

На основу члана 47. став 1. и члана 48. став 3. Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05, 109/05 – исправка, 57/11, 110/12 – УС и 119/12),

Управни одбор Републичког фонда за здравствено осигурање, на седници одржаној 9. децембра 2013. године, донео је

ПРАВИЛНИК
о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2014. годину *

I. ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Овим правилником уређује се садржај и обим права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања из Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05, 109/05 – исправка, 57/11, 110/12 – УС и 119/12), (у даљем тексту: Закон), за поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести, проценат плаћања из средстава обавезног здравственог осигурања до пуног износа цене здравствене услуге, као и проценат плаћања осигураног лица у 2014. години.

Овим правилником уређује се начин и поступак наплаћивања партиципације, престанак плаћања партиципације у току календарске године као и повраћај средстава уплаћених изнад највишег годишњег износа, односно највишег износа партиципације по одређеној врсти здравствене услуге у 2014. години.

Члан 2.

Под садржајем здравствене заштите, у смислу овог правилника, подразумевају се поступци и методи дијагностике, лечења и рехабилитације ради спречавања, сузбијања, раног откривања и лечења болести, повреда и других поремећаја здравља, а који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем.

Члан 3.

Под обимом здравствене заштите, у смислу овог правилника, подразумева се број и дужина трајања поступака и метода дијагностике, лечења и рехабилитације, као и друге величине којима се може изразити обим појединих садржаја здравствене заштите (систематско пружање здравствених услуга у одређеном временском периоду и др.), а који чине садржај права из обавезног здравственог осигурања.

*Објављен у “Сл. гласнику РС” број 3/14 од 15. јануара 2014.године и ступа на снагу 23. јануара 2014.године

Члан 4.

Здравствену заштиту утврђену овим правилником осигурано лице остварује код даваоца здравствених услуга у складу са општим актом Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) којим се ближе уређује начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

За одређене врсте здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и које нису хитне може се утврдити редослед коришћења, у зависности од медицинских индикација и здравственог стања осигураног лица, као и датума јављања здравственој установи, с тим да време чекања не може да буде такво да угрози здравље или живот осигураног лица (у даљем тексту: листа чекања).

Члан 5.

Садржај и обим права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, уређени овим правилником, проценат плаћања из средстава из обавезног здравственог осигурања до пуног износа цене здравствене услуге, као и фиксни износ партиципације усклађен је са Планом здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања за 2014. годину и Финансијским планом Републичког фонда за 2014. годину.

Члан 6.

Здравствена заштита која се уређује овим правилником спроводи се у складу са посебним републичким програмима здравствене заштите који се доносе у складу са законом.

Члан 7.

Новчани износ до пуног износа цене здравствених услуга, као и новчани износ средстава из Правилника о Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: Листа лекова), односно износ средстава који обезбеђује осигурано лице (у даљем тексту: партиципација) плаћа осигурано лице које користи ту здравствену услугу, односно лекове.

II. САДРЖАЈ И ОБИМ ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

Члан 8.

Право на здравствену заштиту које се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем обухвата:

- 1) мере превенције и раног откривања болести;
- 2) прегледе и лечење жена у вези са планирањем породице као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;
- 3) прегледе и лечења у случају болести и повреде;
- 4) прегледе и лечење болести уста и зуба;
- 5) медицинску рехабилитацију у случају болести и повреде;
- 6) лекове и медицинска средства;
- 7) протезе, ортозе и друга помагала за кретање, стајање и седење, помагала за вид, слух и говор, стоматолошке надокнаде, као и друга помагала (у даљем тексту: медицинско-техничка помагала).

1. Мере превенције и раног откривања болести

Члан 9.

Осигураном лицу се, ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља, обезбеђују следеће мере:

1) здравствено васпитање које се спроводи организовањем посебних предавања или давања савета од стране здравствених радника у вези са заштитом, очувањем и унапређењем здравља, стицањем знања и навика о здравом начину живота, откривању и сузбијању фактора ризика.

Здравствено васпитање из става 1. ове тачке, спроводи се нарочито у вези са болестима зависности, ХИВ инфекцијом, раним откривањем болести и исхраном кроз:

– индивидуални рад саветовањем,

– групни рад (рад у малој групи),

– активне методе учења (предавања, креативне радионице, демонстрационе вежбе, изложбене едукације, кампови за децу оболелу од шећерне болести, хемофилије, прогресивних неуромишићних болести и др.);

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

3) превентивне стоматолошке и профилактичке мере за превенцију болести уста и зуба код трудница и деце до навршених 18 година живота, до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота;

4) здравствено васпитање у вези са планирањем породице, превенцијом нежељене трудноће, контрацепцијом и хируршком стерилизацијом, тестирањем на трудноћу дијагностиком и лечењем сексуално преносивих болести и ХИВ инфекције;

5) вакцинација, имунопрофилакса и хемопрофилакса која је обавезна према републичком програму имунизације становништва против одређених заразних болести;

6) хигијенско – епидемиолошке и друге законом предвиђене мере и поступке у вези са спречавањем, откривањем и лечењем ХИВ инфекције и других заразних болести и спречавањем њиховог ширења.

2. Прегледи и лечење у вези са трудноћом, порођајем и постнаталним периодом

Члан 10.

Женама у вези са планирањем породице, у трудноћи, за време порођаја и материнства до 12 месеци обезбеђују се:

- 1) прегледи и лечење од стране гинеколога и бабице који се односе на планирање породице, трудноћу (укључујући пренатални период, порођај и постпорођајни период), стања која могу да изазову компликацију трудноће, као и прекид трудноће из медицинских разлога;
- 2) болничко лечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи;
- 3) патронажне посете и помоћ породиљи и рутинска нега новорођенчета од стране патронажне сестре;
- 4) дијагностика и лечење стерилитета.

Под прегледом у смислу става 1. тачка 1) овог члана подразумева се и пренатално и генетско тестирање и друге превентивне мере, у складу са медицинским стандардима.

Под лечењем стерилитета у смислу става 1. тачка 4) овог члана подразумевају се и два покушаја вантелесног оплођења код жена до навршених 40 година живота у складу са критеријумима одговарајуће републичке стручне комисије коју образује министар надлежан за послове здравља.

3. Прегледи и лечење у случају болести и повреда

Члан 11.

Оболелом, односно повређеном осигураном лицу, у зависности од медицинских индикација и стручно-методолошких и доктринарних ставова, обезбеђују се:

- 1) указивање хитне медицинске помоћи на месту медицинске хитности или у здравственој установи односно другом облику здравствене службе (у даљем тексту: приватна пракса);
- 2) хитан санитарски превоз за болести или повреде које су опасне по живот осигураног лица.
Хитан санитарски превоз обухвата превоз санитарским возилом због болести или повреде које су опасне по живот осигураног лица до најближе здравствене установе која је оспособљена за наставак даљег лечења оболелог, односно повређеног;
- 3) санитарски превоз који није хитан, када је оправдан и медицински неопходан.

Санитарски превоз који није хитан обухвата превоз до здравствене установе у којој се пружа здравствена заштита која је оправдана и медицински неопходна, као и превоз из здравствене установе до куће осигураног лица.

Санитарски превоз који није хитан оправдан је и медицински неопходан у случају да транспорт било којим другим транспортним средством може угрозити живот и здравље осигураног лица.

Употребу санитарског возила и налог за коришћење санитарског возила даје изабрани лекар, односно лекарска комисија, у складу са овлашћењима која имају на основу Закона.

Санитетски превоз из става 1. ове тачке обезбеђује здравствена установа у складу са одредбама Закона о здравственој заштити, Уредбе о Плану мреже здравствених установа и општег акта Републичког фонда којим се уређује начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања;

4) прегледи и лечење у примарној здравственој заштити као и у кући осигураника, од стране изабраног лекара;

5) амбулантни прегледи и лечење код специјалисте и здравственог сарадника по упуту изабраног лекара;

6) лабораторијска, рендгенска и друга дијагностика која је предложена од изабраног лекара или лекара специјалисте, а медицински је неопходна и оправдана за дијагностику и лечење болести или повреде;

7) стационарно лечење када је оправдано и медицински неопходно, које обухвата прегледе и лечење од стране лекара специјалисте, медицинску негу, смештај у заједничкој соби или соби интензивне неге и исхрану, односно специфичну дијету у стационарној здравственој установи.

Стационарно лечење оправдано је и медицински неопходно ако потребна здравствена заштита (дијагностика, лечење или рехабилитација) или њен део може искључиво да се пружи у стационарним здравственим условима, односно ако се не може обезбедити амбулантним и кућним лечењем.

Лице које је у терминалној фази болести, непокретно, односно покретно уз помоћ других лица, а коме је потребно палијативно збрињавање, има право на краткотрајно болничко лечење ради примене симптоматске терапије и здравствене неге осигураног лица;

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

Право на пратиоца из става 1. ове тачке цени лекарска комисија филијале.

Право на пратиоца за време путовања или за време путовања и боравка у другом месту обезбеђује се осигураном лицу млађем од 18 година живота, односно старијем лицу које је теже телесно или душевно ометено у развоју, односно лицу код кога је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица;

9) кућно лечење које је оправдано и медицински неопходно и палијативно збрињавање.

Кућно лечење је оправдано и медицински неопходно у случају када је од стране изабраног лекара или лекара специјалисте индикована примена парентералних лекова, медицинских и рехабилитационих процедура које здравствени радник може да пружи у кућним условима осигураном лицу које је непокретно или лицу чије кретање захтева помоћ другог лица.

Кућно лечење се спроводи и као наставак стационарног лечења.

Палијативно збрињавање је свеобухватна и континуирана бригаа о осигураном лицу оболелом од малигних тумора, болести срца и крвних судова, дијабетеса, опструктивне болести плућа, болести HIV/AIDS, последица саобраћајне несреће и трауматизма у терминалном стадијуму болести. Циљ палијативног збрињавања осигураног лица је мање патње, више достојанства и бољи квалитет живота.

4. Прегледи и лечење болести уста и зуба

Члан 12.

Осигураном лицу обезбеђују се прегледи и лечења болести уста и зуба у амбулантно-поликлиничким и стационарним условима, и то најмање:

1) прегледи и лечење болести уста и зуба код деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског (укључујући покретни ортодонски апарат и стоматолошке надокнаде у складу са општим актом Републичког фонда којим се уређују медицинско-техничка помагала), односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота, као и лица старијих од 18 година која су тешко телесно или душевно ометена у развоју, као и лица са тежим урођеним или стеченим деформитетом лица и вилица;

2) прегледи и лечење болести уста и зуба, изузев протетског збрињавања, код жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја;

3) указивање хитне стоматолошке здравствене заштите за одрасле;

4) прегледи и лечење болести уста и зуба изузев протетског збрињавања, пре трансплантације органа и ткива, односно операција на срцу;

5) прегледи и лечење болести уста и зуба у оквиру преоперативног и постоперативног третмана малигних болести максилофацијалног предела;

6) ургентни стоматолошки и хируршки прегледи и лечење повреда зуба и костију лица, укључујући примарну реконструкцију остеосинтетским материјалом;

7) израда акрилатне тоталне и субтоталне протезе код особа старијих од 65 година живота;

8) неопходан стоматолошки третман, укључујући и фиксне ортодонске апарате у оквиру преоперативног и постоперативног третмана код особа са урођеним и стеченим тежим деформитетом лица и вилице;

9) израда протетских надокнада лица и вилице (интраоралне постресекционе протезе и протезе лица) у оквиру посттуморске рехабилитације и реконструкције укључујући и имплантате за њихово учвршћивање;

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

Сматра се да осигурано лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота из става 1. ове тачке уколико је остварило право на накнаду за туђу негу и помоћ по прописима о пензијском и инвалидском осигурању и социјалној заштити.

11) прегледи и лечење болести уста и зуба осигураника из члана 22. Закона.

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

5. Медицинска рехабилитација у случају болести и повреде

Члан 13.

Осигураном лицу обезбеђује се медицинска рехабилитација ради побољшања или враћања изгубљене или оштећене функције тела као последице акутне болести или повреде, погоршања хроничне болести, медицинске интервенције, конгениталне аномалије или развојног поремећаја.

Медицинском рехабилитацијом обезбеђује се утврђивање, примена и евалуација рехабилитационих поступака који обухватају кинезитерапију и све видове физикалне, окупационе терапије и терапије гласа и говора, као и одређене врсте медицинско-техничких помагала, намештање, примену и обуку за употребу тог помагала код осигураног лица.

Окупационом терапијом се осигураном лицу обезбеђују поступци медицинске рехабилитације после болести и повреде који имају за циљ да се осигурано лице оспособи за самосталну бригу о себи, односно да унапреди функционисање у осталим активностима свакодневног живота.

Рехабилитацијом гласа и говора осигураном лицу обезбеђују се медицински поступци уз употребу одговарајућих помагала која су неопходна за дијагнозу и третман болести и повреда или конгениталне аномалије које за последицу имају поремећај гласа и говора који онемогућава комуникацију осигураног лица, односно поремећај гутања који је последица болести или повреде.

Физикалном терапијом обезбеђује се утврђивање, примена и евалуација свих одговарајућих агенаса, укључујући природни лековити фактор у третману повређеног и оболелог осигураног лица.

Осигураном лицу обезбеђује се медицинска рехабилитација у амбулантно–поликлиничким и болничким условима када је оправдана и неопходна за третман стања осигураног лица.

Осигураном лицу се рехабилитацијом у стационарним здравственим установама (рана рехабилитација) обезбеђује спровођење интензивног програма рехабилитације за који је неопходан мултидисциплинарни тимски рад, у оквиру основног медицинског третмана, ради побољшања здравственог стања и отклањања функционалних сметњи.

Осигураном лицу обезбеђује се рехабилитација у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију (продужена рехабилитација) као континуирани продужетак лечења и рехабилитације у оквиру индикационог подручја када се функционалне сметње не могу ублажити или отклонити са подједнаком ефикасношћу у амбулантно–поликлиничким условима и у оквиру болничког лечења основне болести.

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

Осигураном лицу обезбеђује се, као облик продужене рехабилитације, и превенција погоршања, односно настанка компликација одређене хроничне болести за индикације утврђене општим актом Републичког фонда којим се уређује медицинска рехабилитација у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију.

Право на медицинску рехабилитацију у случају повреде и болести, осигурано лице остварује у складу са општим актом Републичког фонда којим се утврђују врсте индикација за коришћење медицинске рехабилитације, дужина трајања рехабилитације, начин и поступак остваривања рехабилитације и упућивања на рехабилитацију.

6. Лекови и медицинска средства

Члан 14.

Право на лекове и медицинска средства обухвата:

1) право на лекове са Листе лекова који се прописују на лекарски рецепт или издају на налог на терет средстава обавезног здравственог осигурања;

2) право на медицинска средства која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, односно која се прописују на налог или се уграђују у организам осигураног лица у складу са општим актом Републичког фонда којим се уређују врсте и стандард медицинских средстава која се уграђују у људски организам.

Лек из става 1. тачка 1) овог члана прописује се осигураном лицу у количини која је неопходна до наредне контроле, али за период који није дужи од пет дана код акутних обољења и стања.

Лек из става 1. тачка 1) овог члана прописује се осигураном лицу, у количини која је неопходна за период који није дужи од 30 дана код хроничних обољења.

Изузетно од става 3. овог члана, осигураном лицу са хроничним обољењем и терапијом леком истог интернационалног незаштићеног назива, која у периоду од годину дана пре прописивања лека није мењана, лек из става 1. тачка 1) овог члана може да се пропише у количини која је неопходна за период који није дужи од 60 дана.

Лекови који садрже опојне дроге или психотропне супстанце, лекови који се користе у лечењу ХИВ-а, лекови из групе антинееопластика и имуномодулатора, као и лекови под посебним режимом издавања (Листа Ц) могу се прописивати за период који није дужи од 30 дана.

Изузетно од става 1. тачка 1) овог члана, осигураном лицу обезбеђује се и:

– лек који није на Листи лекова, а за који је издата дозвола за стављање у промет у Републици Србији само за медицинске индикације утврђене дозволом за стављање лека у промет,

– лек који није на Листи лекова, а за њега није издата дозвола за стављање у промет у Републици Србији, само за медицинске индикације утврђене у дозволи за стављање у промет у земљама Европске уније, односно у земљама које имају исте или сличне захтеве у погледу издавања дозволе за лек као у земљама Европске уније.

Осигураном лицу, лек из става 6. овог члана, обезбеђује здравствена установа терцијарног или секундарног нивоа здравствене заштите, на основу мишљења три лекара одговарајуће специјалности здравствене установе терцијарног или секундарног нивоа здравствене заштите да је лек неопходан и да не постоји одговарајући лек на Листи лекова по генеричком, односно заштићеном имену лека, а да су исцрпљене све друге терапијске могућности лечења.

Мишљење три лекара специјалисте из става 7. овог члана обавезно потписује и директор здравствене установе секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите која обезбеђује лек, односно лице које он овласти.

Здравствена установа терцијарног или секундарног нивоа која је увела лек у терапију, у обавези је да осигураном лицу обезбеди лек из става 6. овог члана за све време примене терапије, као и да прати терапијски ефекат његове примене у току:

- стационарног лечења;
- лечења у дневној болници;
- амбулантно-поликлиничког лечења.

Здравствена установа терцијарног нивоа у којој се лечи осигурано лице оболело од ретке урођене болести метаболизма, обезбеђује осигураном лицу и лекове за лечење те болести који се не налазе у Листи лекова, а који представљају ензимску супституциону терапију и имају висок степен ефикасности у лечењу.

Здравствена установа из става 10. овог члана, обезбеђује осигураном лицу лекове који представљају ензимску супституциону терапију на основу одлуке Комисије Републичког фонда за лечење урођених болести метаболизма (у даљем тексту: Комисија).

Комисија из става 11. овог члана доноси одлуку о употреби лекова који представљају ензимску супституциону терапију на предлог три лекара специјалисте здравствене установе терцијарног нивоа у којој се лечи осигурано лице оболело од ретке урођене болести метаболизма, појединачно за свако осигурано лице.

Осигураном лицу обезбеђује се лек и за индикацију која није садржана у дозволи за стављање у промет у Републици Србији, али је садржана у дозволи за стављање лека у промет у земљама Европске уније, односно у земљама које имају исте или сличне захтеве у погледу издавања дозволе за лек као у земљама Европске уније.

Одлуку о неопходности обезбеђивања лека из става 13. овог члана на терет средстава обавезног здравственог осигурања доноси Комисија Републичког фонда за одобравање лека за посебне индикације, на основу мишљења три лекара одговарајуће специјалности здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите.

7. Медицинско-техничка помагала

Члан 15.

Осигураном лицу обезбеђују се медицинско–техничка помагала која служе за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно за омогућавање ослонца, спречавање настанка деформитета и кориговање постојећих деформитета, као и олакшавање вршења основних животних функција.

Осигураном лицу обезбеђују се медицинско–техничка помагала потребна за лечење и рехабилитацију која омогућавају побољшање основних животних функција, омогућавају самосталан живот, омогућавају савладавање препрека у средини и спречавају суштинско погоршање здравственог стања или смрт осигураног лица.

Право на медицинско-техничка помагала, осигурано лице остварује у складу са општим актом Републичког фонда којим се утврђују врсте медицинско–техничких помагала и индикације за њихово коришћење, стандарди материјала од којих се израђују, рокови трајања, односно набавке, одржавање и њихово занављање, као и начин и поступак остваривања права на медицинско-техничка помагала.

Члан 16.

Садржај и обим превентивних мера у области здравствене заштите, превентивних мера у области примарне стоматолошке здравствене заштите, превентивних мера у области здравствене заштите које се спроводе ван здравствене установе и превентивних мера у области стоматолошке здравствене заштите које се спроводе у предшколским, школским и високошколским установама, садржај и обим здравствене заштите у хитним медицинским стањима у области примарне здравствене заштите и прегледи и лечење болести уста и зуба, који су уређени овим правилником, одштампани су уз овај правилник и чине његов саставни део.

**III. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА КОЈА СЕ ОБЕЗБЕЂУЈЕ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ
ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА УЗ ПЛАЋАЊЕ ПАРТИЦИПАЦИЈЕ**

Члан 17.

Здравствена заштита која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања уз плаћање партиципације, обухвата:

1)	стационарно лечење – по болничком дану	50 динара
2)	рехабилитацију у стационарној здравственој установи – по болничком дану	50 динара
3)	преглед и лечење од стране изабраног лекара и лекара специјалисте – по прегледу (осим превентивног прегледа)	50 динара
4)	кратка посета изабраном лекару	50 динара
5)	све лабораторијске услуге – по упуту (укључујући микробиологију, паразитологију, хистопатологију и цитологију)	50 динара
6)	рендгенски преглед и снимање – по упуту	50 динара
7)	преглед на ултразвучном апарату – по упуту	100 динара
8)	Преглед – по упуту:	300 динара
	– на скенеру и остеодензитометру	900 динара
	– на PET скенеру (позитронска емисиона томографија),	600 динара
	– на магнетној резонанци	
9)	преглед и терапију у нуклеарној медицини – по упуту	150 динара
10)	остале дијагностичке услуге – по упуту (холтер, ендоскопија, ЕКГ, спирометрија и др.)	50 динара
11)	рехабилитацију у амбулантним условима (једнодневне терапијске услуге)	50 динара
12)	преглед и лечење у дневној болници – по дану	50 динара
13)	хируршке захвате ван операционе сале	50 динара
14)	кућно лечење – по дану	50 динара
15)	санитетски превоз који није хитан:	
	– на подручју општине, града	50 динара
	– ван општине на подручју филијале	100 динара
	– ван подручја филијале до здравствене установе у коју је осигурано лице упућено	150 динара
16)	хируршке корекције које имају за циљ корекцију урођених аномалија које проузрокују функционалне сметње и корекције након тешких повреда, односно болести које су неопходне за успостављање битних функција органа и делова тела	5% од утврђене цене хируршке интервенције а највише 30.000 динара

17)	имплантате за најсложеније и најскупље здравствене услуге у кардиологији, кардиохирургији, васкуларној хирургији и ортопедији	5% од утврђене цене имплантата, односно дела имплантата а највише 30.000 динара по операцији
18)	имплантате који нису обухваћени чланом 20. тачка 10) овог правилника и тачком 17) овог члана	20% од утврђене цене имплантата, односно дела имплантата а највише 30.000 динара по операцији
19)	<p>медицинско-техничка помагала:</p> <ul style="list-style-type: none"> – протетичка средства (протезе) – ортотичка средства (ортозе) – посебне врсте помагала и санитарне справе осим за концентратор кисеоника – помагала за омогућавање гласа и говора – ортопедске ципеле – наочаре и контактна сочива са диоптријом до ± 9 за лица старија од 18 година живота, ако нису на школовању – слушна помагала за лица старија од 18 година живота ако нису на школовању – акрилатна тотална и субтотална протеза код лица старијих од 65 година живота 	<p>10% од утврђене цене помагала, односно дела помагала</p> <p>10% од утврђене цене помагала</p> <p>10% од утврђене цене помагала, односно дела помагала</p> <p>10% од утврђене цене помагала</p> <p>20% од утврђене цене помагала</p> <p>10% од утврђене цене помагала</p> <p>10% од утврђене цене помагала</p> <p>35% од утврђене цене протезе</p>
20)	стоматолошки прегледи и лечење у вези са повредом зуба и костију лица	20% од утврђене цене услуге
21)	стоматолошки прегледи и лечење зуба пре операције срца и трансплантације органа и ткива	10% од утврђене цене услуге
22)	лечење компликација каријеса и вађење зуба као последице каријеса код деце до навршених 18 година живота односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година – по зубу након завршеног лечења	50 динара

23)	прегледе и лечење болести уста и зуба код деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота ако се не одазову на превентивне стоматолошке прегледе из члана 9, став 1, тачка 3) овог правилника	35% од утврђене цене услуге
24)	промену пола из медицинских разлога – по хируршкој интервенцији	35% од утврђене цене услуге

Члан 18.

Осигурано лице које плаћа партиципацију на основу члана 17. тач. 1) и 2) овог правилника не плаћа партиципацију утврђену у тач. 5) до 10) тог члана за време стационарног лечења.

Осигурано лице које плаћа партиципацију на основу члана 17. тачка 14) овог правилника не плаћа партиципацију за здравствене услуге обухваћене кућним лечењем које је оправдано и медицински неопходно из члана 11. став 1. тачка 9) овог правилника.

Патилац осигураног лица за време стационарног лечења, односно продужене рехабилитације осигураног лица, не плаћа партиципацију из члана 17. овог правилника.

Члан 19.

Партиципација за лекове утврђена је у Листи лекова.

Када лек са Листе лекова не може да се набави у апотеци са којом Републички фонд има закључен уговор, осигурано лице има право на накнаду вредности набављеног лека и то:

1) за лек набављен у Републици Србији у апотеци са којом Републички фонд нема закључен уговор, накнада вредности лека утврђује се у висини износа који за набављени лек Републички фонд плаћа апотеци са којом има закључени уговор уз умањење за износ партиципације утврђене у Листи лекова;

2) за лек набављен у иностранству накнада вредности лека утврђује се у динарској вредности лека према средњем званичном курсу који важи на дан исплате накнаде за купљени лек уз умањење за износ партиципације утврђене у Листи лекова.

IV. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА КОЈА СЕ ОБЕЗБЕЂУЈЕ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У ПУНОМ ИЗНОСУ БЕЗ ПЛАЋАЊА ПАРТИЦИПАЦИЈЕ

Члан 20.

Здравствена заштита која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, односно 100% од цене здравствене услуге обухвата:

- 1) мере превенције и раног откривања болести из члана 9. овог правилника;
- 2) прегледе и лечење у случају планирања породице, два покушаја вантелесног оплођења, трудноће, порођаја и у постнаталном периоду, укључујући и прекид трудноће из медицинских разлога;
- 3) прегледе, лечење и медицинску рехабилитацију у случају болести и повреда деце, ученика и студената до краја прописаног школовања а најкасније до навршених 26 година живота укључујући и медицинско – техничка помагала, односно старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју;

4) прегледи и лечење болести уста и зуба код деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања а најкасније до навршених 26 година живота, (осим компликација каријеса и вађења зуба као последица каријеса и ако се не одазову на превентивне стоматолошке прегледе из члана 9. став 1, тачка 3) овог правилника), старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју, осигураних лица из члана 12. став 1. тач. 10) и 11) овог правилника, жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја, прегледи и лечење болести уста и зуба у оквиру преоперативног и постоперативног третмана малигнух болести максилофацијалног предела, као и лица са урођеним или стеченим деформитетом лица и вилица (укључујући фиксни ортодонски апарат);

5) прегледе и лечење у вези са ХИВ инфекцијом и осталим заразним болестима за које је законом предвиђено спровођење мера за спречавање њиховог ширења;

6) прегледе и лечење од малигнух болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, прогресивних неуро-мишићних болести, церебралне парализе, параплегије, тетраплегије, трајне хроничне бубрежне инсуфицијенције код које је индикувана дијализа или трансплантација бубрега, цистичне фиброзе, системских аутоимуних болести, реуматске болести и њених компликација;

7) прегледе и лечење у вези са узимањем, давањем и разменом ткива и органа за трансплантацију од осигураних и других лица за обезбеђивање здравствене заштите осигураних лица;

8) прегледе, лечење и рехабилитацију због професионалних болести и повреда на раду;

9) пружање хитне медицинске и стоматолошке помоћи, као и хитан санитарски превоз;

10) медицинско-техничка помагала, имплантате и медицинска средства у вези са лечењем болести и повреда из овог члана;

11) концентратор кисеоника;

12) очне протезе, наочаре и контактна сочива са диоптријом преко ± 9 , телескопске наочаре и лупу.

Члан 21.

Привремено расељеним лицима са територије АП Косово и Метохија, којима је то својство утврдио надлежни републички орган, обезбеђује се остваривање здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу без плаћања партиципације.

Члан 22.

Осигурана лица којима се обезбеђује здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, без плаћања партиципације, јесу:

1) ратни војни инвалиди, мирнодопски војни инвалиди и цивилни инвалиди рата;

2) слепа лица и трајно непокретна лица, као и лица која остварују новчану накнаду за туђу помоћ и негу другог лица, у складу са законом;

3) добровољни даваоци крви који су крв дали десет и више пута, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинско–техничка помагала и имплантате;

4) добровољни даваоци крви који су крв дали мање од десет пута, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинско–техничка помагала и имплантате, у року од 12 месеци после сваког давања крви.

Члан 23.

Здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу без плаћања партиципације, обезбеђује се лицима која су својство осигураника у смислу Закона стекла као:

1) деца до навршених 18 година живота, школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година;

2) жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;

3) лица старија од 65 година живота;

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

5) лица у вези са лечењем од ХИВ инфекције или других заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, лица у терминалној фази, хроничне бубрежне инсуфицијенције, цистичне фиброзе, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболела од ретких болести, као и лица обухваћена здравственом заштитом у вези са давањем и примањем ткива и органа;

6) монаси и монахиње;

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

8) корисници сталних новчаних помоћи, као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице, по прописима о социјалној заштити;

9) незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са Законом;

10) корисници помоћи – чланови породице чији је хранилац на одслужењу војног рока;

11) лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици Србији;

12) жртве насиља у породици;

13) жртве трговине људима;

14) лица којима је надлежни републички орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ, ако испуњавају услов у погледу месечног прихода утврђеног у складу са Законом и ако имају боравиште на територији Републике Србије;

15) лица која су обухваћена обавезном имунизацијом у складу са прописима којима се уређује здравствена заштита становништва од заразних болести;

16) лица која су обухваћена циљаним превентивним прегледима односно скринингом према одговарајућим републичким програмима;

17) самохрани родитељ са децом до седам година живота чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са Законом;

Члановима уже породице осигураника из става 1. тач. 7)–9), 11), 14) и 17) овог члана обезбеђује се остваривање здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања, у пуном износу без плаћања партиципације, под условима прописаним Законом.

Члан 24.

Осигураницима из чл. 17. и 23. Закона, чији су приходи испод износа утврђених у члану 25. ст. 1 и 2. овог правилника, као и члановима њихових породица, здравствена заштита се обезбеђује у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања.

Члан 25.

Износ из члана 24. овог правилника, за осигураника који живи сам, утврђује се у висини минималне зараде у нето износу увећане за 30%, утврђене у складу са прописима о раду, у месецу подношења захтева из члана 27. овог правилника.

Износ из става 1. овог члана, за осигураника и чланове његове породице утврђује се у висини минималне зараде у нето износу по члану породице, утврђене у складу са прописима о раду, у месецу подношења захтева из члана 27. овог правилника.

Члановима породице у смислу овог правилника сматрају се: супружник или ванбрачни партнер, деца рођена у браку или ван брака, усвојена и пасторчад и деца узета на издржавање, као и родитељи, под условом да живе у заједничком домаћинству.

Члан 26.

Приходе из члана 24. овог правилника за осигураника и чланове његове породице чине приходи од:

- 1) зараде, пензије, као и уговорене накнаде свих чланова породице, у складу са законом;
- 2) пољопривреде и шумарства;
- 3) самосталне делатности;
- 4) капитала;
- 5) непокретности;
- 6) капиталне добити.

Приход из става 1. тачка 1) овог члана чини приход остварен у претходном календарском месецу пре подношења захтева.

Приход из става 1. тач. 2) до 6) овог члана чини приход остварен у претходној календарској години пре подношења захтева, односно последњи познат податак о том приходу који се води код надлежног органа прерачунат на месечни ниво.

Члан 27.

За обезбеђивање здравствене заштите у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања из члана 24. овог правилника, осигураник за себе и чланове своје породице подноси захтев матичној филијали.

Захтев из става 1. овог члана подноси се на „Обрасцу УП-1”, који је правоугаоног облика, димензија 210x297 mm, штампан црном бојом на папиру беле боје.

Образац захтева из става 2. овог члана одштампан је уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 28.

Уз захтев из члана 27. овог правилника, осигураник подноси доказе о оствареним приходима и то:

- 1) за зараду – потврду послодавца о висини исплаћене зараде;
- 2) за пензију – копију документа о исплаћеној пензији;
- 3) за уговорену накнаду – потврду исплатиоца о висини уговорене накнаде;
- 4) за приходе од пољопривреде и шумарства, самосталних делатности, капитала, непокретности и капиталне добити – уверење о висини прихода на који се плаћа порез, издато од надлежног органа према месту пребивалишта, односно боравишта, односно према месту непокретности или обављања самосталне делатности.

За чланове породице који не остварују зараду, пензију, односно уговорену накнаду, подносилац пријаве на здравствено осигурање доставља оверену копију радне књижице или извод из матичне евиденције републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање, осим за децу до краја прописаног школовања.

Члан 29.

Осигуранику за кога се утврди да испуњава услове из члана 25. овог правилника у вези са висином прихода, матична филијала издаје потврду на „Обрасцу УП-2” са роком важности до 31. децембра 2014. године.

Образац потврде из става 1. овог члана је правоугаоног облика димензија 210x297 mm, штампан црном бојом на папиру беле боје.

Потврда из става 1. овог члана издаје се за осигураника и у потребном броју примерака за чланове његове породице.

Образац потврде из става 2. овог члана одштампан је уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 30.

Осигураним лицима из члана 22. овог правилника, обезбеђује се здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, без плаћања партиципације, на основу оверене исправе о осигурању и решења надлежног органа, односно потврде здравствене установе, потврде одговарајућег удружења, односно другог одговарајућег доказа о основу за обезбеђивање здравствене заштите.

Осигураницима и члановима уже породице осигураника из члана 23. ст. 1. и 2. овог правилника, обезбеђује се здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, без плаћања партиципације, на основу оверене исправе о осигурању.

Привремено расељеним лицима са територије АП Косово и Метохија из члана 21. овог правилника, обезбеђује се здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, без плаћања партиципације, на основу оверене исправе о осигурању.

Осигураницима и члановима породице осигураника из члана 24. овог правилника, обезбеђује се здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, на основу оверене исправе о осигурању и потврде из члана 29. овог правилника.

Члан 31.

Здравствена заштита која се осигураном лицу обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања уз плаћање партиципације у пуном износу означава се шифром 000.

Члан 32.

Здравствена заштита која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, без плаћања партиципације, означава се следећим шифрама, и то:

– мере из члана 20. тачка 1) овог правилника	532
– прегледи и лечење из члана 20. тачка 2) овог правилника	512
– прегледи, лечење и медицинска рехабилитација из члана 20. тач. 3) и 4) овог правилника	511
– прегледи и лечење из члана 20. тач. 5) и 6) овог правилника	531
– прегледи и лечење из члана 20. тачка 7) овог правилника	521
– прегледи, лечење и рехабилитација из члана 20. тачка 8) овог правилника	538
– пружање хитне помоћи и хитан превоз из члана 20. тачка 9) овог правилника	539
– медицинско-техничка помагала, имплантати и средства из члана 20. тач. 10), 11) и 12) овог правилника	533

Члан 33.

Здравствена заштита која се обезбеђује привремено расељеним лицима са територије АП Косово и Метохија из члана 21. овог правилника, у пуном износу, без плаћања партиципације означава се шифром 501.

Здравствена заштита која се обезбеђује осигураним лицима у пуном износу, без плаћања партиципације означава се следећим шифрама:

– за осигурана лица из члана 22. тачка 1) овог правилника	513
– за осигурана лица из члана 22. тачка 2) овог правилника	515
– за осигурана лица из члана 22. тачка 3) овог правилника	522
– за осигурана лица из члана 22. тачка 4) овог правилника	540

Здравствена заштита која се обезбеђује осигураним лицима из члана 23. овог правилника, у пуном износу, без плаћања партиципације означава се следећим шифрама:

– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 1) овог правилника	231
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 2) овог правилника	232
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 3) овог правилника	233
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 4) овог правилника	234
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 5) овог правилника	235
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 6) овог правилника	236
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 7) овог правилника	237
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 8) овог правилника	238
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 9) овог правилника	239
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 10) овог правилника	240
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 11) овог правилника	241
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 12) овог правилника	244
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 13) овог правилника	245
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 14) овог правилника	242
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 15) овог правилника	246
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 16) овог правилника	247
– за осигуранике из члана 23. став 1. тачка 17) овог правилника	248
– за осигурана лица из члана 23. став 2. овог правилника	243

Члан 34.

Здравствена заштита која се осигураном лицу обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу из члана 24. овог правилника означава се шифром 001.

Члан 35.

Здравствена заштита која се осигураном лицу обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу из члана 39. овог правилника означава се шифром 111.

V. НАЈВИШИ ГОДИШЊИ ИЗНОС ПАРТИЦИПАЦИЈЕ, НАЧИН И ПОСТУПАК НАПЛАЋИВАЊА ПАРТИЦИПАЦИЈЕ

Члан 36.

Износ партиципације утврђене чланом 17. овог правилника за здравствену заштиту која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања и фиксног (номиналног) износа партиципације за лекове утврђене у Листи лекова, а које осигурано лице плаћа у току календарске године, може износити највише 1/2 месечне зараде осигураника, односно 1/2 пензије осигураника исплаћене за последњи месец у претходној календарској години.

За осигурана лица која нису остварила зараду, односно пензију из става 1. овог члана, највиши годишњи износ партиципације утврђује се у висини 1/2 просечне нето зараде у Републици Србији исплаћене у последњем месецу у претходној календарској години по подацима републичког органа надлежног за послове статистике.

У највиши годишњи износ партиципације из ст. 1. и 2. овог члана не урачунава се плаћена партиципација за имплантате, медицинска средства, медицинско техничка помагала и процентуално учешће за лекове са Листе лекова.

Члан 37.

Партиципацију утврђену овим правилником наплаћује давалац здравствене услуге после пружене здравствене услуге.

Давалац здравствене услуге дужан је да осигураном лицу изда рачун о наплаћеној партиципацији из става 1. овог члана,

Рачун из става 2. овог члана правоугаоног је облика са ознаком „Образац РП”, димензија 210x145 mm, штампан црном бојом на папиру беле боје.

Образац рачуна из става 2. овог члана попуњава се у два примерка од којих један примерак задржава издавалац рачуна.

Образац рачуна из става 2. овог члана одштампан је уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 38.

Партиципацију за лекове утврђену у Листи лекова наплаћује аптека приликом издавања лека, ако на обрасцу лекарског рецепта није назначено да се осигураном лицу лек обезбеђује у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања, без плаћања партиципације.

О наплаћеној партиципацији из става 1. овог члана, осигураном лицу аптека издаје фискални рачун.

Члан 39.

Ако осигурано лице у току календарске године плати износ партиципације већи од износа из члана 36. овог правилника, престаје да плаћа партиципацију када му матична филијала изда потврду о престанку плаћања партиципације.

Осигураном лицу за које се утврди да испуњава услове из става 1. овог члана матична филијала издаје потврду на „Обрасцу УП-3” о престанку плаћања партиципације до краја календарске године.

Образац потврде из става 2. овог члана је правоугаоног облика димензија 210x297 mm, штампан црном бојом на папиру беле боје.

Образац потврде из става 2. овог члана матична филијала издаје на захтев осигураног лица и на основу доказа о плаћеној партиципацији: рачуна, односно фискалног рачуна из члана 37. став 2. и члана 38. овог правилника.

Образац потврде из става 2. овог члана одштампан је уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 40.

Ако је плаћени износ партиципације у току календарске године већи од износа из члана 36. овог правилника, приликом издавања потврде из члана 39. овог правилника, матична филијала извршиће повраћај више плаћеног износа партиципације осигураном лицу.

Право на повраћај средстава уплаћених изнад највишег годишњег износа партиципације из става 1. овог члана утврђује се решењем матичне филијале.

Члан 41.

Уколико је плаћени износ партиципације већи од износа из члана 36. ст. 1. и 2. овог правилника, а осигурано лице није поднело захтев из члана 39. став 4. овог правилника, по истеку календарске године, на захтев осигураног лица, матична филијала извршиће повраћај више плаћеног износа партиципације на основу доказа о плаћеној партиципацији из члана 37. став 2. и члана 38. овог правилника (рачун, односно фискални рачун).

Право на повраћај средстава уплаћених изнад највишег годишњег износа партиципације из става 1. овог члана утврђује се решењем матичне филијале.

VI. ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 42.

Осигурана лица која на дан почетка примене овог правилника користе право на здравствену заштиту у складу са Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2013. годину („Службени гласник РС”, број 124/12), настављају да користе здравствену заштиту по одредбама овог правилника.

Члан 43.

Даном ступања на снагу овог правилника престаје да важи Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2013 годину („Службени гласник РС”, број 124/12).

Члан 44.

Овај правилник, по добијању сагласности Владе, ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

01/2 број 180-1206/13
У Београду, 9. децембра 2013. године
Управни одбор
Републичког фонда за здравствено осигурање
Председник,
др **Рајко Косановић**, с.р.