

Доспелост права и рок за исплату доспелих права

Члан 109.

Накнада зараде доспева истеком последњег дана за који осигуранику припада накнада ако привремена спреченост за рад траје краће од једног месеца, а ако траје један месец или дуже, истеком последњег дана у месецу за сваки месец у којем припада накнада зараде.

Накнада трошкова превоза доспева за исплату даном завршеног путовања у вези са лечењем.

Филијала врши исплату накнада из ст. 1. и 2. овог члана у року од 30 дана од дана пријема захтева за исплату накнаде.

Члан 110.

Захтев за остваривање новчаних накнада и других права из здравственог осигурања може се поднети у року од три године од дана доспелости права.

4) УТВРЂИВАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА И ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Утврђивање својства осигураног лица

Члан 111.

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

Својство осигураног лица утврђује се само по једном основу.

Својство осигураног лица престаје даном престанка основа по којем је то својство признато.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 112.

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”.*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 113.

Правна и физичка лица дужна су да матичној филијали доставе све податке у вези са пријавом на обавезно здравствено осигурање, пријавом промене у обавезном здравственом осигурању или одјавом са обавезног здравственог осигурања, ради утврђивања својства осигураног лица, односно податке о престанку или промени у утврђеном својству осигураног лица.

На основу података из става 1. овог члана, матична филијала утврђује чињенице за стицање својства обавезно осигураног лица.

Рок за подношење пријаве на осигурање, пријаве промене или одјаве јесте осам дана од дана када су се за то стекли услови.

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.*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 114.

Ако матична филијала, за лице за које је поднета пријава на обавезно здравствено осигурање, не призна својство осигураног лица по основу осигурања из поднете пријаве, или ако му то својство призна по неком другом основу, дужна је да о томе донесе решење које доставља подносиоцу пријаве.

Матична филијала дужна је да донесе решење о утврђеном својству обавезно осигураног лица или престанку, односно промени у својству обавезно осигураног лица, на захтев осигураног лица или другог надлежног органа.

Ако правно или физичко лице није поднело пријаву на обавезно здравствено осигурање у року прописаном овим законом, матична филијала по службеној дужности утврђује својство осигураног лица, о чему доноси решење.

У решењу из става 3. овог члана, матична филијала утврђује датум стицања својства осигураног лица и доспеле обавезе по основу уплате доприноса на дан доношења решења.

2. Матична евиденција о осигураним лицима и коришћењу права из обавезног здравственог осигурања

Члан 115.

Својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању утврђује се на основу података који се воде у матичној евиденцији о осигураним лицима и коришћењу права из обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: матична евиденција), коју јединствено за територију Републике устројава и организује **Републички фонд**.*

Матична филијала обавља одређене послове матичне евиденције, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 116.

У матичној евиденцији воде се подаци о осигураницима, односно осигураним лицима, обвезницима плаћања доприноса и коришћењу права из обавезног здравственог осигурања.

Матична евиденција води се по прописаним јединственим методолошким принципима. Подаци се уносе у матичну евиденцију према прописаном јединственом кодексу шифара. Подаци се уносе у матичну евиденцију на основу пријава поднесених на прописаним обрасцима, које се могу достављати и путем средстава за електронску обраду података.

У случају када су пријаве на осигурање, пријаве промене у осигурању и одјаве са осигурања достављене путем средстава за електронску обраду података, подносилац пријаве, односно одјаве дужан је да их, на захтев **Републичког фонда***, односно матичне филијале, поднесе на прописаном обрасцу.

Јединствене методолошке принципе за вођење матичне евиденције, јединствени кодекс шифара и обрасце пријаве на осигурање, пријаве промене у осигурању и одјаве са осигурања и друга питања од значаја за вођење матичне евиденције – уређује Влада.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 117.

Матична евиденција устројава се уношењем података о осигуранику и другом обвезнику уплате доприноса, на основу података из пријаве на осигурање, као и на основу других података у складу са овим законом.

Члан 118.

У матичну евиденцију уносе се подаци о:

- 1) осигураницима;
- 2) члановима породице осигураника;
- 3) обвезницима плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање;
- 4) коришћењу права из обавезног здравственог осигурања.

Подаци из става 1. тачка 4) овог члана представљају службену тајну, воде се одвојено од других података, а те податке може уносити, односно њима руковати за то посебно овлашћено службено лице матичне филијале, односно **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 119.

У матичну евиденцију уносе се следећи подаци о осигураницима:

- 1) презиме и име;
- 2) јединствени матични број грађана и порески идентификациони број;
- 3) пол;
- 4) дан, месец и година рођења;
- 5) занимање;
- 6) школска спрема;
- 7) основ осигурања;
- 8) датум стицања, односно престанка својства осигураника, као и промене у току осигурања;
- 9) стаж здравственог осигурања;
- 10) обвезник плаћања доприноса;
- 11) висина уплате доприноса;
- 12) зараде, накнаде зарада и друга примања и накнаде које служе за утврђивање основице осигурања на коју се обрачунава и плаћа допринос;
- 13) висина уплаћеног доприноса;

14) адреса пребивалишта;

15) назив послодавца, регистарски број послодавца, шифра делатности и адреса седишта послодавца;

16) општина на којој се непокретност налази;

17) држављанство.

За чланове породице осигураника, поред података о осигуранику из става 1. овог члана, уносе се и следећи подаци:

1) презиме и име;

2) јединствени матични број грађана;

3) пол;

4) дан, месец и година рођења;

5) сродство са осигураником;

6) адреса пребивалишта;

7) занимање;

8) држављанство.

У матичну евиденцију уносе се и подаци о повреди на раду, односно професионалној болести осигураника.

Члан 120.

У матичну евиденцију уносе се и подаци прописани законом којим се уређује евиденција у области здравства а који се односе на осигурана лица.

У матичну евиденцију уносе се и подаци о коришћењу права из обавезног здравственог осигурања, а нарочито о:

1) врсти права из здравственог осигурања која се обезбеђују осигураном лицу;

2) пруженим здравственим услугама;

3) новчаним накнадама;

4) медицинско-техничким помагалима и имплантатима;

5) лековима издатим на рецепт;

6) годишњем износу плаћених партиципација;

7) изабраном лекару осигураног лица;

8) остваривању права пред лекарским комисијама;

9) остваривању права у вези са професионалном болешћу или повредом на раду осигураника;

10) упућивању на инвалидску комисију у складу са овим законом.

Републички фонд* може општим актом прописати и друге податке који се воде у матичној евиденцији, а који се односе на остваривање права из обавезног здравственог осигурања, као и посебне обрасце за вођење евиденције о остваривању права из обавезног здравственог осигурања (рачуна и другу специфичну документацију, а која није прописана законом којим се уређују евиденције у области здравства).

У матичну евиденцију уносе се и подаци о даваоцу здравствених услуга са којим је филијала, односно **Републички фонд*** закључио уговор о пружању здравствене заштите осигураним лицима из средстава обавезног здравственог осигурања.

Акт из става 3. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије”.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 121.

Републички фонд*, односно матична филијала има право да по службеној дужности прибави податке из чл. 119. и 120. овог закона који се воде код других надлежних државних органа и организација о осигураним лицима.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 122.

Републички фонд* одређује обвезницима плаћања доприноса регистарски број.

Регистарски број из става 1. овог члана састоји се од ознаке **Републичког фонда***, односно филијале, општине, текућег редног броја регистра и контролног броја.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 123.

Пријаву података за матичну евиденцију подносе матичној филијали, односно **Републичком фонду***:

1) послодавац:

(1) пријаву података о обвезнику плаћања доприноса која обухвата пријаву почетка пословања, пријаву промене у току пословања и пријаву престанка пословања;

(2) пријаву на осигурање, пријаву промена у осигурању и одјаву са осигурања – за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1)–8), тачка 10) и тач. 13) и 14) овог закона;

(3) пријаву података за утврђивање стажа у здравственом осигурању, података о заради и накнадама зараде које служе за утврђивање основице и висине уплаћеног доприноса;

(4) пријаву о уплати доприноса по основу уговорене накнаде и о висини те накнаде;

2) орган надлежан за послове јавних прихода: пријаву података за утврђивање стажа здравственог осигурања, података о основици осигурања и висини уплаћеног доприноса – за осигуранике самосталних делатности (предузетнике) и осигуранике пољопривреднике, свештенике и верске службенике, као и пријаву промене тих података;

3) организација, савез и удружење: пријаву на осигурање и одјаву са осигурања, осим за осигуранике који самостално обављају привредну делатност (предузетници), као и пријаву промене тих података;

4) осигураник који је сам обвезник плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање, осим осигураника из тач. 2) и 3) овог члана:

(1) пријаву података о обвезнику плаћања доприноса;

(2) пријаву на осигурање, пријаву промене података у току осигурања и одјаву са осигурања;

5) организација за запошљавање:

(1) пријаву на осигурање и одјаву са осигурања за осигуранике – за које је, у складу са законом, обвезник плаћања доприноса за обавезно здравствено осигурање, као и пријаву промене тих података;

(2) пријаву података о утврђеном стажу у здравственом осигурању, накнади зараде и висини уплаћеног доприноса за лица из подтачке (1) ове тачке, као и пријаву промене тих података;

6) организација за пензијско и инвалидско осигурање:

(1) пријаву на осигурање, пријаву промена у осигурању и одјаву са осигурања – за осигуранике за које, у складу са законом плаћа допринос за обавезно здравствено осигурање;

(2) пријаву података о стажу осигурања и висини уплаћеног доприноса за лица из подтачке (1) ове тачке, као и пријаву промене тих података;

7) Републички фонд*:

(1) уноси у матичну евиденцију податке о пријавама на здравствено осигурање, пријавама промена у осигурању и одјавама са осигурања, у складу са овим законом, о утврђеном стажу здравственог осигурања, заради, накнадама зараде, основицама осигурања, уговореним накнадама и другим накнадама које служе за обрачун и уплату доприноса као и о висини уплаћеног доприноса за осигуранике који су сами обвезници плаћања доприноса, ако овим законом није друкчије одређено;

(2) води посебну евиденцију о уплаћеним доприносима из тачке 1) подтачка (4) овог члана.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 124.

За осигураника из члана 22. овог закона пријаву на осигурање, пријаву промене у осигурању и одјаву са осигурања подноси тај осигураник уз потребне доказе за утврђивање својства осигураника, осим за осигуранике из тач. 7) и 8) тог члана за које пријаву, промену и одјаву подноси исплатилац материјалног обезбеђења, односно сталне новчане помоћи.

За лице које се укључује у обавезно здравствено осигурање, из члана 23. овог закона, пријаву на осигурање, пријаву промене у осигурању, односно одјаву са осигурања подноси то лице, уз потребне доказе за утврђивање својства осигураника.

Републички фонд* води посебну евиденцију за осигуранике из чл. 22. и 23. овог закона.

Републички фонд* општим актом уређује начин и поступак, као и потребне доказе, за утврђивање својства осигураника из члана 22. овог закона.

Републички фонд* општим актом уређује начин и поступак, као и потребне доказе, за укључивање у обавезно здравствено осигурање лица из члана 23. овог закона.

Општи акти из ст. 4. и 5. овог члана објављују се у „Службеном гласнику Републике Србије”.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 125.

У пријаве података за матичну евиденцију подаци се уносе само на основу јавних исправа и евиденција прописаних законом и прописима донетим за спровођење закона.

Члан 126.

За тачност података унесених у пријаве података за матичну евиденцију одговоран је подносилац пријаве.

Матична филијала дужна је да провери тачност података унесених у пријаве података за матичну евиденцију, да захтева доказе и врши увид у евиденције и документацију на којима се заснивају подаци унесени у пријаве, као и да по потреби прибави податке.

Подносилац пријаве дужан је да осигуранику, односно кориснику права из обавезног здравственог осигурања, даје тачна обавештења, односно податке од значаја за утврђивање чињеница важних за стицање и остваривање права из обавезног здравственог осигурања, као и да матичној филијали пружи доказе и омогући увид у евиденцију и документацију.

Члан 127.

Својство осигураника за лица за која је поднета пријава на осигурање утврђује се увођењем у матичну евиденцију и потврдом пријема на обрасцу пријаве на осигурање.

Приликом пријема пријаве на осигурање врши се провера података садржаних у пријави и захтевају докази на којима се ти подаци заснивају.

Одредбе ст. 1. и 2. овог члана примењују се и приликом пријема одјаве са осигурања, односно пријаве промене у осигурању.

Подносилац је дужан да лицу, за које је поднео пријаву на осигурање, пријаву промене у осигурању, односно одјаву осигурања, преда оверену фотокопију потврде о пријему те пријаве, одјаве, односно промене, у року од осам дана од дана њеног издавања.

Ако се на основу поднесене пријаве на осигурање утврди да нису испуњени услови за признавање својства осигураника, подносиоцу пријаве издаје се писмено решење.

Копију потврде о пријему пријаве на осигурање и одјаве са осигурања за осигуранике који обављају самосталну делатност (предузетнике), за пољопривреднике, као и за друга лица о којима надлежни порески орган води евиденције, матична филијала, односно **Републички фонд*** дужан је да достави пореском органу до 5. у месецу за претходни месец.

Достављање података из става 6. овог члана може се вршити и у електронској форми, уз обавезу достављања копије потврде о пријему пријаве, односно одјаве, у року од осам дана.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 128.

Лице за које обвезник подношења пријаве није поднео пријаву на осигурање **Републичком фонду***, односно матичној филијали, може поднети захтев за утврђивање својства осигураника.

Захтев из става 1. овог члана може се поднети и обвезнику подношења пријаве.

Матична филијала ће покренути поступак за утврђивање својства осигураника и када, приликом контроле или на други начин, утврди да пријава на осигурање није поднета за лица која имају права из обавезног здравственог осигурања.

У случајевима из ст. 1–3. овог члана матична филијала доноси решење о утврђивању својства осигураника.

Обвезник подношења пријаве дужан је да на основу решења из става 4. овог члана, којим је утврђено својство осигураника, поднесе пријаву на осигурање.

Одредбе ст. 1–5. овог члана примењују се и у случају кад обвезник подношења одјаве са осигурања, односно пријаве промене у осигурању, није поднео одјаву, односно пријаву промене осигурања.

*Службени гласник РС, број 57/2011

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.*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 130.

Пријава података за матичну евиденцију за осигураника из члана 22. став 1. овог закона подноси се матичној филијали према пребивалишту, а за осигуранике **из тач. 11)–13)*** тог члана – према пребивалишту, односно боравишту.

Пријава података за матичну евиденцију за лице које се укључује у обавезно здравствено осигурање, из члана 23. овог закона, подноси се према пребивалишту тог лица.

За чланове породице осигураника из ст. 1. и 2. овог члана пријава података за матичну евиденцију подноси се оној матичној филијали која је утврдила својство осигураника за лица из ст. 1. и 2. овог члана.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 131.

Својство осигураника, висину зараде, накнада и осталих примања која служе за утврђивање основице осигурања на коју се обрачунава и плаћа допринос матична филијала утврђује на основу пријаве података из члана 119. овог закона.

Члан 132.

Ако матична филијала, приликом провере података, утврди да пријава, у погледу стажа осигурања, зараде, накнаде зараде, основице осигурања на коју се обрачунава и плаћа допринос, уговорене накнаде и висине уплаћених доприноса, није правилно попуњена или да подаци нису унесени у складу са прописима о обавезном здравственом осигурању, наложиће подносиоцу пријаве да их исправи у року који не може бити дужи од 30 дана.

Члан 133.

Матична филијала дужна је да осигураном лицу, на лични захтев осигураника, изда уверење о подацима унетим у матичну евиденцију.

Уверење из става 1. овог члана има својство јавне исправе.

Члан 134.

Подаци унети у матичну евиденцију, на начин утврђен овим законом, могу се накнадно мењати у следећим случајевима:

1) ако надлежни орган накнадно, у прописаном поступку, утврди промену података;

2) ако су подаци о осигуранику, стажу здравственог осигурања, зарадама, накнадама зарада, уговореним накнадама, основицама осигурања и стопи односно висини уплаћених доприноса, као и други подаци који се воде у матичној евиденцији, унети у матичну евиденцију на основу лажних исправа;

3) ако се накнадно, провером података или на други начин, утврди да су у матичну евиденцију унети нетачни или непотпуни подаци.

Промена података унетих у матичну евиденцију врши се на основу одговарајуће пријаве промене података, по поступку утврђеном овим законом.

Члан 135.

Пријава података који се уносе у матичну евиденцију, у складу са овим законом, доставља се у року од осам дана од дана почетка пословања, односно запослења, односно закључења уговора, или од дана почетка обављања друге делатности по основу које се стиче својство осигураника.

Пријава података о стажу здравственог осигурања, заради, накнади зараде, основици осигурања, односно уговореној накнади, које служе за уплату доприноса, доставља се по извршеној исплати.

Пријава промене података доставља се у року од осам дана од дана утврђене промене, односно од дана пријема правноснажног решења којим је утврђена промена података.

Матична филијала дужна је да податке унесе у матичну евиденцију у року од 60 дана од дана пријема, а најдоцније до краја текуће године за претходну годину.

Члан 136.

Пријава података за вођење матичне евиденције чува се најмање десет година од дана последњег уношења података у евиденцију.

Уместо оригиналних пријава података могу се чувати пријаве података снимљене на микрофилмовима, односно средствима за електронску обраду података.

Члан 137.

Уништавање оригиналних пријава на основу којих су подаци унети у матичну евиденцију врши комисија коју образује **Републички фонд***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 138.

Подаци који се воде у матичној евиденцији користе се само за потребе обавезног здравственог осигурања, ако овим законом није друкчије одређено.

Подаци из матичне евиденције који се односе на поједино осигурано лице, односно на коришћење права из обавезног здравственог осигурања, јесу лични подаци и представљају службену тајну, односно не могу се износити и објављивати у јавности.

Подаци садржани у матичној евиденцији могу се користити за статистичка истраживања у складу са законом.

Заштита података из матичне евиденције обезбеђује се на начин прописан у складу са законом.

3. Обезбеђивање и остваривање права из обавезног здравственог осигурања

Члан 139.

Осигуранику се обезбеђује остваривање права из обавезног здравственог осигурања у матичној филијали, ако овим законом није друкчије одређено.

Финансијска средства за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања осигураних лица са подручја матичне филијале, **Републички фонд*** преноси тој филијали, у складу са законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Члановима породице осигураника обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања у матичној филијали у којој се та права обезбеђују осигуранику од кога они изводе право на здравствено осигурање, ако овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона није друкчије одређено.

Осигураницима из члана 22. овог закона, лицима која се укључују у обавезно здравствено осигурање из члана 23. овог закона, као и лицима из члана 28. овог закона, права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се у филијали на чијем подручју та лица имају пребивалиште, односно боравиште.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 140.

Права из здравственог осигурања обезбеђују се:

1) осигуранику из члана 17. став 1. тач. 1)–8), тач. 10) и 11), тач. 13)–16) и тачка 24) овог закона – у филијали на чијем подручју је седиште његовог послодавца, а лицу запосленом у пословној јединици ван седишта послодавца – у филијали према седишту пословне јединице;

2) осигуранику из члана 17. став 1. тачка 17) овог закона – у филијали према седишту привредног друштва, а осигуранику из тачке 18) – према седишту радње или према месту обављања делатности;

3) осигуранику из члана 17. став 1. тачка 25) овог закона – у филијали према седишту школе, односно високошколске установе;

4) осталим осигураницима – у филијали према месту пребивалишта.

Изузетно од става 1. овог члана, осигуранику из члана 17. став 1. тачка 21) овог закона права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се у филијали на чијем подручју се налази претежни део непокретности на којој се обавља пољопривредна делатност.

Осигурано лице које нема пребивалиште на подручју матичне филијале, може остваривати право на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, у складу са општим актом **Републичког фонда*** у филијали на чијем подручју има пребивалиште.

Осигурана лица ученици и студенти остварују право на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, у складу са општим актом **Републичког фонда***, и у филијали према седишту школе, односно високошколске установе.

Пословном јединицом, у смислу става 1. тачка 1) овог члана, сматра се погон, продавница, стовариште, представништво и сл.

Пословна јединица организована за обављање делатности до шест месеци не сматра се пословном јединицом у смислу става 1. тачка 1) овог члана.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 141.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту у здравственој установи, односно код другог даваоца здравствених услуга, који има седиште на подручју матичне филијале са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите осигураним лицима.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту и код здравствене установе, односно код другог даваоца здравствених услуга, ван подручја матичне филијале, под условима прописаним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

У остваривању здравствене заштите, осигураном лицу обезбеђује се право на слободан избор здравствене установе и слободан избор лекара (у даљем тексту: изабрани лекар), са којима је **Републички фонд*** закључио уговор о пружању здравствене заштите.

Републички фонд* општим актом ближе уређује начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Општи акт из става 4. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије”.

*Службени гласник РС, број 57/2011

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.*

Престао је да важи ранији став 4. (види [Одлуку УС - 126/2014-53](#))

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.*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 143.

Трошкове настале по основу коришћења здравствене заштите осигураних лица за која није уплаћен допринос за здравствено осигурање, односно није уплаћен у целини, здравственој установи плаћа осигурано лице које користи ту здравствену заштиту, осим у случају хитне медицинске помоћи.

Уколико је обвезник уплате доприноса послодавац, односно други обвезник уплате доприноса у складу са законом, а који није извршио уплату доприноса, осигурано лице има право на накнаду плаћених трошкова за пружену здравствену заштиту из става 1. овог члана, од послодавца, односно другог обвезника уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање.

Послодавац, односно други обвезник уплате доприноса од кога осигурано лице потражује накнаду плаћених трошкова за пружену здравствену заштиту која је утврђена као право из обавезног здравственог осигурања, дужан је да у року од 30 дана од дана подношења захтева од стране осигураног лица уплати износ плаћених трошкова на рачун осигураног лица, односно да му изврши исплату на други одговарајући начин.

Осигурано лице има право на обрачун законске камате на износ неисплаћених средстава из става 3. овог члана.

Члан 144.

Осигурано лице остварује право на здравствену заштиту на начин и по поступку утврђеним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Трошкове здравствене заштите која се остварује мимо начина и поступка утврђеног у складу са ставом 1. овог члана сноси осигурано лице.

При остваривању права на здравствену заштиту осигураним лицима се обезбеђује коришћење здравствене заштите, у складу са законом, уз примену сигурних, безбедних и успешних медицинских мера и поступака, лекова, медицинских средстава, имплантата, као и медицинско-техничких помагала.

Остваривање права на здравствену заштиту као и других права из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица која бораве у Републици Црној Гори, уредиће се споразумом између Републике Србије и Републике Црне Горе.

4. Учесће стручно-медицинских органа у поступку

Члан 145.

У одређивању врсте, обима и садржаја, начина и поступка у коришћењу права на здравствену заштиту осигураних лица, оцењивању привремене спречености за рад осигураника, и у остваривању права на накнаду трошкова превоза, као стручно-медицински органи матичне филијале, односно **Републичког фонда***, у поступку учествују:

- 1) изабрани лекар;
- 2) првостепена лекарска комисија;
- 3) другостепена лекарска комисија.

Лекар који је извршио преглед, односно који лечи осигурано лице, не може бити члан првостепене лекарске комисије, односно другостепене лекарске комисије, која даје оцену о том осигураном лицу.

Републички фонд* општим актом уређује начин рада, састав, организацију, територијалну распоређеност, контролу оцене првостепене, односно другостепене лекарске комисије, као и накнаду за рад чланова комисије која им се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања.

Општи акт из става 3. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије”.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 146.

Изабрани лекар је:

- 1) доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста медицине рада;
- 2) доктор медицине специјалиста педијатрије;
- 3) доктор медицине специјалиста гинекологије;
- 4) доктор стоматологије или доктор стоматологије специјалиста дечије и превентивне стоматологије.***

Изузетно од става 1. овог члана, изабрани лекар може бити и доктор медицине друге специјалности, под условима које прописује министар на основу закона којим се уређује здравствена заштита.

Осигурано лице може имати само једног изабраног лекара из грана медицине наведених у ст. 1. и 2. овог члана.

Престали су да важе ранији ст. 4. и 5. (види [Одлуку УС - 126/2014-53](#))

Републички фонд* општим актом из члана 141. став 4. овог закона ближе уређује услове и начин коришћења здравствене заштите и других права из обавезног здравственог осигурања код изабраног лекара, начин и поступак слободног избора изабраног лекара, као и стандард броја осигураних лица по једном изабраном лекару.

Министар даје претходну сагласност на стандард броја осигураних лица по једном изабраном лекару из става 4. овог члана.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 147.

Уговором између матичне филијале и даваоца здравствених услуга одређују се лекари појединци који имају овлашћења изабраног лекара.

Давалац здравствених услуга из става 1. овог члана дужан је да на видном месту истакне списак лекара које осигурано лице може да одабере за свог изабраног лекара.

Изабрани лекар закључује посебан уговор са матичном филијалом о обављању послова изабраног лекара за потребе обавезно осигураних лица.

Члан 148.

Лекар који испуњава услове прописане овим законом за изабраног лекара дужан је да прими свако осигурано лице које га изабере, осим ако је код тог изабраног лекара евидентиран број осигураних лица већи од утврђеног стандарда броја осигураних лица по једном изабраном лекару.

Члан 149.

Осигурано лице код прве посете изабраном лекару потписује исправу о избору изабраног лекара.

Осигурано лице врши избор лекара из става 1. овог члана по правилу на период од најмање једне календарске године. Осигурано лице може променити изабраног лекара и пре истека периода на који га је изабрало.

Начин и поступак избора, односно промене изабраног лекара, као и образац исправе из става 1. овог члана, **Републички фонд*** ближе уређује општим актом из члана 141. став 4. овог закона.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 150.

Исправа о избору изабраног лекара из члана 149. овог закона садржи изјаву којом осигурано лице дозвољава да надлежни овлашћени здравствени радник – надзорник обавезног здравственог осигурања може имати увид у личне податке осигураног лица који се односе на остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

Ако осигурано лице не потпише изјаву из става 1. овог члана, матична филијала није дужна да сноси трошкове здравствене заштите који се не могу проверити од стране овлашћеног здравственог радника – надзорника обавезног здравственог осигурања.

Овлашћени здравствени радник – надзорник обавезног здравственог осигурања, као и друга службена лица **Републичког фонда***, односно филијале, дужни су да чувају личне податке осигураних лица из става 1. овог члана, као службену тајну.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 151.

Изабрани лекар:

1) организује и спроводи мере на очувању и унапређењу здравља осигураних лица, откривању и сузбијању фактора ризика за настанак болести, обавља превентивне прегледе, мере и поступке, укључујући и здравствено васпитање, који су утврђени као право из обавезног здравственог осигурања;

2) обавља прегледе и дијагностику;

3) одређује начин и врсту лечења, прати ток лечења и усклађује мишљење и предлоге за наставак лечења осигураног лица;

4) указује хитну медицинску помоћ;

5) упућује осигурано лице на амбулантно-специјалистичке прегледе или у другу одговарајућу здравствену установу, односно код другог даваоца здравствених услуга са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите, према медицинским индикацијама, прати ток лечења и усклађује мишљења и предлоге за наставак лечења осигураног лица и упућује осигурано лице на секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите;

6) одређује врсту и дужину кућног лечења и прати спровођење кућног лечења;

7) прописује лекове и медицинска средства, као и одређене врсте медицинско-техничких помагала;

8) спроводи здравствену заштиту из области менталног здравља;

9) води прописану медицинску документацију о лечењу и здравственом стању осигураног лица, у складу са законом;

10) даје оцену о здравственом стању осигураног лица и упућује осигурано лице на оцену радне способности, односно инвалидности, у складу са овим законом;

11) утврђује дужину привремене спречености за рад због болести и повреде осигураника до 30 дана спречености за рад и предлаже првостепеној лекарској комисији продужење привремене спречености за рад, осим ако овим законом није друкчије одређено;

12) предлаже првостепеној лекарској комисији да утврди потребу за рад осигураника са скраћеним радним временом у току лечења, у складу са овим законом;

13) утврђује потребу да осигурано лице има пратиоца за време путовања;

14) утврђује потребу одсуствовања осигураника са посла ради неге члана уже породице, у складу са чланом 79. став 1. овог закона;

15) даје мишљење о томе да ли је осигураник намерно проузроковао неспособност за рад, односно да ли је оздрављење намерно спречио;

16) даје налаз и мишљење о здравственом стању осигураног лица на основу чега се издаје потврда о здравственом стању осигураног лица ради коришћења здравствене заштите у иностранству;

17) одређује употребу и врсту превозног средства за превоз болесника, с обзиром на његово здравствено стање;

18) врши друге послове у вези са остваривањем права из здравственог осигурања, у складу са уговором између **Републичког фонда***, односно филијале и даваоца здравствених услуга.

Поред послова из става 1. овог члана, изабрани лекар, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, одређује старост трудноће ради остваривања права на одсуствовање са рада због трудноће и порођаја, даје мишљење о здравственом стању детета ради остваривања права осигураника на одсуствовање са рада због неопходне посебне неге детета, у складу са законом и утврђује привремену спреченост за рад осигураника са прописима о запошљавању и осигурању за случај незапослености.

Изабрани лекар даје оцену привремене спречености за рад на основу непосредног прегледа осигураног лица и на основу медицинске документације.

*Службени гласник РС, број 57/2011

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.*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 153.

Ако изабрани лекар злоупотреби своја овлашћења у поступку остваривања права осигураних лица, филијала раскида уговор са изабраним лекаром и даје иницијативу код надлежне коморе здравствених радника за одузимање лиценце за самостални рад тог изабраног лекара.

Првостепена лекарска комисија

Члан 154.

Првостепена лекарска комисија састоји се од **два*** лекара и потребног броја заменика, које именује директор **Републичког фонда***.

У лекарској комисији из става 1. овог члана најмање један члан је стално запослен у матичној филијали.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 155.

Првостепена лекарска комисија:

1) даје оцену и утврђује дужину привремене спречености за рад осигураника, по предлогу изабраног лекара, преко 30 дана привремене спречености за рад, односно привремене спречености за рад због неге члана уже породице дуже од 15 дана, односно дуже од седам дана, у складу са овим законом;

2) даје оцену по приговору осигураника или послодавца на оцену изабраног лекара о привременој спречености за рад осигураника због болести или повреде до 30 дана, односно привремене спречености за рад због неге члана породице, у складу са овим законом;

3) даје оцену о потреби обезбеђивања пратиоца оболелом лицу за време стационарног лечења, под условима утврђеним општим актом **Републичког фонда***;

4) одлучује о оправданости прописивања одређених врста медицинско-техничких помагала и израде нових медицинско-техничких помагала пре истека рока њиховог трајања;

5) даје оцену о захтевима за накнаду трошкова лечења и путних трошкова;

6) цени медицинску оправданост здравствене заштите коришћене супротно условима и начину утврђеном овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;

7) даје мишљење о упућивању осигураних лица на лечење у здравствене установе специјализоване за рехабилитацију и мишљење о упућивању осигураних лица на лечење ван подручја матичне филијале;

8) предлаже упућивање осигураника, у случају дужег трајања спречености за рад, у складу са овим законом, надлежном органу за оцену радне способности, односно инвалидности по прописима о пензијском и инвалидском осигурању;

9) даје оцену о мишљењу изабраног лекара;

10) утврђује здравствено стање осигураног лица ради издавања потврде о коришћењу здравствене заштите осигураног лица у иностранству, у складу са овим законом;

11) утврђује потребу осигураника за рад са скраћеним радним временом у току лечења, у складу са овим законом;

12) врши друге послове у вези са остваривањем права из здравственог осигурања.

Поред послова из става 1. овог члана, првостепена лекарска комисија обавља и послове у вези са чланом 151. став 2. овог закона.

Првостепена лекарска комисија даје оцену привремене спречености за рад на основу непосредног прегледа осигураног лица и на основу медицинске документације.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Другостепена лекарска комисија

Члан 156.

Другостепена лекарска комисија испитује правилност оцене првостепене лекарске комисије.

Другостепена лекарска комисија састоји се од три лекара и потребног броја заменика, које именује директор **Републичког фонда***.

У лекарској комисији из става 2. овог члана најмање један члан је стално запослен у **Републичком фонду***, односно матичној филијали.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 157.

Другостепена лекарска комисија:

- 1) даје оцену по приговору осигураника, односно послодавца на оцену, односно на чињенично стање које је првостепена лекарска комисија утврдила;
- 2) испитује по захтеву осигураног лица, филијале, односно послодавца правилност оцене коју као коначну даје првостепена лекарска комисија и о томе даје своју оцену и мишљење;
- 3) даје оцену о продужењу права на накнаду зараде у складу са чланом 79. став 3. овог закона.

Другостепена лекарска комисија може да врши ревизију свих права, односно вештачење у вези са свим правима из обавезног здравственог осигурања о којима је одлучивао изабрани лекар, односно првостепена лекарска комисија, по захтеву осигураног лица, послодавца, матичне филијале, односно **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

5. Приговор у поступку остваривања права на здравствену заштиту

Члан 158.

Ако осигурано лице није задовољно оценом коју је дао изабрани лекар, може изјавити приговор првостепеној лекарској комисији.

Приговор се подноси усмено или писмено, у року од 48 сати од саопштења оцене изабраног лекара – лекару против чије оцене је приговор изјављен или непосредно лекарској комисији.

Изабрани лекар коме је усмено изјављен приговор, ако не преиначи своју оцену, дужан је да о томе сачини забелешку, коју потписује и осигурано лице.

Изабрани лекар коме је изјављен приговор дужан је да предмет одмах достави надлежној лекарској комисији.

Члан 159.

Првостепена лекарска комисија дужна је да хитно узме у поступак приговор ради доношења оцене.

Ако је приговор изјављен против оцене о привременој спречености за рад осигураника, лекарска комисија дужна је да осигураника одмах позове на преглед. У осталим случајевима лекарска комисија одмах позива на преглед осигураника ако сматра да је то потребно за давање оцене. Ако лекарска комисија сматра да је потребна допуна медицинске обраде, без одлагања ће одредити потребна медицинска испитивања по којима је изабрани лекар дужан да поступи.

Оцена о здравственом стању осигураника и оцена о привременој спречености за рад морају бити потпуне, образложене и у складу са документацијом која служи као основ за давање оцене.

Оцена коју првостепена лекарска комисија даје поводом изјављеног приговора на оцену изабраног лекара из става 1. овог члана, коначна је.

О оцени лекарске комисије обавештава се писмено осигураник, изабрани лекар, матична филијала, односно послодавац.

Члан 160.

Против оцене првостепене лекарске комисије када је она донета без претходне оцене изабраног лекара осигурано лице које је незадовољно оценом првостепене лекарске комисије, може изјавити приговор другостепеној лекарској комисији у року од три дана од дана саопштења оцене првостепене лекарске комисије.

Приговор на оцену првостепене лекарске комисије подноси се усмено на записник или писмено првостепеној лекарској комисији против чије се оцене изјављује приговор. Комисија је дужна да приговор заједно са предметом хитно достави другостепеној лекарској комисији. Приговор се може поднети писмено и непосредно другостепеној лекарској комисији.

Члан 161.

Другостепена лекарска комисија дужна је да хитно узме у поступак приговор, ради давања своје оцене.

Ако је приговор изјављен против оцене о привременој спречености за рад, другостепена лекарска комисија дужна је да осигураника одмах позове на преглед. У осталим случајевима комисија даје своју оцену на основу медицинске документације, а може, ако нађе за потребно, позвати осигурано лице на преглед. Ако комисија сматра да је потребно допунити медицинску обраду, одредиће без одлагања потребна медицинска испитивања.

Оцена коју је дала другостепена лекарска комисија поводом изјављеног приговора на оцену првостепене лекарске комисије коначна је.

О оцени другостепене лекарске комисије писмено се обавештава осигураник, првостепена лекарска комисија против чије оцене је изјављен приговор, матична филијала, односно послодавац.

Ако осигурано лице није задовољно оценом другостепене лекарске комисије, може захтевати да му филијала изда решење.

Члан 162.

Благовремено поднет приговор на оцену изабраног лекара, односно првостепене лекарске комисије, одлаже извршење те оцене.

6. Обнова поступка оцене о привременој спречености за рад

Члан 163.

Републички фонд*, односно матична филијала, као и послодавац, могу захтевати да се осигураник чију је привремену спреченост за рад оценио изабрани лекар, односно првостепена лекарска комисија, подвргне поновном прегледу од стране првостепене лекарске комисије, односно другостепене лекарске комисије, ради поновног оцењивања његове привремене спречености за рад. Поновни преглед се не може захтевати ако се осигураник налази на стационарном лечењу, осим у случају лечења у дневној болници.

Иницијативу да се осигураник подвргне поновном прегледу из става 1. овог члана може дати и изабрани лекар, односно првостепена лекарска комисија.

Поновни преглед може се захтевати у року од 30 дана од дана извршене оцене стручно-медицинског органа у поступку.

Осигураник је дужан да се јави првостепеној лекарској комисији, односно другостепеној лекарској комисији, ради прегледа у року који она одреди. Ако се осигураник без оправданог разлога не одазове позиву на преглед, обуставља му се исплаћивање накнаде зараде и не припада му накнада све док се не одазове позиву.

*Службени гласник РС, број 57/2011

7. Вештачење у поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања

Члан 164.

Републички фонд*, односно матична филијала, по службеној дужности или на захтев послодавца, може тражити вештачење у вези са остваривањем свих права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања, укључујући и вештачење о здравственом стању осигураног лица.

Вештачење у случају из става 1. овог члана врши: првостепена лекарска комисија – ако је оцену дао изабрани лекар, другостепена лекарска комисија – ако је оцену дала првостепена лекарска комисија и три лекара специјалисте одговарајуће здравствене установе – ако је оцену дала другостепена лекарска комисија.

Вештачење се може захтевати у року од једне године од дана остваривања права из обавезног здравственог осигурања о којем је одлучивао одговарајући стручно-медицински орган у поступку.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 165.

Републички фонд* може захтевати вештачење у вези са оствареним правима из обавезног здравственог осигурања осигураног лица које ће спровести независни стручњаци из одговарајућих здравствених установа, односно стручне комисије из одређених грана медицине.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 166.

На основу спроведеног поступка вештачења у вези са остваривањем одређених права из обавезног здравственог осигурања, **Републички фонд*** може оспорити право на коришћење тих права, односно може тражити накнаду штете од стране осигураног лица или другог одговорног лица, у складу са поступком накнаде штете који је прописан овим законом.

*Службени гласник РС, број 57/2011

8. Остваривање права на новчане накнаде

Члан 167.

О праву на новчану накнаду решава матична филијала, односно послодавац.

Новчана накнада исплаћује се на основу поднетих доказа.

На захтев осигураног лица, исплатилац новчане накнаде дужан је да му изда решење.

Члан 168.

О праву на накнаду зараде решава послодавац ако се накнада исплаћује на терет послодавца, а матична филијала ако се накнада исплаћује на терет те филијале.

Накнада зараде исплаћује се на основу поднетих доказа, без подношења захтева.

Члан 169.

Накнада зараде утврђена у складу са овим законом може бити предмет извршења и обезбеђења само за потраживања издржавања које је утврђено судском одлуком или судским поравнањем.

Члан 170.

Накнада зараде се исплаћује на основу извештаја о привременој спречености за рад (дознака) издатог од стране стручно-медицинског органа у поступку.

Оцену привремене спречености за рад врши стручно-медицински орган у поступку, према матичној филијали осигураника.

Ако оцену привремене спречености за рад због хитности случаја и тежине обољења није ценио орган из става 2. овог члана, о накнади зараде за то време одлучује филијала, односно послодавац на основу накнадне оцене органа из става 2. овог члана.

Члан 171.

Изабрани лекар самостално врши оцену привремене спречености за рад до 30 дана те спречености, осим за случајеве неге члана уже породице, у складу са овим законом.

Оцену привремене спречености за рад после 30. дана врши првостепена лекарска комисија.

Привремену спреченост за рад осигураника на стационарном лечењу утврђује изабрани лекар.

Члан 172.

Изабрани лекар самостално врши оцену привремене спречености за рад због неге члана уже породице млађег од седам година живота, или због неге старијег члана уже породице који је тешко телесно или душевно ометен у развоју – до 15 дана спречености за рад, а за члана породице старијег од седам година живота – до седам дана спречености за рад, у складу са чланом 79. став 1. овог закона.

Оцену привремене спречености за рад после 15., односно седмог дана спречености за рад врши првостепена лекарска комисија.

9. Заштита права осигураних лица

Члан 173.

О правима из обавезног здравственог осигурања одлучује, на основу достављених доказа, матична филијала, без доношења решења, осим када је доношење решења утврђено овим законом, односно општим актом **Републичког фонда***, или кад доношење решења захтева осигурано лице, односно послодавац.

У поступку остваривања права утврђених овим законом примењују се одредбе закона којим се уређује општи управни поступак, ако овим законом није друкчије одређено.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 174.

Осигурано лице које сматра да је о његовом праву из обавезног здравственог осигурања донета одлука у супротности са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, има право да покрене поступак заштите права пред надлежним органом.

Заштиту права може тражити и послодавац, у складу са овим законом.

О правима утврђених овим законом у првом степену решава матична филијала, а у другом степену **Републички фонд***, односно **Покрајински фонд*** за подручје аутономне покрајине, ако овим законом није друкчије одређено.

О праву на коришћење здравствене заштите у иностранству и о упућивању на лечење у иностранство у првом степену решава комисија **Републичког фонда*** коју именује Управни одбор **Републичког фонда***, а у другом степену директор **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 175.

Против коначног акта **Републичког фонда***, којим је одлучено о праву из здравственог осигурања, може се покренути управни спор.

Брисани су ранији ст. 2. и 3. (види члан 37 Закона - 57/2011-41)

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 176.

Матична филијала, односно **Републички фонд***, као и **Покрајински фонд***, дужни су да осигураним лицима обезбеде стручну и правну помоћ у случајевима када осигурано лице сматра да му је давалац здравствене услуге неоправдано онемогућио остваривање права из здравственог осигурања, односно да су му права из здравственог осигурања пружена у супротности са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

У случају из става 1. овог члана, матична филијала, односно **Републички фонд***, као и **Покрајински фонд***, дужни су да осигураном лицу пруже савете и упутства о коришћењу права из обавезног здравственог осигурања, односно да предузму мере према даваоцу здравствене услуге који не поступа у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Матична филијала, односно **Републички фонд***, као и **Покрајински фонд***, дужни су да разматрају све представке и поднеске осигураних лица који се односе на случајеве из става 1. овог члана и да предузму потребне мере у складу са законом.

*Службени гласник РС, број 57/2011

5) УГОВАРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

1. Закључивање уговора

Члан 177.

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.*

Уговор из става 1. овог члана закључује се на основу понуде даваоца здравствених услуга за обезбеђивање програма и услуга здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања, датом у облику плана рада даваоца здравствених услуга.

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.*

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.*

Уговором из става 1. овог члана уређују се односи између матичне филијале, односно **Републичког фонда*** и давалаца здравствених услуга у пружању здравствене заштите обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а нарочито: врста, обим, односно квантитет здравствених услуга, мере за обезбеђивање квалитета здравствене заштите која се пружа осигураним лицима, кадар на основу норматива кадрова и стандарда рада потребних за остваривање здравствене заштите осигураних лица, накнаде односно цене коју матична филијала, односно **Републички фонд*** плаћа за пружене здравствене услуге, начин обрачуна и плаћања, контрола и одговорност за извршавање обавеза из уговора, рок за спровођење преузетих обавеза, начин решавања спорних питања, раскид уговора, као и друга међусобна права и обавезе уговорних страна.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 177а*

Републички фонд може да, у име и за рачун даваоца здравствених услуга са којима је закључио уговор из члана 177. овог закона, врши плаћање на име роба и услуга које се набављају централизованим јавним набавкама у складу са законом.*

Поступак и начин плаћања из става 1. овог члана, уређује се актом из члана 179. овог закона.*

*Службени гласник РС, број 119/2012

Члан 178.

Предност у закључивању уговора са матичном филијалом, односно **Републичким фондом*** имају оне здравствене установе које су у поступку акредитације добиле сертификат о квалитету, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита.

Републички фонд*, односно матична филијала може пре закључивања уговора о пружању здравствених услуга са даваоцем здравствених услуга извршити контролу спровођења и извршавања раније закључених уговора са тим даваоцем здравствених услуга.

Давалац здравствених услуга са којим је матична филијала, односно **Републички фонд*** закључио уговор о пружању здравствене заштите обавезно осигураним лицима мора обезбедити потребне лекове, медицинска средства, имплантате и медицинско-техничка помагала која су утврђена као право из обавезног здравственог осигурања.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 179.

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.*

Републички фонд* доноси општи акт из става 1. овог члана у сарадњи са удружењем здравствених установа основаним у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, као и са представницима коморе здравствених радника основане у складу са законом.

Министарство даје сагласност на акт из става 1. овог члана.

Акт из става 1. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије”.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 180.

Основ за закључивање уговора из члана 177. овог закона чине:

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

2) утврђени нормативи кадрова, стандарди рада, као и здравствени капацитети потребни за остваривање права на здравствену заштиту осигураних лица;

3) општи акт **Републичког фонда*** из члана 179. став 1. овог закона;

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

5) финансијски план **Републичког фонда***.

Уговором који се закључује између матичне филијале, односно **Републичког фонда*** и давалаца здравствених услуга могу се уговорити и ниже цене здравствених услуга од цена које су утврђене актом из члана 55. овог закона за здравствене услуге које се пружају из средстава обавезног здравственог осигурања.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 181.

Уговором из члана 177. овог закона могу се утврдити следећи начини плаћања здравствених услуга:

1) плаћање по једном опредељеном осигураном лицу (у даљем тексту: капитација);

2) плаћање по случају, односно по епизоди болести или повреде;

3) плаћање по ценама појединачних здравствених услуга;

4) откупом плана рада давалаца здравствених услуга;

5) плаћање по дијагностички сродним групама болести и повреда;*

6)* други начин утврђен уговором.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 182.

Матична филијала закључује уговор са даваоцем здравствених услуга о пружању здравствене заштите која је утврђена као право из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица са територије матичне филијале, **као и за друга осигурана лица,*** у складу са прописима донетим за спровођење овог закона.

Републички фонд* закључује уговоре са даваоцима здравствених услуга за одређене врсте здравствених услуга за потребе свих осигураних лица у Републици, односно за спровођење посебних програма здравствене заштите који се доносе у складу са законом, као и са здравственим установама које обављају доктринарне, стручно-методолошке и друге послове од значаја за спровођење здравственог осигурања, односно са другим правним лицем – за остваривање одређених права из обавезног здравственог осигурања.

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.*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 183.

Здравственим установама, односно приватној пракси са којима није закључен уговор о пружању здравствених услуга могу се из средстава обавезног здравственог осигурања платити само здравствене услуге пружене осигураним лицима при указивању хитне медицинске помоћи, по ценама утврђеним актом из члана 55. овог закона.

Ако је осигурано лице платило за пружену хитну медицинску помоћ здравственој установи, односно приватној пракси из става 1. овог члана, има право на накнаду плаћених трошкова из средстава обавезног здравственог осигурања до износа цене пружене здравствене услуге, утврђене актом из члана 55. овог закона.

2. Арбитража

Члан 184.

Ради решавања спорова између филијала, односно **Републичког фонда*** и давалаца здравствених услуга, а у вези са закључивањем, изменом и спровођењем уговора о пружању здравствене заштите, може се образовати арбитража.

Здравствена установа, односно приватна пракса са којом није закључен уговор о пружању здравствене заштите за осигурана лица из средстава обавезног здравственог осигурања, а која је пружила хитну медицинску помоћ осигураном лицу, може захтевати закључивање споразума о образовању арбитраже, у складу са овим законом.

Свака странка у спору из ст. 1. и 2. овог члана може захтевати закључивање споразума о образовању арбитраже, у року од осам дана од дана настанка спора, односно од дана достављања уговора из члана 177. овог закона даваоцу здравствених услуга.

Арбитража има пет чланова и састављена је од представника филијале, односно **Републичког фонда*** и даваоца здравствених услуга, који су странке у спору, представника удружења здравствених установа, представника коморе здравствених радника образованих у складу са законом, и представника Министарства.

За решавање спорова између филијала и давалаца здравствених услуга са подручја аутономне покрајине, један члан арбитраже је представник **Покрајинског фонда***.

Председника арбитраже странке у спору одређују споразумно, од чланова арбитраже, а у случају да се странке не споразумеју о избору председника, именује га министар.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 185.

Поступак пред арбитражом је хитан, а одлука о спорном питању доноси се у року од 30 дана од дана закључивања споразума о образовању арбитраже, већином гласова чланова арбитраже.

Док траје поступак пред арбитражом рокови за покретање поступка пред надлежним судом мирују.

Ако се странке у току поступка поравнају о предмету спора, арбитража ће на њихов захтев донети одлуку на основу поравнања, осим ако су дејства тог поравнања супротна јавном поретку.

Арбитражна одлука на основу поравнања има снагу као свака друга арбитражна одлука, осим што не мора да садржи образложење.

На арбитражу се примењују одредбе закона којим се уређује избрани суд, односно арбитража, ако овим законом није друкчије одређено.

3. Контрола спровођења закључених уговора

Члан 186.

Републички фонд* дужан је да организује и спроводи контролу извршавања закључених уговора са даваоцима здравствених услуга.

Републички фонд* врши контролу спровођења закључених уговора између филијала и давалаца здравствених услуга.

Послове контроле закључених уговора обављају и филијале, као и **Покрајински фонд***, у складу са овим законом.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 187.

Службено лице **Републичког фонда***, филијале, односно **Покрајинског фонда*** (у даљем тексту: надзорник осигурања) врши контролу правилности извршавања закључених уговора са даваоцима здравствених услуга, као и законитог и наменског коришћења финансијских средстава обавезног здравственог осигурања пренетих даваоцима здравствених услуга за остваривање законом утврђених права осигураних лица.

За контролу личних података који се односе на здравствено стање осигураних лица, који се воде у медицинској документацији осигураног лица, у складу са законом, надзорник осигурања је овлашћени доктор медицине, доктор стоматологије, односно дипломирани фармацеут.

Републички фонд* доноси општи акт којим ближе уређује начин и поступак обављања послова из ст. 1. и 2. овог члана.

Општи акт из става 3. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије”.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 188.

У поступку вршења контроле надзорник осигурања мора имати и дати на увид службену легитимацију.

Службену легитимацију издаје директор **Републичког фонда***.

Образац службене легитимације, њен изглед и садржај прописује директор **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 189.

У вршењу послова надзорник осигурања овлашћен је да оствари непосредан увид у тражене податке и у службену и финансијску документацију даваоца здравствених услуга, као и увид у одређену медицинску документацију значајну за остваривање права осигураних лица из средстава обавезног здравственог осигурања.

Надзорник осигурања о утврђеном чињеничном стању у поступку контроле саставља записник који доставља даваоцу здравствених услуга.

Надзорник осигурања оставиће даваоцу здравствених услуга рок од 15 дана од дана достављања записника за отклањање утврђених неправилности у раду и спровођењу закљученог уговора са **Републичким фондом***, односно матичном филијалом.

Ако давалац здравствених услуга у року из става 3. овог члана не отклони утврђене неправилности у раду и спровођењу закљученог уговора, надзорник осигурања може предложити мере из члана 190. овог закона.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 190.

У вршењу контроле надзорник осигурања може да:

- 1) наложи да се утврђене неправилности и недостаци, односно спровођење радњи које су у супротности са законом и закљученим уговором са даваоцем здравствених услуга, отклоне у одређеном року;
- 2) предложи да се привремено обустави пренос финансијских средстава док давалац здравствених услуга не отклони утврђене неправилности у извршењу закљученог уговора;
- 3) предложи да се раскине уговор са изабраним лекаром;
- 4) предложи да се умањи износ средстава даваоцу здравствених услуга за део обавеза преузетих закљученим уговором које давалац здравствених услуга није извршио;
- 5) предложи да се раскине део уговора или уговор у целини са даваоцем здравствених услуга;
- 6) предузме друге мере у складу са законом и закљученим уговором.

О предложеним мерама из става 1. овог члана одлуку доноси директор **Републичког фонда***, односно директор матичне филијале који о томе обавештава директора **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

6) НАКНАДА ШТЕТЕ У СПРОВОЂЕЊУ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 191.

Осигурано лице, односно осигураник коме је из средстава обавезног здравственог осигурања извршена исплата накнаде на коју није имао право, дужан је да **Републичком фонду***, односно матичној филијали врати примљени износ:

- 1) ако је исплата извршена на основу нетачних података за које је знао или је морао знати да су нетачни, или је на други противправан начин остварио право на накнаду на коју није имао право, или је остварио накнаду у већем обиму од припадајуће;
- 2) ако је остварио неко примање услед тога што није пријавио настале промене које утичу на губитак или обим неког права, а знао је или је морао знати за те промене;
- 3) ако је примио новчане исплате у износу већем од онога који му је одређен решењем.

Рокови застарелости потраживања из става 1. тач. 1)–3) овог члана почињу тећи од дана када је у управном поступку постало коначно решење којим је утврђено да исплаћено примање не припада или припада у мањем обиму, односно од дана када је извршена последња неправилна исплата.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 192.

Матична филијала, односно **Републички фонд*** има право да захтева накнаду штете од лица које је намерно или крајњом непажњом проузроковало болест, повреду или смрт осигураног лица.

За штету коју је матичној филијали, односно **Републичком фонду*** у случајевима из става 1. овог члана проузроковао запослени на раду или у вези са радом одговара послодавац код којег запослени ради у тренутку проузроковања штете.

Матична филијала, односно **Републички фонд*** има право, у случајевима из става 2. овог члана, да захтева накнаду штете и непосредно од запосленог ако је болест, повреду или смрт осигураног лица проузроковао намерно.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 193.

Матична филијала, односно **Републички фонд*** има право да захтева накнаду штете од послодавца ако су болест, повреда или смрт осигураника настали услед тога што нису спроведене мере безбедности и здравља на раду, у складу са прописима којима се уређује област безбедности и здравља на раду, или ако нису спроведене друге мере за заштиту грађана.

Матична филијала, односно **Републички фонд*** има право да захтева накнаду штете од послодавца и када је штета настала услед тога што је запослени ступио на рад без прописаног претходног здравственог прегледа, а касније се утврди здравственим прегледом да запослени према свом здравственом стању није био способан за рад на одређеном послу.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 194.

Матична филијала, односно **Републички фонд*** има право да захтева накнаду штете од послодавца:

1) ако је штета настала услед тога што нису дати подаци, или што су дати неистинити подаци о чињеницама од којих зависи стицање или одређивање права;

2) ако је исплата извршена на основу неистинитих података у пријави на осигурање или зато што није поднета пријава о промени у осигурању, или одјава са осигурања, или ако су наведени документи поднети после прописаног рока.

Матична филијала, односно **Републички фонд*** има право да захтева накнаду штете од осигураника који је дужан сам да подноси пријаву на осигурање, пријаву промене у осигурању или одјаве са осигурања, или да даје одређене податке у вези са здравственим осигурањем, ако је штета настала услед тога што наведени документи нису поднети, или нису дати подаци, односно дати су неистинити подаци.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 195.

Матична филијала, односно **Републички фонд*** има право да захтева накнаду штете од изабраног лекара који незаконито утврди спреченост за рад осигураника или пропише лекове, медицинско-техничка помагала, односно друга права из обавезног здравственог осигурања, за која нема основа у здравственом стању осигураног лица.

Ако је штета из става 1. овог члана настала због незаконитог рада лекарске комисије, за штету одговарају чланови лекарске комисије који су незаконито радили.

Матична филијала, односно **Републички фонд*** има право на накнаду штете од лекара, односно од даваоца здравствених услуга, ако је настала штета проузрокована при обављању или у вези са обављањем делатности лекара, односно даваоца здравствених услуга због неправилног лечења осигураног лица.

Члан 196.

При утврђивању права на накнаду штете проузроковане матичној филијали, односно **Републичком фонду*** примењују се одредбе закона којим се уређују облигациони односи.

Висина накнаде штете утврђује се према трошковима лечења и другим трошковима у вези са лечењем, новчаним накнадама исплаћеним осигураном лицу по одредбама овог закона и другим давањима на терет матичне филијале, односно **Републичког фонда***.

Члан 197.

Матична филијала, односно **Републички фонд*** има право да захтева накнаду штете и непосредно од друштва за осигурање које обавља делатност у складу са законом којим се уређује осигурање, код којег је лице које је употребом моторног возила проузроковало штету, односно оштећење здравља или смрт осигураног лица, закључило уговор о обавезном осигурању у саобраћају у складу са посебним законом.

Ако је штета настала употребом непознатог моторног возила, матична филијала, односно **Републички фонд*** има право да захтева накнаду штете непосредно од реосигуравајућег друштва.

Матична филијала, односно **Републички фонд*** има право да захтева накнаду штете проузроковане употребом моторног возила стране регистрације, које на подручју Републике није обухваћено обавезним осигурањем од штете настале употребом моторног возила, непосредно од реосигуравајућег друштва.

Матична филијала, односно **Републички фонд*** има право да захтева накнаду штете и када је штета од употребе моторног возила настала у иностранству, у складу са одредбама закона којим се уређује осигурање у међународном саобраћају.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 198.

У складу са овим законом, накнаду штете може захтевати и осигурано лице које претрпи штету у спровођењу обавезног здравственог осигурања, као и послодавац који претрпи штету у спровођењу обавезног здравственог осигурања својих запослених.

Члан 199.

Када матична филијала, односно **Републички фонд*** утврди да му је у спровођењу здравственог осигурања проузрокована штета, позваће штетника да у року од 30 дана од дана утврђене накнаде штете накнади штету.

Ако у остављеном року штета не буде накнађена, захтев за накнаду штете матична филијала, односно **Републички фонд*** може остварити тужбом код надлежног суда.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 200.

Послодавци, даваоци здравствених услуга са којима је матична филијала, односно **Републички фонд*** закључио уговор о пружању здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања, надлежни државни органи, као и друга правна лица која на основу закона у обављању редовне делатности прикупљају податке, односно воде евиденције од значаја за накнаду штете у складу са овим законом, дужни су да у случају проузроковане болести, повреде или смрти осигураног лица податке доставе матичној филијали, односно **Републичком фонду***.

Обавезу из става 1. овог члана имају и друштва која у складу са посебним законом обављају делатност осигурања, за случај повреде или смрти у саобраћајној несрећи осигураног лица, које је са осигуравајућим друштвом закључило уговор о обавезном осигурању у саобраћају.

*Службени гласник РС, број 57/2011

7) ФИНАНСИРАЊЕ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања

Члан 201.

Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се уплатом доприноса за обавезно здравствено осигурање и из других извора, у складу са овим законом и законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

Средства из става 1. овог члана приход су **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 202.

Одлуку о износу средстава која се преносе филијали доноси **Републички фонд*** за сваку буџетску годину.

Влада даје сагласност на акт из става 1. овог члана.

Износ средства из става 1. овог члана мора бити усклађен са пословима за које је надлежна филијала, односно пословима који су у надлежности **Републичког фонда***, у обезбеђивању и спровођењу права из обавезног здравственог осигурања, која се уређују овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Одлука о износу средстава из става 1. овог члана заснива се на:

- 1) финансијском плану **Републичког фонда***;
- 2) плану здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања;
- 3) броју и старосној структури осигураних лица чије је својство утврдила матична филијала;
- 4) подацима о осигураним лицима која су оболела од болести од већег социјално-медицинског значаја на подручју матичне филијале;
- 5) износу средстава доприноса који се уплаћује на подручју матичне филијале према евиденцији о висини уплаћених средстава;
- 6) пословима матичне филијале у спровођењу обавезног здравственог осигурања;
- 7) пословима које обавља **Републички фонд*** у спровођењу обавезног здравственог осигурања;
- 8) показатељима о недостајућим средствима која се уплаћују на подручју матичне филијале за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања;
- 9) износу средстава који је потребно обезбедити за уједначено остваривање права из обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: средства солидарности), из члана 232. овог закона;
- 10) другим показатељима.

Одлуку из става 1. овог члана **Републички фонд*** доноси најкасније до 31. јануара за текућу годину.

Одлука из става 1. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије”.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 203.

Средствима доприноса обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања за случај болести и повреде ван рада, као и за случај повреде на раду или професионалне болести.

2. Допринос за осигуранике из члана 22. овог закона

Члан 204.

Средства за уплату доприноса за осигуранике из члана 22. овог закона обезбеђују се у буџету Републике.

Основицу за уплату доприноса из става 1. овог члана чини најнижа месечна основица утврђена у складу са законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

Стопа по којој се обрачунава и плаћа допринос из става 1. овог члана јесте 12,3%.

Средства од уплате доприноса из става 1. овог члана приход су **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

3. Допринос за осигуранике који се укључују у обавезно здравствено осигурање

Члан 205.

Допринос за осигуранике из члана 23. овог закона који се укључују у обавезно здравствено осигурање обрачунава се и плаћа на основицу и по стопи која је прописана законом којим се уређују доприноси за обавезно социјално осигурање.

4. Обрачунавање, утврђивање и плаћање доприноса

Члан 206.

Обрачунавање, утврђивање и плаћање доприноса из члана 204. овог закона споразумно прописују министар и министар надлежан за послове финансија.

Члан 207.

Када филијала по службеној дужности донесе решење о утврђивању својства осигураника, утврђује се и обавеза обрачунавања и плаћања доприноса који важе на дан доношења решења.

III. ОРГАНИЗАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Заједничке одредбе

Члан 208.

Обезбеђивање и спровођење обавезног здравственог осигурања обавља **Републички фонд*** за здравствено осигурање са седиштем у Београду.

Републички фонд* врши јавна овлашћења у обезбеђивању и спровођењу здравственог осигурања, као и у решавању о правима и обавезама из обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом.

Републички фонд* обавља и послове добровољног здравственог осигурања, у складу са законом.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 209.

Републички фонд* је правно лице са статусом организације за обавезно социјално осигурање у којем се остварују права из обавезног здравственог осигурања и обезбеђују средства за обавезно здравствено осигурање, у складу са законом.

Права, обавезе и одговорност **Републичког фонда** утврђене су законом и статутом **Републичког фонда***.

Републичким фондом* управљају осигураници, који су равноправно заступљени у Управном одбору **Републичког фонда*** сразмерно врсти и броју осигураника утврђених овим законом.

Члан 210.

Ради обезбеђивања и спровођења здравственог осигурања на територији Републике образују се филијале и **Покрајински фонд***.

Филијале се образују за подручје управног округа са седиштем у управном округу, односно за територију града Београда, са седиштем у Београду, с тим што општине Ражањ и Сокобања припадају филијали са седиштем у Нишу.

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.*

Филијала има организационе јединице (у даљем тексту: испоставе филијала), које су организоване тако да омогуће доступну службу осигураним лицима на подручју Републике.

Овлашћења и одговорности филијале, територијална организација испостава филијала, овлашћења и одговорности **Покрајинског фонда***, као и друга питања од значаја за рад филијала, односно **Покрајинског фонда***, уређују се законом и статутом **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

2. Средства Републичког фонда*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 211.

Републички фонд* има посебан рачун за:

- 1) обавезно здравствено осигурање;
- 2) добровољно здравствено осигурање.

*Службени гласник РС, број 57/2011

3. Послови Републичког фонда*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Републички фонд*:

- 1) доноси статут;
- 2) доноси опште акте, на основу овлашћења из овог закона, којима се ближе уређује спровођење обавезног здравственог осигурања;
- 3) планира и обезбеђује финансијска средства за спровођење обавезног здравственог осигурања;
- 4) у оквиру расположивих финансијских средстава планира и обезбеђује услове за равномерно спровођење обавезног здравственог осигурања на територији Републике и обезбеђује средства солидарности за уједначавање услова за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања на подручју филијала;
- 5) обезбеђује финансијске и друге услове за остваривање права на коришћење здравствене заштите у иностранству, односно за упућивање осигураних лица на лечење у иностранство;
- 6) доноси план рада за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања у складу са плановима рада филијала;
- 7) доноси финансијски план, у складу са законом;
- 8) закључује уговоре са даваоцима здравствених услуга у складу са овим законом, и обезбеђује средства за спровођење здравствене заштите на основу тих уговора;
- 9) преноси средства за спровођење обавезног здравственог осигурања филијалама, у складу са чланом 202. овог закона;
- 10) обезбеђује законито, наменско и економично коришћење средстава и стара се о увећању средстава на економским основама;
- 11) обезбеђује непосредно, ефикасно, рационално и законито остваривање права из здравственог осигурања и организује обављање послова за спровођење осигурања;
- 12) организује обављање послова за спровођење здравственог осигурања које се непосредно спроводи у **Републичком фонду***;
- 13) координира рад филијала и **Покрајинског фонда***;
- 14) организује и врши контролу рада филијала, законитог и наменског коришћења средстава која се филијалама преносе за остваривање права из обавезног здравственог осигурања;
- 15) врши контролу спровођења закључених уговора између филијала и давалаца здравствених услуга, односно врши контролу остваривања права из обавезног здравственог осигурања;
- 16) устројава и организује матичну евиденцију и врши контролу послова матичне евиденције;
- 17) организује и врши контролу и уједначавање рада првостепених и другостепених лекарских комисија;
- 18) обезбеђује спровођење међународних уговора о обавезном здравственом осигурању;
- 19) води евиденцију и прати наплату доприноса, са надлежним органима, размењује податке са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и друге податке везане за допринос;
- 19а) **обавља послове који се односе на фармако-економске показатеље у поступку стављања лекова на Листу лекова, њене измене и допуне, као и скидање лекова са Листе лекова;****
- 19б) **обавља послове централизованих јавних набавки у складу са законом;****
- 20) обавља и друге послове одређене законом и статутом **Републичког фонда***.

Републички фонд* спроводи добровољно здравствено осигурање које организује, врши контролу обрачуна и плаћања премија за добровољно здравствено осигурање, као и контролу спровођења добровољног здравственог осигурања, у складу са законом.

За обављање послова из ст. 1. и 2. овог члана Републички фонд може да образује комисије и друга стручна тела, осим за оне области медицине, стоматологије, односно фармације за које су образоване републичке стручне комисије, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, односно друга стручна тела образована од стране министра.**

У поступку доношења одлука, односно општих аката којима се обезбеђује, односно уређује право на здравствену заштиту из средстава обавезног здравственог осигурања, Републички фонд дужан је да укључи у рад, односно да прибави стручно мишљење републичких стручних комисија образованих за одређене области медицине, стоматологије, односно фармације у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, као и друга стручна тела формирана од стране министра.**

Чланови републичке стручне комисије имају право на накнаду за рад ради обављања послова за потребе Републичког фонда, из средстава Републичког фонда.**

Висину накнаде утврђује Управни одбор Републичког фонда.**

*Службени гласник РС, број 57/2011

**Службени гласник РС, број 119/2012

Члан 212а*

Републички фонд обавља послове централизованих јавних набавки у име и за рачун здравствених установа из Плана мреже здравствених установа који доноси Влада (у даљем тексту: План мреже), у складу са овим законом, осим ако законом којим се уређују јавне набавке није друкчије прописано, и то:*

1) спроводи централизоване јавне набавке на основу плана из става 5. овог члана, за које се средства обезбеђују у финансијском плану здравствене установе, односно Републичког фонда, као и у буџету оснивача здравствене установе, у складу са законом;*

2) прати извршење закључених уговора са најповољнијим добављачем;*

3) обавља и друге послове у складу са законом.*

За спровођење централизованих јавних набавки које Републички фонд обавља у име и за рачун здравствених установа из става 1. овог члана, није потребно претходно овлашћење, односно сагласност тих установа.*

Здравствене установе из става 1. овог члана не могу да набављају робе и услуге за које Републички фонд, у име и за рачун тих установа, спроводи централизоване јавне набавке.*

Поступци јавних набавки спровode се у складу са законом којим се уређују јавне набавке.*

Завод за јавно здравље основан за територију Републике прикупља, обједињује и анализира планове потреба здравствених установа из става 1. овог члана, на основу којих доноси План централизованих јавних набавки роба и услуга за здравствене установе из Плана мреже (у даљем тексту: План централизованих јавних набавки), који доставља Републичком фонду ради спровођења централизованих јавних набавки.*

Завод за јавно здравље основан за територију Републике дужан је да прибави мишљење републичких стручних комисија основаних у складу са законом, на План централизованих јавних набавки, као и да спроведе поступак усклађивања Плана централизованих јавних набавки и мишљења републичких стручних комисија пре достављања истог Републичком фонду.*

Републички фонд обезбеђује средства заводу за јавно здравље основаном за територију Републике, за обављање послова у вези са израдом Плана централизованих јавних набавки, у складу са законом.*

Влада доноси акт којим се ближе уређују услови, начин и поступак планирања потреба здравствених установа за које се спроводе централизоване јавне набавке, врсту робе и услуга за које се спроводе централизоване јавне набавке и које су обухваћене Планом централизованих јавних набавки, као и друга питања од значаја за планирање, организовање и спровођење централизованих јавних набавки.*

*Службени гласник РС, број 119/2012

4. Филијала

Члан 213.

Филијала:

- 1) спроводи обавезно здравствено осигурање на свом подручју;
- 2) планира потребе осигураних лица са свог подручја и прави планове рада у складу са расположивим финансијским средствима, односно са финансијским планом **Републичког фонда***;
- 3) располаже пренетим средствима за спровођење обавезног здравственог осигурања за осигурана лица са свог подручја, у складу са овим законом;
- 4) обезбеђује остваривање права из здравственог осигурања за осигурана лица са свог подручја, у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона;
- 5) закључује уговоре са даваоцима здравствених услуга;
- 6) организује и врши контролу извршавања уговорних обавеза давалаца здравствених услуга са којима је закључен уговор, ради заштите права осигураних лица;
- 7) обезбеђује законито, наменско и економично трошење пренетих средстава обавезног здравственог осигурања на свом подручју;
- 8) води матичну евиденцију осигураних лица са подацима потребним за спровођење обавезног здравственог осигурања и за обезбеђивање и контролу остваривања права из тог осигурања;
- 9) врши контролу пријављивања на осигурање, одјављивања са осигурања и пријављивање промене у осигурању, као и контролу свих података од значаја за стицање, коришћење и престанак права;
- 10) води евиденцију и прати наплату доприноса, са надлежним органима, размењује податке са надлежним органима о обвезницима доприноса за здравствено осигурање, као и друге податке везане за допринос;
- 11) пружа потребну стручну помоћ осигураним лицима у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања и заштитом њихових интереса у осигурању;
- 12) врши одређене послове у спровођењу међународних уговора о здравственом осигурању;
- 13) обезбеђује услове за рад првостепених и другостепених лекарских комисија на свом подручју, у складу са актима **Републичког фонда***;
- 14) обавља послове у вези са накнадом штете у спровођењу обавезног здравственог осигурања;
- 15) обавља и друге послове у складу са законом и статутом **Републичког фонда***.

Филијала обавља и одређене послове добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи **Републички фонд***.

Послове из ст. 1. и 2. овог члана филијала обавља у име **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 214.

Филијала подноси шестомесечни извештај о раду Управном одбору и Надзорном одбору **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 215.

Филијалом руководи директор филијале.

Директор филијале одговоран је за законитост рада филијале, као и за наменско коришћење пренетих средстава за спровођење здравственог осигурања.

Директор филијале извршава одлуке органа **Републичког фонда***.

Директора филијале на основу јавног конкурса именује директор **Републичког фонда*** на период од четири године.

Директор филијале мора испуњавати услове из члана 219. ст. 3–5. овог закона.

Директор филијале у обављању послова врши јавну функцију.

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.*

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.*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 216.

У филијали се образује Савет филијале.

Савет филијале је саветодавно тело директора филијале и састављен је од представника осигураника и послодаваца са подручја филијале.

Савет филијале има највише девет чланова, од којих су шест представници осигураника а три представници послодаваца, с тим да се обезбеђује правична заступљеност општина на подручју филијале.

Један од представника осигураника у Савету филијале јесте из удружења инвалида са подручја филијале.

Чланови Савета филијале морају испуњавати услове из члана 219. ст. 3–5. овог закона.

Савет филијале:

- 1) предлаже мере за спровођење и унапређивање здравственог осигурања на подручју филијале;
- 2) даје мишљење о плану рада филијале;
- 3) даје мишљење на одлуке које доноси филијала у погледу обезбеђивања права из здравственог осигурања и закључивања уговора са даваоцима здравствених услуга;
- 4) даје предлоге за рационално располагање и трошење средстава здравственог осигурања;
- 5) даје мишљење о извештају који филијала подноси Управном одбору **Републичког фонда***;
- 6) обавља и друге послове утврђене статутом **Републичког фонда***.

5. Покрајински фонд*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 217.

Покрајински фонд* је организациона јединица **Републичког фонда*** који обавља:

- 1) координацију рада филијала образованих на територији аутономне покрајине, у сарадњи са **Републичким фондом***, у складу са законом;
- 2) контролу рада филијала и наменског коришћења средстава која **Републички фонд*** преноси филијалама за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, на подручју аутономне покрајине;
- 3) контролу закључених уговора између филијала и давалаца здравствених услуга, на подручју аутономне покрајине;
- 4) решава у другом степену о правима из здравственог осигурања у складу са овим законом;
- 5) пружа потребну стручну помоћ осигураним лицима у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања и заштитом њихових интереса у осигурању;
- 6) обезбеђује услове за рад лекарских комисија образованих на територији аутономне покрајине, у складу са законом;
- 7) обезбеђује информациони подсистем, као део интегрисаног информационог система Републике за област здравственог осигурања, у складу са законом;
- 8) врши статистичка и друга истраживања у области здравственог осигурања;
- 9) остварује сарадњу са надлежним покрајинским органима;
- 10) друге послове утврђене статутом **Републичког фонда***;
- 11) подноси извештаје о раду за шест и 12 месеци Управном и Надзорном одбору **Републичког фонда***

*Службени гласник РС, број 57/2011

6. Управљање Републичким фондом*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 218.

Републичким фондом* управљају представници осигураника, у складу са овим законом.

*Службени гласник РС, број 57/2011

7. Органи Републичког фонда*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 219.

Органи **Републичког фонда*** јесу: Управни одбор, Надзорни одбор и директор.

Републички фонда* има и заменика директора који се именује и разрешава под условима, на начин и по поступку који је прописан за именовање и разрешење директора.

Чланови Управног одбора, чланови Надзорног одбора, директор односно заменик директора, не смеју, директно или преко трећег физичког или правног лица, имати учешће као власници удела, акционари, запослени или лица под уговором, код правног, односно физичког лица која су даваоци здравствених услуга са којима се закључују уговори за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања, односно у осигуравајућим друштвима која обављају послове добровољног здравственог осигурања, ради спречавања сукоба јавног и приватног интереса.

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.*

Лице из става 3. овог члана не може бити лице изабрано, постављено или именовано на функцију у државном органу, органу територијалне аутономије или локалне самоуправе, односно органу овлашћеног предлагача из чл. 222. и 225. овог закона.

Лице из става 3. овог члана потписује изјаву о непостојању сукоба јавног и приватног интереса из става 3. овог члана.

Лице из става 3. овог члана у обављању послова врши јавну функцију.

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.*

Лица из става 3. овог члана могу бити именована на јавну функцију у **Републичком фонду*** највише два пута.

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.*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 220.

У органима **Републичког фонда*** из члана 219. овог закона морају бити правично заступљени представници осигураника по полу, старосној доби, стручном образовању и морају бити правично заступљене филијале.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Управни одбор

Члан 221.

Управни одбор:

- 1) доноси статут и друге опште акте **Републичког фонда***;
- 2) одлучује о пословању **Републичког фонда***, као и о другим питањима од значаја за рад **Републичког фонда***;
- 3) доноси финансијски план и завршни рачун **Републичког фонда***;
- 4) разматра и усваја извештај о раду;

5) спроводи јавни конкурс за именовање директора **Републичког фонда***;

6) обавља и друге послове, у складу са законом и статутом.

Статутом **Републичког фонда*** ближе се уређује делатност **Републичког фонда***, унутрашња организација, управљање, пословање, услови за именовање директора и заменика директора, као и друга питања од значаја за рад **Републичког фонда***.

Делатност **Републичког фонда*** која се уређује статутом из става 2. овог члана обухвата: спровођење обавезног здравственог осигурања, као и добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи **Републички фонд***, закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга, спровођење међународних уговора о социјалном осигурању, финансијско пословање, обављање других стручних, контролних и административних послова, као и давање правне и друге стручне помоћи осигураним лицима.

Влада даје сагласност на статут **Републичког фонда***.

Управни одбор подноси извештај о раду Влади, најкасније до 31. марта текуће године за претходну годину.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 222.*

Управни одбор има седам чланова, које именује и разрешава Влада и то:*

1) четири члана, на предлог министра надлежног за послове здравља;*

2) једног члана представника осигураника запослених, на предлог репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад;*

3) једног члана представника осигураника пензионера, на предлог удружења пензионера организованог на нивоу Републике које има више од 50.000 регистрованих чланова;*

4) једног члана представника осигураника земљорадника, на предлог удружења пољопривредника организованих на нивоу Републике која имају више од 50.000 регистрованих чланова.*

Чланови Управног одбора заступају интересе осигураника, односно осигураних лица у обезбеђивању и спровођењу права обухваћених обавезним здравственим осигурањем, у складу са овим законом.*

Број чланова удружења из става 1. овог члана утврђује се на основу доказа о броју регистрованих чланова.*

*Службени гласник РС, број 123/2014

Члан 223.

Влада именује и разрешава председника и заменика председника Управног одбора из реда чланова Управног одбора.

Председник, заменик председника и чланови Управног одбора именују се на период од четири године.

Начин рада, овлашћења и одговорности чланова Управног одбора, као и друга питања од значаја за рад Управног одбора, уређују се статутом **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Надзорни одбор

Члан 224.

Надзорни одбор:

- 1) врши надзор над финансијским пословањем **Републичког фонда***;
- 2) врши надзор над финансијским пословањем филијала;
- 3) врши увид у спровођење законских обавеза **Републичког фонда***, филијала и **Покрајинског фонда***;
- 4) врши увид у спровођење одлука Управног одбора;
- 5) обавља и друге послове у складу са законом и статутом **Републичког фонда***.

Надзорни одбор, најмање једном годишње, подноси извештај о извршеном надзору Управном одбору и Влади.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 225.*

Надзорни одбор има пет чланова, које именује и разрешава Влада и то:*

- 1) три члана, на предлог министра надлежног за послове здравља;*
- 2) једног члана представника осигураника запослених, на предлог репрезентативних синдиката организованих на нивоу Републике, у складу са законом којим се уређује рад – за представнике из реда осигураника запослених;*
- 3) једног члана представника осигураника пензионера, на предлог удружења пензионера организованог на нивоу Републике које има више од 50.000 регистрованих чланова.*

Влада именује и разрешава председника Надзорног одбора из реда чланова Надзорног одбора.*

Број чланова удружења из става 1. овог члана утврђује се на основу доказа о броју регистрованих чланова.*

*Службени гласник РС, број 123/2014

Члан 226.

Председник и чланови Надзорног одбора именују се на период од четири године.

Начин рада, овлашћења и одговорности чланова Надзорног одбора, као и друга питања од значаја за рад Надзорног одбора, уређују се статутом **Републичког фонда***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Директор Републичког фонда*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 227.

Директор **Републичког фонда***:

- 1) организује рад и пословање у **Републичком фонду***;
- 2) представља и заступа **Републички фонд***;
- 3) стара се о законитости рада **Републичког фонда*** и одговара за законитост рада;
- 4) извршава одлуке Управног одбора;
- 5) доноси акт о организацији и систематизацији послова у **Републичком фонду***;
- 6) прописује образац службене легитимације надзорника осигурања, као и њен изглед и садржај;
- 7) руководи радом запослених у **Републичком фонду***;
- 8) именује директоре филијала по спроведеном јавном конкурс за избор директора филијале, осим за филијале са територије аутономне покрајине;
- 9) врши друге послове утврђене законом и статутом.

Директора **Републичког фонда***, по спроведеном јавном конкурс, именује Управни одбор, уз претходну сагласност Владе.

Мандат директора **Републичког фонда*** траје четири године.

*Службени гласник РС, број 57/2011

*Директор Покрајинског фонда**

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 228.

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

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.*

Директор Покрајинског фонда* учествује у раду Управног одбора, без права одлучивања.

Директор Покрајинског фонда*, по спроведеном јавном конкурс, именује директоре филијала које су образоване на територији аутономне покрајине, под условима и на начин прописан овим законом за именовање директора филијала ван територије аутономне покрајине.

На директора Покрајинског фонда* примењују се одредбе члана 219. ст. 3–7. овог закона.

*Службени гласник РС, број 57/2011

8. Стручна служба Републичког фонда*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 229.

Стручне, административне и финансијске послове у вези са радом и пословањем **Републичког фонда*** и спровођењем здравственог осигурања врше запослени у **Републичком фонду***.

У погледу права, обавеза и одговорности запослених у **Републичком фонду*** примењују се прописи којима се уређује рад.

9. Средства **Републичког фонда***

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 230.

Приход **Републичког фонда*** чине средства:

- 1) доприноса за обавезно здравствено осигурање;
- 2) премије за добровољно здравствено осигурање које организује и спроводи **Републички фонд***;
- 3) од имовине којом располаже **Републички фонд***;
- 4) домаћих и иностраних кредита и зајмова;
- 5) друга средства, у складу са законом.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 231.

Средства **Републичког фонда*** могу се користити само за намене одређене законом, и то:

- 1) за остваривање права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања;
- 2) за унапређивање система здравственог осигурања;
- 3) за остваривање права осигураних лица из добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи **Републички фонд***;
- 4) за подмирење трошкова спровођења здравственог осигурања;
- 5) за друге расходе, у складу са законом.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 232.

У **Републичком фонду***, на основу одлуке Управног одбора из члана 202. овог закона образују се у оквиру расположивих финансијских средстава – средства солидарности, за равномерно спровођење обавезног здравственог осигурања на територији Републике и уједначавање услова за обезбеђивање права из обавезног здравственог осигурања на подручју филијала.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 233.

Сопствене приходе **Републички фонд*** улаже код банке, у хартије од вредности и друге намене ради остваривања добити или даје као наменске зајмове здравственим установама, у складу са законом.

*Службени гласник РС, број 57/2011

IV. НАДЗОР НАД РАДОМ РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА*

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 234.

Министарство је у вршењу надзора над радом **Републичког фонда*** овлашћено да:

- 1) захтева извештаје и податке о раду;
- 2) утврди стање извршавања послова, упозори на уочене неправилности и одреди мере и рок за њихово отклањање;
- 3) издаје инструкције;
- 4) наложи предузимање послова које сматра потребним;
- 5) покрене поступак за утврђивање одговорности;
- 6) непосредно изврши неки посао ако оцени да се друкчије не може извршити закон или други општи акт;
- 7) предложи Влади да предузме мере на које је овлашћена.

Извештај о раду садржи приказ извршавања послова, предузете мере и њихово дејство, као и друге податке.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 235.

Републички фонд* као ималац јавних овлашћења у вршењу поверених послова државне управе дужан је да пре објављивања прописа на чије доношење је овлашћен овим законом прибави од Министарства мишљење о уставности и законитости прописа, а Министарство је дужно да њему достави образложени предлог како да пропис усагласи са Уставом, законом, другим прописима или општим актом Народне скупштине и Владе.

Ако **Републички фонд*** не поступи по предлогу Министарства, оно је дужно да Влади предложи доношење решења о обустави од извршења прописа и на њему заснованих појединачних аката и покретање поступка за оцену уставности и законитости прописа, у складу са законом којим се уређује државна управа.

*Службени гласник РС, број 57/2011

V. ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Члан 236.

Добровољно здравствено осигурање може организовати и спроводити **Републички фонд*** и правна лица која обављају делатност осигурања у складу са законом којим се уређује осигурање (у даљем тексту: осигуравач).

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 237.

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

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 238.

Влада, на предлог министра, уређује врсте добровољног здравственог осигурања, услове, начин и поступак организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања.

Ако је добровољно здравствено осигурање на друкчији начин уређено другим законом, примењују се одредбе овог закона и прописа донетих за спровођење овог закона.

VI. НАДЗОР НАД СПРОВОЂЕЊЕМ ЗАКОНА

Члан 239.

Надзор над спровођењем овог закона врши Министарство.

VII. КАЗНЕНЕ ОДРЕДБЕ

Прекршаји

Члан 240.

Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај здравствена установа или друго правно лице са којим је **Републички фонд***, односно филијала закључила уговор о пружању здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања, ако:

1) осигураном лицу не обезбеди здравствену заштиту која је право из обавезног здравственог осигурања или ако осигураном лицу обезбеди ту здравствену заштиту у мањем садржају и обиму, или ако се та здравствена заштита обезбеди лицу које на њу нема право (чл. 34–46);

2) осигураном лицу наплати друкчији износ партиципације од износа прописаних овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона (члан 48. ст. 4. и 5);

3) осигураном лицу не изда рачун о наплаћеној партиципацији на прописаном обрасцу (члан 49. став 1);

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);*

4) осигураном лицу коме се здравствена заштита обезбеђује у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања наплати партиципацију (чл. 50. и 51);

5) не утврди листу чекања за одређене врсте здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања или ако утврди листе чекања у супротности са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона, или ако осигураном лицу не пружи здравствене услуге у складу са листом чекања (члан 56. став 5);

6) здравствену услугу која се не обезбеђује из обавезног здравственог осигурања пружи на терет средстава обавезног здравственог осигурања (члан 61);

7) не обезбеди за осигурано лице потребне лекове, медицинска средства, имплантате и медицинско-техничка помагала која су обухваћена као право из обавезног здравственог осигурања (члан 178. став 3);

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.);*

Новчаном казном од 400.000 до 500.000 динара за прекршај из става 1. * овог члана казниће се и предузетник.

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и одговорно лице у правном лицу.

Ако се извршењем прекршаја из става 1. овог члана нанесе материјална штета осигураном лицу или матичној филијали, односно **Републичком фонду***, односно другом правном лицу, здравственој установи или приватној пракси (предузетнику) може се изрећи заштитна мера – забране вршења делатности, у складу са законом.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 241.

Новчаном казном од 200.000 до 500.000 динара казниће се за прекршај здравствена установа или друго правно лице са којим је **Републички фонд***, односно филијала закључила уговор о пружању здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања, ако:

1) осигураном лицу не да претходно обавештење у писменом облику о разлозима због којих здравствена услуга није неопходна, односно да није оправдана за здравствено стање осигураног лица, или ако не да претходно обавештење осигураном лицу које је стављено на листу чекања о разлозима за стављање на листу чекања (члан 57. ст. 1–3);

2) на видном месту не истакне списак лекара које осигурано лице може да одабере за свог изабраног лекара (члан 147. став 2).

3) овлашћеном надзорнику осигурања не да на увид документацију значајну за остваривање права осигураних лица из средстава обавезног здравственог осигурања (члан 189. став 1);

4) филијали, односно **Републичком фонду*** не достави податке које прикупља, односно води за случај проузроковане болести, повреде или смрти осигураног лица ради накнаде штете (члан 200. став 1).

Новчаном казном од 300.000 до 500.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и предузетник.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и одговорно лице у правном лицу.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 242.

Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај послодавац са својством правног лица, ако:

1) не изврши исплату накнаде зараде запосленом која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања или не обрачуна накнаду зараде која се осигуранику обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања или ако накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања која је пренета на посебан рачун послодавца не исплати осигуранику у року од 30 дана од дана њиховог пријема (члан 103. ст. 1, 2. и 4);

2) не достави матичној филијали све податке у вези са пријавом на обавезно здравствено осигурање, променом у обавезном здравственом осигурању или одјавом са обавезног здравственог осигурања за своје запослене ради утврђивања својства осигураног лица, односно податке о престанку или промени у својству осигураног лица, односно ако те податке не достави у року од осам дана од дана када су се за то стекли услови (члан 113. ст. 1. и 3);

3) у матичну евиденцију унесе нетачне податке, односно податке на начин који је у супротности са овим законом (члан 119);

4) не поднесе пријаву података који се уносе у матичну евиденцију или ако ту пријаву поднесе после истека рока из члана 135. овог закона (чл. 123. и 135);

5) осигуранику, кориснику права из обавезног здравственог осигурања не да тачна обавештења, односно податке од значаја за утврђивање чињеница важних за стицање и остваривање права из обавезног здравственог осигурања или ако матичној филијали не пружи доказ и омогући увид у евиденцију и документацију (члан 126. став 3);

6) у року од 30 дана од дана подношења захтева од стране осигураног лица не уплати износ накнаде плаћених трошкова на рачун осигураног лица, односно ако му не изврши исплату на други одговарајући начин за здравствене услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а које је осигурано лице платило зато што није уплаћен допринос за здравствено осигурање, односно није уплаћен у целини (члан 143. ст. 3. и 4);

7) филијали, односно **Републичком фонду*** не достави податке које прикупља, односно води за случај проузроковане болести, повреде или смрти осигураног лица ради накнаде штете (члан 200. став 1).

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај из става 1. овог члана и одговорно лице у правном лицу.

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

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 243.

Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај **Републички фонд***, ако:

1) податке који се воде у матичној евиденцији, а који се односе на коришћење права из здравственог осигурања за осигурана лица не води одвојено од других података из матичне евиденције, или ако те податке уноси и њима руководи за то неовлашћено службено лице (члан 118. став 2);

2) не достави копију потврде о пријему пријаве на осигурање, пријаву промене у осигурању, односно одјаву са осигурања за осигуранике који обављају самосталну делатност (предузетници), односно за пољопривреднике и за друга лица о којима надлежни порески орган води евиденције, до 5. у месецу за претходни месец (члан 127. став 6);

3) осигураном лицу на његов захтев не изда уверење о подацима који се уносе у матичну евиденцију (члан 133. став 1);

4) износи и објављује у јавност податке који се воде у матичној евиденцији, а који се односе на коришћење права из обавезног здравственог осигурања за појединачно осигурано лице и који представљају личне податке о осигураном лицу (члан 138. став 2);

5) овери здравствену исправу без доказа да је уплаћен доспели допринос за обавезно здравствено осигурање (члан 142. став 2);

6) не прихвати захтев даваоца здравствених услуга са којима је закључио уговор о пружању здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања за образовање арбитраже (члан 184. ст. 1. и 3);

7) контролу личних података који се односе на здравствено стање осигураних лица који се воде у медицинској документацији осигураних лица, врши надзорник осигурања који није доктор медицине, доктор стоматологије, односно дипломирани фармацеут (члан 187. став 2).

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај из става 1. овог члана и одговорно лице у **Републичком фонду***.

*Службени гласник РС, број 57/2011

Члан 244.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај здравствени радник, ако:

1) као изабрани лекар или члан лекарске комисије изда налаз и мишљење о здравственом стању за осигурано лице које болује од акутних или хроничних обољења и других поремећаја здравственог стања, да не болује од акутних или хроничних обољења и других поремећаја здравственог стања и тиме омогући издавање потврде о здравственом стању осигураног лица ради остваривања права на здравствену заштиту у иностранству (члан 65. став 3);

2) осигуранику утврди привремену спреченост за рад супротно члану 74. овог закона;

3) не прими свако осигурано лице које га је одабрало за изабраног лекара, осим ако се код тог изабраног лекара евидентирао већи број осигураних лица од утврђеног стандарда (члан 148);

4) као изабрани лекар злоупотреби своја овлашћења у поступку остваривања права осигураних лица (члан 153).

Члан 245.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај осигураник ако намерно проузрокује неспособност за рад, или ако намерно спречи оздрављење, односно оспособљавање за рад, ако се без оправданог разлога не јави изабраном лекару за оцену привремене спречености за рад или се не одазове на позив лекарске комисије, ако се за време привремене спречености за рад бави привредном или другом активношћу којом остварује приходе, ако без дозволе стручно-медицинског органа филијале, односно **Републичког фонда*** отпутује из места сталног пребивалишта, односно боравишта, ако злоупотреби право на коришћење одсуствовања са рада (члан 85).

*Службени гласник РС, број 57/2011

VIII. ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 246.

Прописи за спровођење овог закона донеће се у року од 12 месеци од дана ступања на снагу овог закона, ако овим законом није друкчије одређено.

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 247.

Даном ступања на снагу овог закона Републички завод за здравствено осигурање наставља са радом са правима и обавезама утврђеним овим законом.

Републички завод за здравствено осигурање дужан је да усклади своју организацију и рад са одредбама овог закона у року од 12 месеци од дана ступања на снагу овог закона.

Члан 248.

Влада ће именовати Управни одбор и Надзорни одбор Републичког завода у року од 90 дана од дана ступања на снагу овог закона.

Управни одбор ће именовати директора Републичког завода у року од 60 дана од дана именовања Управног одбора.

Члан 249.

Директор Републичког завода именоваће директоре филијала у року од 60 дана од дана ступања на дужност директора.

Савет филијале ће се образовати у року од 30 дана од дана ступања на дужност директора филијале.

Члан 250.

Управни одбор ће донети статут Републичког завода у року од 60 дана од дана именовања чланова Управног одбора.

Члан 251.

Републички завод донеће општи акт из члана 124. став 5. овог закона у року од 60 дана од дана ступања на снагу овог закона.

Члан 252.

Осигурана лица која на дан ступања на снагу овог закона користе права из обавезног здравственог осигурања стечена по прописима који су важили до дана ступања на снагу овог закона од тога дана користе та права по одредбама овог закона.

Члан 253.

Жалбе поднете против решења донетих до ступања на снагу овог закона решаваће се према прописима који су важили до дана ступања на снагу овог закона.

Члан 254.

Републички завод организоваће и устројити послове матичне евиденције до 30. јуна 2006. године.

Матична филијала вршиће оверу исправа о осигурању од 1. јула 2006. године.

Члан 255.

Изузетно у 2006. и 2007. години, у случајевима када се Финансијским планом Републичког завода за одређену буџетску годину, утврде примања у износу већем од издатака планираних за потрошњу за ту буџетску годину, којима се могу у потпуности обезбедити средства за обавезно здравствено осигурање осигураника из члана 22. ст. 1. и 4. овог закона, под условима прописаним овим законом, у буџету Републике за ту буџетску годину, неће се планирати средства на начин прописан у члану 22. став 5. овог закона.

Члан 256.

Даном ступања на снагу овог закона престаје да важи Закон о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96, 46/98, 54/99, 29/01, 18/02, 80/02, 84/04 и 45/05).

Члан 257.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”, а одредбе чл. 20. и 22, члана 45. у делу који се односи на проценте плаћања услуга из средстава обавезног здравственог осигурања, односно из средстава осигураног лица, чл. 202. и 204. овог закона – примењују се од 1. јануара 2007. године.

ОДРЕДБЕ КОЈЕ НИСУ УНЕТЕ У "ПРЕЧИШЋЕН ТЕКСТ" ЗАКОНА

Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању: "Службени гласник РС", број 57/2011-41

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 до 31. децембра 2016. године* 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.

*Службени гласник РС, број 99/2014

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.

Закон о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању: "Службени гласник РС", број 119/2012-34

Члан 11.

Акт из члана 4. овог закона Републички фонд дужан је да донесе у року од 90 дана од дана ступања на снагу овог закона.

Централна комисија за лекове образоваће се у року од 60 дана од дана ступања на снагу овог закона.

До доношења акта из става 1. овог члана примењују се прописи који су важили до дана ступања на снагу овог закона.

Члан 12.

Члан 7. овог закона примењује се од 1. јануара 2014. године.

Члан 13.

Акт из члана 10. став 8. (члан 212а) донеће се у року од 60 дана од дана ступања на снагу овог закона.

Републички фонд дужан је да усклади Статут, као и акта о унутрашњој организацији и систематизацији послова са одредбама овог закона у року од 60 дана од дана ступања на снагу овог закона.

Члан 14.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.