

Правилник о изменама и допунама Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања

*Правилник је објављен у „Службеном
гласнику РС”, бр. 46/2010 од 9.7.2010. године.*

Члан 1.

У Правилнику о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Службени гласник”, бр. 10/10 и 18/10 - исправка), у члану 1. бришу се речи: „стандард броја осигураних лица по једном изабраном лекару, начин и поступак избора,”.

Члан 2.

У члану 7. став 1. тачка 2) мења се и гласи: „за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 2) Закона - пријаву о пребивалишту, потврду изабраног лекара - гинеколога о планирању породице, трудноћи и порођају, а за материнство до 12 месеци након порођаја - извод из матичне књиге рођених за дете;”

У тачки 8) тачка и запета замењују се запетом и додају се речи: „а за децу без родитељског старања, за коју надлежни орган није донео акт (решење) о смештају у установу социјалне заштите или у другу породицу - потврду или другу врсту доказа надлежног органа са утврђеним идентификационим подацима о детету, до доношења решења;”.

Тачка 11) мења се и гласи: „За осигуранике из члана 22. став 1. тачка 11) Закона - личну изјаву да је лице ромске националности и пријаву боравка, односно личну изјаву о месту привременог боравка”.

У ставу 5. речи : „није остварио право на” замењују се речима: „нема основа за”.

Члан 3.

У члану 9. став 1. тачка 1) речи: “односно решење о потпуном губитку радне способности у смислу прописа о пензијском и инвалидском осигурању” бришу се.

Члан 4.

У члану 10. став 1. тачка б) тачка на крају се брише и додају се речи: „налаз органа вештачења по прописима о пензијском и инвалидском осигурању”.

Члан 5.

У члану 17. став 1, поднаслову „1.1. Здравствена заштита код давалаца услуга који обављају здравствену делатност на примарном нивоу”, чл. 18 - 22, 25 - 28, 31 - 33, 36, 39 - 41, поднаслову „1.3.Здравствена заштита код стационарних давалаца услуга”, чл. 43 - 53, чл. 58, 59, 61, 62, 64, 65, поднаслову “1.12. Заказивање специјалистичко-консултативних прегледа и коришћење здравствене заштите у приватној пракси и допунском раду код даваоца услуга”, чл. 66 - 70, чл. 74, 75, 88, 90, 92, 93, 99 - 101, 104 - 108, 115 - 118, 150. и 151. речи: “давалац услуге” замењују се речима: „здравствена установа” у одговарајућем падежу.

Члан 6.

У члану 19. став 3. после алинеје 5. додаје се алинеја 6. која гласи:
„осигурано лице које је у терминалној фази болести, непокретно, односно покретно уз помоћ других лица, у зависности од година живота, има изабраног лекара из става 1. тач. (1) или (2) овог члана у служби кућног лечења, ако је служба кућног лечења организована у здравственој установи која обавља здравствену делатност на примарном нивоу.”

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

„Лекар из става 1. овог члана као осигурано лице дужан је да изабере другог лекара као свог изабраног лекара у складу са Законом и овим правилником.”

Досадашњи став 4. постаје став 5.

Члан 7.

У члану 21. речи „став 4.” замењују се речима: „став 5.”

Члан 8.

У члану 34. после става 1. додају се ст. 2. и 3. који гласе:

„Изабрани лекар дужан је да осигураном лицу пружи хитну здравствену заштиту одмах, без одлагања, а здравствену заштиту која није хитна дужан је да пружи осигураном лицу најкасније у року од 15 дана од дана јављања осигураног лица у здравствену установу

Ако изабрани лекар не може да пружи осигураном лицу здравствену заштиту која није хитна у року из става 2. овог члана, здравствена установа дужна је да осигураном лицу обезбеди здравствену заштиту код другог лекара у истом року.”

Члан 9.

У члану 35. став 4. брише се.

Члан 10.

Члан 36. брише се.

Члан 11.

У члану 39. став 1. бришу се речи: „који важи најдуже 30 дана од дана издавања”.

Члан 12.

После члана 39. додаје се нови члан 39а који гласи:

„Члан 39а

Изабрани лекар упућује осигурано лице интерним упутом на преглед код доктора медицине - специјалисте одговарајуће гране медицине у здравствену установу на примарном нивоу код кога осигурано лице има изабраног лекара, или другу здравствену установу на подручју филијале која обавља здравствену делатност на примарном нивоу, ако је таква здравствена услуга прописана актом којим се уређује номенклатура здравствених услуга које се обављају на примарном нивоу здравствене заштите.

Изабрани лекар упућује осигурано лице на специјалистичко-консултативни преглед у здравствену установу која обавља здравствену делатност на секундарном, односно терцијарном нивоу здравствене заштите, на основу мишљења доктора медицине-специјалисте одговарајуће гране медицине из здравствене установе која обавља здравствену делатност на примарном нивоу.

Ако здравствене услуге доктора медицине-специјалисте нису прописане актом којим се уређује номенклатура здравствених услуга које се обављају на примарном нивоу здравствене заштите, изабрани лекар упућује осигурано лице у здравствену установу која обавља здравствену делатност на секундарном, односно терцијарном нивоу, без претходно прибављеног мишљења доктора медицине - специјалисте одговарајуће гране медицине из става 2. овог члана.”

Члан 13.

Члан 40. мења се и гласи: „Са упутом лекару специјалисти, осигурано лице остварује право на све специјалистичко-консултативне прегледе и неопходну дијагностику који су потребни да би лекар специјалиста поставио дијагнозу, односно сачинио лекарски извештај, а који се могу пружити у тој здравственој установи, као и на контролне прегледе у року од шест месеца од дана првог јављања лекару специјалисти у тој здравственој установи.

Право на специјалистичко-консултативне прегледе и неопходну дијагностику из става 1. овог члана осигурано лице остварује на основу интерних упута лекара специјалиста по чијим захтевима се обављају специјалистичко-консултативни прегледи, односно неопходна дијагностика.

Лекар специјалиста обавезно у свом извештају из става 1. овог члана, доставља изабраном лекару образложен налаз, оцену и мишљење са упутством о даљем лечењу осигураног лица.”

Члан 14.

У члану 43. став 1. мења се и гласи: „Осигурано лице са упутом изабраног лекара остварује право на стационарно лечење у најближој здравственој установи на подручју филијале.”

После става 1. додаје се став 2. који гласи: “Изузетно од става 1. овог члана, пружање хитне медицинске помоћи и наставак лечења после пружене хитне медицинске помоћи, осигурано лице остварује и без упута изабраног лекара.”

Досадашњи став 2. постаје став 3.

После става 3. додају се ст. 4. и 5. који гласе: „Осигурано лице остварује здравствену услугу хемиотерапије, односно радиотерапије у здравственој установи у стационарним условима или у дневној болници, на основу упута који издаје изабрани лекар.

Упут изабраног лекара из става 4. овог члана важи за све време док се осигураном лицу пружа здравствена услуга хемиотерапије, односно радиотерапије у истој здравственој установи, без обзира на број и динамику циклуса хемиотерапије, односно радиотерапије.”

Члан 15.

После члана 44. додају се чл. 44а и 44б који гласе:

„Члан 44а

Ако здравствена установа код које се осигурано лице налази на стационарном лечењу не може да пружи одговарајуће здравствене услуге неопходне за постављање дијагнозе и лечење осигураног лица, дужна је да осигураном лицу обезбеди у другим здравственим

установама одговарајућу дијагностику и специјалистичко-консултативне прегледе.

Обезбеђивање дијагностике и специјалистичко-консултативних прегледа у другим здравственим установама из става 1. овог члана, врши се на основу интерног упута здравствене установе код које се осигурано лице налази на стационарном лечењу, а уз који се доставља и фотокопија упута изабраног лекара за стационарно лечење из члана 43. став 1. овог правилника .

Интерни упут из става 2. овог члана садржи прецизно постављен захтев у вези са потребном дијагностиком и специјалистичко-консултативним прегледима осигураног лица.

Ако се осигурано лице у случају из става 1. овог члана, упућује у здравствену установу ван подручја филијале, здравствена установа у којој се осигурано лице налази на стационарном лечењу, поред упута из става 2. овог члана, службеним путем прибавља и оцену лекарске комисије матичне филијале осигураног лица за упућивање у здравствену установу ван подручја филијале.

Члан 44б

Ако је здравствено стање осигураног лица такво да у току стационарног лечења или по завршеном стационарном лечењу, захтева да се одмах лечење настави у другој здравственој установи на подручју матичне филијале, упућивање осигураног лица се врши директно интерним упутом који издаје здравствена установа у којој се осигурано лице налази на стационарном лечењу.

Уз интерни упут из става 1. овог члана, здравствена установа доставља копију упута изабраног лекара на основу кога је осигурано лице до тада лечено и копију отпусне листе са епикризом и констатацијом о потреби и разлозима за директно упућивање у другу здравствену установу.

Ако се друга здравствена установа у коју се осигурано лице директно упућује на стационарно лечење из става 1. овог члана, налази ван подручја матичне филијале осигураног лица, поред упута из става 2. овог члана, здравствена установа у којој се осигурано лице стационарно лечи службеним путем прибавља и оцену лекарске комисије за упућивање на стационарно лечење у здравствену установу ван подручја филијале.”

Члан 16.

У члану 46. став 3. брише се.

Постојећи ст. 4 - 10 постају ст. 3 - 9.

У ст. 5. и 6. речи: „става 5.”, замењују се речима : „става 4.”.

У ставу 7. речи: „става 7.”, замењују се речима : „става 6.”.

У ставу 8. речи: „става 7, односно 8.” замењују се речима: „става 6, односно 7.”, а речи „става 5” замењују се речима „става 4.”.

У ставу 9. речи: „става 9.” замењују се речима: „става 8.”.

Члан 17.

После члана 52 додаје се ново поглавље „1.6.a Превоз санитетским возилом” и члан 52а који гласи:

„Члан 52а

Употребу санитетског возила и налог за коришћење санитетског возила дају: изабрани лекар, односно лекарска комисија, у складу са овлашћењима која имају на основу Закона и овог правилника.

Уз упут који изабрани лекар издаје осигураном лицу за коришћење здравствене заштите у складу са законом и овим правилником, у зависности од здравственог стања осигураног лица, изабрани лекар одређује и издаје налог за употребу санитетског возила за превоз осигураног лица.

Оцена лекарске комисије о потреби упућивања осигураног лица на лечење или продужену рехабилитацију, садржи и оцену о употреби санитетског возила, ако то захтева здравствено стања осигураног лица, складу са законом и овим правилником.

Оцена лекарске комисије из става 3. овог члана представља налог за коришћење санитетског возила.

Ако је осигураном лицу одобрена употреба санитетског возила и право на пратиоца у путу, пратилац може да користи за превоз санитетско возило ако је то технички изводљиво, односно ако то није могуће, пратилац има право на накнаду трошкова превоза у складу са Законом и овим правилником.

Санитетски превоз из ст. 2 и 3. овог члана обезбеђује осигураном лицу здравствена установа у којој осигурано лице има изабраног лекара, односно завод за хитну медицинску помоћ, ако је такав завод организован за подручје филијале.”

Члан 18.

У члану 53. после става 1. додаје се став 2. који гласи: „Ако се осигураном лицу пружа здравствена заштита у смислу члана 44а став 1. и члана 44б став 1, превоз санитетским возилом обезбеђује стационарна здравствена установа у којој се осигурано лице налази на лечењу, самостално или преко друге здравствене установе.”

Члан 19.

После члана 53. додаје се члан 53а који гласи:

„Члан 53а

На основу мишљења из отпусне листе о потреби превоза осигураног лица санитарским возилом до места становања, по завршеном стационарном лечењу, на захтев стационарне здравствене установе санитарско возило обезбеђује здравствена установа код које осигурано лице има изабраног лекара, односно завод за хитну медицинску помоћ ако је такав завод организован на подручју матичне филијале.

Ако се осигурано лице враћа у место становања после завршеног стационарног лечења ван подручја матичне филијале, стационарна здравствена установа службеним путем доставља предлог лекарској комисији за одобравање употребе санитарског возила с обзиром на здравствено стање осигураног лица. На основу оцене лекарске комисије, употребу санитарског возила обезбеђује здравствена установа код које осигурано лице има изабраног лекара, односно завод за хитну медицинску помоћ ако је такав завод основан на подручју филијале.”

Члан 20.

У члану 55. после става 3. додаје се став 4. који гласи: „Осигураном лицу у терминалној фази болести, непокретном, односно покретном уз помоћ других лица обезбеђује се кућно лечење.”.

Члан 21.

После члана 56 додаје се члан 56а који гласи:

„Члан 56а

О пруженим здравственим услугама у лечењу осигураног лица које је привремено неспособно за кретање у смислу члана 55. ст. 2. и 3. овог правилника, лекар у служби кућног лечења извештава изабраног лекара који у здравствени картон осигураног лица уноси све податке о лечењу и пруженим здравственим услугама, издаје налоге за медицинско-техничка помагала и сл.

Ако у налазу лекара специјалисте или у отпусној листи после стационарног лечења није прописана терапија, лекар из службе кућног лечења из става 1. овог члана, даје предлог за терапију лековима, на основу којег, изабрани лекар издаје рецепт, односно налог за лекове са Листе лекова, а служба кућног лечења осигураном лицу доставља рецепт, односно спроводи терапију према налогу.”

Члан 22.

После члана 61. додаје се ново поглавље „1.8.a Трансплантација органа и ткива” и нови чл. 61а, 61б и 61в који гласе:

“Члан 61а

Давалац органа или ткива има право на здравствену заштиту на терет средстава обавезног здравственог осигурања ако је дао орган или ткиво за ону врсту трансплантације која се као право обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања као и у току припреме за трансплантацију и опоравка после обављене трансплантације.

Здравствену заштиту из става 1. овог члана давалац органа или ткива, остварује у здравственој установи у амбулантно-поликлиничким или стационарним условима, без упута изабраног лекара, у оквиру здравствене заштите осигураног лица које је прималац органа или ткива.

Давалац органа или ткива за потребе трансплантације органа или ткива осигураном лицу, остварује права из ст. 1 и 2. овог члана, без обзира да ли има својство осигураног лица.

Члан 61б.

Трошкови здравствене заштите даваоца органа или ткива из члана 61а став 1. овог правилника посебно се исказују у оквиру фактуре за трошкове здравствене заштите примаоца органа или ткива.

Члан 61в

Давалац органа или ткива има право на трошкове превоза у вези са здравственом заштитом из члана 61а овог правилника, у оквиру здравствене заштите осигураног лица које је прималац органа или ткива, без обзира да ли има својство осигураног лица.”

Члан 23.

У члану 64. после става 1. додаје се нови став 2. који гласи: „Здравствена услуга за коју се у здравственој установи утврђује листа чекања, осигураном лицу се пружа на основу истог упута изабраног лекара, односно оцене лекарске комисије филијале, на основу којег је осигурано лице стављено на листу чекања, без обзира на време пружања здравствене услуге.”

Досадашњи ст. 2 - 4. постају ст. 3 - 5.

У ставу 4. речи: „става 2.” замењују се речима „става 3”.

Члан 24.

У члану 66. став 1. речи: „став 2.” замењују се речима: „став 3.”

Члан 25.

У члану 68. став 1. иза речи: „дужан да” додају се речи: „ на лекарском упуту упише и печатом овери датум заказаног прегледа или да му”.

Члан 26.

У члану 69. став 1. речи: „издата потврда из члана 68. овог правилника” замењују се речима: “на лекарском упуту уписан датум заказаног прегледа, односно издата потврда у смислу члана 68. став 1. овог правилника”.

У ставу 4 , у алинеја 1, иза речи: „заказивања прегледа” додају се речи “или упут за преглед у здравственој установи са потврдом из члана 68. став 1. овог правилника;”

У ставу 4, алинеја 2 брише се.

Досадашње ал. 3 - 5 постају ал. 2 - 4.

Члан 27.

Члан 70. став 2. мења се и гласи: „Трудница има право на рефундацију трошкова из става 1. овог члана, за здравствене услуге, дијагностику, лек, односно медицинско средство ако јој нису обезбеђени у року од три дана од дана јављања здравственој установи, а спадају у обим и садржај здравствене заштите који се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања.”

Члан 28.

У члану 74. после става 2. додаје се став 3. који гласи: „После завршеног стационарног лечења, приликом отпуста, стационарна здравствена установа дужна је да осигураном лицу обезбеди лекове у количини потребној до првог јављања изабраном лекару, а најдуже за период од пет дана.”

Члан 29.

У члану 88. после става 1. додаје се став 2. који гласи: “Изузетно од става 1. овог члана, у случају да потврда о потреби путовања није оверена печатом здравствене установе, потписом и факсимилом лекара, докази за исплату накнаде трошкова превоза из члана 87. став 2. овог правилника јесу:

1) потврда о заказивању здравствене услуге и друга медицинска документација о пруженој здравственој услузи;

2) превозна карта или доказ о цени превоза (потврда превозника или ценовник превозника).”

Члан 30.

У члану 109. став 1. тачки 22. речи: „до ОЛК-34;” замењују се речима: „ до ОЛК-40;”.

Члан 31.

У члану 115. став 6. брише се.

Члан 32.

У члану 142. после речи „ОЛК-27” додају се речи „ и ОЛК-27/а,”.

Члан 33.

У члану 144. иза речи: „став 3.” додају се речи: „и чланом 108.”.

Члан 34.

У члану 146. иза речи: „ОЛК-34” додаје се запета и речи:” ОЛК-35 и ОЛК-36”.

Члан 35.

После члана 146. додају се чл 146а и 146б који гласе:

„Члан 146а

На Обрасцу ОЛК-37 и ОЛК-38 првостепена лекарска комисија даје оцену о испуњености услова за накнаду трошкова лечења осигураног лица и за купљени лек.

Члан 146б

На Обрасцу ОЛК-39 и ОЛК-40 првостепена лекарска комисија даје оцену о лечењу дијализом у кућним условима.”

Члан 36.

У члану 147. речи: „ОЛК-1 до ОЛК-34” замењују се речима: „ОЛК-1 до ОЛК-40”, а речи: „чл. 130-146.” замењују се речима: „чл. 130 - 146б.”.

Члан 37.

Образац ИЛ из члана 110. овог правилника мења се.

Члан 38.

Образац ПЗ из члана 126. овог правилника мења се.

Члан 39.

Обрасци ОЛК-5, ОЛК-7 и ОЛК-8 из члана 132. овог правилника мењају се.

Члан 40.

После обрасца ОЛК-27 додаје се образац ОЛК-27/а из члана 142. овог правилника.

Члан 41.

Обрасци ОЛК-30 и ОЛК-31 из члана 144. овог правилника, мењају се.

Члан 42.

После обрасца ОЛК-34 из члана 146. овог правилника, додају се обрасци ОЛК-35 и ОЛК-36 из члана 146., обрасци ОЛК-37 и ОЛК-38 из члана 146а и обрасци ОЛК-39 и ОЛК-40 из члана 146б овог правилника.

Члан 43.

Управни одбор Републичког завода утврдиће пречишћен текст Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања, који се објављује у “Службеном гласнику Републике Србије”.

Члан 44.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику РС”.

01/2 број 54-2016/10

У Београду, 23. јуна 2010. године

Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање

Председник,

др Рајко Косановић, с.р.

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ
ОЦЕНЕ:

ДОСТАВИТИ:

1. осигуранику
2. изабраном лекару
3. филијали
4. послодавцу

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)
2. _____
(потпис и факсимил)
3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале није дозвољен, јер је оцена Првостепене лекарске комисије коначна.

1. Ако осигураник није задовољан оценом Првостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење.

2. Ако осигураник прима новчану накнаду по основу незапослености, а није задовољан оценом Првостепене лекарске комисије, може захтевати да му Национална служба за запошљавање изда решење.

На основу члана 155. став 1. тачка 1) и 172. став 2. Закона о здравственом осигурању (“Сл. гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, на основу медицинске документације и непосредног прегледа осигураника

’
из
’

ДОСТАВИТИ:

1. осигуранику
2. изабраном лекару
3. филијали
4. послодавцу

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)
2. _____
(потпис и факсимил)
3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној
лекарској комисији Филијале, Ул.

_____, може се изјавити у року од 3
дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске
комисије.

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању (“Сл.
гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена
лекарска комисија, на основу медицинске документације

даје следећу

ОЦЕНУ

Осигурано лице

(име и презиме)

из _____, ЛБО: _____,

(адреса)

не лечи се од болести и члана 22. став 1. тачка 5. Закона о
Здравственом осигурању.

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ

ОЦЕНЕ: _____

1. Осигураном лицу _____ из _____ ,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: [|||||] , **НЕ ПРИПАДА** накнада трошкова
превоза на

основу члана 104. став 3. Закона о здравственом осигурању.

2. Пратиоцу осигураног лица _____
(име и презиме пратиоца)

из _____ , **НЕ ПРИПАДА** припада накнада
трошкова превоза на основу
(адреса)

члана 108. Закона о здравственом осигурању.

3.
ОБРАЗЛОЖЕЊЕ
ОЦЕНЕ:

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)
2. _____
(потпис и факсимил)
3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној
лекарској комисији Филијале, Ул. _____,
може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене
Првостепене лекарске комисије.

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Ако осигурано лице није задовољно оценом Првостепене лекарске комисије, може изјавити Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

На основу члана 155. став 1. тачке 10. Закона о здравственом осигурању (“Сл. гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија на основу медицинске документације и прегледа осигураног лица

_____, ЛБО:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(име и презиме)

даје следећу

О Ц Е Н У

1. ПОСТОЈЕ СМЕТЊЕ у погледу здравственог стања осигураног лица за коришћење здравствене заштите за време приватног - службеног боравка у иностранству

Потврда о коришћењу здравствене заштите у иностранству се може издати јер осигурано лице не болује од акутне болести, хроничне болести у акутној фази и других поремећаја здравственог стања које захтевају лечење или стални лекарски надзор.

2.

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ

(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној
лекарској комисији Филијале, Ул.

_____, може се изјавити у року од 3
дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске
комисије.

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању (“Сл.
гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05-исправка) и члана 59.
Правилника о начину и поступку остваривања права из
обавезног здравственог осигурања, Првостепена лекарска
комисија, решавајући по предлогу стручног конзилијума или
лекара специјалисте

(назив здравствене установе)

даје следећу

О Ц Е Н У

Сагласна да се

(име и презиме осигураног лица)

из _____, ЛБО:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

,
(адреса)

лечи _____ у кућним _____,
дијализом _____ условима од _____,
(врста дијализе) (датум почетка кућне дијализе)

на апарату _____.
(назив апарата ако се ради о хемодијализи)

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)
2. _____
(потпис и факсимил)
3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној
лекарској комисији Филијале, Ул.

_____, може се изјавити у року од 3
дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске
комисије.

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању (“Сл.
гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05-исправка) и члана 59.
Правилника о начину и поступку остваривања права из
обавезног здравственог осигурања, Првостепена лекарска
комисија, решавајући по предлогу стручног конзилијума или
лекара специјалисте

(назив здравствене установе)

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Није сагласна да се

(име и презиме осигураног лица)

из

_____, ЛБО:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(адреса)

лечи
дијализом

у кућним
условима.

(врста
дијализе)

2.
ОБРАЗЛОЖЕЊЕ
ОЦЕНЕ

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. матичној филијали

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)
2. _____
(потпис и факсимил)
3. _____
(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној
лекарској комисији Филијале, Ул.

_____, може се изјавити у року од 3
дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске
комисије.

_____	Образац ПЗ
(здравствена установа)	

(место)	

(број и датум)	
ПОТВРДА	

Осигураном лицу _____ из _____ ,
(име и презиме) (место)
_____, ЛБО _____ ,
(адреса)
број здравствене књижице/потврде _____ ,
здравствена установа _____ није

_____ могла
(назив здравствене услуге)
од 30 дана од дана јављања са лекарским упутом изабраног лекара из следећих
разлога: _____
_____ .
Потврда се издаје на основу Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (“Службени гласник РС” _____).
М.П. _____ (потпис директора здравствене установе, односно овлашћеног лица)

По сравању са изворним текстом, утврђено је да се у Правилнику о изменама и допунама Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања објављеном у “Службеном гласнику РС”, број 46/10, поткрала грешка, па се на основу члана 9. Закона о објављивању закона и других прописа и општих аката и о издавању “Службеног гласника Републике Србије” (“Службени гласник РС”, бр. 72/91 и 22/93), даје

Исправка Правилника о изменама и допунама Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања

*Исправка је објављена у “Службеном
гласнику РС”, бр. 52/2010 од 28.7.2010.
године.*

У Правилнику о изменама и допунама Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (“Службени гласник РС”, број 46/10) врши се исправка:

- у члану 7. број: “19.” замењује се бројем: “21.”;
- у члану 28. речи: “после става 7. додаје се став 8.” замењују се речима: “после става 2. додаје се став 3.”;

- у члану 35. у тексту члана 146б после речи: “лекарска” додаје се реч “комисија”.

- Из Републичког завода за здравствено осигурање

На основу члана 141. став 4, члана 146. став 4. и члана 149. став 3. Закона о здравственом осигурању (“Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05 - исправка),

Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање, на седници одржаној 7. септембра 2010. године, донео је

Правилник о изменама и допунама Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања

*Правилник је објављен у “Службеном
гласнику РС”, бр. 80/2010 од 2.11.2010.
године.*

Члан 1.

У Правилнику о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (“Службени гласник”, бр. 10/10, 18/10 - исправка, 46/10 и 52/10 - исправка), (у даљем тексту: Правилник), после члана 38. додаје се ново поглавље “Лекар у приватној пракси” и нови чл. 38а - 38д који гласе:

“Члан 38а

Осигурано лице може да код доктора медицине или доктора медицине специјалисте из области опште медицине, односно специјалисте медицине рада; доктора медицине специјалисте педијатрије; доктора медицине специјалисте гинекологије и доктора стоматологије који је запослен на неодређено време са пуним радним временом у дому здравља основаним средствима у приватној својини, односно у одређеном облику приватне праксе (у даљем тексту: лекар у приватној пракси), оствари одређена права из здравственог осигурања у складу са овим правилником.

Одређена права из здравственог осигурања у складу са овим правилником, осигурано лице може да остварује само код једног

лекара у приватној пракси из гране медицине наведене у ставу 1. овог члана, најмање у току једне календарске године.

Осигурано лице потписује изјаву да ће одређена права из здравственог осигурања у складу са овим правилником остваривати код лекара у приватној пракси из става 2. овог члана.

Републички завод, односно филијала закључује уговор на период од најмање једне календарске године са домом здравља основаним средствима у приватној својини, односно са одређеним обликом приватне праксе.

Члан 38б

Лекар у приватној пракси из члана 38а овог правилника, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона, може да:

1) упути осигурано лице, према медицинским индикацијама на амбулантно-специјалистичке прегледе у одговарајућу здравствену установу, односно код другог правног субјекта са којима су Републички завод, односно филијала закључили уговор о пружању здравствене заштите, и на основу тока лечења усклади мишљење и предлоге за наставак лечења осигураног лица, као и да упути осигурано лице у здравствену установу, односно код другог правног субјекта на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, са којим су Републички завод, односно филијала закључили уговор о пружању здравствене заштите;

2) упути осигурано лице на стационарно лечење, односно на специјализовану рехабилитацију, када је то оправдано и медицински неопходно у здравствене установе на подручју матичне филијале, односно ван подручја матичне филијале са којима је Републички завод закључио уговор о пружању здравствене заштите;

3) пропише лекове и медицинска средства као и одређене врсте медицинско-техничких помагала;

4) утврди дужину привремене спречености за рад због болести и повреде осигураника до 30 дана спречености за рад и предложи првостепеној лекарској комисији продужење привремене спречености за рад, осим ако законом није друкчије одређено;

5) предложи првостепеној лекарској комисији да утврди потребу за рад осигураника са скраћеним радним временом у току лечења;

б) утврди потребу да осигурано лице има пратиоца за време путовања;

7) утврди потребу одсуствовања осигураника са посла ради неге члана уже породице у складу са чланом 79. став 1. закона којим се уређује обавезно здравствено осигурање;

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

9) да мишљење о здравственом стању осигураног лица на основу чега се издаје потврда о здравственом стању осигураног лица ради коришћења здравствене заштите у иностранству;

10) одреди употребу и врсту превозног средства за превоз осигураног лица ради остваривања здравствене заштите, с обзиром на његово здравствено стање.

Поред послова из става 1. овог члана лекар у приватној пракси може да одреди старост трудноће ради остваривања права за 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 у складу са прописима о запошљавању и осигурању за случај незапослености.

Лекар у приватној пракси дужан је да води посебну медицинску документацију о лечењу и здравственом стању осигураног лица, у складу са законом.

Члан 38в

Права из члана 38б овог правилника код лекара у приватној пракси, осигурано лице остварује у складу са законом којим се уређују права из здравственог осигурања и прописима донетим за спровођење тог закона.

При остваривању права из члана 38б овог правилника код лекара у приватној пракси, осигурано лице дужно је да да писмену изјаву о томе да иста права на терет средстава обавезног здравственог осигурања није остварио код изабраног лекара у складу са законом којим се уређују права из здравственог осигурања и прописима донетим за спровођење тог закона.

Писмену изјаву из става 1. овог члана лекар у приватној пракси чува у медицинској документацији о лечењу и здравственом стању осигураног лица из члана 38б овог правилника.

Члан 38г

Осигурано лице дужно је да код прве посете свом изабраном лекару у складу са законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање, изабраном лекару достави извештај, односно извод из медицинске документацију о правима из здравственог осигурања из члана 38б овог правилника која је остварио код лекара у приватној пракси.

Извештај, односно извод из медицинске документације из става 1. овог члана осигураном лицу даје лекар у приватној пракси.

Податке из става 1. овог члана изабрани лекар уноси у здравствени картон осигураног лица.

Члан 38д

Осигурано лице из својих средстава сноси трошкове посете лекару у приватној пракси, односно пружених здравствених услуга од стране лекара у приватној пракси ради остваривања права из обавезног здравственог осигурања из члана 38б овог правилника.”

Члан 2.

После члана 46. додаје се ново поглавље: “1.4а Здравствена заштита ван места пребивалишта”.

Члан 3.

Члан 47. мења се и гласи: “Осигурано лице које привремено борави ван места пребивалишта, остварује здравствену заштиту у месту привременог боравка у здравственој установи на примарном нивоу, без промене изабраног лекара.

Здравствена заштита на примарном нивоу коју осигурано лице остварује ван места пребивалишта у складу са ставом 1. овог члана, обухвата дијагностику и лечење, укључујући прописивање лекова на рецепт или налог, медицинску рехабилитацију, прописивање медицинско-техничких помагала која се прописују на месечном нивоу и сл.

Здравствену заштиту из става 2. овог члана осигурано лице остварује на основу оверене исправе о осигурању. Право на прописивање лекова на рецепт или налог, као и право на медицинско-техничка помагала које се прописује на месечном нивоу, осигурано лице остварује и на основу личне изјаве да му за исти период изабрани лекар није прописао лекове, односно медицинско-техничка помагала.”

Члан 4.

После члана 47. додају се чл. 47а, 47б и 47в који гласе:

“Члан 47а

Осигурано лице које привремено борави ван места пребивалишта, остварује здравствену заштиту на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у месту привременог боравка када је то медицински индиковано на основу упута лекара из здравствене установе примарне здравствене заштите из члана 47. овог

правилника, у случају акутног стања или акутног погоршања хроничне болести осигураног лица.

Изузетно од става 1. овог члана, хитну здравствену заштиту осигурано лице остварује без упута лекара из здравствене установе примарне здравствене заштите.

Члан 47б

“Здравствену заштиту из чл. 47 и 47а овог правилника, осигурано лице остварује на начин и по поступку који се примењују за осигурана лица филијале на чијем се подручју налази здравствена установа која пружа здравствену заштиту.

Члан 47в

На продужену рехабилитацију осигураног лица које привремено борави ван места пребивалишта, примењује се одредба члана 49. овог правилника.”.

Члан 5.

У члану 48. став 1. мења се и гласи: “Осигурана лица из члана 21. овог правилника здравствену заштиту остварују на начин и по поступку који се примењују за осигурана лица филијале на чијем се подручју налази здравствена установа која пружа здравствену заштиту”.

Члан 6.

Члан 90. мења се и гласи:

Републички завод јединственим идентификационим бројем лекара (у даљем тексту: ИД број) овлашћује лекара да осигураним лицима Републичког завода обезбеди остваривање права из здравственог осигурања на терет средстава обавезног здравственог осигурања у складу са овим правилником.

ИД број се додељује изабраном лекару који је доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста медицине рада, доктор медицине специјалиста педијатрије, доктор медицине специјалиста гинекологије и доктор стоматологије у здравственој установи која обавља здравствену делатност на примарном нивоу и у установи социјалне заштите.

ИД број додељује се лекару у приватној пракси у дому здравља основаном средствима у приватној својини, односно у одређеном облику приватне праксе са којима је Републички завод закључио уговор.

ИД број додељује се лекару у другом облику обављања здравствене службе -приватна пракса са којим је Републички завод

закључио уговор о прописивању лекова са Листе лекова - Листа А и Листа А1.

ИД број додељује се лекару специјалисти коме је изабрани лекар пренео овлашћење у складу са Законом за прописивање лекова на обрасцу лекарског рецепта за ТБЦ и ХИВ.

ИД број додељује се лекару специјалисти у здравственој установи секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите само за прописивање лекова на Обрасцу N1 и N2 у складу са овим правилником.

ИД број додељује се лекару специјалисти за прописивање медицинско-техничких помагала у складу са општим актом Републичког завода којим се уређују медицинско-техничка помагала.

Изузетно, од ст. 1 - 7. овог члана директор Републичког завода, у случају израженог јавног интереса додељује ИД број лекару друге специјалности, о чему се закључује посебан уговор.

ИД број додељује се лекару из ст. 2, 5. и 6. овог члана који је уговорени радник у тој здравственој установи у смислу Правилника о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад.

Један лекар може имати један ИД број, који се лекару додељује на неодређено време, у складу са овим правилником.

ИД број се додељује и лекару који замењује изабраног лекара, уколико му раније није додељен ИД број у смислу одредаба овог правилника, ради привременог коришћења за време док замењује изабраног лекара.”

Члан 7.

У члану 97. став 1. после тачке 2. додаје се тачка 3. која гласи: “3. специјализација и друге академске титуле,”.

Постојећа тачка 3. постаје тачка 4.

Став 2. мења се и гласи:

“ - I - доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста медицине рада;

- II - доктор медицине специјалиста педијатрије;

- III - доктор медицине специјалиста гинекологије;

- IV - доктор стоматологије;

- V - лекар специјалиста на кога је изабрани лекар пренео овлашћења за прописивање лекова на рецепт (за ТБЦ и ХИВ);

- VI - лекар специјалиста за прописивање лекова на Обрасцу N1 и N2;

- VII - лекар у приватној пракси;

- VIII - лекар специјалиста за прописивање медицинско-техничких помагала.”

Члан 8.

У члану 100. после става 5. додају се ст. 6. и 7. који гласе:

“Лекар у приватној пракси користи ИД број само за остваривање права осигураних лица из здравственог осигурања из члана 38б овог правилника.

Лекар специјалиста из члана 90. став 7. овог правилника, користи ИД број само за прописивање медицинско-техничких помагала.”

Постојећи став 6. постаје став 8.

Члан 9.

У члану 109. став 1. после тачке 15. додаје се тачка 15а која гласи:

“15а Потврда о потреби путовања у циљу остваривања здравствене заштите - Образац ОЗ-11-ЛК.”

Члан 10.

У члану 123. став 1. тачка на крају се брише и додају речи: “и ОЗ-11-ЛК.”.

У ставу 2. речи: “Образац из става 1. овог члана је лист” замењују се речима: “Обрасци из става 1. овог члана су листови”.

После става 2. додаје се став 3. који гласи: “Образац ОЗ-11-ЛК” из става 1. овог члана попуњава се и штампа преузимањем електронским путем из Матичне евиденције о остваривању права осигураних лица (МЕОП-а), коју води Републички завод.

Члан 11.

После Обрасца ОЗ-11 додаје се Образац ОЗ-11-ЛК из члана 123. овог правилника.

Члан 12.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у “Службеном гласнику Републике Србије”.

01/2 број 54-2898/10

У Београду, 7. септембра 2010. године

Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање

Председник,

др **Рајко Косановић**, с.р.

заокружити

ПОДАЦИ О ИЗВРШЕНОМ ПРЕГЛЕДУ - ЛЕЧЕЊУ

1. Датум _____ Време _____	2. Датум _____ Време _____	3. Датум _____ Време _____	4. Датум _____ Време _____
_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)
5. Датум _____ Време _____	6. Датум _____ Време _____	7. Датум _____ Време _____	8. Датум _____ Време _____
_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)
9. Датум _____ Време _____	10. Датум _____ Време _____	11. Датум _____ Време _____	12. Датум _____ Време _____
_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)

ОБРАЧУН ТРОШКОВА ПРЕВОЗА

**За осигурано
лице:**

1. превоз од _____ до

и натраг дин. _____

За пратиоца:

1. превоз од _____ до

и натраг дин. _____

Укупно дин.

За исплату дин.

(словима динара: _____)

(име и презиме)

Датум _____ 20 ____ године

ПОТПИС ЛИКВИДАТОРА

ПОТПИС КОНТРОЛОРА

Напомена: Сагласан сам да се трошкови превоза исплате на текући рачун број

Уставни суд у саставу: председник др Драгиша Слијепчевић и судије др Оливера Вучић, Братислав Ђокић, Весна Илић Прелић, др Агнеш Картаг Одри, Катарина Манојловић Андрић, мр Милан Марковић, др Боса Ненадић, Милан Станић, др Драган Стојановић, мр Томислав Стојковић, Сабахудин Тахировић и Предраг Ћетковић, на основу члана 167. став 1. тач. 1. и 3. Устава Републике Србије, на седници одржаној 30. јуна 2011. године, донео је

Одлуку

Одлука је објављена у “Службеном гласнику РС”, бр. 60/2011 од 16.8.2011. године.

Утврђује се да одредбе члана 3. ст. 2. до 5. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (“Службени гласник РС”, бр. 10/10, 18/10, 46/10 и 52/10) нису у сагласности с Уставом и законом.

Образложење

Решењем Уставног суда број IУо-1640/2010 од 22. децембра 2010. године покренут је поступак за оцену уставности и законитости одредаба члана 3. ст. 2. до 5. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (“Службени гласник РС”, бр. 10/10, 18/10, 46/10 и 52/10).

У одговору доносиоца оспореног акта наводи се, поред осталог, да је, на основу члана 141. став 4. Закона о здравственом осигурању, Републичком заводу за здравствено осигурање дато овлашћење да општим актом ближе уређује начин и поступак остваривања права из

обавезног здравственог осигурања. У погледу тврдње иницијатора да се оспореним Правилником не може утврђивати својство осигураника, пошто је то Закон о здравственом осигурању већ уредио у члану 111, у одговору се наводи да је наведена тврдња тачна у делу који се односи на одредбу Закона о здравственом осигурању да својство осигураног лица утврђује Филијала на чијем подручју осигурано лице има пребивалиште, односно на чијем подручју је седиште обвезника уплате доприноса, која се у смислу Закона сматра матичном Филијалом. Међутим, оспореном одредбом Правилника није уређено утврђивање својства осигураног лица у смислу материјално-правних норми, већ начин и поступак утврђивања својства осигураног лица дефинисаног у одредбама чл. 17. до 28. Закона о здравственом осигурању. На основу члана 113. Закона, матична Филијала утврђује чињенице за стицање својства осигураног лица на основу података из пријаве на обавезно здравствено осигурање, пријаве промене у току здравственог осигурања и одјаве са осигурања, као и доказа за тачност наведених података. Наведени елементи чине начин и поступак за утврђивање својства осигураног лица и предмет су оспорених одредаба Правилника. Доносилац оспореног акта у одговору истиче и да је Републичком заводу достављена Инструкција о примени Закона о здравственом осигурању, број 011-00-241/2006-03 од 1. новембра 2006. године, коју је издало Министарство здравља, у којој је наведено: “Како Закон о здравственом осигурању није прописао начин и поступак утврђивања матичне филијале у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса, сходно члану 141. став 4. Закона о здравственом осигурању, постоји правни основ да ову специфичност подзаконским актом уреди у потпуности Републички завод за здравствено осигурање. Имајући у виду целокупну поставку система здравственог осигурања као и основну поставку из члана 111. Закона (да је место пребивалишта приоритет за утврђивање матичне Филијале), сматрамо да је основано да Републички завод за здравствено осигурање, у свом подзаконском акту, пропише да је матична Филијала код које се место пребивалишта не поклапа са седиштем обвезника уплате доприноса, Филијала према месту пребивалишта осигураника. Изузетно, за странце који имају статус запослених, а немају пребивалиште у Републици Србији, матична Филијала се утврђује према боравишту тог лица.” Наведену инструкцију Министарство здравља је издало на основу члана 234. став 1. тачка 3) Закона о здравственом осигурању у оквиру вршења надзора над радом Републичког завода за здравствено осигурање, а оспорена одредба Правилника сачињена је у складу са том инструкцијом. Доносилац оспореног акта сматра да су оспорене одредбе Правилника у свему у складу са Уставом и законом, те да

иницијативу за оцену њихове уставности и законитости треба “одбити као неосновану”.

У спроведеном претходном поступку утврђено је да је оспорени Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (“Службени гласник РС”, бр. 10/10, 18/10, 46/10 и 52/10) донео Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање, са позивом на одредбе члана 141. став 4, члана 146. став 1. и члана 149. став 3. Закона о здравственом осигурању (“Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05).

Оспореним одредбама члана 3. Правилника утврђено је: да је за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) и 2), тач. 4) - 8), тач. 10), 11) и 13), тач. 15) - 18) и тач. 21) и 24) Закона, у случају када је место пребивалишта осигураника на подручју једне филијале, а седиште обвезника уплате доприноса на подручју друге филијале, матична филијала она филијала на чијем подручју осигураник има пребивалиште (став 2.); да је за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 3) Закона у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса, матична филијала она филијала на чијем подручју је седиште обвезника уплате доприноса (став 3.); да је за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 14) Закона у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса, матична филијала она филијала на чијем подручју је седиште омладинске, односно студентске задруге (став 4.); да је изузетно од става 2. овог члана, за осигураника страног држављанина из члана 17. став 1. тач. 10) и 24) Закона, који нема пребивалиште на територији Републике Србије, матична филијала она филијала на чијем подручју страни држављанин има боравиште (став 5.).

Устав Републике Србије утврђује: да свако има право на заштиту свог физичког и психичког здравља, као и да се здравствено осигурање, здравствена заштита и оснивање здравствених фондова уређују законом (члан 68. ст. 1. и 3.); да Република Србија уређује и обезбеђује, поред осталог, и систем у области социјалног осигурања и других облика социјалне сигурности, као и систем у областима здравства и социјалне заштите (члан 97. тач. 8. и 10.); да сви подзаконски општи акти Републике Србије, општи акти организација којима су поверена јавна овлашћења, политичких странака, синдиката и удружења грађана и колективни уговори морају бити сагласни закону (члан 195. став 1.).

Законом о здравственом осигурању (“Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05), поред осталог, утврђено је: да су осигураници физичка лица која су обавезно осигурана у складу са овим законом, и то - 1) лица у радном односу, односно запослена у привредном друштву, другом правном лицу, државном органу, органу јединице

локалне самоуправе и аутономне покрајине, као и код физичких лица (у даљем тексту: запослени), 2) цивилна лица на служби у Војсци и војним јединицама и војним установама, 3) изабрана, именована или постављена лица, ако за обављање функције остварују зараду, односно плату или накнаду зараде, 4) лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове ван просторија послодавца, 5) лица која, у складу са законом којим се уређује рад, обављају послове кућног помоћног особља, 6) држављани Републике који су на територији Републике запослени код страних или међународних организација и установа, страних конзуларних или дипломатских представништава или су запослени код страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није друкчије одређено, 7) лица у радном односу, односно запослени упућени на рад у иностранство, односно запослени у привредном друштву или другом правном лицу које обавља делатност или услуге у иностранству, ако нису обавезно осигурани по прописима те земље, или ако међународним уговором није друкчије одређено, 8) запослени родитељ, усвојитељ, хранитељ, односно старатељ који одсуствује са рада док дете не наврши три године живота, док му мирују права и обавезе по основу рада, у складу са прописима о раду, 9) држављани Републике запослени у иностранству код страног послодавца који немају здравствено осигурање страног носиоца здравственог осигурања или који нису обавезно осигурани према прописима стране државе, односно ако права из здравственог осигурања по прописима те државе, за себе или чланове своје породице, не могу остваривати или користити ван територије те државе, 10) страни држављани и лица без држављанства који су, на територији Републике, запослени код страних правних или физичких лица, ако међународним уговором није друкчије одређено, као и код међународних организација и установа и страних дипломатских и конзуларних представништава, ако је такво осигурање предвиђено међународним уговором, 11) држављани Републике запослени у домаћинствима држављана Републике у радном односу у иностранству код организације чије је седиште на територији Републике, 12) лица која имају право на новчану накнаду по основу незапослености, према прописима о запошљавању, 13) лица која обављају привремене и повремене послове у складу са законом којим се уређује рад (лица која нису у радном односу, запослени који раде непуно радно време - до пуног радног времена и корисници старосне пензије), 14) лица која у складу са законом обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге а имају навршених 26 година живота, односно без обзира на године живота ако нису на школовању, 15) лица која по престанку радног односа остварују право на накнаду зараде због повреде на раду или професионалне

болести, у складу са овим законом, 16) лица која обављају послове по основу уговора о делу, по основу ауторског уговора, по основу уговора о породичном смештају према прописима о социјалној заштити, као и по основу других уговора код којих се за извршен посао остварује накнада (у даљем тексту: уговорена накнада), 17) лица која су оснивачи, чланови, односно акционари привредних друштава (ортачка друштва, командитна друштва, друштва са ограниченом одговорношћу, акционарска друштва и друге правне форме привредних друштава, односно предузећа), који у њима нису засновали радни однос али обављају одређене послове (у даљем тексту: оснивачи привредних друштава), 18) предузетници који су регистровани за обављање законом дозвољене делатности у виду занимања ради самосталног обављања делатности, обављања делатности слободне професије, као и самостални уметници, у складу са законом (у даљем тексту: предузетници), 19) спортисти, који у складу са законом којим се уређује спорт обављају спортску делатност као самосталну делатност, 20) свештеници и верски службеници који те послове обављају као самосталну делатност, 21) пољопривредници старији од 18 година живота, који обављају пољопривредну делатност као једино или основно занимање, у складу са законом, ако нису: осигураници запослени, осигураници самосталних делатности, осигураници из тачке 17) овог става, корисници пензија, лица на школовању, 22) корисници пензије и права на новчане накнаде који су ова права остварили према прописима о пензијском и инвалидском осигурању, 23) држављани Републике који примају пензију или инвалиднину искључиво од иностраног носиоца осигурања док бораве или имају пребивалиште на територији Републике, односно који примају пензију од државе са којом не постоји билатерални споразум о социјалном осигурању или ако права из здравственог осигурања по прописима државе исплатиоца пензије, за себе или чланове своје породице, не могу користити или остваривати ван територије те државе, 24) страни држављани који на територији Републике раде код домаћих организација, односно приватних послодаваца на основу посебних уговора о размени стручњака или споразума о међународној техничкој сарадњи, 25) страни држављани за време школовања или стручног усавршавања на територији Републике (члан 17. став 1.); да својство осигураног лица утврђује филијала на чијем подручју осигурано лице има пребивалиште, односно на чијем подручју је седиште обвезника уплате доприноса, која се у смислу овог закона сматра матичном филијалом, ако овим законом није друкчије одређено и да се својство осигураног лица утврђује само по једном основу (члан 111. ст. 1. и 2.); да су правна и физичка лица дужна 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 и да на основу података из става 1. овог члана, матична филијала утврђује чињенице за стицање својства обавезно осигураног лица (члан 113. ст. 1. и 2.); да се пријава података за матичну евиденцију подноси матичној филијали, и то - 1) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) 8), тач. 10) и 11), тач. 13) 16) и тачка 24) овог закона - према седишту послодавца, односно његове организационе јединице (филијала, експозитура, испостава, пословница, представништво, заступништво или друга пословна радна јединица), а за осигуранике из тачке 17) - према седишту привредног друштва, 2) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 9) овог закона - према пребивалишту осигураника у Републици, 3) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 12) овог закона према пребивалишту осигураника или месту последњег престанка радног односа, 4) за осигуранике самосталних делатности (предузетнике) из члана 17. став 1. тачка 18) овог закона, изузев за осигуранике који не остварују редован месечни приход - према месту у којем је осигураник регистровао обављање делатности по основу које је осигуран, 5) за осигуранике самосталних делатности (предузетнике) из члана 17. став 1. тач. 19) и 20) овог закона и за осигуранике из тачке 18) који не остварују редован месечни приход према пребивалишту, односно боравишту осигураника у Републици, 6) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 22) овог закона - према пребивалишту, 7) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 23) овог закона - према боравишту или пребивалишту, 8) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 25) овог закона - према седишту школе, односно високошколске установе, 9) за осигуранике пољопривреднике из члана 17. став 1. тачка 21) овог закона - према седишту органа надлежног за утврђивање пореза на катастарски приход од пољопривредне делатности (члан 129. став 1.); да Републички завод општим актом ближе уређује начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања (члан 141. став 4.); да Републички завод, поред осталог, доноси опште акте, на основу овлашћења из овог закона, којима се ближе уређује спровођење обавезног здравственог осигурања (члан 212. став 1. тачка 2)); да Управни одбор доноси статут и друге опште акте Републичког завода (члан 221. став 1. тачка 1)).

Полазећи од наведеног, неспорно је да је Републички завод, односно његов Управни одбор, сагласно одредбама члана 141. став 4. и члана 221. став 1. тачка 1) Закона о здравственом осигурању, био овлашћен да општим актом (оспореним Правилником) ближе уреди начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања. Међутим, Републички завод је, по оцени Уставног суда,

уређујући оспореним одредбама Правилника начин одређивања матичне филијале, у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса, прекорачио овлашћења утврђена Законом о здравственом осигурању. Наиме, одредбом члана 111. став 1. Закона о здравственом осигурању утврђено је начелно правило да својство осигураног лица утврђује филијала на чијем подручју осигурано лице има пребивалиште, односно на чијем подручју је седиште обвезника уплате доприноса, која се у смислу овог закона сматра матичном филијалом, а одредбом члана 129. став 1. Закона прописан је, за сваког конкретног осигураника из члана 17. Закона, начин одређивања матичне филијале. Дакле, уређујући на овај начин питање одређивања матичне филијале, законодавац је то питање определио као оно које се уређује искључиво законом, што се види и из дикције одредбе члана 111. став 1. Закона (“која се у смислу овог закона сматра матичном филијалом”), а које је, као такво, и уређено одредбом члана 129. став 1. Закона, из чега последично произлази и да се то питање не може уређивати и подзаконским актом. Из наведеног следи и да законом није утврђена надлежност Републичког завода да својим актом уређује питање начина утврђивања матичне филијале, што изричито произилази из наведених одредаба Закона, али, посредно, и из одредбе члана 141. став 4. Закона, који је један од правних основа на које се Републички завод позвао приликом доношења оспореног акта, а којом је утврђено да Републички завод општим актом ближе уређује начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања, те одредаба члана 212. став 1. тачка 2) и члана 221. став 1. тачка 1) Закона, којима је утврђено да Републички завод доноси опште акте, на основу овлашћења из овог закона, којима се ближе уређује спровођење обавезног здравственог осигурања и да Управни одбор доноси статут и друге опште акте Републичког завода.

У прилог оцени да је Републички завод оспореним одредбама Правилника прекорачио овлашћења утврђена Законом о здравственом осигурању, говори и навод из одговора доносиоца оспореног акта према коме је “оспорена одредба Правилника у потпуности у складу са наведеном Инструкцијом Министарства здравља број 011-00-241/2006-03 од 1. новембра 2006. године”. Тиме доносилац оспореног акта, макар и посредно, признаје да је за оспорене одредбе Правилника основ нашао у поменутој Инструкцији, а не у закону. При томе је Уставни суд имао у виду и да је издавање инструкција, сагласно Закону о државној управи (“Службени гласник РС”, бр. 79/05, 101/07 и 95/10), једно од општих овлашћења министарстава у вршењу надзора над радом органа државне управе и ималаца јавних овлашћења у вршењу поверених послова државне управе (чл. 46. и 47.), као и да се инструкцијом

усмерава организација послова и начин рада запослених у органу државне управе и имаоцу јавних овлашћења у вршењу поверених послова државне управе (члан 48. став 1.), из чега недвосмислено произлази да инструкција не садржи норме којима се уређују одређена питања, да није општи правни акт (пропис), нити је извор права, те да се, стога, њоме не могу утврђивати надлежности и овлашћења других органа, нити иста, самим тим, може бити основ за доношење општег или појединачног правног акта.

Полазећи од свега наведеног, Уставни суд је оценио да оспорене одредбе члана 3. ст. 2. до 5. предметног Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања нису у сагласности са законом.

С обзиром на то да оспорене одредбе Правилника нису у сагласности са законом, а да према одредби члана 195. Устава сви општи акти морају бити у сагласности са законом, Уставни суд је оценио да оспорене одредбе нису у сагласности ни с Уставом.

Истоветан став Уставни суд је заузео и у Одлуци број IУо-76/2008 од 22. децембра 2010. године.

На основу изложеног и одредаба члана 45. тач. 1) и 4) Закона о Уставном суду (“Службени гласник РС”, број 109/07), Уставни суд је одлучио као у изреци.

На основу одредбе члана 168. став 3. Устава, одредбе члана 3. ст. 2. до 5. Правилника наведеног у изреци престају да важе даном објављивања Одлуке Уставног суда у “Службеном гласнику Републике Србије”.

IУо број 1640/2010

Председник
Уставног суда,
др Драгиша Слијепчевић, с.р.

На основу члана 141. став 4, члана 146. став 4. и члана 149. став 3. Закона о здравственом осигурању (“Службени гласник РС”, бр. 107/05, 109/05 - исправка, 57/11 и 110/12 - одлука УС),

Управни одбор Републичког фонда за здравствено осигурање, на седници одржаној 21. децембра 2012. године, донео је

Правилник о изменама и допунама Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања

Правилник је објављен у “Службеном гласнику РС”, бр. 1/2013 од 4.1.2013. године.

Члан 1.

У Правилнику о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (“Службени гласник РС”, бр. 10/10, 18/10 - исправка, 46/10, 52/10 - исправка и 80/10), (у даљем тексту: Правилник), у чл. 8, 12, ст. 2. и 3, члану 35. став 1. тачка 18), члану 38а став 4, члану 38б став 1. тач. 1) и 2), чл. 49, 57, 59. став 1. тачка 1), чл. 60, 62. став 3, чл. 63, 65. став 1, чл. 71,72, 75, 76, 77, 78, 83. став 1, члану 90. ст. 1, 3, 4, 7. и 8, члану 91, став 2, члану 92. став 1, чл. 94, 98. став 1, члану 99. став 1, члану 103. став 2, члану 104. ст. 1. и 2, члану 105. став 2, члану 108. став 4, члану 115. ст. 2. и 4, члану 116. ст. 2. и 4, члану 117. став 1, члану 123. став 3, чл. 143, 147, као и у обрасцима N1 из члана 115, N2 из члана 116, O3-10 из члана 122, O3-11-ЛК из члана 123, O3-12 из члана 124, O3-13 из члана 125, РЕФ-1 из члана 127, ЦЗ из члана 128, ИД број из члана 129, ОЛК-1 до ОЛК-40 из чл. 130 - 147, ИНО-1 и ИНО-2. из чл. 149. и 150, који су одштампани уз Правилник и чине његов саставни део, речи “Републички завод” замењују се речима “Републички фонд” у одговарајућем падежу, а скраћеница “РЗЗО” замењује се скраћеницом “РФЗО”.

Члан 2.

После члана 42. додаје се поднаслов: “1.2а Промена пола из медицинских разлога” са новим чл. 42а и 42б који гласе:

“Члан 42а

Стручно мишљење о испуњености услова за укључивање осигураног лица у процес промене пола из медицинских разлога даје Комисија за лечење трансродних поремећаја коју образује Републички фонд (у даљем тексту: Комисија).

Стручно мишљење из става 1. овог члана Комисија доноси на основу медицинске документације осигураног лица. Стручно мишљење Комисије важи шест месеци од дана доношења.

На основу медицинске документације осигураног лица Комисија утврђује да ли су испуњени критеријуми и стандарди за промену пола из медицинских разлога које је утврдила републичка стручна комисија за област лечења трансродних поремећаја.

Комисија из става 1. овог члана даје стручно мишљење на основу захтева осигураног лица који се доставља Републичком фонду, са потпуном медицинском документацијом.

Комисија даје стручно мишљење на обрасцу о испуњености стандарда и критеријума из става 3. овог члана - Образац ТП, који је прописан уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 42б

На основу стручног мишљења из члана 42а овог правилника, изабрани лекар упућује осигурано лице у одговарајућу здравствену установу терцијарног нивоа ради промене пола из медицинских разлога.

Ако се осигурано лице због промене пола из медицинских разлога упућује у здравствену установу ван подручја матичне филијале, првостепена лекарска комисија даје мишљење о упућивању осигураног лица на лечење ван подручја матичне филијале.”

Члан 3.

У члану 109. став 1. у тачки 22. “Оцене и мишљење првостепене и другостепене лекарске комисије у вези остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања од ОЛК-1 до ОЛК-40” који су одштампани уз Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (“Службени гласник РС “, бр. 10/10 и 46/10) и чине његов саставни део, после Обрасца ОЛК-14 додаје се нови Образац ОЛК-14а, који је одштампан уз овај правилник и чини његов саставни део.

У ставу 1. тачка 22. образац “Оцене и мишљење првостепене и другостепене лекарске комисије у вези остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања - ОЛК 15” који је одштампан уз Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (“Службени гласник РС “, бр. 10/10 и 46/10) и чини његов саставни део, замењује се новим Образцем ОЛК-15, који је одштампан уз ова правилник и чини његов саставни део

У ставу 1. после тачке 22. додаје се нова тачка 22а која гласи: “Образац о испуњености услова за промену пола - Образац ТП”

Образац из става 3. овог члана одштампан је уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 4.

Члан 136. мења се и гласи: “На обрасцу ОЛК-14, ОЛК-14а и ОЛК-15 даје се оцена првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на продужену рехабилитацију и наставку продужене рехабилитације.”

Члан 5.

1. Не испуњава услове за упућивање на продужену рехабилитацију у

_____ (стац. ЗУ специјализована за рехабилитацију)

2. Не одобрава се наставак продужене рехабилитације у

_____ (стац. ЗУ специјализована за рехабилитацију)

3.
ОБРАЗЛОЖЕЊЕ: _____

	ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:
ДОСТАВИТИ:	
1. Осигураном лицу	1. _____
2. ЗУ за	(потпис и факсимил)
рехабилитацију	2. _____
	(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул.

_____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

Образац-
ТП

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
Комисија за лечење трансродних поремећаја

Број: _____

Дана: _____ 20__ год.

На основу члана 42а Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (“Сл. гласник РС”, бр. 10/10, 18/10-исправка, 46/10, 52/10-исправка, 80/10 и _____) и захтева

(име и презиме осигураног лица)

Комисија за лечење трансродних поремећаја доноси следеће

СТРУЧНО МИШЉЕЊЕ

1. **ИСПУЊЕНИ СУ** критеријуми и стандарди које је утврдила Републичка стручна комисија за област лечења трансродних поремећаја за промену пола из **медицинских разлога** код _____, из _____.

презиме) _____ (име и _____ (адреса)

ЛБО: [_____] _____,

ДИЈАГНОЗА _____

(МКБ и дијагноза на латинском)

На основу медицинске документације коју је доставило осигурано лице утврђено је да су испуњени критеријуми и стандарди за промену пола из медицинских разлога.

2. **НИСУ ИСПУЊЕНИ** критеријуми и стандарди које је утврдила Републичка стручна комисија за област лечења трансродних поремећаја за промену пола из **медицинских разлога**

код _____, из _____, _____ (име и презиме) _____ (адреса)

ЛБО: [_____] _____, ДИЈАГНОЗА _____

(МКБ и дијагноза на латинском)

На основу медицинске документације коју је доставило осигурано лице утврђено је да нису испуњени критеријуми и стандарди за промену пола из медицинских разлога.

3. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ:

ДОСТАВИТИ:

1) Осигураном лицу

М.П.

За КОМИСИЈУ
Председник
