

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 20. stav 1. tačka1) briše se.

Tač. 2) i 3) postaju tač. 1) i 2).

Član 4.

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 5.

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 6.

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 7.

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

Član 8.

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

Član 9.

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. dodaju 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 10.

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.”

U stavu 2. posle reči: "navršenih 18 godina života" stavlja se zapeta i dodaju reči: "odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja a najkasnije do navršenih 26 godina života,".

Član 11.

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 12.

Član 41. tačka 1. menja se i glasi:

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

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 prihodi osiguranog lica ispod cenzusa utvrđenog aktom iz člana 22. stav 2. ovog zakona.”

Član 13.

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 14.

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 stavljanje, odnosno skidanje sa Liste lekova u skladu sa stavom 8. ovog člana.”

Član 15.

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. dodaju se st. 2. i 3. koji glase:

„Za zdravstvene usluge koje se obezbeđuju kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa stavom 1. ovog člana, a za koje Republički fond ne vrši plaćanje na osnovu cene zdravstvene usluge, već troškove obračunava i plaća na drugačiji način (po poseti osiguranog lica zdravstvenom radniku, dijagnostički srodnih grupa zdravstvenih usluga, programima, bolesničkom danu i dr.), osiguranim licima obezbeđuje se pravo na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u procentima propisanim u stavu 1. ovog člana.

Izuzetno od stava 1. tačka 1) alineja četvrta ovog zakona, za ostvarivanje prava na stomatološku zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Republički fond može opštim aktom iz člana 48. stav 3. ovog zakona da utvrdi plaćanje participacije, ako se osigurano lice ne odazove pozivu izabranog lekara na

preventivni pregled, odnosno ako ne ostvaruje pravo na preventivne stomatološke usluge u skladu s ovim zakonom, odnosno republičkim programom stomatološke zdravstvene zaštite koji donosi Vlada u skladu s ovim zakonom."

Član 16.

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 17.

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 18.

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 davanja 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 19.

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

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

Član 20.

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 21.

Član 55. menja se i glasi:

„Član 55.

Nomenklaturu 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 22.

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 23.

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 24.

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 25.

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

Član 26.

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

Član 27.

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 lica koje je teže telesno ili duševno ometeno u razvoju, kao i lica 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 28.

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

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

Član 29.

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 30.

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 31.

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 sedišta 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 sedišta 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 sedišta 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 32.

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

Član 33.

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 34.

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 35.

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 36.

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

Član 37.

U članu 175. st. 2. i 3. brišu se.

Član 38.

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 39.

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 40.

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 41.

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 42.

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 prioriteto zaključe 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.”

Član 43.

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 44.

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 45.

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 46.

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 47.

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 48.

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 49.

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 50.

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 51.

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 opredeljenim u Finansijskom planu Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Član 52.

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 53.

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 54.

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Republike Srbije”, a odredbe čl. 11, 12, 13. i 15. 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.