

# **ЗАКОН**

## **О ИЗМЕНАМА И ДОПУНАМА ЗАКОНА О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ**

### **Члан 1.**

У Закону о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05-исправка), члан 6. мења се и гласи:

### **„Члан 6.**

Обавезно здравствено осигурање обезбеђује се и спроводи у Републичком фонду за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) и у организационим јединицама Републичког фонда (у даљем тексту: филијале).

Одређени послови обавезног здравственог осигурања спровode се и у Покрајинском фонду за здравствено осигурање (у даљем тексту: Покрајински фонд) у складу са законом.

Добровољно здравствено осигурање могу да спровode правна лица која обављају делатност осигурања у складу са законом, као и Републички фонд.”

### **Члан 2.**

У чл. 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. и 245. речи: „Републички завод” замењују се речима: „Републички фонд” у одговарајућем падежу.

У чл. 174, 176, 184, 186, 187, 210, 212, 217, 224, 225. и 228. речи: „Покрајински завод” замењују се речима: „Покрајински фонд” у одговарајућем падежу.

### **Члан 3.**

У члану 17. став 1. тачка 21) мења се и гласе:

„21) пољопривредници старији од 15 година живота који се баве пољопривредном делатношћу као носиоци пољопривредног домаћинства, чланови пољопривредног домаћинства, носиоци породичног пољопривредног газдинства, чланови породичног пољопривредног газдинства или чланови мешовитог домаћинства, ако нису: осигураници запослени, осигураници самосталних делатности, осигураници из тачке 17) овог става, корисници пензија, лица на школовању;”.

Став 3. мења се и гласи:

„Пољопривредним домаћинством, породичним пољопривредним домаћинством, односно мешовитим домаћинством сматра се заједница живота, привређивања и трошења прихода, без обзира на сродство између његових чланова, на пољопривредном домаћинству, односно газдинству са најмање 0,5 хектара пољопривредног земљишта, односно са мање од 0,5 хектара пољопривредног земљишта, другог земљишта или грађевинске целине на којима се обавља сточарска, повртарска или виноградарска производња, узгој рибе, гајење печурака, пужева, пчела и други узгој или гајење.”

После става 3. додају се ст. 4. и 5. који гласе:

„Носилац пољопривредног домаћинства, односно породичног пољопривредног газдинства, у смислу овог закона, јесте лице које је обвезник пореза на имовину на основу пољопривредног земљишта или пореза на приход од пољопривреде и шумарства у складу са законом којим се уређује порез на имовину и порез на доходак грађана.

Члан пољопривредног домаћинства, породичног пољопривредног газдинства, односно мешовитог домаћинства, у смислу овог закона, јесте лице које живи и ради на пољопривредном домаћинству, породичном пољопривредном газдинству, односно у мешовитом газдинству.”

#### **Члан 4.**

У члану 20. став 1. тачка1) брише се.

Тач. 2) и 3) постају тач. 1) и 2).

#### **Члан 5.**

У члану 21. став 1. тачка 1) мења се и гласи:

„1) осигурање по основу запослења или пензије (члан 17. став 1. тач. 1)-12) и 22)-23) овог закона.”

Став 2. мења се и гласи:

„Лице које испуњава услов за стицање својства осигураника из члана 17. став 1. тач. 1)-12), тач. 17)-20), као и тач. 22) и 23) овог закона, по више основа осигурања, дужно је да изабере један од основа осигурања по коме ће бити здравствено осигурано, односно по коме ће остваривати права из обавезног здравственог осигурања.”

#### **Члан 6.**

У члану 22. став 1. тачка 1) број 15 замењује се бројем 18.

Тачка 4) мења се и гласи:

„4) особе са инвалидитетом, по прописима о пензијском и инвалидском осигурању, као и ментално недовољно развијена лица;”

У тачки 5) речи: „оболела, односно повређена лица у вези са пружањем хитне медицинске помоћи,” замењују се речима: „оболели од ретких болести;”.

Тачка 7) мења се и гласи:

„7) материјално необезбеђена лица која примају новчану социјалну помоћ, односно која су корисници породичне инвалидине, по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;”.

У тачки 11) на крају текста тачка се замењује тачком и запетом.

После тачке 11) додају се тач. 12) и 13) које гласе:

„12) жртве насиља у породици;

13) жртве трговином људима.

#### **Члан 7.**

У члану 26. став 1. мења се и гласи:

„Дете осигураника има права из обавезног здравственог осигурања до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања а најкасније до навршених 26 година живота.”

#### **Члан 8.**

У члану 27. став 1. после речи: „Родитељи,” додају се речи: „браћа и сестре,”.

#### **Члан 9.**

У члану 32. став 3. тач. 1) речи: „из члана 17.” замењују се речима: „из чл. 17. и 23.”

#### **Члан 10.**

У члану 33. ст. 4-6. мењају се и гласе:

„Повреда на раду, у смислу овог закона, је свака повреда, обољење или смрт настала као последица несреће на послу, односно као последица сваког неочекиваног или непланираног догађаја, укључујући и акт насиља који је настао услед рада или је повезан са радом и који је довео до повреде, обољења или смрти осигураника која је наступила одмах или у периоду од 12 месеци од дана настанка повреде на раду.

Под повредом на раду у смислу става 4. овог члана не подразумевају се професионална обољења, као и повреде при доласку, односно повратку са посла.

Под професионалним обољењем у смислу овог закона подразумева се обољење настало услед дуже изложености штетностима насталим на радном месту.”

После става 6. додаје се ст. 7. и 8. који гласе:

„Повреда на раду утврђује се на основу извештаја о повреди на раду (у даљем тексту: повредна листа), који је под непосредном или посредном контролом послодавца и која се доставља Републичком фонду, односно матичној филијали ради остваривања права из обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом.

Садржај и образац повредне листе и начин попуњавања, односно достављања, обраде података из повредне листе, као и друга питања од значаја за утврђивање повреде на раду, споразумно прописују министри надлежни за послове заштите здравља и безбедности на раду.”

#### **Члан 11.**

У члану 35. став 1. тач. 2) и 3) мењају се и гласе:

„2) систематски и остали прегледи деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања а најкасније до навршених 26 година живота, жена у вези са трудноћом и одраслих особа у складу са републичким програмом превенције и раног откривања болести од већег социјалног – медицинског значаја, односно скрининг програма;

3) превентивне стоматолошке и профилактичке мере за превенцију болести уста и зуба код трудница и деце до навршених 18 година живота,

односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања а најкасније до навршених 26 година живота.”

#### **Члан 12.**

У члану 37. тачка 8) мења се и гласи:

„8) право на пратиоца осигураном лицу до навршених 15 година живота, као и старијем лицу које је теже телесно или душевно ометено у развоју, односно лицу код кога је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица, за време стационарног лечења и медицинске рехабилитације, а да је то медицински неопходно, осим ако овим законом није друкчије одређено;”

#### **Члан 13.**

Члан 41. тачка 1. мења се и гласи:

„1) преглед и лечење болести уста и зуба код деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања а најкасније до навршених 26 година живота, старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју, као и лица са тежим урођеним или стеченим деформитетом лица и вилице;”

У тачки 4) после речи: „прегледи”, додају се речи: „и лечење болести”.

У тачки 9) на крају текста тачка се замењује тачком и запетом.

После тачке 9) додају се тач. 10) и 11) које гласе:

„10) прегледи и лечење болести уста и зуба код лица код којих је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају активности свакодневног живота;

11) прегледи и лечење болести уста и зуба осигураника из члана 22. овог закона.”

После става 1. додаје се став 2. који гласи:

„Лицима из става 1. тач. 10) и 11) овог члана обезбеђује се право на прегледе и лечење болести уста и зуба ако су приходи осигураног лица испод цензуса утврђеног актом из члана 22. став 2. овог закона.”

#### **Члан 14.**

У члану 42. после става 8. додаје се нови став 9. који гласи:

„Право на пратиоца обезбеђује се осигураном лицу до навршених 15 година живота, као и старијем лицу које је теже телесно или душевно ометено у развоју, односно лицу код кога је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица.”

Досадашњи ст. 9. и 10. постају ст. 10. и 11.

У досадашњем ставу 10. који постаје став 11. речи: „из става 1. овог члана” замењују се речима: „из става 10. овог члана”.

#### **Члан 15.**

У члану 43. после става 7. додају се ст. 8 -11. који гласе:

„Републички фонд дужан је да у року од 90 дана од дана подношења захтева за стављање, односно скидање одређеног лека са Листе лекова из става 3. овог члана донесе решење о испуњености критеријума за стављање, односно скидање лека са Листе лекова у складу са актом из става 4. овог члана.

Ако овим законом није друкчије одређено, на поступак доношења решења из става 8. овог члана примењује се закон којим се уређује општи управни поступак.

Решење из става 8. овог члана коначно је у управном поступку и против њега се може покренути управни спор.

Републички фонд дужан је да у првој наредној Листи лекова коју доноси у складу са овим законом, стави, односно скине лек за који је донето решење о испуњености критеријума за стављање, односно скидање са Листе лекова у складу са ставом 8. овог члана.”

#### **Члан 16.**

У члану 45. тачка 1) алинеја 4 мења се и гласи:

„- прегледе и лечење болести уста и зуба код лица из члана 41. тач. 1), 10) и 11) овог закона, као и жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја;”.

У тачки 4) после алинеје треће додаје се нова алинеја четврта која гласи:

„-промену пола из медицинских разлога;”.

Досадашња алинеја четврта постаје алинеја пета.

После става 1. додаје се став 2. који гласи:

„За здравствене услуге које се обезбеђују као право из обавезног здравственог осигурања у складу са ставом 1. овог члана, а за које Републички фонд не врши плаћање на основу цене здравствене услуге, већ трошкове обрачунава и плаћа на другачији начин (по посети осигураног лица здравственом раднику, дијагностички сродних група здравствених услуга, програмима, болесничком дану и др.), осигураним лицима обезбеђује се право на здравствену заштиту на терет средстава обавезног здравственог осигурања у процентима прописаним у ставу 1. овог члана.”

#### **Члан 17.**

У члану 48. став 1. мења се и гласи:

„Новчани износ до пуног износа из члана 45. став 1. тач. 2) до 4) и став 2. овог закона, као и новчани износ из члана 46. овог закона (у даљем тексту: партиципација), плаћа осигурано лице које користи ту здравствену услугу, односно лек, ако овим законом није друкчије одређено, односно плаћа правно лице које осигураном лицу обезбеђује добровољно здравствено осигурање.”.

Став 5. мења се и гласи:

„Осигурано лице има право да из својих средстава, односно из средстава добровољног здравственог осигурања оствари право на већи садржај, обим и стандард права из чл. 45. и 46. овог закона, која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, на тај начин што плаћа разлику

од цене утврђене у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, и стварне цене права из чл. 45. и 46. овог закона.”

После става 5. додају се ст. 6. и 7. који гласе:

„Републички фонд општим актом ближе уређује услове, начин и поступак остваривања права из става 5. овог члана за одређена права из обавезног здравственог осигурања прописана чл. 45. и 46. овог закона.

Општи акт из става 6. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије.”

#### **Члан 18.**

У члану 49. став 4. на крају текста тачка се замењује запетом и додају се речи: „као и друге рачуне за наплаћене здравствене услуге ради остваривања права из добровољног здравственог осигурања.”

#### **Члан 19.**

После члана 49. додаје се нови члан 49а који гласи:

*„Забрана наплаћивања здравствених услуга које се обезбеђују из обавезног здравственог осигурања*

#### **Члан 49а**

Забрањено је да давалац здравствених услуга, односно лице запослено код даваоца здравствених услуга, односно друго лице које обавља одређене послове код давалаца здравствених услуга наплати здравствену услугу на коју осигурано лице има право у оквиру обавезног здравственог осигурања, односно да тражи или прими или на било који други начин наведе осигурано лице или чланове његове породице, односно друго правно или физичко лице, на плаћање, односно давање било какве материјалне или нематеријалне користи за пружање таквих услуга осигураном лицу, осим ако овим законом није друкчије одређено.

Лицу које поступи у супротности са ставом 1. овог члана послодавац може, у складу са законом којим се уређује рад, да откаже уговор о раду, односно да раскине другу врсту уговора на основу кога је то лице ангажовано код даваоца здравствених услуга за обављање одређених послова.

Код даваоца здравствених услуга могу да се наплаћују осигураним лицима, као и другим правним и физичким лицима, само оне здравствене услуге које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем, као и износ партиципације утврђен у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.”

#### **Члан 20.**

У члану 50. тачка 1. мења се и гласи:

„1) ратним војним инвалидима, мирнодопским војним инвалидима и цивилним инвалидима рата;”.

#### **Члан 21.**

У члану 54. став 2. мења се и гласи:

„План из става 1. овог члана Републички фонд доноси за период за који се доноси буџетски меморандум, односно финансијски план Републичког

фонда, а у изузетним случајевима – за једну календарску годину, најкасније до 31. децембра – за наредну годину.”

## **Члан 22.**

Члан 55. мења се и гласи:

„Члан 55.

Номенклатуру здравствених услуга из члана 45. овог закона утврђује министар.

Републички фонд доноси акт којим се утврђују: цене здравствених услуга, програм здравствене заштите, цене дијагностички сродних група здравствених услуга, болеснички дан, посете осигураног лица здравственом раднику, плаћање по опредељеном пацијенту, као и други трошкови здравствених услуга које се обезбеђују као право из обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Министар даје сагласност на акт из става 2. овог члана.

Цене, односно трошкови из става 2. овог члана утврђују се на основу неких од наведених елемената :

- 1) номенклатуре здравствених услуга;
- 2) норматива и стандарда рада, када је то неопходно за утврђивање цене, односно трошкова;
- 3) трошкова уложеног рада запослених у пружању здравствених услуга који се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са законом и закљученим колективним уговорима, осим оних права која обезбеђује послодавац на основу закључених колективних уговора код послодавца;
- 4) анализе трошкова здравствене заштите;
- 5) амортизације прописане законом, односно другим прописима;
- 6) материјалних трошкова;
- 7) других законских обавеза.

Ради утврђивања цене, односно трошкова из става 2. овог члана Републички фонд утврђује нормативе и стандарде рада из става 4. тачка 2) овог члана, ако исти нису уређени на друкчији начин.

Републички фонд актом из став 2. овог члана, на основу методологије за обрачун трошкова обраде крви и компонената крви, утврђује трошкове обраде крви и компонената крви.

Акт из ст. 2. и 5. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије.”

## **Члан 23.**

У члану 59. после става 1. додаје се ст. 2. и 3. који гласе:

„У буџету Републике Србије обезбеђују се средства за лечење оболелих од одређених врста ретких болести под условом да Републички фонд не може да обезбеди довољан износ средстава за лечење тих обољења од уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање, као и из других извора финансирања у складу са законом.

Влада, за сваку календарску годину, на предлог министра надлежног за послове здравља, доноси акт којим се утврђују врсте ретких болести, као и друга питања од значаја за лечење оболелих од ових болести за које се средства обезбеђују у буџету Републике Србије.”

#### **Члан 24.**

У члану 61. став 1. тачка 12) после речи: „промене пола”, додаје се запета као и речи: „осим ако овим законом није друкчије одређено”.

#### **Члан 25.**

Члан 65. мења се и гласи:

#### **„Члан 65.**

Право на коришћење здравствене заштите у иностранству на терет средстава обавезног здравственог осигурања, има осигурано лице ако је пре његовог одласка у иностранство утврђено да не болује, односно да није боловало од акутних или хроничних болести у акутној фази, у последњих 12 месеци, за које је потребно дуже или стално лечење, односно да се осигурано лице не налази у стању које би убрзо по доласку у иностранство захтевало дуже лечење, односно смештај у стационарну здравствену установу, укључујући трудноћу и друге здравствене услуге.

Здравствено стање из става 1. овог члана утврђује првостепена лекарска комисија матичне филијале, а филијала издаје потврду о здравственом стању осигураног лица ради коришћења здравствене заштите у иностранству (у даљем тексту: потврда о коришћењу здравствене заштите).

Потврда о коришћењу здравствене заштите издаје се на основу налаза и мишљења изабраног лекара да осигурано лице не болује, односно да није боловало од акутних или хроничних болести у акутној фази у последњих 12 месеци, за које је потребно дуже или стално лечење, односно да се осигурано лице не налази у стању које би убрзо по доласку у иностранство захтевало дуже лечење, односно смештај у стационарну здравствену установу, укључујући трудноћу и друге здравствене услуге.

Ради издавања потврде о коришћењу здравствене заштите, првостепена лекарска комисија може наложити да осигурано лице изврши одређене врсте медицинских прегледа с циљем утврђивања здравственог стања осигураног лица.

Давање налаза и мишљења изабраног лекара, односно утврђивање здравственог стања од стране првостепене лекарске комисије, односно издавање потврде о коришћењу здравствене заштите, обезбеђује се осигураном лицу из средстава обавезног здравственог осигурања.

Потврда о коришћењу здравствене заштите издаје се на основу непосредног прегледа осигураног лица од стране изабраног лекара, као и на основу медицинске документације, и то: увида у здравствени картон, увида у извод здравственог картона, налаза и мишљења изабраног лекара да осигурано лице не болује и да није боловало од акутних или хроничних болести у акутној фази, у последњих 12 месеци, за које је потребно дуже или стално лечење, односно да се осигурано лице не налази у стању које би убрзо по доласку у иностранство захтевало дуже лечење, односно смештај у стационарну здравствену установу, укључујући трудноћу и друге здравствене услуге, као и потврде изабраног лекара – стоматолога о стању зуба.



Матична филијала издаје потврду о коришћењу здравствене заштите на обрасцу који прописује Републички фонд, а на којем је одштампано и детаљно објашњење о начину, поступку и условима за коришћење здравствене заштите у иностранству."

#### **Члан 26.**

У члану 84. став 1. реч: „доношења”, замењује се речју: „правноснажности”.

#### **Члан 27.**

У члану 104. став 3. после речи: „хемодијализу”, додају се речи: „као и на хемио и радио терапију”.

#### **Члан 28.**

У члану 108. став 4. мења се и гласи:

„Сматра се да је пратилац за време путовања неопходан ако се на лечење или лекарски преглед у друго место упућује дете млађе од 18 година живота, односно старије лице које је теже телесно или душевно ометено у развоју, као и лице код којег је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција, због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида и глува лица.”

#### **Члан 29.**

У члану 111. став 1. мења се и гласи:

„Својство осигураног лица утврђује филијала која се у смислу овог закона сматра матичном филијалом.”

#### **Члан 30.**

Члан 112. мења се и гласи:

„Лицу којем је признато својство осигураног лица матична филијала издаје прописану исправу о здравственом осигурању (у даљем тексту: исправа о осигурању), којом се доказује својство осигураног лица.

Лицу којем се права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују у одређеним случајевима из члана 28. овог закона, издаје се посебна исправа за коришћење здравствене заштите само у случају повреде на раду или професионалне болести.

Исправа о осигурању из ст. 1. и 2. овог члана јесте и здравствена картица која садржи простор за контактни микроконтролер (ЧИП) и простор за машински читљиву зону за потребе аутоматског читавања података, у који се уносе сви видљиви подаци на исправи о осигурању, као и подаци који се воде у матичној евиденцији у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Трошкове издавања здравствене картице из става 3. овог члана сноси осигураник за себе и чланове своје породице.

Изузетно од става 4. овог члана обавезник уплате доприноса, односно друго правно или физичко лице, односно Републички фонд може преузети обавезу накнаде трошкова издавања здравствене картице.

Висину трошкова из става 4. овог члана прописује Републички фонд.

Средства остварена у складу са ставом 6. овог члана представљају приход Републичког фонда.

Влада даје сагласност на акт из става 6. овог члана.

Републички фонд прописује садржај и облик исправе о осигурању, здравствене картице, односно посебне исправе за коришћење здравствене заштите из ст. 1-3. овог члана, начин њихове овере, осигурана лица за која преузима обавезу трошкова издавања здравствене картице, као и друга питања од значаја за коришћење тих исправа.

Акт из ст. 6. и 9. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије”.

### **Члан 31.**

У члану 113. после става 3. додаје се став 4. који гласи:

„Изузетно од ст. 1-3. овог члана матична филијала може по службеној дужности да изврши одјаву са обавезног здравственог осигурања у случају када је правно или физичко лице које је обвезник подношења одјаве са здравственог осигурања престало да постоји, односно ако је умрло, као и у случају ако је у моменту подношења пријаве на здравствено осигурање познат и датум престанка основа за осигурање по коме је то лице стекло својство осигураника у складу са овим законом, под условом да обвезник подношења одјаве не поднесе одјаву са здравственог осигурања у законом прописаном року.”

### **Члан 32.**

Члан 129. мења се и гласи:

„Члан 129.

Пријава података за матичну евиденцију подноси се матичној филијали, и то:

1) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) и 2), тач. 4)-8), тач. 10), 11) и 13), тач. 15)-18) и тачка 24) овог закона, у случају када су место пребивалишта осигураника и седиште обвезника на подручју исте филијале – према седишту обвезника уплате доприноса;

2) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 3) овог закона у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса – према седишту обвезника уплате доприноса;

3) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 9) и тач. 19) - 22) овог закона - према пребивалишту осигураника у Републици;

4) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 12) овог закона – према пребивалишту осигураника или месту последњег престанка радног односа;

5) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 14) овог закона, у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса – према седишту омладинске, односно студентске задруге;

6) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 23) овог закона – према боравишту или пребивалишту;

7) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 25) овог закона – према седишту школе, односно високошколске установе.

Изузетно од става 1. тач. 1) овог члана, у случају када је пребивалиште осигураника на подручју једне филијале а седиште обвезника уплате доприноса на подручју друге филијале, пријава података за матичну евиденцију подноси се матичној филијали према пребивалишту осигураника у Републици.

За чланове породице осигураника пријава података за матичну евиденцију подноси се матичној филијали, односно филијали на начин прописан у ст. 1. и 2. овог члана.”

### **Члан 33.**

У члану 130. став 1. речи: „из тачке 11)” замењују се речима: „из тач. 11)-13)”.

### **Члан 34.**

Члан 142. мења се и гласи:

„Члан 142.

Права из здравственог осигурања остварују се на основу оверене исправе о осигурању, односно здравствене картице, односно посебне исправе о коришћењу здравствене заштите.

Оверу докумената из става 1. овог члана врши матична филијала на основу расположивих података, односно на основу доказа да је уплаћен доспели допринос у складу са законом, као и послодавац коме је матична филијала, на основу доказа о уплаћеним доприносима, издала посебно средство (маркица и др.), којим се врши оверавање исправе о осигурању у складу са прописима донетим за спровођење овог закона.

Оверу здравствене картице из члана 112. став 3. овог закона врши матична филијала уношењем података о уплаћеним доспелим доприносима, у складу са законом, у простор за машински читљиву зону за потребе аутоматског читавања података.

Накнадна овера исправе о осигурању, односно здравствене картице, односно посебне исправе о коришћењу здравствене заштите може се извршити под условом да је осигурано лице извршило избор изабраног лекара у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Ако исправа о осигурању, односно здравствена картица, односно исправа о коришћењу здравствене заштите није оверена због тога што доспели допринос није плаћен, извршиће се накнадна овера када тај допринос буде у целини уплаћен.

У случају да није извршена уплата доспелог доприноса за обавезно здравствено осигурање, односно да није извршена у целини, право на здравствену заштиту у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона може да се користи на терет средстава обавезног здравственог осигурања, само у случају хитне медицинске помоћи.”

### **Члан 35.**

У члану 146. став 1. тачка 4) мења се и гласи:

„4) доктор стоматологије или доктор стоматологије специјалиста дечије и превентивне стоматологије.”.

После става 3. додају се нови ст. 4. и 5. који гласе:

„Осигурано лице дужно је да код прве посете здравствене установе на примарном нивоу здравствене заштите у којој послове обавља изабрани лекар, а најкасније у року од шест месеци од дана стицања својства осигураног лица у складу са овим законом, изврши избор изабраног лекара.

Ако осигурано лице не изврши избор изабраног лекара у року из става 4. овог члана, има право само на пружање хитне медицинске помоћи до момента избора изабраног лекара у складу са овим законом.”

Досадашњи ст. 4. и 5. постају ст. 6. и 7.

#### **Члан 36.**

Члан 152. мења се и гласи:

„Члан 152.

Ако то захтева здравствено стање осигураног лица, као и рационалност у пружању здравствене заштите, на предлог лекара специјалисте одговарајуће гране медицине који лечи осигурано лице, изабрани лекар може да пренесе овлашћење из члана 151. овог закона на тог лекара специјалисту, а које се односи на дијагностиковање и лечење, упућивање на стационарно лечење, укључујући и прописивање лекова који се издају уз лекарски рецепт за одређене болести (ТБС, HIV, болести зависности, лечење психијатријских обољења, лечење ретких болести, као и друга обољења у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона).

Актом из члана 141. став 4. овог закона Републички фонд прописује начин преношења овлашћења, друга обољења за која се може пренети овлашћење из става 1. овог члана, као и образац на основу кога се овлашћење преноси.”

#### **Члан 37.**

У члану 154. став 1. реч: „три”, замењује се речју: „два”.

#### **Члан 38.**

У члану 175. ст. 2. и 3. бришу се.

#### **Члан 39.**

У члану 177. став 1. мења се и гласи:

„Односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга, поводом остваривања права осигураних лица на здравствену заштиту, уређују се уговором који се закључује на период за који се доноси буџетски меморандум, односно финансијски план Републичког фонда, а у изузетним случајевима може се закључити и за једну календарску годину.”

Став 3. мења се и гласи:

„Важење уговора из става 1. овог члана може се анексом уговора продужити и у наредну календарску годину, а најдуже до ступања на снагу општег акта којим се утврђује износ новчане накнаде за рад даваоца здравствених услуга, из члана 179. став 1. овог закона.”

После става 3. додаје се став 4. који гласи:

„Уговор који се закључује на период усклађен са доношењем буџетског меморандума, односно који се закључује за више година у складу са ставом 1.

овог члана, усклађује се за сваку буџетску годину према планираним средствима у финансијском плану Републичког фонда.”

Досадашњи став 4. постаје став 5.

#### **Члан 40.**

У члану 179. став 1. мења се и гласи:

„Републички фонд за период из члана 177. став 1. овог закона доноси општи акт којим се уређују услови за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга, критеријуме и мерила за утврђивање накнаде за њихов рад, односно начин плаћања здравствених услуга, као и других трошкова у складу са овим законом, поступак коначног обрачуна са даваоцима здравствених услуга на основу уговора о пружању здравствене заштите по завршеној буџетској години, као и друга питања од значаја за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга.”

#### **Члан 41.**

У члану 180. став 1. тачка 1) мења се и гласи:

„1) трогодишњи, односно годишњи план здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања који се доноси у складу са овим законом;”.

Тачка 4) мења се и гласи:

„4) акт Републичког фонда из члана 55. став 2. овог закона;”.

#### **Члан 42.**

У члану 181. после тачке 4) додаје се нова тачка 5) која гласи:

„5) плаћање по дијагностички сродним групама болести и повреда;”.

Досадашња тачка 5) постаје тачка 6).

#### **Члан 43.**

У члану 182. став 1. после речи: „за осигурана лица са територије матичне филијале,” додају се речи: „као и за друга осигурана лица,”.

После става 2. додаје се став 3. који гласи:

„Даваоци здравствених услуга из Плана мреже дужни су да приоритетно закључе уговор са Републичким фондом за расположиве капацитете у погледу простора, опреме и кадрова, односно да приоритетно извршавају уговорне обавезе према Републичком фонду, у односу на друга правна и физичка лица са којима имају закључене уговоре о пружању здравствених услуга.”

#### **Члан 44.**

У члану 210. после става 2. додаје се став 3. који гласи:

„Изузетно од става 2. овог члана поред филијале која је у седишту управног округа може се образовати и филијала која је ван седишта управног округа, о чему одлуку доноси Републички фонд, уз сагласност Владе.”

Досадашњи ст. 3. и 4. постају ст. 4. и 5.

#### **Члан 45.**

У члану 215. став 7. мења се и гласи:

„На обављање јавне функције директора филијале у погледу спречавања сукоба приватног и јавног интереса, примењују се одредбе закона којим се уређује рад Агенције за борбу против корупције.”

После става 7. додаје се став 8. који гласи:

„Директор филијале по истеку мандата наставља да обавља послове у складу са законом и статутом Републичког фонда до дана именовања директора филијале на начин прописан овим законом.”

#### **Члан 46.**

У члану 219. после става 3. додаје се став 4. који гласи:

„Изузетно од става 3. овог члана, чланови Управног одбора, чланови Надзорног одбора, директор, односно заменик директора могу поред послова у органима Републичког фонда да се баве и научно-истраживачким радом, наставом, радом у културно-уметничким, хуманитарним и спортским организацијама, без сагласности Агенције за борбу против корупције, ако тиме не угрожавају непристрасно вршење послова и углед органа Републичког фонда.”

Досадашњи ст. 4-6. постају ст. 5-7.

Досадашњи став 7. који постаје став 8. мења се и гласи:

„На обављање јавне функције лица из става 3. овог члана у погледу спречавања сукоба приватног и јавног интереса, примењују се одредбе закона којим се уређује рад Агенције за борбу против корупције.”

Досадашњи став 8. постаје став 9.

После става 9. додаје се став 10. који гласи:

„Органи Републичког фонда по истеку мандата настављају да обављају послове у складу са законом и статутом Републичког фонда до дана именовања нових органа Републичког фонда на начин прописан овим законом.”

#### **Члан 47.**

У члану 228. став 1. мења се и гласи:

„Директора Покрајинског фонда, по спроведеном јавном конкурс који расписује Републички фонд, именује Управни одбор, на предлог надлежног органа аутономне покрајине.”

После става 1. додају се нови ст. 2. и 3. који гласе:

„Директор Покрајинског фонда именује се на период од четири године.

Директор Покрајинског фонда по истеку мандата наставља да обавља послове у складу са законом и статутом Републичког фонда до дана именовања директора Покрајинског фонда на начин прописан овим законом.”

Досадашњи ст. 2, 3. и 4. постају ст. 4, 5. и 6.

#### **Члан 48.**

Члан 237. мења се и гласи:

„Добровољно здравствено осигурање могу организовати и спроводити и фондови за добровољно здравствено осигурање, у складу са посебним законом.”

#### **Члан 49.**

У члану 240. став 1. после тачке 3) додаје се тачка 3а) која гласи:

„3а) ако супротно члану 49а овог закона наплати здравствену услугу на коју осигурано лице има право у оквиру обавезног здравственог осигурања, односно ако тражи или прими или на било који други начин наведе осигурано лице или члана његове породице, односно друго правно или физичко лице, на плаћање, односно давање било какве материјалне или нематеријалне користи за пружање таквих услуга осигураном лицу, осим ако законом није друкчије одређено (члан 49а);”.

После тачке 7) додаје се тачка 7а) која гласи:

„7а) не закључи уговор са Републичким фондом за расположиве капацитете у погледу простора, опреме и кадрова, односно ако приоритетно не извршава уговорне обавезе према Републичком фонду, у односу на друга правна и физичка лица са којима има закључене уговоре о пружању здравствених услуга (члан 182. став 3.);”.

У ставу 2. речи: „тач. 1)-7)” бришу се.

#### **Члан 50.**

У члану 242. после става 2. додаје се став 3. који гласи:

„Новчаном казном од 300.000 до 500.000 динара казниће се за прекршаје из става 1. овог члана и послодавац – предузетник.”

### **Прелазне и завршне одредбе**

#### **Члан 51.**

Републички фонд ускладиће статут и друге опште акте и донеће прописе за спровођење овог закона, најкасније до 1. јануара 2013. године.

До доношења прописа из става 1. овог члана примењиваће се прописи који су важили до дана ступања на снагу овог закона, ако нису у супротности са овим законом.

#### **Члан 52.**

До доношења прописа којим се уређује методологија за обрачун трошкова обраде крви и компонената крви у складу са законом којим се уређује трансфузиолошка делатност, односно до доношења акта о трошковима обраде крви и компонената крви, Републички фонд утврђиваће цене обраде крви и компонената крви на тај начин што ће се постојеће цене крви, односно лабилних продуката крви, које важе на дан ступања на снагу овог закона, увећати у складу са средствима опредељенима у Финансијском плану Републичког завода за здравствено осигурање за 2011. годину.

#### **Члан 53.**

Републички фонд дужан је да најкасније у року од три године, од дана ступања на снагу овог закона изврши замену исправе о осигурању, као и посебне исправе за коришћење здравствене заштите из члана 112. ст. 1. и 2. овог закона, са здравственом картицом.

До потпуне замене исправа о осигурању, као и посебне исправе за коришћење здравствене заштите – здравственом картицом, осигурана лица остварују права из обавезног здравственог осигурања на основу исправа о

осигурању, као и посебне исправе за коришћење здравствене заштите, издатих по прописима који су важили до дана ступања на снагу овог закона.

#### **Члан 54.**

За осигурана лица за која допринос за обавезно здравствено осигурање није редовно измириван до дана ступања на снагу овог закона, исправа о осигурању, као и посебна исправа за коришћење здравствене заштите, односно здравствена картица, од дана ступања на снагу овог закона, овераваће се под условом да је обвезник уплате доприноса започео са измиривањем заосталих доприноса за обавезно здравствено осигурање и наставио са њиховим редовним и континуираним измиривањем.

Овера исправе о осигурању, односно посебне исправе о коришћењу здравствене заштите, односно здравствене картице у складу са ставом 1. овог члана вршиће се на начин прописан општим актом Републичког фонда.

#### **Члан 55.**

Овај закон ступа на снагу осам дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”, а одредбе чл. 12, 13, 14. и 16. овог закона, у делу у којем се утврђује већи обим и садржај права од права утврђених прописима који су важили до дана ступања на снагу овог закона, примењиваће се од 1. јануара 2012. године.



## **О Б Р А З Л О Ж Е Њ Е**

### **I. УСТАВНИ ОСНОВ**

Уставни основ за доношење овог закона садржан је одредби члана 68. став 3. Устава Републике Србије, према којој се здравствено осигурање уређује законом и члану 97. тачка 10. Устава Републике Србије, према којем Република Србија, између осталог, уређује и обезбеђује систем у области социјалног осигурања и здравства.

### **II. РАЗЛОЗИ ЗА ДОНОШЕЊЕ ЗАКОНА**

Разлози за доношење Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању јесу:

1) Усклађивање Закона о здравственом осигурању (у даљем тексту: Закон) са чланом 68. став 3. Устава Републике Србије, односно промена назива организације за обавезно здравствено осигурање, односно Републичког завода за здравствено осигурање у Републички фонд за здравствено осигурање, као и Покрајинског завода за здравствено осигурање у Покрајински фонд за здравствено осигурање.

Поред тога, разлози за доношење предложених измена и допуна Закона су и потреба да се прилагоди организациона структура Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) потребама територијалне организације Републике Србије, односно могућност да се и ван седишта управног округа оснивају филијале Републичког фонда, како би се створили услови за боље, односно непосредно остваривање права из обавезног здравственог осигурања свих осигураних лица.

2) Унапређивање остваривања одређених права из обавезног здравственог осигурања, односно проширивање одређених права (нпр. право на стоматолошку здравствену заштиту за одређене категорија становништва, проширивање права на пратиоца осигураника у случају остваривања здравствене заштите ван места пребивалишта, промена пола из медицинских разлога, стварање могућности за лечење оболелих од ретких болести под условима прописаним овим законом и др.). На тај начин, за одређене категорије осигураних лица која немају сопствене приходе (нпр. студенти, социјално угрожене категорије) стварају се услови за остваривање здравствене заштите на терет средства обавезног здравственог осигурања, односно стварају се услови за спречавање последица по здравље становништва услед недостатка сопствених средстава ових лица за обезбеђивање одређених здравствених услуга.

Поред тога, створени су услови и да се из буџета Републике Србије, почев од 2012. године, обезбеђују средства за лечење пацијената оболелих од ретких болести, на основу годишњег програма за њихово лечење које доноси министар. На тај начин створиће се услови да се постепено, у складу са финансијским могућностима, обезбеди лечење ових специфичних обољења, као и да се ови пацијенти постепено преведу са програма лечења на основу програма хуманитарне помоћи ICAP - International Charity Access Programm, који је у Републици Србији активан од 2002. године до данас, на терет средства буџета, односно обавезног здравственог осигурања. Наиме, на основу напред наведеног хуманитарног програма до сада је из тих средстава издвојено око 65 милиона евра хуманитарне помоћи од стране ICAP, за лечење пацијената оболелих од ретких болести (до сада је лечено више од 27 пацијената

оболелих Гошеове болести, као и два пацијента оболела од Фабријеве болести - донација се обезбеђује за једног пацијента). У овом моменту из ICAP програма обезбеђују се средства за лечење шест педијатријских пацијената, као и 12 одраслих пацијената. Почев од 2007. године укупно је дијгностиковано седам нових пацијената. Имајући у виду чињеницу да су лекови којима се лече оболели од напред наведених ретких болести веома скупи, с обзиром на њихову специфичност, односно да су намењени управо врло малом броју људи на светском нивоу, а да су истраживања као и средства уложена у њихов развој енормно висока, специфичност лечења оболелих од ретких болести је управо у томе да све земље формирају посебне фондове (за твз. „катастрофичне случајеве“). Према подацима до сада лечених пацијената нпр. од Гошеове болести, по једном пацијенту потребно је издвојити на годишњем нивоу од 250-300 хиљада евра у зависности од телесне масе пацијента. Примера ради, за лечење сада дијгностикованих пацијената од Гошеове болести, Фабријеве болести, као и од MPS типа 1 неопходно би било да се обезбеде средства од око 5.000.000 евра на годишњем нивоу (у овом моменту највећи део ових средстава обезбеђује се управо из донаторског програма ICAP - International Charity Access Program). Како су и ова средства наведеног донаторског програма ограничена, односно како овај програм у земљама у којима је уведен може трајати ограничени временски рок, неопходно је створити услове, да се постепено у складу са могућностима Републике Србије, ови пацијенти преведу на финансирање из средстава буџета, односно обавезног здравственог осигурања, односно из посебних фондова, као и да се у лечење укључе и пацијенти који нису обухваћени наведеним донаторским програмом.

3) Унапређивање система изабраног лекара, односно утврђивања обавезе осигураног лица да изврши избор изабраног лекара, на начин прописан овим законом. На тај начин стварају се услови за свеобухватније спровођење превентивних, скрининг и других програма здравствене заштите, односно обезбеђивање здравствене заштите која се као право обезбеђује у оквиру обавезног здравственог осигурања, а ради унапређивања здравственог стања осигураних лица.

4) Проширивање круга лица која испуњавају услове да стекну својство осигураног лица у складу са чланом 22. Закона, односно да се у групацију становништва која је изложена повећаном ризику обољења, односно лица чија је здравствена заштита потребна у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја, као и лица која су категорији социјално угроженог становништва, односно лица која због недостатка сопствених прихода нису у могућности да на другачији начин остваре права из обавезног здравственог осигурања - укључе и лица која су жртве насиља у породици, као и који су жртве трговине људима, односно оболелих од ретких болести уколико немају други основ по коме остварују права из обавезног здравственог осигурања. На тај начин за ова лица обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања путем уплате доприноса у складу са законом, из средстава буџета Републике Србије.

5) Стварање предуслова за промену начина финансирања здравствених установа и других давалаца здравствених услуга који имају закључен уговор са Републичким фондом ради остваривања права из обавезног здравственог осигурања, увођењем система - плаћање по опредељеном пацијенту, односно по дијагностички сродним групама здравствених услуга, односно плаћање на другачији начин (по болесничком дану, односно посети осигураног лица здравственом раднику и др.).

У складу са опредељеним начином финансирања здравствене заштите уређено је и питање процентуалног учешћа надокнаде тих трошкова из

средства обавезног здравственог осигурања, односно из средстава осигураног лица.

6) Стварање услова за увођење здравствене картице као посебне врсте исправе о осигурању, односно здравствене картице као електронске исправе о осигурању. На тај начин обезбедиће се основ за усклађивање система електронских здравствених картица са стандардима земаља Европске уније, у року од три године од дана ступања на снагу овог закона, чиме ће се на бољи начин омогућити праћење, односно контрола, односно омогућити остваривање права из обавезног здравственог осигурања, на територији не само Републике Србије, већ и у земљама Европске уније.

7) Прецизирање одредаба које се односе на поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања, односно прецизније уређивање питања матичне филијале у којој осигурано лице остварује ова права, као и вођење матичне евиденције обавезног здравственог осигурања.

8) Прилагођавање начина уговарања између Републичког фонда и давалаца здравствених услуга са прописима о буџетском систему ради ефикаснијег планирања и реализације закључених уговора, односно контроле планираних, односно реализованих средстава у финансијском плану Републичког фонда, односно дата је могућност за закључивање вишегодишњих уговора између давалаца здравствених услуга и Републичког фонда, с тим да ће се такви уговори усклађивати са планираним средствима у финансијском плану Републичког фонда за одређену буџетску годину.

9) Извршено је усклађивање и са другим законима који су донети у периоду од доношења сада важећег Закона.

### **III. ОБЈАШЊЕЊЕ ОСНОВНИХ ПРАВНИХ ИНСТИТУТА И ПОЈЕДИНАЧНИХ РЕШЕЊА**

**У чл. 1. и 2.** предложено је да се назив организације обавезног здравственог осигурања усклади са чланом 68. став 3. Устава Републике Србије, којим је прописано оснивање здравствених фондова. Предложена је промена назива „Републички завод за здравствено осигурање” у „Републички фонд за здравствено осигурање” и „Покрајински завод” у „Покрајински фонд”. Поред тога, у члану 1. став 3. овог закона извршено је само језичко појашњење да се добровољним здравственим осигурањем може организовати од стране осигуравајућих друштава, као и Републичког фонда. Наиме, извршено је усклађивање са чланом 236. важећег Закона, којим је прописана могућност а не обавеза да наведена правна лица организују и обављају послове добровољног здравственог осигурања. На такав начин оваква одредба не представља новину у систему спровођења добровољног здравственог осигурања, с обзиром да је и сада важећим Законом дат основ да, како приватно осигуравајућа друштва, тако и Републички фонд, организују и спроводе добровољно здравствено осигурање у складу са Уредбом о добровољном здравственом осигурању којом су уређене одређене врсте добровољног здравственог осигурања које се могу спроводити у Републици Србији.

**Чланом 3.** предложено је усклађивање дефиниције осигураника пољопривредника са прописима којима се уређује обавезно пензијско и инвалидско осигурање, чиме се стварају услови за стицање основа осигурања у оба система социјалног осигурања под истим условима за напред наведена лица.

**Чланом 4.** предложено је брисање у члану 20. став 1. тачка 1) Закона, чиме су се створили повољнији услови за престанак својства осигураника за

лица која наврше 65 година живота. Наиме, на предложени начин лица која наврше 65 година живота имају основ да им се на њихов захтев донесе одјава са обавезног здравственог осигурања по основу обављања пољопривредне делатности по коме су од тог момента остваривали право из обавезног здравственог осигурања, а на основу уплате доприноса из сопствених средстава. Са навршених 65 година живота, пољопривредници који нису остварили право на пензију у складу са законом, као и којима су приходи нижи од цензуса прописаног Закона, моћи ће да надаље остварују права из обавезног здравственог осигурања, као осигураници из члана 22. Закона, а на терет средстава буџета. На тај начин за ову категорију пољопривредника стварају се повољнији услови за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, с обзиром да им је дата могућност да престану са сопственом уплатом доприноса и да наставе остваривање ових права на терет средстава републичког буџета. За остваривање овог права неће бити потребно доносити доказ о утврђивању неспособности за самостални рад и остваривање прихода, с обзиром на то да је основна претпоставка да ова категорија лица после 65 година живота не може самостално обављати пољопривредну активност која се може сматрати као континуирана делатност (с обзиром на здравствено стање и године живота). Из тих разлога предложено је за ову категорију становништва остваривање права из обавезног здравственог осигурања на терет средстава буџета.

**У члану 5.** прецизиране су одредбе које се односе на утврђивање приоритетног основа за обавезно здравствено осигурање, у случају ако једно лице испуњава услове за стицање својства осигураника по основу више основа прописаних овим законом. Пре свега као приоритетни основ утврђено је запослење или пензија, с тим да је дата могућност осигуранику да изабере један од основа осигурања по коме ће бити здравствено осигуран, односно по коме ће остваривати права из обавезног здравственог осигурања, ако испуњава услове за стицање основа осигурања по више основа прописаних овим законом.

**У члану 6.** подигнута је горња граница за укључивање деце у обавезно здравствено осигурање на терет средстава буџета Републике Србије. На тај начин, усклађене су године живота до којих се одређено лице сматра дететом, а што је у складу са Конвенцијом о правима детета, коју је ратификовала Република Србија (и која је на тај начин обавезујућа за правни систем у Републици Србији). На предложени начин унапређује се положај и здравствена заштита деце до навршених 18 година живота.

Такође је извршено и правотехничко усклађивање са прописима о пензијском и инвалидском осигурању, односно прописима о материјално необезбеђеним лицима која примају материјално обезбеђење, односно прописима о социјалној заштити, заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата.

Поред тога, извршено је и правотехничко усклађивање - брисањем речи: „оболела односно повређена лица у вези са пружањем хитне медицинске помоћи”, на који начин је извршено усклађивање са осталим одредбама Закона, као и са Законом о здравственој заштити. Наиме, на овај начин није извршено ускраћивање права на хитну медицинску помоћ из средстава буџета, већ је само извршена правотехничка корекција, с обзиром да је карактер пружање хитне медицинске помоћи такав да се не може унапред предвидети, односно да се по основу тога не може стећи својство осигураника (с обзиром на процедуру пријављивања и стицања својства осигураника пре настанка осигураног случаја). Такође, је на овај начин извршено и усклађивање са чланом 2. Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити којим је у члану 18. став

1. тачка 7) прецизирано да се хитна медицинска помоћ, пружа не само особама са непознатим пребивалиштем већ и да се хитна медицинска помоћ пружа и другим лицима која то право не остварују на другачији начин у складу са законом (за ове намене остваривања хитне медицинске помоћи средства се обезбеђују у буџету Републике Србије). Такође истичемо да се хитна медицинска помоћ обезбеђује свим осигураним лицима на основу члана 37. став 1. тач. 1) и 2) Закона о здравственом осигурању, па се може закључити да је хитна медицинска помоћ обезбеђена како из средстава обавезног здравственог осигурања, тако и из средстава буџета Републике Србије у складу са Законом о здравственој заштити, за она лица која то право не остварују по прописима о обавезном здравственом осигурању.

Такође је извршена и допуна круга осигураника за чије се обавезно здравствено осигурање средства обезбеђују у буџету Републике Србије, на тај начин што је овај круг лица проширен и за жртве насиља у породици, као и жртве трговином људима, као и одређеним категоријама лица оболелих од одређених врста ретких болести. На тај начин обезбеђује се бољи социјални положај тих лица, односно ствара се основ за обезбеђивање неопходне здравствене заштите овој категорији веома угрожених грађана. На тај начин створен је правни основ да те категорије лица, уколико немају други основ осигурања, стекну статус осигураника на основу уплате средстава у републички буџет.

**У члану 7.** извршено је прецизирање текста у односу на важећи члан Закона, с обзиром да је прецизно прописано да дете осигураника као члан породице има право из обавезног здравственог осигурања до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског школовања (није се изменио део одредбе који се односи на остваривање ових права до краја завршеног факултета, а најкасније до навршених 26 година). Практично, новина је једино појашњење да деца осигураника остварују ова права до завршеног средњошколског школовања, а што може бити и са више од 18 година. На тај начин створиће се услови за уједначавање праксе у погледу остваривања права ове категорије осигураних лица.

**У члану 8.** унета је новина да се поред родитеља, очуха и маћехе, усвојитеља, који осигураник издржава у смислу прописа о породици, права из обавезног здравственог осигурања могу обезбедити и браћи и сестрама, ако немају довољно средстава за издржавање, или су неспособни за привређивање услед губитка радне способности у смислу прописа о пензијском и инвалидском осигурању. На тај начин проширен је круг чланова породице који преко осигураника остварују права из обавезног здравственог осигурања, уколико испуњавају услове прописане Законом.

**У члану 9.** извршено је правнотехничко усклађивање, односно позивање не само на члан 17. већ и на члан 23. Закона, у погледу урачунавања периода здравственог осигурања, односно претходног стажа здравственог осигурања. На тај начин поред стажа осигурања у складу са чланом 17. овог закона, ради остваривања прописаног претходног стажа урачунава се и време које је то лице имало по основу сопственог укључивања у обавезно здравствено осигурање. На тај начин створени су повољнији услови за стицање услова за остваривање права из обавезног здравственог осигурања уколико се испуне услови претходног стажа здравственог осигурања, урачунавањем у овај стаж свих основа по којима је осигурано лице у претходном периоду имало својство осигураника.

**У члану 10.** унета је нова дефиниција повреде на раду која је усклађена са прихваћеном дефиницијом Светске здравствене организације. На тај начин у

остваривању права из обавезног здравственог осигурања по основу повреде на раду, приступиће се на квалитетнији начин, односно сагледаће се сви елементи повреде на раду како је то дефинисано од стране Светске здравствене организације. Такође, дат је и основ да се пропише садржај и образац повредне листе, начин и поступак попуњавања, односно достављања, обрада података из повредне листе, као и друга питања од значаја за утврђивање повреде на раду, од стране министра надлежног за послове здравља и министра надлежног за безбедност на раду. На тај начин створиће се услови за увођење ефикаснијег система праћења повреда на раду, као и њихових последица, односно утицаја истих на здравствено стање становништва, као и сагледавање свих могућности за превенцију истих и предлагање мера за њихово отклањање.

**У члану 11.** извршено је правнотехничко усклађивање са изменама везаним за члан 26. став 1. Закона. Поред тога, прецизирано је да се као право из обавезног здравственог осигурања - мере превенције и раног откривања болести, промовише право на скрининг програме у складу са републичким програмима превенције и раног откривања болести од већег социјално медицинског значаја.

Такође, као значајна новина у члану 35. тачка 3) проширује се право на стоматолошку здравствену заштиту, као и профилактичке мере за превенцију болести уста и зуба, и на децу старију од 18 година, односно до краја средњошколског школовања, као и на студенте до краја тог школовања, а најкасније до навршених 26 година живота. На тај начин популацији студената обезбеђује се стоматолошка здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања, чиме се растерећују ова лица обавезе плаћања стоматолошких здравствених услуга из сопствених прихода, односно прихода својих родитеља. На предложени начин из средстава обавезног здравственог осигурања обезбеђује се стоматолошка здравствена заштита лица која се сматрају издржаваним лицима.

**У члану 12.** прецизирано је право на пратиоца осигураном лицу у случају неопходности његове присутности у поступку лечења осигураног лица. Наиме, ово право гарантује се осигураном лицу до навршених 15 година живота, као и старијем лицу које је теже телесно или душевно ометено у развоју, али се као новина уноси и могућност остваривања овог права и за лица која су у току живота због обољења или повреде изгубила поједине телесне или психичке функције због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица. На тај начин, створени су повољнији услови за остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

**У члану 13.** извршено је проширивање права на стоматолошку здравствену заштиту (поред других лица којима је то право дато) и на студенте до навршених 26 година живота. Поред тога, право на стоматолошке здравствене услуге дато је и лицима код којих је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психофизичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају активности свакодневног живота, као и лицима из члана 22. Закона - лица која због недостатка сопствених прихода права из обавезног здравственог осигурања остварују из средстава доприноса које уплаћује републички буџет, односно признато је право на стоматолошке здравствене услуге категорији социјално угрожених лица. На тај начин најугроженијим категоријама лица, због недостатка сопствених средстава из којих би плаћали стоматолошке здравствене услуге, или исте остварили на основу добровољног здравственог осигурања, дато је право на стоматолошке здравствене услуге на терет средстава обавезног здравственог осигурања, под условом да је ниво њихових примања испод

цензуса који заједнички прописује министар надлежан за послове здравља и министар надлежан за послове рада. На тај начин ово право дато је само оној категорији лица која имају врло ниска примања, односно примања испод нивоа просечне зараде.

**У члану 14.** извршено је усклађивање са чланом 37. тачка 8) Закона, а у погледу прецизирања права на пратиоца осигураног лица (о томе је више речено у образложењу за измену и допуну члана 37. тачка 8) Закона).

**У члану 15.** унете су одредбе којима је прописан поступак, односно рокови за доношење решења од стране Републичког фонда поводом поднетих захтева за стављање, односно скидање одређеног лека са Листе лекова. Такође, прецизирана је обавеза Републичког фонда да по сваком поднетом захтеву донесе одговарајуће решење у складу са прописима којим се уређује управни поступак, као и да се против таквог коначног решења може покренути управни спор. На предложени начин отклоњени су уочени недостаци у досадашњем начину и поступку конкурисања носилаца дозволе за лек пред надлежним комисијама Републичког фонда, за стављање односно скидање лекова са Листе лекова. На предложени начин, такође, ће се допринети и већој транспарентности овог поступка.

**У члану 16.** извршено је правнотехничко усклађивање са чл. 11. и 13. овог закона, односно проширен је круг права из обавезног здравственог осигурања у области стоматологије. Поред тога, као једно од права из обавезног здравственог осигурања унето је и право на промену пола из медицинских разлога, с обзиром на то да је овој категорији пацијената неопходно обезбедити адекватну здравствену заштиту, под условом да за то постоје искључиво медицински разлози. Наиме, у овом моменту у Републици Србији постоји око 200 лица код којих је дијагностикована потреба промена пола из медицинских разлога, међутим, за ову врсту медицинске интервенције, у наредних у две до три године биће спремно око 50 пацијената. На предложени начин омогућиће се остваривање основног људског права, односно права на лични идентитет, као и права на здравствену заштиту у складу са промењеним полом.

Поред тога, извршено је и прецизирање како и на који начин, односно од које цене, односно од којих трошкова Републички фонд обезбеђује права прописана у овом члану, односно који део пада на терет осигураних лица.

**У члану 17.** извршено је усклађивање са изменама унетим у члану 45. Закона. Такође, унета је новина да осигурано лице има право да из својих средстава или из средстава добровољног здравственог осигурања оствари већи садржај, обим и стандард права у оквиру обавезног здравственог осигурања, на тај начин што ће уколико жели да добије одређену услугу која се уобичајено обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања а чија је цена, односно трошак који надокнађује Републички фонд нижа од цене услуге већег стандарда, односно обима - може да уплатом из својих средстава обезбеди ту услугу плаћањем разлике у цени. Нпр. уколико Републички фонд надокнађује трошкове за одређену врсту помагала, или имплантата, а осигурано лице жели већи стандард помагала или имплантата, осигурано лице може да плати само разлику од утврђене цене помагала или имплантата који финансира Републички фонд до стварне цене помагала већег стандарда. На тај начин, стварају се услови за повољније остваривање права из обавезног здравственог осигурања, с обзиром да ће се осигураним лицима, за она права која обезбеђује Републички фонд, увек признати трошак који се финансира из средстава обавезног здравственог осигурања, а они ће бити у могућности само да доплате разлику у цени. У претходном периоду овакви захтеви исказани су

од стране пацијената, односно њихових удружења, па је на предложени начин то унето и у овај закон. Такође, прописано је да ће Републички фонд општим актом ближе уредити начин и поступак плаћања разлике од цене утврђене у складу са овим законом, односно део цене који ће на његов захтев падати на терет осигураног лица.

**У члану 18.** извршено је правнотехничко усклађивање са изменама унетим у члан 16. овог закона.

**У члану 19.** предложена је забрана наплаћивања здравствених услуга које се обезбеђују из обавезног здравственог осигурања, односно извршено је додатно прецизирање да се услуге које се обезбеђују из обавезног здравственог осигурања не могу наплаћивати од стране здравствене установе, односно да се од осигураног лица или чланова његове породице, односно од других правних и физичких лица не може тражити, односно не сме се давати било каква материјална или нематеријална корист за пружање таквих услуга осигураном лицу, осим у случајевима када је то Законом прописано (у случају плаћања партиципације или разлике од цене коју плаћа Републички фонд до цене здравствене услуге коју на свој захтев, као већи стандард жели осигурано лице - унета измена у члану 48. став 5. Закона).

**У члану 20.** извршено је правнотехничко усклађивање у члану 50. тачка 1) Закона са прописима којима се уређује област ратних војних инвалида, као и мирнодопских војних инвалида и цивилних инвалида рата.

**У члану 21.** прецизирају се одредбе члана 54. став 2. Закона, којим се ближе уређује да Републички фонд доноси план здравствене заштите, на основу које се финансира укупна здравствена заштита у одређеном периоду, за период који је усклађен са роком на који се доноси буџетски меморандум (на рок од три године), и то као финансијски план Републичког фонда, с тим што је дата могућност да се овај план здравственог осигурања може изузетно доносити и за једну календарску годину. На тај начин омогућава се рационалнија организација рада како Републичког фонда тако и здравствених установа, односно стварају се услови да се на основу трогодишњег плана здравственог осигурања закључују и трогодишњи уговори са здравственим установама, а све у складу са буџетским меморандумом, односно финансијским планом Републичког фонда.

**У члану 22.** извршена је измена члана 55. Закона како би се створили услови за промену начина финансирања од стране Републичког фонда, односно како би се створили услови да се пређе на плаћање по опредељеном пацијенту, односно дијагностички сродним групама, односно на другачији начин у зависности од специфичних начина пружања одређених здравствених услуга. На предложени начин дат је правни основ да Републички фонд доноси свој акт - ценовник, којим ће се регулисати начин плаћања од стране Републичког фонда за пружене здравствене услуге од стране здравствених установа и других давалаца здравствених услуга. Такође, прецизирано је шта чини елементе за обрачун цене, односно трошкова пружања здравствених услуга. Поред тога, дата је могућност Републичком фонду да уколико нису утврђени други нормативи и стандарди ради обрачуна цена, односно трошкова, може доносити нормативе и стандарде. Поред тога, дат је основ и да Републички фонд на основу методологије за обрачун трошкова обраде крви и компоненти крви, која се доноси у складу са Законом о трансфузиолошкој делатности, утврђује трошкове које финансира из средстава обавезног здравственог осигурања.

**У члану 23.** извршена је допуна у члану 59. Закона која се односи на стварање правног основа да у случају недовољних финансијских средстава Републичког фонда, за лечење осигураних лица оболелих од одређених врста



ретких болести, средства могу обезбедити у буџету Републике Србије, а на основу програма који, на предлог министра надлежног за послове здравља, доноси Влада за сваку буџетску годину. На тај начин успоставља се солидарна одговорност Републичког фонда и Владе за обезбеђивање средстава за лечење одређених врста оболелих од ретких болести, за које се средства не могу у потпуности обезбедити од уплаћених доприноса за обавезно здравствено осигурање. Наиме, највећи број оболелих од ретких болести остварује своја права у систему обавезног здравственог осигурања, међутим, постоје одређене специфичне врсте ретких болести чије је лечење више десетина пута скупље од лечења других осигураних лица (Гошеова болест, Фабријева болест и др.), па је из тог разлога неопходно обезбедити додатне изворе финансирања - путем обезбеђивања средстава у буџету Републике Србије, како би се обезбедила неопходна здравствена заштита за ову категорију оболелих. Имајући у виду специфичност ових обољења, као и чињеницу да се за одређене врсте ретких болести, морају обезбедити финансијска средства у износу од 180.000 до 350.000 евра у току једне календарске године, по једном пацијенту, предложена одредба има за циљ да се успостави такав систем здравственог осигурања у коме се и овим пацијентима обезбеђује право на здравствену заштиту, а тиме и право на квалитетан живот. Наиме, и у много развијенијим земљама, односно земљама чије је издвајање у систему обавезног здравственог осигурања много веће него у Републици Србији, за лечење одређених категорија лица оболелих од врло специфичних ретких болести, средства се обезбеђују ван система обавезног здравственог осигурања, односно путем обезбеђивања средстава у државном буџету. На предложени начин поправља се положај лица оболелих од ретких болести и на тај начин започиње поступак хармонизације са стандардима Европске уније у области обезбеђивања права на здравствену заштиту пацијената оболелих од ретких болести.

У овом моменту, за одређени број напред наведених пацијената, средства за њихово лечење обезбеђују се на основу програма хуманитарне помоћи ICAP-International Sharity Access Programm, који је у Републици Србији активан од 2002. године до данас. Идентичан програм био је активан у свим земљама у нашем окружењу које су постепено, у складу са својим могућностима, преузимале финансирање лечења ових пацијената из сопствених средстава. Напомињемо да овај програм, тренутно, најдуже траје у Републици Србији.

На основу напред наведеног хуманитарног програма до сада је из тих средстава издвојено око 65 милиона евра хуманитарне помоћи од стране ICAP за набавку лекова за лечење пацијената оболелих од ретких болести (до сада је лечено више од 27 пацијената оболелих Гошеове болести, као и један пацијент оболео од Фабријеве болести). У овом моменту из ICAP програма обезбеђују се средства за лечење шест педијатријских пацијената, као и 12 одраслих пацијената. Почев од 2007. године укупно је дијагностиковано седам нових пацијената. Имајући у виду чињеницу да су лекови којима се лече оболели од напред наведених ретких болести веома скупи, с обзиром на њихову специфичност, односно да су намењени управо врло малом броју људи на светском нивоу, а да су истраживања као и средства уложена у њихов развој енорно висока, односно да постоји врло ограничен број произвођача ових лекова на светском нивоу - у највећем броју земаља лечење ових пацијената пада на терет посебних фондова, односно буџета (за твз. „катастрофичне случајеве“). Како су и ова средства наведеног донаторског програма ограничена, односно како овај програм у земљама у којима је уведен може трајати ограничени временски период, неопходно је створити услове, да се постепено у складу са могућностима Републике Србије, ови пацијенти преведу

на финансирање из средстава буџета, односно обавезног здравственог осигурања, односно из посебних фондова, као и да се у лечење укључе и новорегистровани случајеви оболелих који нису обухваћени наведеним донаторским програмом.

За лечење ових пацијената обезбедиће се средства у складу са финансијским могућностима буџета Републике Србије, почев од 2012. године, као и на основу акционог плана са наведеним донаторским програмом ICAP - International Charity Access Programm, за постепено преузимање пацијената за чије се лечење средства обезбеђују у овом донаторском програму, као и за увођење нових пацијената оболелих од одређених врста ретких болести. Годишњи план доносиће Влада на предлог министра надлежног за послове здравља.

**У члану 24.** извршено је правнотехничко усклађивање са изменама из члана 41, односно члана 45. Закона, на тај начин да су напред наведена права која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања брисана из члана 61. Закона.

**У члану 25.** извршена је измена члана 65. Закона у погледу прецизирања услова под којима се може остваривати здравствена заштита у иностранству на терет средстава обавезног здравственог осигурања, односно у оним случајевима када осигурано лице због краћег боравка у иностранству има потребу за остваривањем одређене врсте здравствене заштите. Наиме, новину представља прецизирање услова под којима се може издати потврда о коришћењу здравствене заштите од стране матичне филијале, односно под условом да осигурано лице пре одласка у иностранство, у последњих 12 месеци, није боловало од акутних или хроничних болести у акутној фази. На тај начин дата је могућност да се и пацијентима оболелим од хроничних болести, осим у случају хроничних болести у акутној фази, може издати потврда о коришћењу здравствене заштите.

**У члану 26.** извршено је прецизирање, на тај начин што је утврђена обавеза надлежне организације за обавезно пензијско и инвалидско осигурање да матичној филијали, односно Републичком фонду достави решење којим је утврђен потпуни губитак радне способности, односно решење да не постоји потпуни губитак радне способности, најкасније у року од 15 дана од дана доношења правноснажног решења.

**У члану 27.** проширено је право одређене категорије осигураних лица на стицање права на накнаду трошкова превоза на терет средстава обавезног здравственог осигурања. Наиме, поред сада обухваћеног круга лица којима је дато право на накнаду трошкова превоза а која су упућена на хемодијализу, као новина уводи се и упућивање на хемио и радио терапију. На предложени начин побољшано је остваривање права осигураних лица, с обзиром да је и за предложену категорију оболелих утврђено право на накнаду трошкова превоза.

**У члану 28.** извршено је правнотехничко усклађивање са изменама унетим у члану 37. тачка 8), као и члану 42. став 9. Закона, а у погледу остваривања права на пратиоца за осигурано лице које се упућује на лечење у одговарајућу здравствену установу.

**У члану 29.** прецизирано је да својство осигураног лица утврђује филијала која се у смислу овог закона сматра матичном филијалом.

**У члану 30.** дат је основ за увођење здравствене картице, као исправе о осигурању, која садржи простор за контактни микроконтролор (чип) и простор за машински читљиву зону за потребе аутоматског читавања података, у који се уносе сви видљиви подаци на исправи о осигурању, као и подаци који се воде у

матичној евиденцији у складу са Законом. На тај начин створени су услови за увођење електронске здравствене картице која ће бити усклађена са електронским здравственим картицама које се користе у земљама Европске уније, како би се на тај начин омогућило коришћење здравствене заштите на целој територији Европске уније, као и размена електронских података који су неопходни за остваривање здравствене заштите осигураних лица. Предложеним изменама врши се усклађивање са захтевима јединственог европског тржишта, и стварају се повољнији услови за коришћење здравствене заштите када је она неопходна било на којој територији земаља Европске уније. Овакву здравствену картицу Републички фонд биће у обавези да уведе у року од три године од дана ступања на снагу овог Закона.

**У члану 31.** дато је право матичној филијали да по службеној дужности изврши одјаву са обавезног здравственог осигурања у случају када је правно или физичко лице које је обвезник подношења одјаве са здравственог осигурања престало да постоји, односно ако је умрло, као и у случају ако је у моменту подношења пријаве на здравствено осигурање познат и датум престанка основа за осигурање. На тај начин у случају, ако обвезник подношења одјаве са обавезног здравственог осигурања - не поднесе одјаву за здравствено осигурање у роковима прописаним Законом, матична филијала може по службеној дужности извршити ту одјаву. На тај начин дата је могућност за ефикасније функционисање система обавезног здравственог осигурања.

**У члану 32.** извршено је прецизирање ко је обвезник подношења пријаве за матичну евиденцију у матичној филијали. Такође, прописано је да у случају када је пребивалиште осигураника на подручју исте филијале, а седиште обвезника уплате доприноса на подручју друге филијале, пријава се подноси матичној филијали према пребивалишту осигураника. На тај начин уређено је питање матичне филијале у случају ако осигураник има пребивалиште у једној филијали а седиште обвезника уплате доприноса - што је најчешће послодавац, на седишту друге филијале.

**У члану 33.** извршено је правнотехничко усклађивање са изменама унетим у члан 22, односно са допуњеним категоријама осигураника који остварују својство осигураника у складу са тим чланом (додате су тачке 11) - 13) - жртве насиља у породици и жртве трговине људима).

**У члану 34.** извршено је правнотехничко усклађивање са извршеним изменама у члану 112. Закона, односно прописан је начин и поступак овере исправе о осигурању, односно здравствене картице, односно посебне исправе о коришћењу здравствене заштите. Такође је унета и новина да се накнадна овера исправе о осигурању, односно здравствене картице, односно посебне исправе о коришћењу здравствене заштите може извршити под условом да је осигурано лице извршило избор изабраног лекара у складу са Законом. То практично значи да се од момента првог издавања здравствене исправе, неће тражити доказ о извршеном избору изабраног лекара, али ће се тај доказ тражити код прве наредне овере здравствене књижице (тај податак Републички фонд уносиће у базу података, односно у документацију коју води).

**У члану 35.** проширен је круг изабраних лекара и то на - докторе стоматологије, специјалисте дечије и превентивне стоматологије. На тај начин поред доктора стоматологије и ова категорија специјалиста може обављати послове изабраног лекара. Такође, унета је новина о обавезности избора изабраног лекара од стране осигураног лица, и то код прве посете здравствене установе у којој послове обавља изабрани лекар, а најкасније у року од шест месеци од дана стицања својства осигураног лица у складу са Законом. Такође, предложено је да уколико осигурано лице не изврши избор изабраног лекара -

може остваривати на терет средстава обавезног осигурања само хитну медицинску помоћ, а све до момента избора лекара у складу са Законом. На тај начин створени су услови за избор изабраних лекара од стране свих осигураних лица како би функција изабраних лекара, пре свега у области превентивних програма - скрининг програма и др., дала позитивне резултате на здравствено стање становништва.

**У члану 36.** извршена је измена члана 152. Закона, како би се дао правни основ за преношење овлашћења изабраног лекара на другог лекара специјалисту, када је то неопходно, односно корисно за лечење одређених специфичних врста обољења (ТБС, HIV, болести зависности, лечење психијатријских обољења, лечење ретких болести, као и друга обољења у складу са овим законом). На тај начин под повољнијим условима пацијенти оболели од специфичних обољења могу остваривати права из обавезног здравственог осигурања у складу са здравственим потребама и могућношћу да им здравствену заштиту непосредно пружа и лекар специјалиста друге области медицине, по основу пренетих овлашћења са изабраног лекара, полазећи пре свега од здравственог стања и здравствених потреба пацијената.

**У члану 37.** дат је основ за рационализацију у погледу рада Републичког фонда, односно матичних филијала, на тај начин што је смањен број чланова првостепене лекарске комисије са садашња три члана на два члана. Искуствени подаци показују да ће се са два члана првостепене лекарске комисије обављати сви послови прописани Законом, односно да ће се на тај начин рационализовати поступак и трошкови обавезног здравственог осигурања.

**У члану 38.** предложене су измене а у правцу поштовања начела рационалности у вођењу управног поступка пред Републичким фондом, односно матичним филијалама. На предложени начин остаје могућност заштите права осигураних лица путем покретања управног спора против решења Републичког фонда. Оваквом рационализацијом смањиће се и финансијски издаци Републичког фонда по основу вођења парничних поступака пред надлежним судом. Такође, овакав вид правне заштите осигураних лица усклађен је и са реформом организације правосудног система.

**У члану 39.** предложене су измене у правцу да се закључивање уговора између Републичког фонда, односно матичне филијале са даваоцима здравствених услуга усклади са периодом доношења буџетског меморандума (период на три године), са могућношћу у изузетним случајевима закључивања ових уговора и на рок од годину дана. На тај начин рационализоваће се и поступак закључивања наведених уговора, а исти ће се ускладити и са финансијским могућностима Републичког фонда на основу буџетског меморандума, односно финансијског плана усклађеног са тим меморандумом.

**У члану 40.** извршена је измена у погледу периода на који се доноси општи акт од стране Републичког фонда којим се уређују услови за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга, критеријуми и мерила за утврђивање накнаде за њихов рад, као и друга питања од значаја за закључивање уговора, уговора о пружању здравствене заштите, односно избрисане су одредбе да се тај акт доноси за сваку календарску годину. На тај начин дата је могућност да се и овај акт Републичког фонда доноси на период од три године (у складу са буџетским меморандумом), или на други рок, уколико се нису променили услови уговарања у односу на претходни период. На предложени начин рационализују се послови које обавља Републички фонд.

**У члану 41.** извршено је правнотехничко усклађивање са изменама које су унете у члан 38. Закона (који се односи на измене и допуне у члану 177. Закона).

**У члану 42.** извршено је правнотехничко усклађивање са чланом 55. Закона, односно дат је правни основ да се као начин плаћања здравствених услуга од стране Републичког фонда исте плаћају на основу дијагностички сродних група болести и повреда.

**У члану 43.** извршено је прецизирање у погледу тога да матична филијала закључује уговоре са даваоцима здравствених услуга за пружање здравствене заштите утврђене обавезним здравственим осигурањем, не само за лица са територије матичне филијале, већ и за друга осигурана лица. На тај начин дат је шири обим права филијали на закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга. Такође, предложена је и обавеза здравствених установа из Плана мреже здравствених установа који доноси Влада да приоритетно закључе уговор са Републичким фондом за расположиве капацитете у погледу простора, опреме и кадрова, односно да приоритетно извршавају уговорне обавезе према Републичком фонду, у односу на друга правна и физичка лица са којима имају закључене уговоре о пружању здравствених услуга.

**У члану 44.** предложена је допуна како би се створио правни основ да се и ван седишта управног округа може образовати филијала, о чему одлуку доноси Републички фонд уз сагласност Владе. На тај начин створени су услови за прилагођавање организације Републичког фонда потребама осигураних лица са територије Републике, као и веће доступности у остваривању права из обавезног здравственог осигурања.

**У чл. 45-47.** предложене су измене које се односе на бољу организацију органа управљања Републичког фонда, односно боље функционисање истих. Извршено је прецизирање у погледу спречавања сукоба приватног и јавног интереса, на тај начин што је предложено да се на обављање тих јавних функција примењују одредбе Закона којим се уређује рад Агенције за борбу против корупције. Ради обезбеђивања континуитета у раду напред наведених органа предложено је да исти обављају послове до истека мандата, односно до дана именовања нових органа, како не би дошло до застоја у раду и функционисању система обавезног здравственог осигурања. Поред тога предложено је да се директор Покрајинског фонда именује од стране управног одбора али након спроведеног јавног конкурса за избор директора који расписује Републички фонд.

**У члану 48.** извршено је правнотехничко усклађивање са Законом којим се уређује осигурање, односно уместо назива: „инвестициони фондови”, уведен је појам: „фондови за добровољно здравствено осигурање”.

**У чл. 49. и 50.** извршена је допуна казних одредби како би се утврдили прекршаји у складу са предложеним изменама и допунама Закона.

**У прелазним и завршним одредбама чл. 51-55.** предложене су прелазне и завршне одредбе. Наиме, предложено је да Републички завод за здравствено осигурање усклади свој назив, као и назив организационих јединица, најкасније до 1. јануара 2013. године, односно да усклади свој статут и друга општа акта до напред наведеног рока. Такође, предложено је да ће се до доношења методологије за обрачун трошкова обраде крви и компоненти крви, цене обраде крви и компоненте крви за трансфузиолошку службу утврђивати на тај начин да ће постојеће цене Републички фонд увећати у складу са финансијским планом за одређену буџетску годину. Такође је предложено да се у року од три године од дана ступања на снагу овог закона

изврши замена постојећих исправа о осигурању са здравственим картицама како је то прописано чланом 112. став 3. Закона.

Такође, предложено је да се исправа о осигурању, односно посебна исправа о коришћењу здравствене заштите, односно здравствена картица, у 2011. години и надаље оверава, под условом да је обвезник уплате доприноса започео и наставио са измиривањем доприноса за обавезно здравствено осигурање. На тај начин створиће се услови за оверавање напред наведених исправа о осигурању и за оне обвезнике уплате доприноса који имају дуговања за период ступања на снагу закона, уколико започну са измиривањем својих обавеза и наставе са континуираном уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање у складу са Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање. На предложени начин и надаље се измирују обавезе прописане Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање, међутим за оверу здравствене књижице неопходно је да се надлежној матичној филијали Републичког фонда достави доказ да је започета уплата доспелих доприноса и да се врши и надаље - континуирано без прекида, како би се наставила накнадна овера здравствених књижица и обезбедило остваривање права из обавезног здравственог осигурања. Ближе услове и начин овере здравствене књижице прописује Републички фонд у складу са Законом.

Поред тога, предложено је да Закон ступи на снагу осам дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”, осим оних одредби којима се утврђује већи садржај и обим права из обавезног здравственог осигурања у односу на она која су важила до дана ступања на снагу овог закона – која ће се примењивати од 1. јануара 2012. године, с обзиром на то да је за спровођење тих одредби неопходно планирати средства у финансијском плану Републичког фонда почев од 1. јануара 2012. године.

#### **IV. ПРОЦЕНА ФИНАНСИЈСКИХ СРЕДСТАВА ПОТРЕБНИХ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ЗАКОНА**

За спровођење овог закона није потребно обезбедити додатна средства у буџету Републике Србије за 2011. годину, а средства за спровођење овог закона за 2012. годину и надаље планираће се у складу са билансним могућностима Републике Србије, као и у оквиру расположивих средстава планираних Финансијским планом организације за обавезно здравствено осигурање.

#### **V. РАЗЛОЗИ ЗА ДОНОШЕЊЕ ЗАКОНА ПО ХИТНОМ ПОСТУПКУ**

Предлаже се доношење Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању по хитном поступку како би се отклониле штетне последице по здравље осигураних лица, односно како би се омогућило остваривање права из обавезног здравственог осигурања под условима прописаним Законом, као и штетне последице по организацију обавезног здравственог осигурања, и благовремено планирање средстава неопходних за функционисање обавезног здравственог осигурања у 2012. години.

Имајући у виду напред наведено, сматрамо да су се стекли услови да се Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању, донесе по хитном поступку.