

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 20. став 1. тачка 1) брише се.

Тач. 2) и 3) постају тач. 1) и 2).

Члан 4.

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 5.

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 инвалиднине, 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 6.

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 7.

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

Члан 8.

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

Члан 9.

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. додају 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 10.

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.”

У ставу 2. после речи: "навршених 18 година живота" ставља се запета и додају речи: "односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања а најкасније до навршених 26 година живота,".

Члан 11.

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 12.

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 13.

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 14.

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 15.

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. додају се ст. 2. и 3. који гласе:

„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.

Изузетно од става 1. тачка 1) алинеја четврта овог закона, за остваривање права на стоматолошку здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, Републички фонд може општим актом из члана 48. став 3. овог закона да утврди плаћање партиципације, ако се осигурано лице не одазове позиву изабраног лекара на превентивни преглед, односно ако не остварује право на превентивне стоматолошке услуге у складу с овим законом, односно републичким програмом стоматолошке здравствене заштите који доноси Влада у складу с овим законом.“

Члан 16.

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 17.

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 18.

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 19.

У члану 50. тачка 1. мења се и гласи:

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

Члан 20.

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 21.

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 22.

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 23.

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 24.

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 образцу који прописује Републички фонд, а на којем је одштампано и детаљно објашњење о начину, поступку и условима за коришћење здравствене заштите у иностранству."

Члан 25.

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

Члан 26.

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

Члан 27.

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 28.

У члану 111. став 1. мења се и гласи:

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

Члан 29.

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 обвезник 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 30.

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 31.

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 32.

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

Члан 33.

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 34.

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 35.

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 (ТВС, 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 36.

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

Члан 37.

У члану 175. ст. 2. и 3. бришу се.

Члан 38.

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 39.

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 40.

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 41.

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 42.

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 43.

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 44.

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 именована директора филијале на начин прописан овим законом.”

Члан 45.

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 46.

У члану 228. став 1. мења се и гласи:

„Директора Покрајинског фонда, по спроведеном јавном конкурсима 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 47.

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 48.

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 другачије 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 49.

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 50.

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 51.

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 опредељеним у Финансијском плану Републичког завода за здравствено осигурање.

Члан 52.

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 53.

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 54.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”, а одредбе чл. 11, 12, 13. и 15. 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.