

Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА
Број: 011-00-55/2006-03
21.02.2006. године
Београд

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
- директору -

БЕОГРАД

На основу члана 234.став 1. тачка 3) Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 107/05 и 109/05), издајем

И Н С Т Р У К Ц И Ј У **О ПРИМЕНИ ЗАКОНА О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ**

Законом о здравственом осигурању који је ступио на снагу 10.12.2005. године, дато је овлашћење Републичком заводу за здравственом осигурању да донесе велики број подзаконских аката којима ће се ближе уредити област обавезног здравственог осигурања. До доношења тих подзаконских аката, а ради јединствене примене у пракси, овом инструкцијом указује се на начин примене појединих одредби Закона о здравственом осигурању, односно дају се одговори на питања која су постављена овом министарству, од дана ступања на снагу Закона.

І. Осигураници (члан 17. Закона)

1. На који начин запослени којима мирују права и обавезе по основу рада, стичу својство осигураника?

Чланом 17. став 1. тачка 8) Закона о здравственом осигурању, прописано је да су осигураници - 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.

У односу на ранији важећи Закон о здравственом осигурању који је престао да важи доношењем новог Закона, тачком 8) у члану 17. Закона, сужен је круг осигураника, с обзиром да је од 10.12.2005. године обавезно осигуран само 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, тако да својство осигураника не могу стећи и друга лица (осим наведених) којима мирују права и обавезе по основу рада.

Ово практично значи да од 10.12.2005. године, другим запосленим лицима којима мирују права и обавезе по основу рада у складу са прописима о раду, престаје својство осигураника, односно престаје обавеза послодавца да уплаћује допринос за обавезно здравствено осигурање.

Лица која нису обухваћена чланом 17. став 1. тачка 8) Закона, а којима мирују права и обавезе по основу рада, имају право да се ради остваривања права из обавезног здравственог осигурања укључе у систем обавезног здравственог осигурања сходно члану 23. Закона о здравственом осигурању. Укључивањем ових лица у обавезно здравствено осигурање, иста стичу својство осигураника и лично постају обвезници уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање из својих средстава.

На тај начин, почев од 10.12.2005. године, само за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 8) Закона послодавац је у обавези да обрачуна и уплати допринос за обавезно здравствено осигурање.

2. На који начин лица која имају навршених 26 година живота, односно без обзира на године живота ако нису на школовању, и која обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге остварују права из обавезног здравственог осигурања?

Чланом 17. став 1. тачка 14) Закона прописано је да су осигураници - 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.

Ово практично значи да су осигураници:

- лица која нису на школовању или су и после навршених 26 година живота још увек на школовању, а који су старији од 26 година живота, али највише до 30 година живота, за време док обављају привремене и повремене послове преко омладинске задруге, с обзиром да сходно члану 20. став 1. Закона о задругама ("Службени гласник СРС", број 57/89; "Службени гласник РС", бр. 67/93, 46/95 и 101/05), чланови омладинске задруге могу бити ђаци, студенти и друга незапослена лица која нису млађа од 15 година живота, нити старија од 30 година живота,

- лица од 18 година живота (с обзиром да до 18 година живота дете осигураника остварује права из обавезног здравственог осигурања као члан породице осигураника) до 30 година живота, а који нису на школовању (нису наставили са даљим школовањем, а обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге.

Потребно је нагласити, да се не сматрају осигураницима из члана 17. став 1. тачка 14) Закона - лица до 26 година живота, а који су на школовању, и који обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге. Овим лицима обезбеђују се права из обавезног здравственог осигурања само у случају настанка повреде на раду или професионалне болести, у складу са чланом 28. Закона, уз уплату доприноса у складу са Законом о доприносима за обавезно здравствено осигурање.

У вези са осигураницима из члана 17. став 1. тачка 14) Закона о здравственом осигурању, дајемо одговоре и на друга постављена питања, у вези са применом Закона о здравственом осигурању и то:

2.1. Од када се примењују одредбе о стицању својства осигураника ових лица?

Ова лица - из члана 17. став 1. тачка 14) Закона, стичу својство осигураника почев од 10.12.2005. године.

До 09.12.2005. године ова лица остваривала су права из обавезног здравственог осигурања само за случај повреде на раду и професионалне болести, у складу са чланом 15. раније важећег Закона о здравственом осигурању (који је престао да важи 09.12.2005. године).

2.2. Како обрачунати и уплатити допринос за обавезно здравствено осигурање ових лица, за послове који су обављени до 09.12.2005. године, али за које још увек није исплаћена накнада уговорена за рад, односно за које послове је накнада исплаћена после 10.12.2005. године?

За послове који су обављени до 09.12.2005. године, али за које још увек није исплаћена накнада уговорена за рад, односно која се исплаћује после 10.12.2005. године, - задруга је дужна да за ова лица из члана 17. став 1. тачка 14) Закона, која су обављала привремене и повремене послове преко студентске, односно омладинске задруге до 09.12.2005. године, обрачуна и уплати допринос за обавезно здравствено осигурање - за случај повреде на раду или професионалне болести у износу од 2,00%, сходно чл. 11. и 47. Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање ("Службени гласник РС", бр. 84/04 и 61/05). Овакав став заснива се на чињеници да та лица до 09.12.2005. године нису имала статус осигураника сходно члану 17. став 1. тачка 14) Закона о здравственом осигурању.

Почев од 10.12.2005. године, за лица која сходно члану 17. став 1. тачка 14) Закона стичу својство осигураника, задруга је дужна да за послове који се обављају после 10.12.2005. године, на уговорену накнаду обрачуна и уплати допринос за обавезно здравствено осигурање, у износу од 12,3%, уз примену одредби о највишој и најнижој основици за уплату доприноса за обавезно социјално осигурање које су прописане Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање.

2.3. Шта се подразумева под приоритетним основом здравственог осигурања за лица из члана 17. став 1. тачка 14) Закона?

Када се говори о приоритетном основу осигурања, посматра се приоритет искључиво у односу на сопствени основ осигурања лица из члана 17. став 1. тач. 1) до 25) Закона, односно не сматра се приоритетним основом осигурања коришћење права из обавезног здравственог осигурања у својству члана породице осигураника. Чланови породице осигураника користе права из обавезног здравственог осигурања (и не сматрају се осигураницима у смислу члана 17. Закона), под условима прописаним чл. 24. до 27. Закона.

С тим у вези, и чланови задруге који обављају привремене и повремене послове преко студентске, односно омладинске задруге од 18 до 26 година

живота, уколико су на школовању (што се доказује одговарајућом документацијом издатом од школе, односно факултета, приликом стицања својства члана породице осигураника, односно приликом издавања и оверавања здравствене књижице), остварују права из обавезног здравственог осигурања као чланови породице осигураника. Поред тога, ако ова лица обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге, а у исто време су и на школовању, задруга је у обавези да уплати допринос за случај настанка повреде на раду или професионалне болести на уговорену накнаду у износу од 2,00%, на основу чега ова лица остварују права из обавезног здравственог осигурања само у случају настанка повреде на раду или професионалне болести. На тај начин, у случају повреде на раду или професионалне болести, ова лица имају већи садржај и обим здравствене заштите него као чланови породице осигураника.

Уколико су у питању лица из члана 17. став 1. тачка 14) Закона, они сходно чл. 24. до 27. Закона, не испуњавају услове за остваривање права из обавезног здравственог осигурања као чланови породице осигураника, с обзиром да су у питању лица старија од 26 година живота, или лица која после 18 година живота нису на школовању (немају доказ о томе). Ова лица морају остваривати права из обавезног здравственог осигурања искључиво по свом сопственом основу, односно сходно члану 17. став 1. тачка 14) Закона.

Поред тога, приоритетни основ осигурања прописан је чланом 21. Закона, из чега се може закључити да лица из члана 17. став 1. тачка 14) Закона, која су уједно и незапослена лица (не остварују друге сопствене приходе и не обављају одређену делатност као основно занимање на основу кога остварују приходе), не могу остваривати права по основу приоритетног основа осигурања из члана 21. став 1. тач. 1) до 3) Закона.

2.4. Какав је начин и поступак подношења пријаве на осигурање, одјаве са осигурања или пријаве о промени у осигурању за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 14) Закона?

Пријаву на осигурање, одјаву са осигурања, односно пријаву промене у осигурању, сходно члану 123. Закона, подноси задруга (која се у овим случајевима сматра послодавцем који подноси пријаву, као и обрачунава и уплаћује допринос за обавезно здравствено осигурање на уговорену накнаду) за наведену категорију осигураника, у року од 8 дана од дана закључивања уговора о обављању привремених и повремених послова преко студентске, односно омладинске задруге.

Како су послови ових осигураника по основу којих стичу својство осигураника, често краткотрајни, задруга је дужна да ради заштите интереса ових осигураника, поднесе пријаву на осигурање што пре, односно првог дана (ако је то могуће), у току законом прописаног рока, а посебно у случајевима када је уговор закључен на рок краћи од 8 дана за обављање одређених послова преко омладинске, односно студентске задруге.

Уколико ови осигураници обављају више краткотрајних послова за једног или више послодаваца у току једног дана, односно у току одређеног временског

периода, по основу чега се закључују два или више уговора за обављање привремених или повремених послова преко омладинске, односно студентске задруге, задруга је дужна да поднесе једну пријаву на осигурање за осигураника из члана 17. став 1. тачка 14) Закона, и то према уговору који је први закључен и евидентиран у задрузи. С тим у вези, задруга је у обавези да обрачуна и уплати допринос за обавезно здравствено осигурање по сваком од закључених уговора, о чему се води евиденција у Књизи задругара (нпр. члан задруге у току једног дана 2-3 сата обавља истовар одређене робе, после тога разноси пошту за другог послодавца у трајању од неколико сати, и сл. о чему се закључују уговори по сваком од наведених послова, задруга је дужна да за овог осигураника поднесе једну пријаву на здравствено осигурање, али и да обрачуна допринос по сваком од закључених уговора).

2.5. Који се доказ издаје осигуранику из члана 17. став 1. тачка 14) Закона о стицању својства осигураника?

Матична филијала (а то је филијала према седишту задруге) издаје исправу (потврду) за коришћење здравствене заштите осигуранику из члана 17. став 1. тачка 14) Закона, као и за чланове његове породице (из члана 24. до 27. Закона), и то:

- **ако наведени осигураник не испуњава услове претходног стажа здравственог осигурања** из члана 32. Закона, матична филијала издаје посебну исправу о осигурању - потврду за коришћење здравствене заштите, са назнаком да се на терет средстава обавезног здравственог осигурања може користити право на здравствену заштиту и право на накнаду путних трошкова само у случају повреде на раду или професионалне болести, као и хитне медицинске помоћи. У том случају, потврда за коришћење здравствене заштите издаје се на рок за који је закључен уговор о привременим и повременим пословима преко омладинске, односно студентске задруге, али најдуже на рок од 90 дана (с обзиром да је чланом 21. Закона о задругама прописано да такав рад не може трајати дуже од 90 дана у календарској години).

У случају првог издавања потврде за коришћење здравствене заштите у напред изнетим случајевима, издата потврда за коришћење здравствене заштите овериће се на рок на који се потврда издаје, али не на дужи рок од 30 дана у случају да је уговор о привременим и повременим пословима закључен за послове у континуираном трајању више од 90 дана;

- **ако наведени осигураник испуњава услове претходног стажа здравственог осигурања** из члана 32. Закона, а уговор о обављању привремених и повремених послова преко омладинске, односно студентске задруге је закључен на континуирани рок од 90 дана, као доказ о стицању својства осигураника, матична филијала издаје исправу о осигурању - здравствену књижицу. Здравствена књижица оверава се на рок од 30 дана од дана издавања исте. Уколико се уговор закључује на краћи рок од 30 дана, и поред чињенице да осигураник испуњава услове претходног стажа здравственог осигурања из члана 32. Закона, матична филијала издаје потврду за коришћење здравствене заштите, а не здравствену књижицу.

На основу изнетог, у алинеји 1. и 2., може се закључити да се овим осигураницима обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања за време

док траје уговор о обављању привремених и повремених послова преко омладинске, односно студентске задруге. У случају да се такав уговор раскине пре рока на који је закључен (нпр. задругар – осигураник одустане од даљег обављања уговорених послова), задруга је дужна да у тим случајевима, одмах, без одлагања, поднесе одјаву са осигурања, на основу чега филијала поништава издату потврду за коришћење здравствене заштите, односно здравствену књижицу.

Уколико је задруга, из било којих разлога, пропустила да поднесе пријаву на осигурање за ове осигуранике (и поред Законом прописане обавезе), задруга је дужна да на сваку уговорену накнаду осигураника обрачуна и уплати допринос за обавезно здравствено осигурање, сходно Закону о доприносима за обавезно социјално осигурање.

У складу са чланом 57. Закона о доприносима за обавезно здравствено осигурање, исплатилац накнаде (у овом случају то је задруга) дужан је да обрачунава, обустави и уплати допринос за обавезно здравствено осигурање приликом исплате уговорене накнаде. Поред тога, задруга је дужна да матичној филијали, без одлагања, достави доказ о уплаћеном доприносу за обавезно здравствено осигурање, одмах по извршеној исплати уговорене накнаде задругару (у случају краткотрајних послова задругара у трајању до 30 дана). У случају да је уговор закључен на континуирани рок до 90 дана, задруга је дужна да месечно доставља доказе матичној филијали о уплаћеном доприносу за претходни месец, како би филијала могла оверити здравствену књижицу и за наредни период од 30 дана.

Матична филијала дужна је да води евиденцију о уплаћеним доприносима по задругама које су регистроване на подручју филијале, за осигуранике који обављају послове преко тих задруга. На основу доказа о уплаћеним доприносима, код сваког наредног периода за који се подноси пријава за одређеног осигураника из члана 17. став 1. тачка 14) Закона, при издавању потврде за коришћење здравствене заштите, односно код издавања здравствене књижице, матична филијала је дужна да изврши контролу претходног обрачуна и уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање за тог задругара (уколико је то лице раније евидентирано као осигураник).

Напред изнет начин поступања примењиваће се до доношења подзаконског акта од стране Републичког завода за здравствено осигурање, којим ће се ближе уредити начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања, односно до устројавања матичне евиденције.

2.6. Да ли задругар који није држављанин Републике Србије, може стећи својство осигураника сходно члану 17. став 1. тачка 14. Закона?

На лица која су страни држављани, за остваривање права из обавезног здравственог осигурања примењују се одредбе билатералних споразума о социјалном осигурању, уколико је то лице осигураник земље са којом је закључен такав споразум о социјалном осигурању.

На остваривање права избеглих и прогнаних лица примењује се члан 22. ст. 4. и 5. Закона о здравственом осигурању почев од 01.01.2007. године, с тим да ова

лица у току 2006. године остварују право на здравствену заштиту сходно Закону о избеглицама ("Службени гласник СРС", број 18/92; Службени лист СРЈ, број 42/02; Службени гласник РС, број 45/02), Уредби о збрињавању избеглица ("Службени гласник РС", бр. 20/92, 70/93, 105/93, 8/94, 22/94, 34/95 и 36/04), као и Уредби о начину збрињавања прогнаних лица ("Службени гласник РС", број 47/95).

Друге категорије странаца остварују право на здравствену заштиту у складу са чл. 238. до 242. Закона о здравственој заштити ("Службени гласник РС", број 107/05).

На основу изнетог, може се закључити да страни држављани који обављају послове преко омладинске, односно студентске задруге, не могу стећи својство осигураника из члана 17. став 1. тачка 14) Закона.

2.7. Која права имају осигураници из члана 17. став 1. тачка 14) Закона?

Напред наведени осигураници, уколико су испуњени услови претходног стажа здравственог осигурања из члана 32. Закона, имају:

- право на здравствену заштиту која је прописана чл. 34. до 46. Закона о здравственом осигурању; и
- право на накнаду трошкова превоза из чл. 104. до 108. Закона о здравственом осигурању.

Напред наведени осигураници, под условом да не испуњавају претходни стаж здравственог осигурања из члана 32. Закона, имају:

- право на здравствену заштиту и накнаду трошкова превоза у случају повреде на раду или професионалне болести; и
- право на здравствену заштиту и накнаду трошкова превоза у случају хитне медицинске помоћи.

Ови осигураници немају право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад сходно члану 73. Закона о здравственом осигурању, с обзиром да за обављени посао не примају зараду већ накнаду зараде за извршени посао. Наиме, Законом о обавезном здравственом осигурању заступљен је принцип да се у случају привремене спречености за рад надокнађује изгубљена зарада (за осигуранике из члана 73. Закона), а не принцип накнаде других примања које осигураници могу остваривати.

2.8. Када за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 14) Закона престају права из обавезног здравственог осигурања?

За напред наведене осигуранике права из обавезног здравственог осигурања престају даном престанка својства осигураника, односно последњим даном рока на који је здравствена исправа издата, односно здравствена књижица или здравствена исправа оверена. Својство осигураника престаје даном престанка

уговора о привременим и повременим пословима преко омладинске, односно студентске задруге, односно даном престанка обављања тих послова (што се утврђује подношењем одјаве са осигурања у којој се наводи напред наведени дан).

2.9. По ком основу остварују право на здравствену заштиту лица која обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге, а у исто време су и незапослена лица, односно социјално угрожена лица, чији су месечни приходи испод прихода утврђених Законом као цензусом за стицање својства осигураника из члана 22. став 1. тачка 9) Закона о здравственом осигурању (односно из члана 11. став 1. тачка 9) Закона о здравственој заштити)?

Изузетно од напред изнетог за лица која 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 (најдуже до 30 година живота), под условом да су незапослена лица, односно социјално угрожена лица, чији су месечни приходи испод прихода који ће се као цензус прописати од стране министра надлежног за послове здравља и министра надлежног за послове обезбеђивања социјалне заштите грађана - својство осигураника могу стећи на основу члана 22. став 1. тачка 9) Закона о здравственом осигурању. Ова лица, уколико испуне наведене услове, не стичу својство осигураника сходно члану 17. став 1. тачка 14) Закона о здравственом осигурању.

Наиме, уколико напред наведена лица имају месечне приходе испод прописаног цензуса (доношење подзаконског акта којим ће се утврдити тај цензус је у току), почев од 01. јануара 2007. године, остварују права из здравственог осигурања на основу уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање из средстава буџета Републике Србије, у складу са чланом 22. став 6. и чланом 204. Закона о здравственом осигурању, а не на основу члана 17. став 1. тачка 14) Закона о здравственом осигурању.

У току 2006. године, ова лица остварују здравствену заштиту сходно члану 11. став 1. тачка 9) Закона о здравственој заштити, а имајући у виду чињеницу да је чланом 257. Закона о здравственом осигурању одложена примена члана 22. Закона о здравственом осигурању од 01. јануара 2007. године.

На основу изнетог, за лица која обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге, а уједно су незапослена лица, односно социјално угрожена лица, чији су месечни приходи испод прихода који ће се као цензус утврдити - задруга није у обавези да уплаћује допринос за обавезно здравствено осигурање, с обзиром да се та лица не сматрају осигураницима из члана 17. став 1. тачка 14) Закона о здравственом осигурању.

Задруга је дужна да пре подношења пријаве на здравствено осигурање за лица из члана 17. став 1. тачка 14) Закона о здравственом осигурању, претходно утврди чињеницу да ли лице које обавља привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге остварује месечни износ прихода који је испод цензуса за стицање својства осигураника.

Ако су ти приходи изнад прописаног цензуса, задруга је дужна да поднесе пријаву на обавезно здравствено осигурање за ова лица сходно члану 17. став 1. тачка 14) Закона, као и да на исплаћене уговорене накнаде, обрачуна и уплати допринос за обавезно здравствено осигурање у износу од 12,3%.

3. На који начин 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 по основу других уговора код којих се за извршен посао остварује уговорена накнада, остварују права из обавезног здравственог осигурања?

До устројавања матичне евиденције и доношења подзаконских аката којима ће се уредити ова област, за осигуранике из члана 17. тачка 16) Закона, пријаву на осигурање, пријаву промене у осигурању и одјаве са осигурања, подноси послодавац (правно, односно физичко лице) који је са осигураником закључио напред наведене уговоре по основу којих се исплаћује уговорена накнада.

Посебно указујемо на уговор о породичном смештају, који се према прописима о социјалној заштити закључује између хранитеља и центра за социјални рад који упућује дете на породични смештај у одређену хранитељску породицу. У тим случајевима центар за социјални рад сматра се послодавцем који је надлежан за подношење напред наведене пријаве, одјаве, односно промене у осигурању. Центар за социјални рад који упућује дете на породични смештај (чести су случајеви да центар за социјални рад са подручја једне филијале здравственог осигурања упути дете у хранитељску породицу која има пребивалиште на подручју друге филијале здравственог осигурања), подноси пријаву на здравствено осигурање оној филијали здравственог осигурања према месту пребивалишта хранитеља који је примио дете на породични смештај и са којим је тај центар за социјални рад закључио уговор о породичном смештају.

Филијала здравственог осигурања према месту пребивалишта хранитеља (матична филијала), издаје здравствену књижицу на основу које хранитељ и чланови његове породице остварују права из обавезног здравственог осигурања.

Центар за социјални рад уплаћује допринос за обавезно здравствено осигурање према месту пребивалишта хранитеља, односно према месту матичне филијале.

Ако један хранитељ има више закључених уговора о хранитељству са више центара за социјални рад, с обзиром да прима на породични смештај децу из различитих крајева Републике Србије, филијала издаје здравствену исправу на основу првоподнете пријаве на здравствено осигурање. За сваку накнаду која је уговорена са одређеним центром за социјални рад, надлежни центар обрачунава и уплаћује допринос за обавезно здравствено осигурање. Матична филијала дужна је да прати уплату доприноса за обавезно здравствено осигурање по сваком хранитељу који прима уговорене накнаде од више центара за социјални рад, а ради контроле обрачуна и уплате доприноса на највишу месечну основицу доприноса, која је уређена Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање.

4. На који начин лица која су оснивачи, чланови, односно акционари привредних друштава, који су у њима засновали радни однос, остварују права из обавезног здравственог осигурања?

Лица која су оснивачи, чланови, односно акционари привредних друштава, а који су у тим друштвима засновали радни однос, сматрају се осигураницима из члана 17. став 1. тачка 1) Закона о здравственом осигурању, и остварују права из здравственог осигурања као запослени. Наиме, у тим случајевима, ова лица се не сматрају осигураницима из члана 17. став 1. тачка 17) Закона о здравственом осигурању.

5. Која лица се сматрају осигураницима из члана 17. став 1. тачка 21) Закона о здравственом осигурању?

Чланом 17. став 1. тачка 21) Закона, прописано је да су осигураници - 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) тог члана, корисници пензије, или лица на школовању.

Пољопривредником у смислу овог члана сматрају се:

1) оснивачи пољопривредних газдинстава који о том својству надлежној филијали лично подносе доказ о упису у Регистар пољопривредних газдинстава - легитимацију носиоца пољопривредног газдинства;

2) власници пољопривредног земљишта који остварују приходе од пољопривредне делатности, односно обвезници пореза на катастарски приход (без обзира на власништво пољопривредног земљишта), а који немају других прихода по основу обављања других послова из члана 17. став 1. тачка 21) Закона;

3) лица која су дала у закуп пољопривредно земљиште и по том основу остварују уговорену накнаду;

4) чланови породице пољопривредника из тач. 1) до 3) који су старији од 18 година живота, а који су уједно осигураници по прописима о пензијском и инвалидском осигурању, односно који уплаћују допринос за обавезно пензијско и инвалидско осигурање;

5) чланови породице других осигураника из члана 17. Закона, који су старији од 18 година живота (нпр. осигураника запослених, осигураника предузетника, осигураника корисника пензије) који су осигурани на обавезно пензијско и инвалидско осигурање, односно који су по том основу обвезници уплате доприноса за обавезно пензијско и инвалидско осигурање;

6) чланови породице пољопривредника из тач. 1) до 3) који су старији од 18 година живота, а немају други основ за здравствено осигурање (нпр. нису

запослени, нису пензионери, нису предузетници, оснивачи, чланови или акционари привредних друштава, нису на школовању, односно немају друге сопствене приходе) и пријављени су на истој адреси као и ти пољопривредници (пријава пребивалишта према месту где се непокретност, или претежни део непокретности налази);

7) незапослена лица старија од 18 година живота са местом пребивалишта на адреси где се непокретност, или претежни део непокретности налази, а чији су месечни приходи изнад прихода који ће се као цензус прописати, а који при томе не испуњавају услове за стицање својства осигураника по неком од основа из члана 17. Закона (уз примену члана 21. Закона о приоритетном основу осигурања);

8) лица која лично дају изјаву матичној филијали да обављају пољопривредну делатност као једино или основно занимање (нпр. обављају ратарску, сточарску, живинарску, воћарску или виноградарску производњу, односно узгој рибе, односно обављају друге облике пољопривредне производње, гајење печурака, пужева, пчела и др);

9) лица која су узела у закуп, односно којима је уступљено земљиште ради обављања пољопривредне делатности као јединог или основног занимања.

Изузетно од изнетог, потребно је нагласити да се не сматра осигураником-пољопривредником из члана 17. став 1. тачка 21) Закона о здравственом осигурању - супружник (супруга) или ванбрачни партнер осигураника пензионера, запосленог, предузетника и др. коме је место пребивалишта на адреси према седишту пољопривредног земљишта, односно претежног дела пољопривредног земљишта (без обзира на власништво земље). Ова лица остварују права из обавезног здравственог осигурања као чланови породице осигураника, у складу са чл. 24. до 27. Закона. Како се ова лица не би сматрала осигураницима из члана 17. став 1. тачка 21) Закона, потребно је да докажу чињеницу да им пољопривредна делатност није једино или основно занимање. Ту чињеницу доказују подношењем изјаве два сведока, оверене код општине, суда или у месној канцеларији, да се не баве пољопривредом као јединим или основним занимањем.

Међутим, уколико је супружник (супруга) или ванбрачни партнер осигураника пензионера, запосленог, предузетника и др. по личном основу обавезно осигуран као пољопривредник по прописима о пензијском и инвалидском осигурању, та лица су и обвезници уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање, односно сматрају се осигураницима из члана 17. став 1. тачка 21) Закона о здравственом осигурању.

Потребно је нагласити, да на једном пољопривредном земљишту, односно у једном пољопривредном газдинству, својство осигураника из члана 17. став 1. тачка 21) Закона, може стећи више осигураника (на основу напред изнетог), који себи и члановима своје породице обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања. У том случају више осигураника који обављају пољопривредну делатност на једном пољопривредном земљишту (без обзира на власништво земљишта), односно газдинству, могу бити обвезници уплате доприноса за

обавезно здравствено осигурање. За ове осигуранике матична филијала је филијала према месту где се непокретност, односно претежни део непокретности налази.

Матична филијала дужна је да у управном поступку утврди да ли постоје услови да једно или више лица стекне својство осигураника из члана 17. став 1. тачка 21) Закона, уз прибављање потребне документације, и то: легитимације носиоца пољопривредног газдинства, извода из катастра непокретности, уговора о давању или узимању у закуп земљишта, или одлуке надлежног органа о закупу, уговора о давању земљишта на коришћење, личне карте, изјаве два сведока оверене код надлежног органа, изјаве лица о обављању пољопривредне делатности као јединог или основног занимања, потврда о месечним приходима, потврда о школовању, одговарајући документ о својству осигураника по прописима о пензијском и инвалидском осигурању, и др.

На основу утврђеног чињеничног стања, матична филијала прима пријаву на осигурање, односно промену у осигурању, односно одјаву са осигурања коју подноси лице из члана 17. став 1. тачка 21) Закона. Матична филијала дужна је да сходно члану 127. став 6. Закона, копију потврде о пријему пријаве на осигурање и одјаве са осигурања за осигуранике пољопривреднике, достави Пореској управи, до 5-ог у месецу за претходни месец.

6. Како корисници пензије који примају пензију од Фонда ПИО Црне Горе остварују права из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији?

Корисници пензије коју исплаћује Фонд ПИО Црне Горе, а који имају пребивалиште у Републици Србији, не сматрају се осигураницима из члана 17. став 1. тачка 22) Закона.

Како би се превазишао проблем остваривања права из обавезног здравственог осигурања за напред наведена лица, Министарство здравља у сарадњи са Министарством за рад, запошљавање и социјалну политику, у више наврата је покретало иницијативу код надлежних државних органа Црне Горе, односно надлежних организација обавезног социјалног осигурања, за закључивање споразума између Републике Црне Горе и Републике Србије, којим ће се уредити права и обавезе осигураника обе државе за време док бораве или имају пребивалиште у другој чланици Државне заједнице Србија и Црна Гора.

Како до овог момента од стране Црне Горе још увек није прихваћена предложена иницијатива, а у циљу заштите корисника пензија које исплаћује Фонд ПИО Црне Горе, а који имају пребивалиште у Републици Србији, сматрамо да је потребно овим лицима оверити здравствену књижицу на период од три месеца од дана достављања ове инструкције (до тог рока постоји могућност да се наведени споразум потпише).

7. Како корисници војних пензија, који су засновали радни однос у својству цивилног лица, према прописима о раду, остварују права из обавезног здравственог осигурања?

Имајући у виду чињеницу да ова лица закључују уговор о раду са цивилним послодавцем, сходно Закону о раду, и подзаконским актима донетим за спровођење тог закона, даном ступања на рад по основу закљученог уговора о раду, стичу статус запосленог. С тим у вези, сходно члану 21. Закона о здравственом осигурању, приоритетни основ осигурања за ова лица је осигурање по основу заснивања радног односа. На тај начин, ова лица могу стећи својство осигурања по основу запослења из члана 17. став 1. тач. 1) до 9) и тач. 11) Закона.

Овим лицима се у претходни стаж здравственог осигурања из члана 32. Закона, не рачуна време проведено у војном осигурању, већ само време проведено у обавезном здравственом осигурању сходно Закону о здравственом осигурању.

8. Како избегла и прогнана лица остварују права из обавезног здравственог осигурања?

Избегла и прогнана лица нису осигураници у смислу члана 17. Закона о здравственом осигурању, али се сматрају осигураницима из члана 22. Закона о здравственом осигурању (односно сматраће се осигураницима почев од 01. јануара 2007. године, због одложене примене члана 22. Закона). У току 2006. године ова лица остварују здравствену заштиту у складу са напред наведеним прописима којима се уређује здравствена заштита избеглих и прогнаних лица.

9. Која лица могу стећи својство осигураника из члана 17. став 1. тачка 22) Закона?

У члану 17. став 1. тачка 22) Закона прописано је да су осигураници корисници пензије и права на новчане накнаде који су та права остварили према прописима о пензијском и инвалидском осигурању. На основу изнетог може се закључити да се стицање својства осигураника односи на кориснике пензије, односно новчане накнаде, по прописима о пензијском и инвалидском осигурању Републике Србије. С тим у вези, под корисницима "права на новчане накнаде", не сматрају се корисници туђе помоћи и неге по прописима о социјалној заштити грађана, с обзиром да су та лица обухваћена чланом 22. став 1. тачка 8) Закона о здравственом осигурању.

II. Услови под којима осигураницима из члана 17. став 1. тачка 21) Закона може престати својство осигураника (члан 20. Закона)

Осигуранику из члана 17. став 1. може престати својство осигураника под условом да је:

- 1) навршио 65 година живота;
- 2) да је неспособан за самостални рад и остваривање прихода;

- 3) да није остварио право на пензију у складу са законом;
- 4) да су му месечни приходи испод цензуса који ће се прописати у складу са Законом.

Напомињемо да ће Републички завод, доношењем подзаконског акта о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања, уредити и услове, као и начин и поступак за престанак својства осигураника из члана 17. став 1. тачка 21) Закона, односно за утврђивање новог основа за обавезно здравствено осигурање ових лица у складу са чланом 22. Закона. До доношења подзаконског акта, сматрамо да првостепена лекарска комисија матичне филијале може, на основу захтева осигураника, као и приложене медицинске документације о здравственом стању ових лица, да утврди неспособност за самостални рад и остваривање прихода ових лица.

III. Приоритетни основ осигурања (члан 21. Закона)

Уређивање приоритетног основа осигурања из члана 21. Закона, има за циљ да регулише случајеве у којима једно лице испуњава више услова за стицање својства осигураника из члана 17. став 1. Закона, односно да осигураници, у складу са приоритетним основом осигурања, остварују права из обавезног здравственог осигурања.

Приоритетни основ осигурања прописан чланом 21. Закона, нема за циљ да уреди начин и поступак обрачунавања и уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање, с обзиром да је то уређено Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање.

Имајући у виду да су чести случајеви да корисник пензије заснује радни однос, указујемо на специфичности заснивања радног односа, а у односу на утврђивање приоритетног основа осигурања.

Наиме, чланом 12. Закона о раду ("Службени гласник РС", бр. 24/05 и 61/05), прописано је да запослени има право на одговарајућу зараду, безбедност и заштиту живота и здравља на раду, здравствену заштиту, заштиту личног интегритета и друга права у случају болести, смањења или губитка радне способности, материјално обезбеђење за време привремене незапослености, као и право на друге облике заштите, у складу са законом и општим актом.

На тај начин, може се закључити да Закон о раду не предвиђа могућност ускраћивања напред наведених права запосленом лицу које је уједно и корисник пензије, односно да тај запослени има права из обавезног социјалног осигурања и поред чињенице да је пре заснивања радног односа остварио право на пензију (па и право на обавезно здравствено осигурање).

На основу изнетог, у случају да пензионер заснује радни однос и закључи уговор о раду са послодавцем, приоритетни основ осигурања је – осигурање по основу запослења из члана 17. став 1. тач. 1) до 12) Закона. На основу тог приоритетног основа, запослени (који је уједно и корисник пензије) остварује и права из обавезног здравственог осигурања.

У напред наведеном случају, обавеза послодавца је да обрачуна и уплати допринос за обавезно здравствено осигурање на зараду запосленог, сходно Закону о доприносима за обавезно социјално осигурање, с обзиром да тај закон не предвиђа могућност обуставе уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање на зараду запосленог.

IV. Осигураници из члана 22. Закона

1. Какав је однос члана 22. Закона о здравственом осигурању и члана 15. Закона о здравственој заштити?

Чланом 257. Закона о здравственом осигурању, одложена је примена члана 22. Закона, односно исти се примењује од 1. јануара 2007. године.

Како ће тек од 1. јануара 2007. године, лица из члана 22. Закона, стећи својство осигураника на основу уплате доприноса из средстава буџета Републике Србије, у току 2006. године, за ова лица примењује се члан 15. Закона о здравственој заштити. Наиме, како је круг обухваћених лица индентичан у члану 22. Закона о здравственом осигурању, са кругом лица из члана 15. Закона о здравственој заштити, овим лицима у току 2006. године, обезбеђује се здравствена заштита из средстава Републичког завода, сходно члану 255. Закона о здравственом осигурању.

2. Ко се сматра "ментално недовољно развијеним лицима" из члана 22. став 1. тачка 4) Закона?

Одговор на ово постављено питање Министарство здравља доставиће накнадно, с обзиром да до дана достављања ове Инструкције, Институт за ментално здравље још увек није дао стручно мишљење (по међународно признатим шифрама обољења) о особама које се сматрају "ментално недовољно развијеним лицима". У наредних неколико дана очекујемо да ће Институт за ментално здравље доставити своје стручно мишљење, а ради јединствене примене у пракси.

3. Како незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са Законом, остварују својство осигураника?

Подзаконским актима Републичког завода за здравствено осигурање ближе ће се уредити начин и поступак стицања својства осигураника, односно остваривања права из обавезног здравственог осигурања ових лица.

У припреми је подзаконски акт којим ће се уредити месечни износ прихода као цензус за стицање својства осигураника из члана 22. став 1. тачка 9) Закона (односно из члана 11. став 1. тачка 9) Закона о здравственој заштити).

До доношења наведеног подзаконског акта Републичког завода, потребно је нагласити, да у утврђивању статуса незапосленог лица, како за примену члана 22. Закона о здравственом осигурању, тако и за примену члана 11. став 1. тачка 9) Закона о здравственој заштити, филијала Републичког завода не треба да тражи доказ о томе да је незапослено лице пријављено Националној служби за запошљавање (с обзиром да незапослена лица посао могу тражити не само преко Националне службе за запошљавање, већ и преко других агенција основаних у складу са законом). Доказ да је одређено лице незапослено, односно да није у радном односу - је издата радна књижица, односно оверена фотокопија исте, која се прилаже филијали Републичког завода. Наиме, уочена је појава (на основу података надлежног министарства и Националне службе за запошљавање), да тражењем од ових лица да поднесу доказ да су пријављени код Националне службе за запошљавање, неоправдано и вештачки се повећава број незапослених лица, с обзиром да се пријава Националној служби за запошљавање често врши искључиво ради подношења доказа надлежним филијалама здравственог осигурања ради остваривање права на здравствену заштиту. Имајући у виду шири јавни интерес у овој области, сматрамо да је довољно као доказ о незапослености, поднети оверену фотокопију радне књижице из које се може утврдити чињеница да лице није у радном односу.

Поред тога, потребно је нагласити да незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица, аутоматски не остварују права из обавезног здравственог осигурања у складу са чланом 22. став 1. тачка 9) Закона о здравственом осигурању, односно право на здравствену заштиту из члана 11. став 1. тачка 9) Закона о здравственој заштити, већ је потребно да та лица испуне услове у погледу месечних прихода који морају бити испод цензуса за стицање својства осигураника. С тим у вези, незапослена лица чији су месечни приходи изнад прописаног цензуса, неће имати право на стицање својства осигураника сходно члану 22. Закона о здравственом осигурању, односно неће имати право да остварују здравствену заштиту сходно члану 11. Закона о здравственој заштити. Ова лица, која не могу да стекну својство осигураника, односно не могу да остварују право на здравствену заштиту, на напред изнет начин (на основу уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање из средстава буџета Републике Србије), имају могућност да се, сходно члану 23. Закона о здравственом осигурању, укључе у обавезно здравствено осигурање.

4. Како утврдити својство осигураника лицу ромске националности из члана 22. став 1. тачка 11) Закона

Чланом 22. став 1. тачка 11) Закона прописано је да се осигураницима, у смислу овог закона, сматрају лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици, ако не испуњавају услове за стицање својства осигураника из члана 17. Закона, или ако права из обавезног здравственог осигурања не остварују као чланови породице осигураника.

Под лицима из напред наведене тачке 11) сматрају се грађани Републике Србије, а то су уједно и држављани Републике Србије. Наиме, на основу члана 22.

став 1. тачка 11) Закона, страни држављани који као Роми прелазе преко територије Републике Србије или се задржавају у Републици Србији, не могу остваривати права из обавезног здравственог осигурања у складу са Законом о здравственом осигурању, односно не могу остваривати право на здравствену заштиту у складу са чланом 11. став 1. тачка 11) Закона о здравственој заштити.

Лица ромске националности, који су уједно и страни држављани, остварују здравствену заштиту у складу са чл. 238. до 242. Закона о здравственој заштити.

Лица ромске националности који су грађани Републике Србије, односно држављани Републике Србије, морају поднети доказе за утврђивање својства осигураника, односно за остваривање права на здравствену заштиту. Као доказ могу се приложити лична документа која поседују та лица (лична карта, извод из матичне књиге рођених, доказ о држављанству и др). Поред тога, као доказ може се узети и изјава тог лица да је ромске националности, уз прибављање (па и службеним путем од стране надлежне филијале) других доказа који се воде код надлежних органа о статусу грађана Републике Србије.

Ова лица се сама пријављују надлежној филијали за остваривање права из обавезног здравственог осигурања (филијали на чијем подручју имају боравиште, односно пребивалиште). Уколико ова лица не изврше претходну одјаву из једне филијале здравственог осигурања, а поднесу пријаву на здравствено осигурање (односно затраже издавање здравствене исправе) у другој филијали, филијала здравственог осигурања којој су се ова лица обратила, може службеним путем, у непосредном контакту са напред наведеном филијалом, доставити одјаву са здравственог осигурања претходној филијали.

Како се члан 22. Закона о здравственом осигурању примењује од 01. јануара 2007. године, ова лица ће у току 2006. године остваривати право на здравствену заштиту сходно члану 11. став 1. тачка 11) Закона о здравственој заштити.

V. Чланови породице осигураника (чл. 24. до 27. Закона)

Новину у односу на раније важећи Закон, код осигураника пољопривредника, је да се права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују искључиво члановима породице осигураника, а не и члановима домаћинства.

Поред тога, чланови уже и шире породице усклађени су са Породичним законом ("Службени гласник РС", број 18/2005). Чињеница издржавања чланова шире породице утврђује се у складу са чл. 151. до 167. и чл. 279. до 282. Породичног закона, као и у складу са прописима о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана.

Како је ванбрачна заједница, сходно Породичном закону, изједначена у погледу права и дужности ванбрачних партнера, са правима и дужности супружника, под условима прописаних Породичним законом, чланом 25. Закона о здравственом осигурању, прописано је право супружника, као и право ванбрачних партнера осигураника, да остварују права из обавезног здравственог осигурања као чланови породице осигураника.

Под ванбрачном заједницом, сходно чланом 4. Породичног закона, подразумева се трајнија заједница живота мушкарца и жене, између којих нема брачних сметњи (које су прописане наведеним законом). Под ванбрачним партнером, у смислу члана 24. став 4. Закона о здравственом осигурању, сматра се члан уже породице, ако са осигураником живи у ванбрачној заједници најмање две године пре дана подношења пријаве на осигурање.

Чињеница о постојању ванбрачне заједнице доказује се у управном поступку пред матичном филијалом Републичког завода, и то на основу:

- оверена изјава ванбрачних партнера да постоји трајнија заједница живота између њих (две и више година), као и да не постоје законом прописане ванбрачне сметње;

- оверене изјаве два сведока да ванбрачна заједница траје дуже од две године, дата пред надлежним органом;

- оверена фотокопија личне карте из које се може видети да је пријава за оба ванбрачна партнера на заједничкој адреси становања.

Новину представља и чињеница да се детету осигураника признају права из обавезног здравственог осигурања до навршених 18 година живота, без обзира да ли су на школовању или не.

VI. Доказ да је доспели допринос за обавезно здравствено осигурање плаћен (члан 30. Закона у вези са чланом 142. Закона)

Чланом 30. Закона о здравственом осигурању прописано је да се права из обавезног здравственог осигурања остварују под условом да је доспели допринос за обавезно здравствено осигурање плаћен, ако овим законом није друкчије одређено.

Чланом 142. ст. 1. и 2. Закона, прописано је да се права из обавезног здравственог осигурања остварују на основу оверене исправе о осигурању, односно посебне исправе о коришћењу здравствене заштите, с тим да оверу врши матична филијала на основу расположивих података, односно на основу доказа да је уплаћен доспели допринос, у складу са законом (оверу здравствене исправе вршиће матична филијала почев од 1. јула 2006. године, сходно члану 254. став 2. Закона).

Допринос за обавезно социјално осигурање, као и начин и поступак обрачунавања и плаћања доприноса, уређени су Законом о доприносима за обавезно социјално осигурање, којим је у члану 69. прописано да контролу обрачунавања и плаћања доприноса врши Пореска управа, у складу са прописима којима се уређује порески поступак и пореска администрација. Поред тога, истим Законом, у члану 70. прописано је да је обвезник плаћања доприноса дужан да о

плаћеним доприносима обавештава Пореску управу, сагласно закону који уређује порески поступак и пореску администрацију, као и надлежне организације обавезног социјалног осигурања. Поред тога, чланом 71. истог Закона, прописано је да су Пореска управа и организације обавезног социјалног осигурања дужне да међусобно размењују податке о обезницима доприноса, обвезницима обрачунавања и плаћања доприноса, основицама доприноса, износима задужених и наплаћених доприноса, као и друге службене податке везане за доприносе. Поред тога, Пореска управа дужна је да надлежним организацијама за обавезно социјално осигурање доставља обавештења, односно одређене податке о утврђеним и наплаћеним доприносима за осигуранике самосталне делатности и осигуранике пољопривреднике, квартално, а најкасније 30 дана од дана истека квартала.

Из свега изнетог, произилази да је неопходно да Републички завод за здравствено осигурање, односно матичне филијале, успоставе систем контроле уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање, у међусобној сарадњи са Пореском управом ради овере здравствене књижице, односно одговарајуће здравствене исправе.

До успостављања јединственог информационог система у Републичком заводу за здравствено осигурање, у овом моменту, мора се поћи од претпоставке да је послодавац оверио здравствену књижицу на основу уплаћеног доприноса за обавезно здравствено осигурање. Републички завод за здравствено осигурање има напред наведени правни основ за проверу чињенице о уплаћеним доприносима одређених послодаваца (могућа је и контрола ОД образаца, платних спискова и др.).

У случају када матична филијала врши оверу здравствене књижице, иста је дужна да приликом овере поступи у складу са напред изнетим одредбама Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање.

VII. Претходни стаж обавезног здравственог осигурања (члан 32. Закона)

Чланом 32. Закона прописано је да за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, осигураници морају имати претходни стаж осигурања у обавезном здравственом осигурању у својству осигураника, у складу са Законом о здравственом осигурању, у трајању од најмање три месеца непрекидно или шест месеци са прекидима у последњих 18 месеци, пре почетка коришћења права из обавезног здравственог осигурања.

За осигураника који не испуњава услове претходног стажа матична филијала издаје посебну исправу о осигурању – потврду за коришћење здравствене заштите, док за осигураника који испуњава услове претходног стажа, матична филијала издаје исправу о осигурању – здравствену књижицу.

Потребно је указати да чланови породице осигураника остварују права из обавезног здравственог осигурања под условом да осигураник на основу кога остварују та права – испуњава услове у погледу претходног осигурања из члана 32. ст. 1. и 2. Закона. На тај начин, у претходни стаж за чланове породице

осигураника, у моменту када им престане својство члана породице осигураника, односно од момента када по сопственом основу из члана 17. став 1. Закона о здравственом осигурању, стекну својство осигураника - рачуна се и време за које су ова лица провела у обавезном здравственом осигурању као чланови породице осигураника. На тај начин, успоставља се континуитет у обавезном здравственом осигурању по односу члана породице осигураника са сопственим основом осигурања за та лица.

VIII. Ко процењује извештај о повреди на раду у поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (члан 33. Закона)

Чланом 33. Закона прописано је да се повреда на раду утврђује на основу извештаја о повреди на раду која се догодила на раду који је под непосредном или посредном контролом послодавца, у складу са прописима којима се уређује заштита здравља и безбедност на раду. Повреда на раду или професионална болест утврђује се у складу са прописима којима се уређује пензијско и инвалидско осигурање.

Напомињемо, да је у министарству надлежном за послове рада, у поступку израда новог извештаја о повреди на раду, а на основу Закона о заштити здравља и безбедности на раду.

У поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања, првостепена лекарска комисија Републичког завода дужна је да процењује напред наведени извештај о повреди на раду (а до доношења новог обрасца извештаја о повреди на раду, примењује се до сада важећа повредна листа), односно да утврђује чињеницу да ли је повреда на раду утврђена у складу са прописима којима се уређује пензијско и инвалидско осигурање.

IX. Дефиниција лица која су "тешко душевно или телесно ометена у развоју" (члан 35. Закона)

Одговор на ово постављено питање Министарство здравља доставиће накнадно, с обзиром да до дана достављања ове Инструкције, Институт за ментално здравље још увек није дао стручно мишљење (по међународно признатим шифрама обољења) о особама које се сматрају "тешко душевно или телесно ометеним у развоју". У наредних неколико дана очекујемо да ће Институт за ментално здравље доставити своје стручно мишљење, а ради јединствене примене у пракси.

X. Прегледи и лечење болести уста и зуба (члан 41. Закона)

У члану 41. Закона прописано је право на стоматолошку здравствену заштиту, односно прописани су прегледи и лечење болести уста и зуба у амбулантно-поликлиничким и стационарним условима, који се обезбеђују осигураним лицима из средстава обавезног здравственог осигурања.

Како су чланом 41. тач. 1) до 5) Закона, као право из обавезног здравственог осигурања, утврђени прегледи и лечење уста и зуба, то се и тачка 4) у члану 41. Закона, односи на прегледе и лечење уста и зуба (и поред чињенице да иза речи "прегледи" није унета реч "лечење", а имајући у виду цео контекст члана 41. Закона).

XI. Здравствена заштита из области стоматологије која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања (члан 45. Закона)

Потребно је нагласити да су, сходно члану 50. Закона, ослобођени плаћања партиципације одређене категорије осигураних лица, и то само за оне стоматолошке услуге које су као право признате у обавезном здравственом осигурању. Наиме, уколико одређене стоматолошке услуге нису обухваћене као право из обавезног здравственог осигурања, на њих се не односи члан 50. Закона – којим је прописано ослобађање од плаћања партиципације. Партиципација је део трошкова здравствене заштите коју плаћа осигурано лице за здравствену заштиту која се обезбеђује као право у обавезном здравственом осигурању, док преостали део цене те услуге – плаћа Републички завод за здравствено осигурање. За стоматолошке услуге које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем, осигурана лица плаћају пун износ цене тих стоматолошких услуга (по тзв. "комерцијалним ценама" које утврђује здравствена установа, а на основу препоручених цена достављених од стране овог министарства). Из тог разлога на стоматолошке услуге које нису обухваћене као право из обавезног здравственог осигурања, не примењује се члан 50. Закона.

XII. Партиципација (чл. 48. до 51. Закона)

У односу на раније важећи Закон о здравственом осигурању, чланом 45. новог Закона о здравственом осигурању, прописане су здравствене услуге које се обезбеђују осигураним лицима из средстава обавезног здравственог осигурања, односно процентуални део који обезбеђује обавезно здравствено осигурање из средстава Републичког завода, односно део који обезбеђује осигурано лице из својих средстава.

Како се сходно члану 257. Закона о здравственом осигурању, проценти прописани у члану 45. Закона, примењују од 1. јануара 2007. године, постављено је питање наплаћивања, односно ослобађања од партиципације у току 2006. године.

Наиме, на она права која су прописана чл. 34. до 45. Закона, примењује се у току 2006. године, до доношења новог подзаконског акта којим ће се уредити партиципација, Одлука о учешћу осигураника у трошковима здравствене заштите ("Службени гласник РС", број 83/04, 118/04 и 71/05), уз примену члана 50. Закона о здравственом осигурању. Наиме, из члана 5. Одлуке о учешћу осигураника у трошковима здравствене заштите, не примењују се оне одредбе које су у супротности са чланом 50. Закона, док се друге одредбе о ослобађању од

партиципације из члана 5. Одлуке о учешћу осигураника у трошковима здравствене заштите, и надаље примењују.

XIII. Коришћење здравствене заштите осигураних лица у иностранству (чл. 62. до 71. Закона)

Напред наведеним члановима Закона прописан је начин и поступак коришћења здравствене заштите осигураних лица у иностранству.

У члану 65. став 6. Закона прописано је да се потврда о коришћењу здравствене заштите издаје на основу непосредног прегледа осигураног лица од стране изабраног лекара, као и на основу медицинске документације, и то: увида у здравствени картон, односно увида у извод из здравственог картона, налаза и мишљења изабраног лекара да осигурано лице није боловало од акутне или хроничне болести у последњих 12 месеци, као и потврде изабраног лекара – стоматолога о стању зуба.

Наиме, "увид у здравствени картон", може изузетно извршити само службено лице Републичког завода када је то неопходно за издавање потврде о коришћењу здравствене заштите у иностранству – и то надзорник осигурања који је овлашћени доктор медицине, доктор стоматологије, односно дипломирани фармацеут из члана 187. став 2. Закона. Уобичајено да се потврда о коришћењу здравствене заштите у иностранству издаје на основу непосредног прегледа осигураног лица од стране изабраног лекара, као и на основу "извода из здравственог картона" осигураног лица, налаза и мишљења изабраног лекара да осигурано лице не болује од акутне или хроничне болести у последњих 12 месеци, као и потврде изабраног лекара – стоматолога о стању зуба.

У члану 66. Закона прописано је да потврда о коришћењу здравствене заштите важи до истека времена за који је издата, а најдуже за период од 12 месеци од дана издавања, односно за краћи период за који је осигураник упућен у иностранство, а да се изузетно потврда о коришћењу здравствене заштите за време приватног боравка у иностранству - издаје на период најдуже до 90 дана од дана издавања потврде.

На основу изнетог, потврда се у случају приватног боравка у иностранству, по правилу, издаје на рок за који ће осигурано лице приватно боравити у иностранству, али не за рок дужи од 90 дана од дана издавања потврде. То практично значи, да постоји могућност да се осигураном лицу у току једне календарске године изда више потврда за коришћење здравствене заштите у иностранству, са роком важења од најдуже 90 дана од дана издавања потврде, по свакој од издатих потврда. Напомињемо, да осигурано лице за време приватног боравка у иностранству (туристичко путовање и др.), на основу издате потврде за коришћење здравствене заштите у иностранству, може користити здравствену заштиту на терет средстава обавезног здравственог осигурања само у случају хитне медицинске помоћи.

XIV. Накнада зараде за време привремене

спречености за рад (чл. 73. до 103. Закона)

1. Како се примењују одредбе Закона о повезивању привремене спречености за рад из члана 76. Закона?

У члану 76. Закона, у ст. 1. до 3. прописани су случајеви, односно услови под којима се повезује привремена спреченост за рад. Ставом 4. и 5. у истом члану, прописано је да је изабрани лекар дужан да осигураника упути на првостепену лекарску комисију по истеку 30-ог дана укупне спречености за рад, односно да је изабрани лекар дужан да осигураника упути на првостепену лекарску комисију ако је осигураник био спречен за рад у укупном трајању од 30 дана у периоду од 45 дана од дана прве спречености за рад. На основу напред наведеног, ст. 4. и 5. у члану 76. Закона, имају за циљ да регулишу контролу привремене спречености за рад, и то после сваких 30 дана спречености за рад, с обзиром да је за наставак даље спречености за рад (од 31-ог дана и надаље, без обзира да ли је у питању привремена спреченост за рад у континуитету или са прекидима), изабрани лекар дужан је да осигураника упути на првостепену лекарску комисију. Наиме, изабрани лекар после сваких 30 дана спречености за рад осигураника, истог упућује на лекарску комисију, како у случају привремене спречености за рад са прекидима, тако и оне привремене спречености за рад која је утврђена у континуитету (нпр.: осигураник је био привремено спречен за рад по једном основу 25 дана. Након тога, са паузом или без паузе у односу на задњи дан привремене спречености за рад, осигураник је поново спречен за рад у трајању од 7 дана, изабрани лекар дужан је да таквог осигураника упути на лекарску комисију по истеку 30-ог дана укупне спречености за рад, уз примену члана 76. ст. 4. и 5. Закона). На такав начин, овај осигураник који је на дужем боловању под условима из члана 76. ст. 1. до 3. Закона, јављаће се на првостепену лекарску комисију, по упуту изабраног лекара, на сваких 30 дана укупне спречености за рад.

2. Да ли осигураник има право на накнаду зараде због неге члана уже породице само једном или више пута у току године, под условима прописаним Законом (члан 79. Закона)?

Чланом 79. став 1. Закона прописано је да осигуранику из члана 73. овог закона, припада накнада зараде због оболелог члана уже породице млађег од 7 година живота или старијег члана уже породице који је тешко телесно или душевно ометен у развоју, у сваком појединачном случају болести најдуже до 15 дана, а ако је оболели, односно повређени члан уже породице старији од 7 година живота, најдуже до 7 дана. Ставом 2. истог члана прописано је да изузетно, када постоје оправдани разлози који се односе на здравствено стање члана уже породице, првостепена лекарска комисија може продужити трајање привремене спречености за рад због неге члана уже породице, најдуже до 30 дана за негу детета млађег од 7 година живота или старијег члана уже породице који је тешко телесно или душевно ометен у развоју, односно до 14 дана за негу члана уже породице који је старији од 7 година. На овај начин, уређено је право на накнаду зараде због неге оболелог члана уже породице у случају акутног обољења.

Из напред изнетог, може се закључити да се ст. 1. и 2. у члану 79. Закона, односе на право осигураника на накнаду зараде због неге оболелог члана уже

породице – у сваком појединачном случају болести. Под сваким појединачним случајем болести, сматра се сваки случај акутног обољења члана уже породице. С тим у вези, може се закључити да не постоји законско ограничење осигураника у дужини коришћења права на накнаду зараде због неге члана уже породице у току једне календарске године (могуће је остварити право на накнаду зараде због неге оболелог члана уже породице и дуже од 30 дана у току једне календарске године, а по основу сваког посебног случаја акутног обољења, под условима прописаним чланом 79. Закона).

Чланом 79. став 3. Закона прописано је да у случају тешког оштећења здравственог стања детета до навршених 18 година живота због тешког оштећења можданих структура, малигне болести или другог тешког погоршања здравственог стања детета, другостепена лекарска комисија може, на предлог здравствене установе која обавља здравствену делатност на терцијерном нивоу у којој се дете лечи, као и упута изабраног лекара, продужити право на накнаду зараде због неге члана уже породице до 4 месеца. На овај начин, уређено је право на накнаду зараде у случају напред наведених хроничних болести чланова уже породице.

3. Какав је начин и поступак одлучивања по приговору на одлуку првостепене лекарске комисије, односно другостепене лекарске комисије из 79. Закона?

Чланом 79. став 2. Закона, прописано је да ако изузетно постоје оправдани разлози који се односе на здравствено стање члана уже породице, првостепена лекарска комисија може продужити трајање привремене спречености за рад због неге члана уже породице, и то најдуже до 30 дана за негу детета млађег од 7 година живота или старијег члана уже породице који тешко телесно или душевно ометен у развоју, односно до 14 дана за негу члана уже породице који је старији од 7 година живота. Уколико се, у складу са Законом, поднесе приговор на одлуку првостепене лекарске комисије, о томе одлучује другостепена лекарска комисија.

У члану 79. став 3. Закона, прописано је да у случају тешког оштећења здравственог стања детета до навршених 18 година живота због тешког оштећења можданих структура, малигне болести, или другог тешког погоршања здравственог стања детета, другостепена лекарска комисија може, на предлог здравствене установе која обавља здравствену делатност на терцијерном нивоу у којој се дете лечи, као и упута изабраног лекара, продужити право на накнаду зараде због неге члана уже породице до четири месеца. Имајући у виду да је одлука другостепене лекарске комисије коначна у поступку пред стручно-медицинским органима Републичког завода, и у овом случају када о праву одлучује само другостепена лекарска комисија, иста је коначна, односно против одлуке другостепене лекарске комисије, у случајевима наведеним у члану 79. став 3. Закона, не може се поднети приговор, али осигурано лице може на основу донетог првостепеног решења покренути управни спор сходно члану 175. став 1. Закона.

4. Да ли осигураник који је привремено спречен за рад због неспособности за рад проузроковане акутним пијанством или употребом психотропних супстанци има право на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања (члан 85. Закона)?

Чланом 85. став 1. тачка 2) Закона прописано је да осигуранику који је привремено спречен за рад не припада право на накнаду зараде, без обзира на исплатиоца накнаде зараде, ако је неспособност за рад проузрокована акутним пијанством или употребом психотропних супстанци.

Међутим, осигураник који болује од болести зависности (алкохолизам и наркоманија), односно који је евидентиран и који се лечи у надлежној здравственој установи, има сва права из обавезног здравственог осигурања утврђена Законом, па и право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад услед последица алкохолизма и наркоманије, као и у случају ако настане акутно погоршање основне, односно хроничне болести (алкохолизма и наркоманије).

5. Како се утврђује основ за накнаду зараде за време привремене спречености за рад (члан 88. Закона)?

Чланом 88. Закона о здравственом осигурању, прописано је да је основ за обрачун накнаде зараде која се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања, за осигуранике из члана 73. тачка 1) овог закона, просечна зарада коју је осигураник остварио у претходна три месеца пре месеца у којем би наступила привремена спреченост за рад.

Под зарадом, у смислу наведеног, сматра се зарада за обављени рад и време проведено на раду, утврђена у складу са прописима о раду и то:

- 1) основна зарада запосленог,
- 2) увећана зарада по основу времена проведеног на раду за сваку пуну годину рада остварену у радном односу.

Под основном зарадом, у складу са чланом 107. Закона о раду, сматра се уговорена зарада на основу услова (утврђених правилником одређеног послодавца), потребних за рад на пословима за које је запослени закључио уговор о раду, и времена проведеног на раду.

Поред тога, зараду чини и део увећане зараде по основу времена проведеног на раду за сваку пуну годину рада остварену у радном односу (минули рад), а што је прописано чланом 108. став 1. тачка 4) Закона о раду, односно актима послодавца за спровођење Закона о раду.

У зараду не улази:

- 1) увећана зарада запосленог из члана 108. тач. 1), 2) и 3) Закона о раду;
- 2) накнада трошкова из члана 118. Закона о раду;
- 3) друга примања из члана 119. и 120. Закона о раду;

4) накнада зараде по прописима о пензијском и инвалидском осигурању (накнада зараде због рада са скраћеним радним временом, с обзиром да не улази у основну зараду запосленог, у складу са Законом о раду).

На тај начин, у основ за накнаду зараде која се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања, за осигуранике запослене из члана 73. тачка 1) Закона, не улази напред изнето под тачком 1) до 4) овог питања.

6. Како обрачунати и исплатити накнаду зараде у складу са чланом 252. Закона?

Чланом 252. Закона о здравственом осигурању прописано је да осигурана лица која на дан ступања на снагу овог закона, користе права из обавезног здравственог осигурања стечена по прописима који су важили до дана ступања на снагу овог закона, од тога дана користе та права по одредбама новог Закона о здравственом осигурању.

У одговору на постављено питање, потребно је направити разлику код исплате накнаде зараде за тзв. "старе случајеве", "затечене случајеве" и "нове случајеве" исплате накнаде зараде за време привремене спречености за рад, и то:

а) под "старим случајевима" исплате накнаде зараде подразумевају се случајеви код којих је први и задњи дан привремене спречености за рад настао пре ступања на снагу Закона о здравственом осигурању, тј. који су настали до 9.12.2005. године, а накнада зараде није обрачуната, односно исплаћена осигуранику до почетка примене Закона (до 10.12.2005. године).

У тим случајевима, у погледу основа за накнаду зараде, износа накнаде зараде, исплатиоца накнаде зараде, примењује се раније важећи Закон о здравственом осигурању (који је престао да важи даном ступања на снагу новог Закона о здравственом осигурању). Уколико је послодавац већ исплатио свом запосленом накнаду зараде, коју обезбеђује из својих средстава Републички завод, а сходно раније важећем члану 51. став 8. Закона о здравственом осигурању, Републички завод је дужан да послодавцу рефундира износ накнаде зараде коју је послодавац обрачунао по раније важећем закону, у износу који је послодавац исплатио запосленом (нпр.: Послодавац је обрачунао и исплатио запосленом износ накнаде зараде у случају одржавања трудноће – у износу од 100% од основа за накнаду зараде, по раније важећем члану 44. став 2. тачка 3) Закона о здравственом осигурању. Републички завод је, у том случају, у обавези да тако обрачунату накнаду зараде рефундира послодавцу, и поред чињенице да је сходно члану 96. новог Закона о здравственом осигурању, прописана висина накнаде зараде у случају привремене спречености за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће – у износу од 65% од основа за накнаду зараде).

б) под "затеченим случајевима" подразумевају се случајеви код којих је први дан спречености за рад пре ступања новог Закона о здравственом осигурању на снагу (до 9.12.2005. године), а у моменту ступања Закона на снагу (од 10.12.2005. године и после тог дана), привремена спреченост за рад траје и надаље.

На "затечене случајеве" прави се пресек у обрачуноу и исплати накнаде зараде са 10.12.2005. године, у погледу утврђивања основа за накнаду зараде, висине накнаде зараде, усклађивања основа и исплатиоца накнаде зараде.

Наиме, од првог дана спречености за рад код "затечених случајева", па до 9.12.2005. године, накнада зараде обрачунава се у складу са раније важећим Законом о здравственом осигурању у погледу основа, висине и исплатиоца накнаде зараде.

Почев од 10.12.2005. године, за "затечене случајеве", примењују се одредбе новог Закона о здравственом осигурању у погледу основа, висине, усклађивања и исплатиоца накнаде зараде.

У смислу члана 88. до 94. новог Закона о здравственом осигурању, основ за накнаду зараде се утврђује на бази просечне зараде, коју је осигураник остварио у претходна три месеца пре месеца у којем је наступила привремена спреченост за рад. Под просечном зарадом подразумева се зарада из члана 88. став 1. тач. 1) и 2) Закона (основна зарада запосленог увећана за минули рад). Тако утврђени основ за накнаду зараде усклађује се са стављањем у однос висине зараде за осигураника који је привремено спречен за рад, према податку о кретању зараде код послодавца, у месецу који претходи месецу од којег осигуранику припада право на усклађивање основа за накнаду зараде (прво усклађивање основа за накнаду зараде) и то за "затечене случајеве" за које је испуњен услов за усклађивање основа, односно да су примали накнаду зараде на терет средстава обавезног здравственог осигурања – дуже од два месеца.

На тај начин, прво усклађивање основа за накнаду зараде врши се на бази просечне основне зараде осигураника увећане за минули рад, коју је осигураник остварио у претходна три месеца пре месеца у којем је наступила привремена спреченост за рад – према кретању просечне основне зараде увећане за минули рад код послодавца у месецу који претходи месецу од којег осигуранику припада право на усклађивање основа за накнаду зараде.

Под претпоставком да је овај услов испуњен, почев од 10.12.2005. године, у свим случајевима привремене спречености за рад, основ се усклађује стављањем у однос података о кретању зараде код послодавца за XI-05, са просечном зарадом коју је осигураник остварио у претходна три месеца пре месеца у којем је наступила привремена спреченост за рад.

Пример за осигуранике из члана 73. тачка 1) Закона (случај настао 28.07.2005. године):

Параметри:

- зарада код послодавца IV-05	33.444,50 дин.	21 дан
V-05	29.388,50 дин.	22 дана
VI-05	29.388,00 дин.	22 дана
Укупно:	92.221,00 дин.	65 дана

		65:3=21,67
--	--	------------

- зарада у XI-05 = 34.837,00		
- зарада у XII-05 = 36.000,00		

Обрачун: децембарски основ XI/IV, V, VI-05

92.221,00:3= 30.740,34		
30.740,34:21,67=1.418,57		
1.418,57 x 0,681= 966,05 x 65% = 627,94		
627,94 x 1,1332= 711,59 дин.		

% накнаде	Период		Бр. дана	Нето	Бруто
65%	10.12.05.	31.12.05.	15	10.674,00	18.480,00

Пример за осигуранике из члана 73. тач. 2) и 3) Закона (случај настао 18.07.2005. године):

Свако даље усклађивање врши се месечно у складу са кретањем зарада код послодавца, и то за јануар месец XII/XI-05, за фебруар I/XII итд. по истом поступку.

Основ за I-06 – кретање зараде код послодавца
у XII/XI зарада у XII-05= 36.000,00

$36.000,00/34.837,00 = 103,33\%$ - примењује се на претходни основ (XII)
 $711,59 \times 1,0333 = 735,29$

% накнаде	Период		Бр. дана	Нето	Бруто
65%	1.01.06.	31.01.06.	22	16.176,00	28.006,00

За осигуранике из члана 73. тач. 2) и 3) Закона, који су такође испунили горе наведени услов (трајање привремене спречености за рад више од два календарска месеца на терет средстава обавезног здравственог осигурања, основ се утврђује на бази просечне месечне основице на коју је плаћен допринос за обавезно здравствено осигурање у складу са законом, утврђене у календарском тромесечју које претходи тромесечју у којем је наступио случај по коме се стиче право на накнаду зараде.

Овако утврђен основ усклађује се са кретањем просечне месечне зараде по запосленом на територији Републике Србије, према последњем објављеном податку републичког органа надлежног за послове статистике, у месецу који претходи месецу од којег осигуранiku припада право на усклађивање основа за накнаду зараде (прво усклађивање основа), а то је у доле наведеном "затеченом

случају" који је испунио услов за усклађивање, месец XI-05. У децембру месецу имаће утврђену висину накнаде зараде у целом месецу према податку XI/X-05 године. Свако даље усклађивање врши се на тај начин што се упоређују подаци о кретању просечне месечне зараде по запосленом у Републици Србији и то за I-05, XII/XI-05, за II-05, I/XII-05 итд.

Пример: - Случај настао 18.07.2005. године

- Просечна основица на коју је плаћен допринос за обавезно здравствено осигурање (по уверењу Пореске управе)

IV – 18.595,25

V – 18.595,25

VI – 18.595,25

Укупно: 55.785,75

- Процент обрачуна – 100%

Процент	од	до	Број дана	Нето	Нето+порез+допринос Укупне обавезе
100	17.08.05.	31.08.05.	11	4.465,00	7.051,00
100	1.09.05.	30.09.05.	22	9.096,00	14.363,00
100	1.10.05.	31.10.05.	21	8.870,00	14.006,00
100	1.11.05.	30.11.05.	22	9.259,00	14.621,00
100 XI/X	1.12.05.	09.12.05.	7	3.019,00	4.767,00 исти основ
100 XI/X	10.12.05.	31.12.05.	15	6.468,00	10.241,00 исти основ
100 XII/XI	1.01.06.	31.01.06.	22	11.174,00	17.644,00

Напомињемо, да се приликом утврђивања и усклађивања основа мора водити рачуна о доњем (минимална зарада) и горњем лимиту (који чини збир највиших месечних основица на које се плаћа допринос за сваки од три месеца који улазе у просечан износ зараде.

Применом одредаба новог Закона, за "затечене случајеве" привремене спречености за рад, почев од 10.12.2005. године и надаље, на основицу која је обрачуната, као и уз усклађивање (о коме је напред било речи) висина накнаде зараде обрачунава се у складу са чланом 96. Закона. Наиме, почев од 10.12.2005. године, за "затечене случајеве" привремене спречености за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће, висина накнаде обезбеђује се из средстава обавезног здравственог осигурања у износу од 65% од основа за накнаду зараде (и поред чињенице да је ова накнада раније обрачунавана у износу од 100% од накнаде).

Код накнаде зараде у случају привремене спречености за рад због повреде на раду или професионалне болести, за "затечене случајеве", код којих је Републички завод до 9.12.2005. године био исплатилац накнаде зараде, почев од 10.12.2005. године, исплата накнаде зараде у случају повреде на раду или професионалне болести прелази на послодавца.

в) под "новим случајевима" привремене спречености за рад подразумевају се случајеви код којих је први дан спречености за рад настао 10.12.2005. године, односно сваки други дан после дана ступања Закона на снагу. За те случајеве накнада зараде исплаћује се у потпуности у складу са новим Законом о здравственом осигурању

7. *Како се врши усклађивање основа за накнаду зараде (члан 92. Закона)?*

Чланом 92. Закона прописано је да осигураник из члана 73. тачка 1) Закона, који прима накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања дуже од два календарска месеца, има право на усклађивање основа за накнаду зараде. Усклађивање основа за накнаду зараде врши се од првог дана наредног календарског месеца по истеку другог календарског месеца непрекидне спречености за рад (рачунају су пуни календарски месеци). Ово практично значи, да ће се прво усклађивање основа за накнаду зараде извршити после три пуна календарска месеца непрекидне спречености за рад осигураника, рачунајући од последњег дана у месецу у коме је наступила привремена спреченост за рад (нпр.: први дан спречености за рад је 15.05., а прво усклађивање основа за накнаду зараде, после протока VI и VII месеца, извршиће се почев од 1.08.).

Основ за накнаду зараде усклађује се са кретањем зараде код послодавца у месецу који претходи месецу од којег осигуранику припада право на усклађивање основа за накнаду зараде, с тим да се свако наредно усклађивање основа врши месечно, према кретању зарада код послодавца.

8. *Како исплаћивати, односно уклађивати накнаду зараде у случају привремене спречености за рад код повреде на раду или професионалне болести?*

Чланом 102. став 3. Закона, прописано да накнаду зараде у случају привремене спречености за рад осигураника из члана 73. тачка 1) Закона, због повреде на раду или професионалне болести, обезбеђује (исплаћује) послодавац из својих средстава, од првог дана спречености за рад, за све време трајања привремене спречености за рад, али најдуже за време трајања радног односа осигураника.

Имајући у виду члан 252. Закона о здравственом осигурању, може се закључити да је обавеза послодавца да настави исплату накнаде зараде за време привремене спречености за рад у случају повреде на раду или професионалне болести код "затечених случајева" (о чему је напред било више речи), почев од 10.12.2005. године. За "нове случајеве" привремене спречености за рад због повреде на раду или професионалне болести, послодавац у потпуности примењује члан 102. Закона, односно исплаћује накнаду зараде због повреде на раду или професионалне болести од првог дана настанка привремене спречености за рад.

Чланом 87. Закона о здравственом осигурању прописано је да се основ за накнаду зараде за осигуранике запослене из члана 73. тачка 1) овог закона, коју исплаћује послодавац из својих средстава, утврђује у складу са прописима о раду.

Законом о раду, а пре свега чланом 115. Закона о раду, нису прописани услови, као ни начин ни поступак усклађивања основа за накнаду зараде у случају привремене спречености за рад. Међутим, како је чланом 115. тачка 2) Закона о раду, прописано прво запосленог на накнаду зараде под условом да се та одредба примењује "ако законом није друкчије одређено" (мисли се на друге законе који уређују то питање, а пре свега на Закон о здравственом осигурању), може се закључити да постоји правни основ за примену чл. 92. до 94. Закона о здравственом осигурању, у погледу усклађивања основа за накнаду зараде због повреде на раду или професионалне болести коју исплаћује послодавац. Наиме, у тим случајевима, члан 92. ст. 2. и 4. Закона о здравственом осигурању, представља правни основ за усклађивање накнаде зараде због повреде на раду или професионалне болести коју исплаћује послодавац (ради потпуне правне јасноће потребно је рећи да је члан 92. ст. 1. и 3. Закона правни основ за усклађивање основа за накнаду зараде коју исплаћује Републички завод, док је ст. 2. и 4. у истом члану, правни основи за усклађивање основа за накнаду зараде коју исплаћује како послодавац, тако и Републички завод).

Из изнетог се може закључити да је послодавац у обавези да примењује одредбе о усклађивању основа за накнаду зараду, на напред изнет начин. Обавеза послодавца да поступа на напред изнет начин престаје уколико запосленом престане радни однос код послодавца, али још увек трају услови за исплату накнаде зараде због повреде на раду или професионалне болести.

После престанка радног односа запосленог, примењује се члан 102. став 4. Закона, којим је прописано да осигураник коме је престао радни однос у току коришћења права на накнаду зараде због повреде на раду или професионалне болести, има право на накнаду зараде коју обезбеђује матична филијала, односно Републички завод, од дана престанка радног односа осигураника. То практично значи, да после престанка радног односа запосленог, филијала према месту послодавца преузима обавезу и наставља да исплаћује онај износ накнаде зараде који је обрачунао послодавац из месеца пре дана престанка радног односа. Како је запосленом престао радни однос, не постоји законски основ за усклађивање основа за накнаду зараде у случају повреде на раду или професионалне болести коју исплаћује матична филијала.

На износ те накнаде зараде, коју исплаћује филијала, не обрачунава се допринос за обавезно пензијско и инвалидско осигурање (већ само допринос за обавезно здравствено осигурање и допринос за случај незапослености), с обзиром да сходно Закону о пензијском и инвалидском осигурању, не постоји правни основ за стицање пензијског стажа после престанка радног односа запосленог.

У напред наведеним случајевима, када је исплатилац накнаде филијала, надлежна филијала доноси месечно решење о исплати накнаде зараде за случај повреде на раду или професионалне болести осигураника.

9. Да ли се код исплате накнаде зараде из средстава послодавца у случају професионалне болести или повреде на раду примењују одредбе о претходном стажу осигурања из члана 32. Закона?

Члан 32. Закона не односи се на исплату накнаде зараде коју обезбеђује послодавац из својих средстава, па и у случају исплате накнаде зараде због повреде на раду или професионалне болести.

10. Како примењивати члан 97. и 98. Закона?

Чланом 97. Закона прописано је да висина накнаде зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања не може бити нижа од минималне зараде утврђене у складу са прописима о раду за месец за који се врши обрачун накнаде зараде, нити виша од 65%, односно 100% највишег основа за накнаду зараде утврђеног у складу са овим законом.

Наиме, чланом 97. Закона се на општи начин уређује износ најниже накнаде зараде, као и износ највише накнаде зараде, које се обрачунавају и исплаћују из средстава обавезног здравственог осигурања. С тим у вези, овај члан не треба везивати са чланом 98. Закона, с обзиром да члан 98. Закона има за циљ да уреди износ накнаде зараде из средстава обавезног здравственог осигурања у случају да послодавац не врши исплате накнаде зараде.

Наиме, чланом 98. Закона, прописано је да осигураник има право на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања у висини минималне зараде утврђене за месец у којем се врши исплата накнаде зараде, у складу са прописима о раду, за време док његов послодавац не врши исплату зараде запосленима, а за то време обрачунава и уплаћује допринос за обавезно здравствено осигурање, с тим да се овако обрачуната накнада зараде може исплаћивати најдуже 3 месеца.

Имајући у виду различите ситуације на које се чл. 97. и 98. Закона односе, у члану 97. Закона узима се минимална зарада утврђена у складу са прописима о раду "за месец за који се врши обрачун накнаде зараде", док се у члану 98. Закона, узима "минимална зарада утврђена за месец у којем се врши исплата накнаде зараде".

XV. Накнада погребних трошкова

Новим Законом о здравственом осигурању није предвиђено као право из обавезног здравственог осигурања – право на накнаду погребних трошкова.

Међутим, за случај смрти осигураника до 9.12.2005. године, примењује се раније важећи Закон, односно члан 59. Закона о здравственом осигурању, који је престао да важи даном ступања на снагу новог Закона о здравственом осигурању.

С тим у вези, Републички завод исплатиће накнаду погребних трошкова за случај смрти осигураника до 09.12.2005. године. Почев од 10.12.2005. године, из средстава обавезног здравственог осигурања не обезбеђује се право на погребне трошкове за случај смрти осигураника који је наступио од 10.12.2005. године.

XVI. Право на накнаду трошкова превоза

Имајући у виду члан 252. Закона о здравственом осигурању, за случајеве када је путовање ради остваривања права на здравствену заштиту започело и завршило се до 09.12.2005. године, примењују се одредбе чл. 52. до 58. раније важећег Закона о здравственом осигурању, односно обезбеђује се право на накнаду трошкова превоза у складу са раније важећим законом.

У случају да је путовање ради остваривања права на здравствену заштиту започело до 09.12.2005. године, а завршило се после 10.12.2005. године, осигураном лицу признаје се право на трошкове превоза настале до 09.12.2005. године (осигурано лице нема право на путне трошкове за повратак са лечења после 10.12.2005. године).

Сходно члану 104. Закона о здравственом осигурању, осигурано лице има право на накнаду трошкова превоза у случају да је упућен у здравствену установу ван подручја матичне филијале, ако је здравствена установа удаљена најмање 50 километара од места његовог становања. Поред тога, накнада трошкова осигураном лицу припада и када је од изабраног лекара здравствене установе или надлежне лекарске комисије упућен или позван у друго место ван подручја матичне филијале у вези са остваривањем здравствене заштите или ради оцене привремене спречености за рад. Из напред изнетог, може се закључити да осигураном лицу припада право на накнаду трошкова превоза када путује из једног у друго место (нпр.: из Ужица у Београд – трошкови превоза од железничке или аутобуске станице у Ужицу до железничке или аутобуске станице у Београду, али без права на накнаду за трошкове градског превоза).

*
* *
*

Ради јединствене примене у пракси, неопходно је да Републички завод за здравствено осигурање достави филијалама ову Инструкцију, како би исте примењивале Закон о здравственом осигурању на јединствен начин. Поред тога, потребно је да филијале Републичког завода доставе извод из Инструкције који се односи на остваривање права осигураника из члана 17. став 1. тачка 14) Закона о здравственом осигурању, омладинским, односно студентским задругама које су регистроване на подручју филијале.

Захваљујемо се на сарадњи.

М И Н И С Т А Р

проф. др Томица Милосављевић