

# **Z A K O N**

## **O IZMENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

### **Član 1.**

U Zakonu o zdravstvenom osiguranju („Sl.glasnik RS“, br. 107/05, 109/05-ispravka, 57/11) u glavi II. OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, u Odeljku 1. Načela obaveznog zdravstvenog osiguranja, u Pododeljku Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa,

Član 13. stav 3. menja se i glasi:

Načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se i preduzimanjem mera i aktivnosti za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na način koji omogućava da finansijska sredstva koja se obezbeđuju od uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje prate osiguranika prema mestu utvrđivanja svojstva osiguranika, odnosno ostvarivanja prava, po slobodnom izboru osiguranika u državnim ili privatnim zdravstvenim ustanovama.

### **Član 2.**

U glavi II. OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, u Odeljku 1. Načela obaveznog zdravstvenog osiguranja, u Pododeljku 1. Načelo ekonomičnosti i efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 15. stav 2. menja se i glasi:

Načelo efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se postizanjem najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoložive resurse, kao i postizanjem najvišeg nivoa prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja uz najniži utrošak finansijskih sredstava, postupkom izbora – nadmetanja davaoca zdravstvenih usluga u državnom ili privatnom vlasništvu.

### **Član 3.**

U glavi II. OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, u Odeljku 3. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja,

Član 30. stav 1. tačka 1. menja se i glasi:

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja jesu:

1) pravo na zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama u državnom ili privatnom vlasništvu.

### **Član 4.**

U glavi II. OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, u Odeljku 3. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Pododeljak – Zabrana naplaćivanja zdravstvenih usluga koje se obezbeđuje iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 49a. stav 1. menja se i glasi:

Zabranjeno je da davalac zdravstvenih usluga u državnom vlasništvu, 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.

#### **Član 5.**

U glavi II. OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, u Odeljku 3. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Pododeljak - Plan zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 54. stav 1. tačka 4. menja se i glasi:

4) raspoloživih kapaciteta zdravstvene službe u državnom ili privatnom vlasništvu.

#### **Član 6.**

U glavi II. OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, u Odeljku 4. Učešće stručno – medicinskih organa u postupku, Pododeljak – Izabrani lekar

Član 146. stav 4. menja se i glasi:

Osigurano lice dužno je da kod prve posete zdravstvene ustanove u državnom ili privatnom vlasništvu 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.

#### **Član 7.**

U glavi II. OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, u Odeljku 4. Učešće stručno – medicinskih organa u postupku, Pododeljak – Izabrani lekar

Član 147. stav 1. menja se i glasi:

Ugovorom između matične filijale i davaoca zdravstvenih usluga određuju se lekari pojedinci koji imaju ovlašćenja izabranog lekara. Matična filijala je dužna da na vidnom mestu istakne spisak lekara u zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi koje osigurano lice može da odabere za svog izabranog lekara.

#### **Član 8.**

U glavi II. OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, u Odeljku 5. Ugovaranje zdravstvenih usluga, Pododeljak 1. Zaključivanje ugovora,

Član 177. stav 5. menja se i glasi:

Ugovorom iz stava 1. ovog člana uređuju se odnosi između matične filijale, odnosno Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga u pružanju zdravstvene zaštite obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, a naročito: vrsta, obim, odnosno kvantitet zdravstvenih usluga, mere za obezbeđivanje kvaliteta zdravstvene zaštite koja se pruža osiguranim licima, kadar na osnovu normativa kadrova i standarda rada potrebnih za ostvarivanje zdravstvene zaštite osiguranih lica, naknade odnosno cene koju matična filijala, odnosno Republički fond plaća za pružene zdravstvene usluge, način obračuna i plaćanja, odnosno refundiranje-povraćaj osiguraniku koji koristi usluge davaoca usluga u privatnom vlasništvu do iznosa cene koju matična filijala, odnosno Republički fond za zdravstveno osiguranje plaća državnom davaocu usluga utvrđene u članu 55. ovog zakona, kontrola i odgovornost za izvršavanje obaveza iz ugovora, rok za sprovođenje preuzetih obaveza, način rešavanja spornih pitanja, raskid ugovora, kao i druga međusobna prava i obaveze ugovornih strana.

**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. USTAVNO PRAVNI OSNOV**

Ustani osnov za donošenje ove odluke je član 99. stav 1.tačka 7. Ustava Republike Srbije, kojima je propisano da Narodna skupština donosi zakone i druge opšte akte iz nadležnosti Republike Srbije.

Članom 15. stav 1. tačka 7. Zakona o Narodnoj skupštini („Službeni glasnik RS“, br. 9/10) i članom 192. stav 2. Poslovnika Narodne skupštine („Službeni glasnik RS“, br. 52/10 i 13/11) propisano je da Narodna skupština donosi zakone i druge opšte akte.

### **II. RAZLOZI ZA DONOŠENJE ZAKONA O IZMENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

Državni i privatni sektor moraju biti integrisani u jedan zdravstveni sistem saglasno Evropskoj Povelji o pravima pacijenata (Rim, 2002. godine) koja ukazuje da pacijent ima pravo da usmeri svoj novac od osiguranja tako tamo gde želi da se leči.

U velikom broju ljudskih prava koja su danas poznata iz brojnih međunarodnih ugovora – prava pacijenata zauzimaju jedno od najvažnijih mesta – ona se tiču čovekovog života i zdravlja, a to su vrednosti prvog reda prema kojima se mere sve druge ljudske vrednosti.

Kao potrošač zdravstvenih ustanova pacijent mora da ima posebnu pravnu zaštitu. Insistiranje na pravima pacijenta trebalo bi da ojača poverenje između lekara i pacijenta, učvrsti položaj pacijenta kao pravnog subjekta, osigura bolji kvalitet zdravstvenih ustanova putem većeg zadovoljstva pruženim uslugama i garantuje ugled lekarskog poziva.

### **III. OBJAŠNJENJE OSNOVNIH PRAVNIH INSTITUTA I POJEDINAČNIH REŠENJA**

**U članu 1.** Predviđeno je da načelo zaštite prava osiguranih lica i zaštite javnog interesa ostvaruje se i preduzimanjem mera i aktivnosti za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na način koji omogućava da finansijska sredstva koja se obezbeđuju od uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje prate osiguranika prema mestu utvrđivanja svojstva osiguranika, odnosno ostvarivanja prava, po slobodnom izboru osiguranika u državnim ili privatnim zdravstvenim ustanovama.

**U članu 2.** Predviđeno je da načelo efikasnosti obaveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje se postizanjem najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoložive resurse, kao i postizanjem najvišeg nivoa prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja uz najniži utrošak finansijskih sredstava, postupkom izbora – nadmetanja davaoca zdravstvenih usluga u državnom ili privatnom vlasništvu.

**U članu 3.** Predviđeno je da Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja jesu:

1) pravo na zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama u državnom ili privatnom vlasništvu.

**U članu 4.** Predviđeno je da je zabranjeno da davalac zdravstvenih usluga u državnom vlasništvu, 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.

**U članu 5.** Predviđeno je pravo osiguranog lica na zdravstvenu zaštitu u tački 4) raspoloživih kapaciteta zdravstvene službe ostvaruje u državnom ili privatnom vlasništvu.

**U članu 6.** Predviđeno je da je osigurano lice dužno je da kod prve posete zdravstvene ustanove u državnom ili privatnom vlasništvu 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.

**U članu 7.** Predviđeno je da ugovorom između matične filijale i davaoca zdravstvenih usluga određuju se lekari pojedinci koji imaju ovlašćenja izabranog lekara. Matična filijala je dužna da na vidnom mestu istakne spisak lekara zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi koje osigurano lice može da odabere za svog izabranog lekara.

**U članu 8.** Predviđeno je da ugovorom iz stava 1. ovog člana uređuju se odnosi između matične filijale, odnosno Republičkog fonda i davalaca zdravstvenih usluga u pružanju zdravstvene zaštite obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, a naročito: vrsta, obim, odnosno kvantitet zdravstvenih usluga, mere za obezbeđivanje kvaliteta zdravstvene zaštite koja se pruža osiguranim licima, kadar na osnovu normativa kadrova i standarda rada potrebnih za ostvarivanje zdravstvene zaštite osiguranih lica, naknade odnosno cene koju matična filijala, odnosno Republički fond plaća za pružene zdravstvene usluge, način obračuna i plaćanja, odnosno refundiranje-povraćaj osiguraniku koji koristi usluge davaoca usluga u privatnom vlasništvu do iznosa cene koju matična filijala, odnosno Republički fond za zdravstveno osiguranje plaća državnom davaocu usluga utvrđene u članu 55. ovog zakona, kontrola i odgovornost za izvršavanje obaveza iz ugovora, rok za sprovođenje preuzetih obaveza, način rešavanja spornih pitanja, raskid ugovora, kao i druga međusobna prava i obaveze ugovornih strana.

**U članu 9.** predviđeno je Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Republike Srbije“.

#### **IV. PROCENA FINANSIJSKIH SREDSTAVA**

Za sprovođenje ove odluke nije potrebno obezbediti dodatna sredstva u budžetu Republike Srbije za 2012. godinu.

#### **V. RAZLOZI ZA DONOŠENJE PO HITNOM POSTUPKU**

Donošenje ove odluke po hitnom postupku neophodno je radi sprečavanja negativnih posledica po rad organa i organizacija, kao i negativnih posledica na sam sistem zdravstvene zaštite u Republici Srbiji.