana 37. stav 1. tač. 1) i 2) Zakona o zdravstvenom osiguranju, pa se može zaključiti da je hitna medicinska pomoć obezbeđena kako iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, tako i iz sredstava budžeta Republike Srbije u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, za ona lica koja to pravo ne ostvaruju po propisima o obaveznom zdravstvenom osiguranju.

Takođe je izvršena i dopuna kruga osiguranika za čije se obavezno zdravstveno osiguranje sredstva obezbeđuju u budžetu Republike Srbije, na taj način što je ovaj krug lica proširen i za žrtve nasilja u porodici, kao i žrtve trgovinom ljudima, kao i određenim kategorijama lica obolelih od određenih vrsta retkih bolesti. Na taj način obezbeđuje se bolji socijalni položaj tih lica, odnosno stvara se osnov za obezbeđivanje neophodne zdravstvene zaštite ovoj kategoriji veoma ugroženih građana. Na taj način stvoren je pravni osnov da te kategorije lica, ukoliko nemaju

drugi osnov osiguranja, steknu status osiguranika na osnovu uplate sredstava u republički budžet.

U članu 7. izvršeno je preciziranje teksta u odnosu na važeći član Zakona, s obzirom da je precizno propisano da dete osiguranika kao član porodice ima pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog školovanja (nije se izmenio deo odredbe koji se odnosi na ostvarivanje ovih prava do kraja završenog fakulteta, a najkasnije do navršenih 26 godina). Praktično, novina je jedino pojašnjenje da deca osiguranika ostvaruju ova prava do navršenog srednjoškolskog školovanja, a što može biti i sa više od 18 godina. Na taj način stvoriće se uslovi za ujednačavanje prakse u pogledu ostvarivanja prava ove kategorije osiguranih lica.

U članu 8. uneta je novina da se pored roditelja, očuha i maćehe, usvojitelja, koji osiguranik izdržava u smislu propisa o porodici, prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu obezbediti i braći i sestrama, ako nemaju dovoljno sredstava za izdržavanje, ili su nesposobni za privređivanje usled gubitka radne sposobnosti u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju. Na taj način proširen je krug članova porodice koji preko osiguranika ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, ukoliko ispunjavaju uslove propisane Zakonom.

U članu 9. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje, odnosno pozivanje ne samo na član 17. već i na član 23. Zakona, u pogledu uračunavanja perioda zdravstvenog osiguranja, odnosno prethodnog staža zdravstvenog osiguranja. Na taj način pored staža osiguranja u skladu sa članom 17. ovog zakona, radi ostvarivanja propisanog prethodnog staža uračunava se i vreme koje je to lice imalo po osnovu sopstvenog uključivanja u obavezno zdravstveno osiguranje. Na taj način stvoreni su povoljniji uslovi za sticanje uslova za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ukoliko se ispune uslovi prethodnog staža zdravstvenog osiguranja, uračunavanjem u ovaj staž svih osnova po kojima je osigurano lice u prethodnom periodu imalo svojstvo osiguranika.

U članu 10. uneta je nova definicija povrede na radu koja je usklađena sa prihvaćenom definicijom Svetske zdravstvene organizacije. Na taj način u ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po osnovu povrede na radu, pristupiće se na kvalitetniji način, odnosno sagledaće se svi elementi povrede na radu kako je to definisano od strane Svetske zdravstvene organizacije. Takođe, dat je i osnov da se propiše sadržaj i obrazac povredne liste, način i postupak popunjavanja, odnosno dostavljanja, obrada podataka iz povredne liste, kao i druga pitanja od značaja za utvrđivanje povrede na radu, od strane ministra nadležnog za poslove zdravlja i ministra nadležnog za bezbednost na radu. Na taj način stvoriće se uslovi za uvođenje efikasnijeg sistema praćenja povreda na radu, kao i njihovih posledica, odnosno uticaja istih na zdravstveno stanje stanovništva, kao i sagledavanje svih mogućnosti za prevenciju istih i predlaganje mera za njihovo otklanjanje.

U članu 11. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje sa izmenama vezanim za član 26. stav 1. Zakona. Pored toga, precizirano je da se kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja - mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti, promoviše pravo na skrining programe u skladu sa republičkim programima prevencije i ranog otkrivanja bolesti od većeg socijalno medicinskog značaja.

Takođe, kao značajna novina u članu 35. tačka 3) proširuje se pravo na stomatološku zdravstvenu zaštitu, kao i profilaktičke mere za prevenciju bolesti usta i zuba, i na decu stariju od 18 godina, odnosno do kraja srednjoškolskog školovanja, kao i na studente do kraja tog školovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života. Na taj način populaciji studenata obezbeđuje se stomatološka zdravstvena zaštita iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, čime se rasterećuju ova lica

obaveze plaćanja stomatoloških zdravstvenih usluga iz sopstvenih prihoda, odnosno prihoda svojih roditelja. Na predloženi način iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje se stomatološka zdravstvena zaštita lica koja se smatraju izdržavanim licima.

U članu 12. precizirano je pravo na pratioca osiguranom licu u slučaju neophodnosti njegove prisutnosti u postupku lečenja osiguranog lica. Naime, ovo pravo garantuje se osiguranom licu do navršениh 15 godina života, kao i starijem licu koje je teže telesno ili duševno ometeno u razvoju, ali se kao novina unosi i mogućnost ostvarivanja ovog prava i za lica koja su u toku života zbog oboljenja ili povrede izgubila pojedine telesne ili psihičke funkcije zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života, uključujući slepa, slabovida, kao i gluva lica. Na taj način, stvoreni su povoljniji uslovi za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U članu 13. izvršeno je proširivanje prava na stomatološku zdravstvenu zaštitu (pored drugih lica kojima je to pravo dato) i na studente do navršениh 26 godina života. Pored toga, pravo na stomatološke zdravstvene usluge dato je i licima kod kojih je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihofizičkih funkcija zbog čega nisu u mogućnosti da samostalno obavljaju aktivnosti svakodnevnog života, kao i licima iz člana 22. Zakona - lica koja zbog nedostatka sopstvenih prihoda prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju iz sredstava doprinosa koje uplaćuje republički budžet, odnosno priznato je pravo na stomatološke zdravstvene usluge kategoriji socijalno ugroženih lica. Na taj način najugroženijim kategorijama lica, zbog nedostatka sopstvenih sredstava iz kojih bi plaćali stomatološke zdravstvene usluge, ili iste ostvarili na osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, dato je pravo na stomatološke zdravstvene usluge na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je nivo njihovih primanja ispod cenzusa koji zajednički propisuje ministar nadležan za poslove zdravlja i ministar nadležan za poslove rada. Na taj način ovo pravo dato je samo onoj kategoriji lica koja imaju vrlo niska primanja, odnosno primanja ispod nivoa prosečne zarade.

U članu 14. izvršeno je usklađivanje sa članom 37. tačka 8) Zakona, a u pogledu preciziranja prava na pratioca osiguranog lica (o tome je više rečeno u obrazloženju za izmenu i dopunu člana 37. tačka 8) Zakona).

U članu 15. unete su odredbe kojima je propisan postupak, odnosno rokovi za donošenje rešenja od strane Republičkog fonda povodom podnetih zahteva za stavljanje, odnosno skidanje određenog leka sa Liste lekova. Takođe, precizirana je obaveza Republičkog fonda da po svakom podnetom zahtevu donese odgovarajuće rešenje u skladu sa propisima kojim se uređuje upravni postupak, kao i da se protiv takvog konačnog rešenja može pokrenuti upravni spor. Na predloženi način otklonjeni su uočeni nedostaci u dosadašnjem načinu i postupku konkurisanja nosilaca dozvole za lek pred nadležnim komisijama Republičkog fonda, za stavljanje odnosno skidanje lekova sa Liste lekova. Na predloženi način, takođe, će se doprineti i većoj transparentnosti ovog postupka.

U članu 16. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje sa čl. 11. i 13. ovog zakona, odnosno proširen je krug prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u oblasti stomatologije. Pored toga, kao jedno od prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja uneto je i pravo na promenu pola iz medicinskih razloga, s obzirom na to da je ovoj kategoriji pacijenata neophodno obezbediti adekvatnu zdravstvenu zaštitu, pod uslovom da za to postoje isključivo medicinski razlozi. Naime, u ovom momentu u Republici Srbiji postoji oko 200 lica kod kojih je dijagnostikovana potreba promena pola iz medicinskih razloga, međutim, za ovu vrstu medicinske intervencije, u narednih u dve do tri godine biće spremno oko 50 pacijenata. Na predloženi način

omogućiće se ostvarivanje osnovnog ljudskog prava, odnosno prava na lični identitet, kao i prava na zdravstvenu zaštitu u skladu sa promenjenim polom.

Pored toga, izvršeno je i preciziranje kako i na koji način, odnosno od koje cene, odnosno od kojih troškova Republički fond obezbeđuje prava propisana u ovom članu, odnosno koji deo pada na teret osiguranih lica.

U članu 17. izvršeno je usklađivanje sa izmenama unetim u članu 45. Zakona. Takođe, uneta je novina da osigurano lice ima pravo da iz svojih sredstava ili iz sredstava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvari veći sadržaj, obim i standard prava u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja, na taj način što će ukoliko želi da dobije određenu uslugu koja se uobičajeno obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja a čija je cena, odnosno trošak koji nadoknađuje Republički fond niža od cene usluge većeg standarda, odnosno obima - može da uplatom iz svojih sredstava obezbedi tu uslugu plaćanjem razlike u ceni. Npr. ukoliko Republički fond nadoknađuje troškove za određenu vrstu pomagala, ili implantata, a osigurano lice želi veći standard pomagala ili implantata, osigurano lice može da plati samo razliku od utvrđene cene pomagala ili implantata koji finansira Republički fond do stvarne cene pomagala većeg standarda. Na taj način, stvaraju se uslovi za povoljnije ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, s obzirom da će se osiguranim licima, za ona prava koja obezbeđuje Republički fond, uvek priznati trošak koji se finansira iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, a oni će biti u mogućnosti samo da doplate razliku u ceni. U prethodnom periodu ovakvi zahtevi iskazani su od strane pacijenata, odnosno njihovih udruženja, pa je na predloženi način to uneto i u ovaj zakon. Takođe, propisano je da će Republički fond opštim aktom bliže urediti način i postupak plaćanja razlike od cene utvrđene u skladu sa ovim zakonom, odnosno deo cene koji će na njegov zahtev padati na teret osiguranog lica.

U članu 18. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje sa izmenama unetim u član 16. ovog zakona.

U članu 19. predložena je zabrana naplaćivanja zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno izvršeno je dodatno preciziranje da se usluge koje se obezbeđuju iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ne mogu naplaćivati od strane zdravstvene ustanove, odnosno da se od osiguranog lica ili članova njegove porodice, odnosno od drugih pravnih i fizičkih lica ne može tražiti, odnosno ne sme se davati bilo kakva materijalna ili nematerijalna korist za pružanje takvih usluga osiguranom licu, osim u slučajevima kada je to Zakonom propisano (u slučaju plaćanja participacije ili razlike od cene koju plaća Republički fond do cene zdravstvene usluge koju na svoj zahtev, kao veći standard želi osigurano lice - uneta izmena u članu 48. stav 5. Zakona).

U članu 20. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje u članu 50. tačka 1) Zakona sa propisima kojima se uređuje oblast ratnih vojnih invalida, kao i mirnodopskih vojnih invalida i civilnih invalida rata.

U članu 21. preciziraju se odredbe člana 54. stav 2. Zakona, kojim se bliže uređuje da Republički fond donosi plan zdravstvene zaštite, na osnovu koje se finansira ukupna zdravstvena zaštita u određenom periodu, za period koji je usklađen sa rokom na koji se donosi budžetski memorandum (na rok od tri godine), i to kao finansijski plan Republičkog fonda, s tim što je data mogućnost da se ovaj plan zdravstvenog osiguranja može izuzetno donositi i za jednu kalendarsku godinu. Na taj način omogućava se racionalnija organizacija rada kako Republičkog fonda tako i zdravstvenih ustanova, odnosno stvaraju se uslovi da se na osnovu trogodišnjeg plana zdravstvenog osiguranja zaključuju i trogodišnji ugovori sa zdravstvenim ustanovama, a sve u skladu sa budžetskim memorandumom, odnosno finansijskim planom Republičkog fonda.

U članu 22. izvršena je izmena člana 55. Zakona kako bi se stvorili uslovi za promenu načina finansiranja od strane Republičkog fonda, odnosno kako bi se stvorili uslovi da se pređe na plaćanje po opredeljenom pacijentu, odnosno dijagnostički srodnim grupama, odnosno na drugačiji način u zavisnosti od specifičnih načina pružanja određenih zdravstvenih usluga. Na predloženi način dat je pravni osnov da Republički fond donosi svoj akt - cenovnik, kojim će se regulisati način plaćanja od strane Republičkog fonda za pružene zdravstvene usluge od strane zdravstvenih ustanova i drugih davalaca zdravstvenih usluga. Takođe, precizirano je šta čini elemente za obračun cene, odnosno troškova pružanja zdravstvenih usluga. Pored toga, data je mogućnost Republičkom fondu da ukoliko nisu utvrđeni drugi normativi i standardi radi obračuna cena, odnosno troškova, može donositi normative i standarde. Pored toga, dat je osnov i da Republički fond na osnovu metodologije za obračun troškova obrade krvi i komponenti krvi, koja se donosi u skladu sa Zakonom o transfuziološkoj delatnosti, utvrđuje troškove koje finansira iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U članu 23. izvršena je dopuna u članu 59. Zakona koja se odnosi na stvaranje pravnog osnova da u slučaju nedovoljnih finansijskih sredstava Republičkog fonda, za lečenje osiguranih lica obolelih od određenih vrsta retkih bolesti, sredstva mogu obezbediti u budžetu Republike Srbije, a na osnovu programa koji, na predlog ministra nadležnog za poslove zdravlja, donosi Vlada za svaku budžetsku godinu. Na taj način uspostavlja se solidarna odgovornost Republičkog fonda i Vlade za obezbeđivanje sredstava za lečenje određenih vrsta obolelih od retkih bolesti, za koje se sredstva ne mogu u potpunosti obezbediti od uplaćenih doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Naime, najveći broj obolelih od retkih bolesti ostvaruje svoja prava u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, međutim, postoje određene specifične vrste retkih bolesti čije je lečenje više desetina puta skuplje od lečenja drugih osiguranih lica (Gošeova bolest, Fabrijeva bolest i dr.), pa je iz tog razloga neophodno obezbediti dodatne izvore finansiranja - putem obezbeđivanja sredstava u budžetu Republike Srbije, kako bi se obezbedila neophodna zdravstvena zaštita za ovu kategoriju obolelih. Imajući u vidu specifičnost ovih oboljenja, kao i činjenicu da se za određene vrste retkih bolesti, moraju obezbediti finansijska sredstva u iznosu od 180.000 do 350.000 evra u toku jedne kalendarske godine, po jednom pacijentu, predložena odredba ima za cilj da se uspostavi takav sistem zdravstvenog osiguranja u kome se i ovim pacijentima obezbeđuje pravo na zdravstvenu zaštitu, a time i pravo na kvalitetan život. Naime, i u mnogo razvijenijim zemljama, odnosno zemljama čije je izdvajanje u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja mnogo veće nego u Republici Srbiji, za lečenje određenih kategorija lica obolelih od vrlo specifičnih retkih bolesti, sredstva se obezbeđuju van sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno putem obezbeđivanja sredstava u državnom budžetu. Na predloženi način popravljaju se položaj lica obolelih od retkih bolesti i na taj način započinje postupak harmonizacije sa standardima Evropske unije u oblasti obezbeđivanja prava na zdravstvenu zaštitu pacijenata obolelih od retkih bolesti.

U ovom momentu, za određeni broj napred navedenih pacijenata, sredstva za njihovo lečenje obezbeđuju se na osnovu programa humanitarne pomoći ICAP-International Sharity Access Programm, koji je u Republici Srbiji aktivan od 2002. godine do danas. Identičan program bio je aktivan u svim zemljama u našem okruženju koje su postepeno, u skladu sa svojim mogućnostima, preuzimale finansiranje lečenja ovih pacijenata iz sopstvenih sredstava. Napominjemo da ovaj program, trenutno, najduže traje u Republici Srbiji.

Na osnovu napred navedenog humanitarnog programa do sada je iz tih sredstava izdvojeno oko 65 miliona evra humanitarne pomoći od strane ICAP za nabavku lekova za lečenje pacijenata obolelih od retkih bolesti (do sada je lečeno

više od 27 pacijenata obolelih Goševove bolesti, kao i jedan pacijent obolio od Fabrijeve bolesti). U ovom momentu iz ICAP programa obezbeđuju se sredstva za lečenje šest pedijatrijskih pacijenata, kao i 12 odraslih pacijenata. Počev od 2007. godine ukupno je dijagnostikovano sedam novih pacijenata. Imajući u vidu činjenicu da su lekovi kojima se leče oboleli od napred navedenih retkih bolesti veoma skupi, s obzirom na njihovu specifičnost, odnosno da su namenjeni upravo vrlo malom broju ljudi na svetskom nivou, a da su istraživanja kao i sredstva uložena u njihov razvoj enormno visoka, odnosno da postoji vrlo ograničen broj proizvođača ovih lekova na svetskom nivou - u najvećem broju zemalja lečenje ovih pacijenata pada na teret posebnih fondova, odnosno budžeta (za tzv. „katastrofične slučajeve“). Kako su i ova sredstva navedenog donatorskog programa ograničena, odnosno kako ovaj program u zemljama u kojima je uveden može trajati ograničeni vremenski period, neophodno je stvoriti uslove, da se postepeno u skladu sa mogućnostima Republike Srbije, ovi pacijenti prevedu na finansiranje iz sredstava budžeta, odnosno obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno iz posebnih fondova, kao i da se u lečenje uključe i novoregistrovani slučajevi obolelih koji nisu obuhvaćeni navedenim donatorskim programom.

Za lečenje ovih pacijenata obezbediće se sredstva u skladu sa finansijskim mogućnostima budžeta Republike Srbije, počev od 2012. godine, kao i na osnovu akcionog plana sa navedenim donatorskim programom ICAP - International Charity Access Programm, za postepeno preuzimanje pacijenata za čije se lečenje sredstva obezbeđuju u ovom donatorskom programu, kao i za uvođenje novih pacijenata obolelih od određenih vrsta retkih bolesti. Godišnji plan donosiće Vlada na predlog ministra nadležnog za poslove zdravlja.

U članu 24. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje sa izmenama iz člana 41, odnosno člana 45. Zakona, na taj način da su napred navedena prava koja se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja brisana iz člana 61. Zakona.

U članu 25. izvršena je izmena člana 65. Zakona u pogledu preciziranja uslova pod kojima se može ostvarivati zdravstvena zaštita u inostranstvu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno u onim slučajevima kada osigurano lice zbog kraćeg boravka u inostranstvu ima potrebu za ostvarivanjem određene vrste zdravstvene zaštite. Naime, novinu predstavlja preciziranje uslova pod kojima se može izdati potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite od strane matične filijale, odnosno pod uslovom da osigurano lice pre odlaska u inostranstvo, u poslednjih 12 meseci, nije bolovalo od akutnih ili hroničnih bolesti u akutnoj fazi. Na taj način data je mogućnost da se i pacijentima obolelim od hroničnih bolesti, osim u slučaju hroničnih bolesti u akutnoj fazi, može izdati potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite.

U članu 26. izvršeno je preciziranje, na taj način što je utvrđena obaveza nadležne organizacije za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje da matičnoj filijali, odnosno Republičkom fondu dostavi rešenje kojim je utvrđen potpuni gubitak radne sposobnosti, odnosno rešenje da ne postoji potpuni gubitak radne sposobnosti, najkasnije u roku od 15 dana od dana donošenja pravnosnažnog rešenja.

U članu 27. prošireno je pravo određene kategorije osiguranih lica na sticanje prava na naknadu troškova prevoza na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Naime, pored sada obuhvaćenog kruga lica kojima je dato pravo na naknadu troškova prevoza a koja su upućena na hemodijalizu, kao novina uvodi se i upućivanje na hemio i radio terapiju. Na predloženi način poboljšano je ostvarivanje prava osiguranih lica, s obzirom da je i za predloženu kategoriju obolelih utvrđeno pravo na naknadu troškova prevoza.

U članu 28. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje sa izmenama unetim u članu 37. tačka 8), kao i članu 42. stav 9. Zakona, a u pogledu ostvarivanja prava na pratioća za osigurano lice koje se upućuje na lečenje u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu.

U članu 29. precizirano je da svojstvo osiguranog lica utvrđuje filijala koja se u smislu ovog zakona smatra matičnom filijalom.

U članu 30. dat je osnov za uvođenje zdravstvene kartice, kao isprave o osiguranju, koja sadrži prostor za kontaktni mikrokontrolor (čip) i prostor za mašinski čitljivu zonu za potrebe automatskog očitavanja podataka, u koji se unose svi vidljivi podaci na ispravi o osiguranju, kao i podaci koji se vode u matičnoj evidenciji u skladu sa Zakonom. Na taj način stvoreni su uslovi za uvođenje elektronske zdravstvene kartice koja će biti usklađena sa elektronskim zdravstvenim karticama koje se koriste u zemljama Evropske unije, kako bi se na taj način omogućilo korišćenje zdravstvene zaštite na celoj teritoriji Evropske unije, kao i razmena elektronskih podataka koji su neophodni za ostvarivanje zdravstvene zaštite osiguranih lica. Predloženim izmenama vrši se usklađivanje sa zahtevima jedinstvenog evropskog tržišta, i stvaraju se povoljniji uslovi za korišćenje zdravstvene zaštite kada je ona neophodna bilo na kojoj teritoriji zemalja Evropske unije. Ovakvu zdravstvenu karticu Republički fond biće u obavezi da uvede u roku od tri godine od dana stupanja na snagu ovog Zakona.

U članu 31. dato je pravo matičnoj filijali da po službenoj dužnosti izvrši odjavu sa obaveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju kada je pravno ili fizičko lice koje je obveznik podnošenja odjave sa zdravstvenog osiguranja prestalo da postoji, odnosno ako je umrlo, kao i u slučaju ako je u momentu podnošenja prijave na zdravstveno osiguranje poznat i datum prestanka osnova za osiguranje. Na taj način u slučaju, ako obveznik podnošenja odjave sa obaveznog zdravstvenog osiguranja - ne podnese odjavu za zdravstveno osiguranje u rokovima propisanim Zakonom, matična filijala može po službenoj dužnosti izvršiti tu odjavu. Na taj način data je mogućnost za efikasnije funkcionisanje sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U članu 32. izvršeno je preciziranje ko je obveznik podnošenja prijave za matičnu evidenciju u matičnoj filijali. Takođe, propisano je da u slučaju kada je prebivalište osiguranika na području iste filijale, a sedište obveznika uplate doprinosa na području druge filijale, prijava se podnosi matičnoj filijali prema prebivalištu osiguranika. Na taj način uređeno je pitanje matične filijale u slučaju ako osiguranik ima prebivalište u jednoj filijali a sedište obveznika uplate doprinosa - što je najčešće poslodavac, na sedištu druge filijale.

U članu 33. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje sa izmenama unetim u član 22, odnosno sa dopunjenim kategorijama osiguranika koji ostvaruju svojstvo osiguranika u skladu sa tim članom (dodate su tačke 11) - 13) - žrtve nasilja u porodici i žrtve trgovine ljudima).

U članu 34. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje sa izvršenim izmenama u članu 112. Zakona, odnosno propisan je način i postupak overe isprave o osiguranju, odnosno zdravstvene kartice, odnosno posebne isprave o korišćenju zdravstvene zaštite. Takođe je uneta i novina da se naknadna overa isprave o osiguranju, odnosno zdravstvene kartice, odnosno posebne isprave o korišćenju zdravstvene zaštite može izvršiti pod uslovom da je osigurano lice izvršilo izbor izabranog lekara u skladu sa Zakonom. To praktično znači da se od momenta prvog izdavanja zdravstvene isprave, neće tražiti dokaz o izvršenom izboru izabranog lekara, ali će se taj dokaz tražiti kod prve naredne overe zdravstvene knjižice (taj podatak Republički fond unosiće u bazu podataka, odnosno u dokumentaciju koju vodi).

U članu 35. proširen je krug izabranih lekara i to na - doktore stomatologije, specijaliste dečije i preventivne stomatologije. Na taj način pored doktora stomatologije i ova kategorija specijalista može obavljati poslove izabranog lekara. Takođe, uneta je novina o obaveznosti izbora izabranog lekara od strane osiguranog lica, i to kod prve posete zdravstvene ustanove u kojoj poslove obavlja izabrani lekar, a najkasnije u roku od šest meseci od dana sticanja svojstva osiguranog lica u skladu sa Zakonom. Takođe, predloženo je da ukoliko osigurano lice ne izvrši izbor izabranog lekara - može ostvarivati na teret sredstava obaveznog osiguranja samo hitnu medicinsku pomoć, a sve do momenta izbora lekara u skladu sa Zakonom. Na taj način stvoreni su uslovi za izbor izabranih lekara od strane svih osiguranih lica kako bi funkcija izabranih lekara, pre svega u oblasti preventivnih programa - skrining programa i dr., dala pozitivne rezultate na zdravstveno stanje stanovništva.

U članu 36. izvršena je izmena člana 152. Zakona, kako bi se dao pravni osnov za prenošenje ovlašćenja izabranog lekara na drugog lekara specijalistu, kada je to neophodno, odnosno korisno za lečenje određenih specifičnih vrsta oboljenja (TBC, HIV, bolesti zavisnosti, lečenje psihijatrijskih oboljenja, lečenje retkih bolesti, kao i druga oboljenja u skladu sa ovim zakonom). Na taj način pod povoljnijim uslovima pacijenti oboleli od specifičnih oboljenja mogu ostvarivati prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa zdravstvenim potrebama i mogućnošću da im zdravstvenu zaštitu neposredno pruža i lekar specijalista druge oblasti medicine, po osnovu prenetih ovlašćenja sa izabranog lekara, polazeći pre svega od zdravstvenog stanja i zdravstvenih potreba pacijenata.

U članu 37. dat je osnov za racionalizaciju u pogledu rada Republičkog fonda, odnosno matičnih filijala, na taj način što je smanjen broj članova prvostepene lekarske komisije sa sadašnja tri člana na dva člana. Iskustveni podaci pokazuju da će se sa dva člana prvostepene lekarske komisije obavljati svi poslovi propisani Zakonom, odnosno da će se na taj način racionalizovati postupak i troškovi obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U članu 38. predložene su izmene a u pravcu poštovanja načela racionalnosti u vođenju upravnog postupka pred Republičkim fondom, odnosno matičnim filijalama. Na predloženi način ostaje mogućnost zaštite prava osiguranih lica putem pokretanja upravnog spora protiv rešenja Republičkog fonda. Ovakvom racionalizacijom smanjiće se i finansijski izdaci Republičkog fonda po osnovu vođenja parničnih postupaka pred nadležnim sudom. Takođe, ovakav vid pravne zaštite osiguranih lica usklađen je i sa reformom organizacije pravosudnog sistema.

U članu 39. predložene su izmene u pravcu da se zaključivanje ugovora između Republičkog fonda, odnosno matične filijale sa davaocima zdravstvenih usluga uskladi sa periodom donošenja budžetskog memoranduma (period na tri godine), sa mogućnošću u izuzetnim slučajevima zaključivanja ovih ugovora i na rok od godinu dana. Na taj način racionalizovaće se i postupak zaključivanja navedenih ugovora, a isti će se uskladiti i sa finansijskim mogućnostima Republičkog fonda na osnovu budžetskog memoranduma, odnosno finansijskog plana usklađenog sa tim memorandumom.

U članu 40. izvršena je izmena u pogledu perioda na koji se donosi opšti akt od strane Republičkog fonda kojim se uređuju uslovi za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, kriterijumi i merila za utvrđivanje naknade za njihov rad, kao i druga pitanja od značaja za zaključivanje ugovora, ugovora o pružanju zdravstvene zaštite, odnosno izbrisane su odredbe da se taj akt donosi za svaku kalendarsku godinu. Na taj način data je mogućnost da se i ovaj akt Republičkog fonda donosi na period od tri godine (u skladu sa budžetskim memorandumom), ili na drugi rok, ukoliko se nisu promenili uslovi ugovaranja u odnosu na prethodni period. Na predloženi način racionalizuju se poslovi koje obavlja Republički fond.

U članu 41. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje sa izmenama koje su unete u član 38. Zakona (koji se odnosi na izmene i dopune u članu 177. Zakona).

U članu 42. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje sa članom 55. Zakona, odnosno dat je pravni osnov da se kao način plaćanja zdravstvenih usluga od strane Republičkog fonda iste plaćaju na osnovu dijagnostički srodnih grupa bolesti i povreda.

U članu 43. izvršeno je preciziranje u pogledu toga da matična filijala zaključuje ugovore sa davaocima zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvene zaštite utvrđene obaveznom zdravstvenim osiguranjem, ne samo za lica sa teritorije matične filijale, već i za druga osigurana lica. Na taj način dat je širi obim prava filijali na zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga. Takođe, predložena je i obaveza zdravstvenih ustanova iz Plana mreže zdravstvenih ustanova koji donosi Vlada da prioriteto zakluče ugovor sa Republičkim fondom za raspoložive kapacitete u pogledu prostora, opreme i kadrova, odnosno da prioriteto izvršavaju ugovorne obaveze prema Republičkom fondu, u odnosu na druga pravna i fizička lica sa kojima imaju zaključene ugovore o pružanju zdravstvenih usluga.

U članu 44. predložena je dopuna kako bi se stvorio pravni osnov da se i van sedišta upravnog okruga može obrazovati filijala, o čemu odluku donosi Republički fond uz saglasnost Vlade. Na taj način stvoreni su uslovi za prilagođavanje organizacije Republičkog fonda potrebama osiguranih lica sa teritorije Republike, kao i veće dostupnosti u ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U čl. 45-47. predložene su izmene koje se odnose na bolju organizaciju organa upravljanja Republičkog fonda, odnosno bolje funkcionisanje istih. Izvršeno je preciziranje u pogledu sprečavanja sukoba privatnog i javnog interesa, na taj način što je predloženo da se na obavljanje tih javnih funkcija primenjuju odredbe Zakona kojim se uređuje rad Agencije za borbu protiv korupcije. Radi obezbeđivanja kontinuiteta u radu napred navedenih organa predloženo je da isti obavljaju poslove do isteka mandata, odnosno do dana imenovanja novih organa, kako ne bi došlo do zastoja u radu i funkcionisanju sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja. Pored toga predloženo je da se direktor Pokrajinskog fonda imenuje od strane upravnog odbora ali nakon sprovedenog javnog konkursa za izbor direktora koji raspisuje Republički fond.

U članu 48. izvršeno je pravnotehničko usklađivanje sa Zakonom kojim se uređuje osiguranje, odnosno umesto naziva: „investicioni fondovi”, uveden je pojam: „fondovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje”.

U čl. 49. i 50. izvršena je dopuna kaznenih odredbi kako bi se utvrdili prekršaji u skladu sa predloženim izmenama i dopunama Zakona.

U prelaznim i završnim odredbama čl. 51-55. predložene su prelazne i završne odredbe. Naime, predloženo je da Republički zavod za zdravstveno osiguranje uskladi svoj naziv, kao i naziv organizacionih jedinica, najkasnije do 1. januara 2013. godine, odnosno da uskladi svoj statut i druga opšta akta do napred navedenog roka. Takođe, predloženo je da će se do donošenja metodologije za obračun troškova obrade krvi i komponenti krvi, cene obrade krvi i komponente krvi za transfuziološku službu utvrđivati na taj način da će postojeće cene Republički fond uvećati u skladu sa finansijskim planom za određenu budžetsku godinu. Takođe je predloženo da se u roku od tri godine od dana stupanja na snagu ovog zakona izvrši zamena postojećih isprava o osiguranju sa zdravstvenim karticama kako je to propisano članom 112. stav 3. Zakona.

Takođe, predloženo je da se isprava o osiguranju, odnosno posebna isprava o korišćenju zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvena kartica, u 2011. godini i nadalje overava, pod uslovom da je obveznik uplate doprinosa započeo i nastavio sa

izmirivanjem doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Na taj način stvoriće se uslovi za overavanje napred navedenih isprava o osiguranju i za one obveznike uplate doprinosa koji imaju dugovanja za period stupanja na snagu zakona, ukoliko započnu sa izmirivanjem svojih obaveza i nastave sa kontinuiranom uplatom doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa Zakonom o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje. Na predloženi način i nadalje se izmiruju obaveze propisane Zakonom o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje, međutim za overu zdravstvene knjižice neophodno je da se nadležnoj matičnoj filijali Republičkog fonda dostavi dokaz da je započeta uplata dospelih doprinosa i da se vrši i nadalje - kontinuirano bez prekida, kako bi se nastavila naknadna overa zdravstvenih knjižica i obezbedilo ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Bliže uslove i način overe zdravstvene knjižice propisuje Republički fond u skladu sa Zakonom.

Pored toga, predloženo je da Zakon stupi na snagu osam dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Republike Srbije”, osim onih odredbi kojima se utvrđuje veći sadržaj i obim prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u odnosu na ona koja su važila do dana stupanja na snagu ovog zakona – koja će se primenjivati od 1. januara 2012. godine, s obzirom na to da je za sprovođenje tih odredbi neophodno planirati sredstva u finansijskom planu Republičkog fonda počev od 1. januara 2012. godine.

IV. PROCENA FINANSIJSKIH SREDSTAVA POTREBNIH ZA SPROVOĐENJE ZAKONA

Za sprovođenje ovog zakona nije potrebno obezbediti dodatna sredstva u budžetu Republike Srbije za 2011. godinu, a sredstva za sprovođenje ovog zakona za 2012. godinu i nadalje planiraće se u skladu sa bilansnim mogućnostima Republike Srbije, kao i u okviru raspoloživih sredstava planiranih Finansijskim planom organizacije za obavezno zdravstveno osiguranje.

V. RAZLOZI ZA DONOŠENJE ZAKONA PO HITNOM POSTUPKU

Predlaže se donošenje Zakona o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju po hitnom postupku kako bi se otklonile štetne posledice po zdravlje osiguranih lica, odnosno kako bi se omogućilo ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovima propisanim Zakonom, kao i štetne posledice po organizaciju obaveznog zdravstvenog osiguranja, i blagovremeno planiranje sredstava neophodnih za funkcionisanje obaveznog zdravstvenog osiguranja u 2012. godini.

Imajući u vidu napred navedeno, smatramo da su se stekli uslovi da se Zakon o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, donese po hitnom postupku.