

ЗАКОН
О
ИЗМЕНАМА И ДОПУНАМА ЗАКОНА О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

Члан 1.

У Закону о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, број 25/19) у члану 10. став 1. после тачке 21) на крају текста тачка замењује се тачком и запетом.

После тачке 21) додаје се тачка 22) која гласи:

„22) Ретке болести су оне болести које погађају мање од пет лица на 10.000 становника.“

Члан 2.

У члану 78. после става 4. додаје се став 5. који гласи:

„Ближи услови и начин за остваривање права на накнаду зараде из ст. 3 и 4. овог члана уређују се прописом из члана 124. став 3. овог закона.“

Члан 3.

У члану 79. после става 2. додаје се став 3. који гласи:

„Накнада зараде због неге детета из става 1. овог члана припада осигуранику и када је други родитељ обавезно здравствено осигуран код другог надлежног носиоца здравственог осигурања.“

Члан 4.

У члану 80. став 2. реч „сваких“ брише се.

Став 3. мења се и гласи:

„Изабрани лекар, уз сагласност осигураника, без одлагања, подноси захтев за покретање поступка ради утврђивања губитка радне способности пред надлежном организацијом за пензијско и инвалидско осигурање.“

Став 4. мења се и гласи:

„Начин подношења захтева из става 3. овог члана, као и друга питања у вези са подношењем захтева ближе се уређују прописом из члана 124. овог закона.“

Став 5. брише се.

Члан 5.

У члану 84. став 1. тачка 12) брише се.

Члан 6.

У члану 87. став 1. на крају текста брише се тачка и додају се речи: „и накнада зараде коју је осигураник остварио у том периоду.“

Члан 7.

Члан 102. мења се и гласи:

„Члан 102.

Послодавац исплаћује и накнаду зараде запосленима која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом.

Филијала утврђује право на накнаду зараде, висину накнаде и врши обрачун накнаде зараде из става 1. овог члана и најкасније у року од 15 дана од извршеног обрачуна накнаде зараде преноси одговарајући износ средстава на посебан рачун послодавца.

Средства из става 2. овог члана која не исплати осигуранику у року од три дана од дана њиховог пријема послодавац је дужан да врати филијали са каматом за коју су средства увећана док су се налазила на посебном рачуну послодавца.

Средства из става 2. овог члана не могу бити предмет извршења, осим за сврху из става 1. овог члана.

Накнаду зараде предузетницима и запосленима код предузетника, под условом да предузетници немају посебан рачун, као и свештеницима и верским службеницима, која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, обрачунава и исплаћује филијала на текући рачун тог лица.

Изузетно од ст. 1. и 2. овог члана, у случају привремене спречености за рад из члана 73. став 1. тачка 3) овог закона, Републички фонд накнаду зараде уплаћује на рачун осигураника.

Начин и ближи услови за остаривања права на накнаду зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, уређују се прописом из члана 124. овог закона.“

Члан 8.

У члану 109. став 1. брише се.

Члан 9.

У члану 115. став 4. мења се и гласи:

„Изузетно од става 3. овог члана, потврда за коришћење здравствене заштите за осигурано лице које се налази на стручном усавршавању или школовању, а које финансира сопственим средствима, издаје се за период трајања стручног усавршавања, односно школске године.“

Члан 10.

У члану 125. после става 4. додаје се став 5. који гласи:

„Осигураници из члана 72. овог закона у случају привремене спречености за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће, остварују права из обавезног здравственог осигурања без обзира да ли је уплаћен доспели допринос.“

Члан 11.

У члану 150. после тачке 2) на крају текста тачка замењује се тачком и запетом.

После тачке 2) додаје се тачка 3) која гласи:

„3) врши друге послове у вези са остваривањем права из обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом.“

Члан 12.

У члану 165. став 2. брише се.

Члан 13.

У члану 241. став 2. речи: „ Управни одбор“ замењују се речима: „Републички фонд“.

Члан 14.

У члану 260. став 1. тачка 2) мења се и гласи:

„2) не изврши исплату накнаде зараде запосленом која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања или ако накнаду зараде из средства обавезног здравственог осигурања која је пренета на посебан рачун послодавца не

исплати осигуранику у року од три дана од дана њиховог пријема, а не врати филијали са каматом за коју су средства увећана док су се налазила на посебном рачуну послодавца (члан 102. ст. 1. и 3);“.

Члан 15.

У члану 261. став 1. тачка 5) мења се и гласи:

„5) не пренесе одговарајући износ средстава на посебан рачун послодавца у року од 15 дана од извршеног обрачуна накнаде зараде (члан 102. став 2);“

Тачка 6) брише се.

Члан 16.

У члану 263. речи: „односно ако не поступи у складу са чланом 80. ст. 3–5. овог закона“ бришу се.

Члан 17.

После члана 276. додаје се члан 276а који гласи:

„Даном почетка примене овог закона престају да важе чл. 103. и 179. став 3. тачка 2) Закона о раду („Службени гласник РС“, бр. 24/05, 61/05, 54/09, 32/13, 75/14, 13/17 - УС, 113/17 и 95/18 - др. пропис).

Члан 18.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије“, а примењује се од 1. јуна 2021. године.

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ

I. УСТАВНИ ОСНОВ

Уставни основ за доношење овог закона садржан је у члану 68. став 3. Устава Републике Србије, према коме се здравствено осигурање уређује законом.

II. РАЗЛОЗИ ЗА ДОНОШЕЊЕ ЗАКОНА

Закон о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, број 25/19/) ступио је на снагу и у примени је од 11. априла 2019. године.

Сходно интенцији Владе Републике Србије да се континуирано предузимају активности које се односе на унапређење електронског система у свим сегментима рада, па сходно томе и система здравствене заштите и обавезног здравственог осигурања, Закон о здравственом осигурању садржи одредбе које се односе на електронску пријаву/одјаву, као и промене у матичној евиденцији Републичког фонда за здравствено осигурање, чиме се у значајној мери поједноставио сам поступак пријаве/одјаве и промена у тој евиденцији, као и поступак овере исправе о здравственом осигурању.

У том смислу, указала се потреба за даљим унапређењем система обавезног здравственог осигурања, а која се огледа у одговарајућим решењима која се односе на остваривање права на накнаду зараде услед привремене спречености за рад услед болести или повреде, те се овим Нацртом предлажу нова решења којима се олакшава остваривање тог права осигураницима, као и самим послодавцима. Наиме, предлаже се да осигураник, односно члан његове породице не доставља потврду о привременој спречености за рад послодавцу, како је важеће решење, већ ту информацију електронским путем доставља изабрани лекар послодавцу. Такође, послодавац више не врши обрачун накнаде зараде, већ то ради Републички фонд за здравствено осигурање (који је до сада вршио ту контролу обрачуна), на основу података о уплаћеним порезима и доприносима за тог осигураника, а које добија службеним путем од Пореске управе. Тај обрачун, као и саму накнаду зараде, како је предложено, Републички фонд за здравствено осигурање доставља, односно уплаћује послодавцу у краћем року (15 дана) у односу на важеће решење (30 дана). На тај начин избегнуто је двоструко вршење обрачуна накнаде зараде и читав поступак је поједностављен.

Даље, предложено је да осигураници у случају привремене спречености за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће, остварују права из обавезног здравственог осигурања без обзира да ли је уплаћен доспели допринос, дакле и право на накнаду зараде због привремене спречености за рад, а што није случај према важећем решењу. Наиме, према важећем решењу, у случају када нису уплаћени доспели доприноси за здравствено осигурање, осигураница, у складу са посебним законом, може остварити право на здравствену заштиту и права на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите.

Такође, једно од решења садржано у Нацрту закона је и увођење дефиниције ретких болести по први пут у правне прописе у Републици Србији. Наиме, увођење поменуте дефиниције је спровођење једне од активности Програма за ретке болести у Републици Србији за период 2020-2022. године („Службени гласник РС“, број 86/19) са Акционим планом. У циљу спровођења поменуте активности Радна група за праћење и координисање имплементације Програма за ретке болести у Републици Србији за период

од 2020-2022. године је једногласно заузела став да се ретке болести дефинишу на начин наведен у Нацрту закона. Како је поменута дефиниција основ, пре свега, за формирање регистра лица оболелих од ретких болести, који ће омогућити сагледавање учесталости, распрострањености, трајања, исхода, демографских, клиничких и других карактеристика лица оболелих од ретких болести, неопходно је да поменута дефиниција буде део решења садржаних у Нацрту закона.

Осим наведеног, овим Нацртом поједине важеће одредбе се дефинишу на прецизнији начин, чиме се омогућава недвосмислена примена појединих законских решења, а што је уочено у периду од почетка примене Закона о здравственом осигурању.

III. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ПРЕДЛОЖЕНИХ ПОЈЕДИНАЧНИХ РЕШЕЊА

У члану 1. Нацрта закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању (у даљем тексту: Нацрт) врши се допуна члана 10. Закона о здравственом осигурању на тај начин што се додаје нова тачка којом се уређује значење израза „ретке болести“.

Чланом 2. Нацрта додаје се нов став у члану 78. Закона о здравственом осигурању на тај начин да ће се ближи услови и начин остваривања права на накнаду зараде утврђене ст. 3 и 4. тог члана ближе уредити општим актом којим се уређују ближи услови и начин остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Чланом 3. Нацрта додаје се нов став у члану 79. Закона о здравственом осигурању ради појашњења самог члана, с обзиром да је у периоду примене Закона о здравственом осигурању било нејасноћа у погледу остваривања самог права из члана 79. у случају када је други родитељ војни осигураник или запослен у иностранству и тамо обавезно здравствено осигуран, јер и у тим случајевима други родитељ је спречен да негује болесно дете.

Чланом 4. Нацрта предлажу се нова решења у случају када је осигураник дуже привремено спречен за рад услед болести или повреде и када су се стекли услови да у том случају буде упућен на процену радне способности инвалидској комисији. Нацртом се предлаже да тај захтев инвалидској комисији, електронским путем достави изабрани лекар уз сагласност осигураника.

Чланом 5. Нацрта предлаже се брисање одговарајуће тачке у члану 84. Закона о здравственом осигурању, а што је у складу са предложеним решењем у члану 4. Нацрта.

Чланом 6. Нацрта прецизније је уређено шта чини основ за накнаду зараде, а како би се избегле све недоумице у примени овог члана, а што је уочено у периоду примене Закона о здравственом осигурању.

Чланом 7. Нацрта у целисти се предлажу нова решења у погледу обрачуна и исплате накнаде зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, као и рок у коме се то врши, чиме се читав поступак поједностављује и унапређује, а што је у интересу и осигураника и послодавца.

Чланом 8. Нацрта предлаже се брисање члана 109. став 1. важећег закона с обзиром да се овим нацртом предлажу нова решења којим се на другачији начин уређује обавеза послодавца у погледу обрачуна и исплате накнаде зараде која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања.

Чланом 9. Нацрта на јаснији начин се уређује важење потврде за коришћење здравствене заштите за време приватног боравка осигураног лица у случају када се осигурано лице, за време приватног боравка, налази на стручном усавршавању или школовању у иностранству, а које финансира из сопствених средстава.

Чланом 10. Нацрта предлаже се да осигураници из члана 72. овог закона у случају привремене спречености за рад због болести или компликација у вези са одржавањем трудноће, остварују права из обавезног здравственог осигурања без обзира да ли је уплаћен доспели допринос.

Чланом 11. Нацрта проширују се надлежности другостепене лекарске комисије Републичког фонда за здравствено осигурање.

Чланом 12. Нацрта предлаже се брисање члана 165. став 2. Закона о здравственом осигурању, као сувишан, јер је пракса показала да је примена овог члана сувишна зато што је заштита права послодавца уређена чл. 156. и 157. Закона.

Чланом 13. Нацрта предлаже се промена с обзиром да је Републички фонд за здравствено осигурање правно лице, а Управни одбор његов орган, те је и логично да правно лице подноси Влади одговарајуће извештаје (извештај о раду самог фонда, као и извештај о финансијском пословању овог фонда), а не његов орган који те извештаје разматра и усваја.

Чланом 14. Нацрта у Казненим одредбама Закона о здравственом осигурању извршено је усклађивање конкретне казнене одредбе са предложеним решењем у члану 7. Нацрта.

Чланом 15. Нацрта у казненим одредбама Закона о здравственом осигурању извршено је усклађивање конкретне казнене одредбе са предложеним решењем у члану 7. Нацрта.

Чланом 16. Нацрта у казненим одредбама Закона о здравственом осигурању извршено је усклађивање конкретне казнене одредбе са предложеним решењем у члану 4. Нацрта.

Чланом 17. Нацрта предлаже се брисање одређених одредаба у Закону о раду, а којом је била прописана дужност запосленог (осигураник) да послодавцу достави потврду о привременој спречености за рад у року од три дана, с обзиром да се овим нацртом предлажу нова решења баш у погледу те обавезе запосленог на тај начин што ће уместо њега, уз његову сагласност информацију о привременој спречености за рад, послодавцу електронским путем достављати изабрани лекар.

Чланом 18. Нацрта предлаже се када овај закон ступа на снагу, а када примену.

IV. ПРОЦЕНА ФИНАНСИЈСКИХ СРЕДСТАВА ПОТРЕБНИХ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ЗАКОНА

За спровођење овог закона нису потребна додатна финансијска средства у односу на већ опредељена, односно планирана финансијска средства за 2021. годину, осим за реализацију члана 10. овог нацрта.

V. ПРЕГЛЕД ОДРЕДБИ КОЈЕ СЕ МЕЊАЈУ, ОДНОСНО ДОПУЊУЈУ

Члан 10.

Појмови који се користе у овом закону имају следеће значење:

- 1) Осигураник је физичко лице које је обавезно осигурано у складу са овим законом;
- 2) Осигураник добровољног здравственог осигурања је физичко лице које је закључило уговор о добровољном здравственом осигурању или за кога је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању са осигуравачем добровољног здравственог осигурања и које користи права утврђена уговором о добровољном здравственом осигурању, као и члан породице тог осигураника који је обухваћен уговором о добровољном здравственом осигурању;
- 3) Осигурана лица су осигураници и чланови њихових породица којима се у складу са овим законом обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања;
- 4) Матична филијала је филијала Републичког фонда која је издала, односно активирала исправу о осигурању;
- 5) Садржај здравствене заштите чине поступци и методи дијагностике, лечења и рехабилитације, у циљу спречавања, сузбијања, раног откривања и лечења болести, повреда и других поремећаја здравља, а који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем;
- 6) Обим здравствене заштите чини број и дужина трајања поступака и метода дијагностике, лечења и рехабилитације, као и друге величине којима се може изразити обим појединих садржаја здравствене заштите (систематско пружање здравствених услуга у одређеном временском периоду и др.), а који чине садржину права из обавезног здравственог осигурања;
- 7) Стандард здравствене заштите чине услови за коришћење поступака и метода који чине садржину права из обавезног здравственог осигурања, укључујући ограничења за коришћење тих здравствених услуга;
- 8) Планирање породице подразумева здравствено васпитни рад чији је циљ зачеће, а обухвата превенцију у области спречавања и преноса полних болести, лечења стерилитета и биомедицински потпомогнуту оплодњу;
- 9) Исправа о осигурању је документ који издаје Републички фонд и којим се доказује својство осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања;
- 10) Исправа о добровољном здравственом осигурању је документ који осигуранику добровољног здравственог осигурања издаје осигуравач добровољног здравственог осигурања на основу које осигураник добровољног здравственог осигурања доказује својство осигураника добровољног здравственог осигурања и остварује права из добровољног здравственог осигурања;
- 11) Место становања је место пребивалишта, односно боравишта осигураног лица које се доказује у складу са одредбама закона којим се уређује пријава пребивалишта, односно боравишта, место привременог боравка осигураног лица, као и установа социјалне заштите у којој је смештено осигурано лице;
- 12) Давалац здравствене услуге је здравствена установа, односно приватна пракса или друго правно лице са којима је Републички фонд закључио уговор поводом остваривања права на здравствену заштиту у систему обавезног здравственог осигурања, осим организације за обавезно социјално осигурање војних осигураника. Давалац здравствене услуге је и здравствена установа, односно приватна пракса или друго правно лице са којима је Републички фонд, односно друштво за осигурање закључио уговор о

пружању здравствене услуге обухваћене уговором о добровољном здравственом осигурању;

13) План мреже чине здравствене установе утврђене актом о плану мреже здравствених усанова, донетим у складу са законом којим се уређује здравствена заштита;

14) Уговарач добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: уговарач) је правно или физичко лице, као и други правни субјект који у име и за рачун осигураника добровољног здравственог осигурања, односно у своје име и за рачун осигураника добровољног здравственог осигурања закључи уговор о добровољном здравственом осигурању из својих средстава или на терет средстава осигураника добровољног здравственог осигурања;

15) Осигуравач добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: осигуравач) је Републички фонд и друштво за осигурање;

16) Премија добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: премија) је новчани износ који плаћа осигураник добровољног здравственог осигурања, односно уговарач осигуравачу, по основу закљученог уговора о добровољном здравственом осигурању;

17) Полиса добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: полиса) је исправа о закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању;

18) Лист покрића представља документ који привремено замењује полису, а у који се уносе битни елементи уговора о осигурању;

19) Дан почетка добровољног здравственог осигурања је датум уписан у полису, односно лист покрића, од када почиње остваривање права из добровољног здравственог осигурања;

20) Новчане накнаде у добровољном здравственом осигурању су накнаде које осигуравач обезбеђује осигуранику добровољног здравственог осигурања у случају: уговорених трошкова лечења, губитка зараде, односно плате или других примања због привремене спречености за рад; накнаде трошкова превоза у вези са лечењем и друге врсте новчаних накнада у вези са остваривањем права из добровољног здравственог осигурања;

21) Надзорник осигурања је службено лице Републичког фонда које врши контролу спровођења закључених уговора поводом остваривања права на здравствену заштиту између Републичког фонда и давалаца здравствених услуга;

22) РЕТКЕ БОЛЕСТИ СУ ОНЕ БОЛЕСТИ КОЈЕ ПОГАЂАЈУ МАЊЕ ОД ПЕТ ЛИЦА НА 10.000 СТАНОВНИКА.

Члан 78.

Осигуранику из члана 72. овог закона припада накнада зараде због неге оболелог, односно повређеног члана уже породице млађег од седам година живота или члана уже породице старијег од седам година живота који је тешко телесно или душевно ометен у развоју, у сваком појединачном случају болести, односно повреде, најдуже до 15 дана, а ако је оболели, односно повређени члан уже породице старији од седам година живота, а није тешко телесно или душевно ометен у развоју, најдуже до седам дана.

Изузетно од става 1. овог члана, 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 седам година живота или члана уже породице старијег од седам година живота који је тешко телесно или душевно ометен у развоју,

односно до 14 дана за негу члана уже породице који је старији од седам година живота, а није тешко телесно или душевно ометен у развоју.

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 Републичког фонда може, на предлог здравствене установе која обавља здравствену делатност на терцијарном нивоу здравствене заштите у којој се дете лечи, а по упуту изабраног лекара, продужити право на накнаду зараде због неге члана уже породице.

Продужење права на накнаду зараде из става 3. овог члана, оцењује другостепена лекарска комисија Републичког фонда на сваких шест месеци, за сваки појединачни случај, у зависности од здравственог стања детета, као и неопходног даљег лечења детета, односно рехабилитације ако је потребна.

БЛИЖИ УСЛОВИ И НАЧИН ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА НА НАКНАДУ ЗАРАДЕ ИЗ СТ. 3. И 4. ОВОГ ЧЛАНА УРЕЂУЈУ СЕ ПРОПИСОМ ИЗ ЧЛАНА 124. СТАВ 3. ОВОГ ЗАКОНА.

Члан 79.

Накнада зараде због неге детета припада осигуранику ако оба родитеља имају утврђен основ осигурања из члана 11. став 1. тач. 1)-7), 18), 20) и 23) овог закона или ако дете има само једног родитеља или ако само један родитељ врши родитељско право у смислу прописа о породици или ако један од родитеља нема утврђен основ осигурања из члана 11. став 1. тач. 1)-7), 18), 20) и 23) овог закона, али је из здравствених разлога неспособан да негује оболело дете.

Накнада зараде због неге детета под условима из става 1. овог члана припада и осигуранику који је усвојитељ, хранитељ, очух или маћеха детету.

НАКНАДА ЗАРАДЕ ЗБОГ НЕГЕ ДЕТЕТА ИЗ СТАВА 1. ОВОГ ЧЛАНА ПРИПАДА ОСИГУРАНИКУ И КАДА ЈЕ ДРУГИ РОДИТЕЉ ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАН КОД ДРУГОГ НАДЛЕЖНОГ НОСИОЦА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА.

Члан 80.

Изабрани лекар, односно други стручно-медицински орган, без обзира на време трајања привремене спречености за рад осигураника, дужан је да осигураника без одлагања упуту на инвалидску комисију ако оцени да здравствено стање осигураника указује на губитак радне способности, односно да се не очекује побољшање здравственог стања осигураника које би му омогућило враћање радне способности.

У случају дужег трајања спречености за рад проузроковане болешћу или повредом, а најкасније по истеку ~~еваку~~ шест месеци непрекидне спречености за рад, односно ако је осигураник у последњих 18 месеци био спречен за рад 12 месеци са прекидима, изабрани лекар, односно други стручно-медицински орган, дужан је да осигураника са потребном медицинском документацијом упуту на инвалидску комисију ради утврђивања губитка радне способности.

~~Осигураник је дужан да, најкасније у року од 15 дана од дана упућивања на инвалидску комисију, поднесе захтев за покретање поступка ради утврђивања губитка радне способности пред надлежном организацијом за пензијско и инвалидско осигурање и да о томе писменим путем обавести Републички фонд у року од три радна дана од дана подношења захтева.~~

ИЗАБРАНИ ЛЕКАР, УЗ САГЛАСНОСТ ОСИГУРАНИКА, БЕЗ ОДЛАГАЊА, ПОДНОСИ ЗАХТЕВ ЗА ПОКРЕТАЊЕ ПОСТУПКА РАДИ УТВРЂИВАЊА ГУБИТКА РАДНЕ СПОСОБНОСТИ ПРЕД НАДЛЕЖНОМ ОРГАНИЗАЦИЈОМ ЗА ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ.

~~Захтев и обавештење из става 3. овог члана може поднети и члан уже породице или друго лице са којим осигураник живи у породичном домаћинству.~~

НАЧИН ПОДНОШЕЊА ЗАХТЕВА ИЗ СТАВА 3. ОВОГ ЧЛАНА, КАО И ДРУГА ПИТАЊА У ВЕЗИ СА ПОДНОШЕЊЕМ ЗАХТЕВА БЛИЖЕ СЕ УРЕЂУЈУ ПРОПИСОМ ИЗ ЧЛАНА 124. ОВОГ ЗАКОНА.

~~Ако осигураник живи сам, захтев и обавештење из става 3. овог члана дужан је да поднесе у року од 15 дана од дана престанка разлога због којих није могао да поднесе захтев.~~

Члан 84.

Осигуранику привремено спреченом за рад не припада право на накнаду зараде, без обзира на исплатиоца:

- 1) ако је намерно проузроковао привремену спреченост за рад;
- 2) ако је привремена спреченост за рад проузрокована употребом алкохола или употребом психоактивних супстанци;
- 3) ако је намерно спречавао оздрављење, односно оспособљавање за рад;
- 4) ако се без оправданог разлога не подвргне лечењу, осим ако за лечење није потребан пристанак предвиђен законом;
- 5) ако се без оправданог разлога не јави:
 - (1) изабраном лекару у року од три дана од дана настанка привремене спречености за рад;
 - (2) првостепеној лекарској комисији по упуту изабраног лекара;
 - (3) стручно-медицинском органу у року од три дана од дана добијања позива за излазак пред стручно-медицински орган;
- 6) ако се за време привремене спречености за рад бави привредном или другом активношћу којом остварује приходе;
- 7) ако без дозволе стручно-медицинског органа Републичког фонда отпутује из места пребивалишта, односно боравишта или ако изабрани лекар, односно орган надлежан за контролу остваривања права из обавезног здравственог осигурања утврди да не поступа по упутству за лечење;
- 8) ако прима накнаду зараде по другим прописима;
- 9) ако злоупотреби право на коришћење одсуствовања са рада због привремене спречености за рад на неки други начин;
- 10) ако је на издржавању казне затвора;
- 11) ако се према њему спроводи мера безбедности обавезног психијатријског лечења и чувања у здравственој установи и обавезног лечења алкохоличара и наркомана у здравственој установи;
- ~~12) ако не поступи у складу са чланом 80. ст. 3-5. овог закона.~~

Осигуранику не припада накнада зараде од дана када су утврђене околности из става 1. овог члана, за све време док трају те околности или њихове последице.

Ако се чињенице из става 1. овог члана утврде после започињања са коришћењем права на накнаду зараде, односно после остваривања права на накнаду зараде, исплата накнаде обуставља се, односно исплатилац накнаде има право на повраћај исплаћених средстава.

Члан 87.

Основ за накнаду зараде која се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања, за осигуранике из члана 72. тачка 1) овог закона, чини просечна зарада коју је осигураник остварио у претходних 12 месеци пре месеца у којем је наступила привремена спреченост за рад: И НАКНАДА ЗАРАДЕ КОЈУ ЈЕ ОСИГУРАНИК ОСТВАРИО У ТОМ ПЕРИОДУ.

Зараду, у смислу става 1. овог члана, чини зарада за обављени рад и време проведено на раду, утврђена у складу са прописима о раду, и то:

- 1) основна зарада запосленог;
- 2) део зараде за радни учинак;
- 3) увећана зарада.

За све време исплате накнаде зараде из средстава обавезног здравственог осигурања, за осигураника који има претходно осигурање, основ за накнаду утврђује се у складу са ставом 1. овог члана.

За осигураника који не испуњава услов у погледу претходног осигурања у моменту почетка коришћења права на накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања, основ за накнаду зараде утврђује се у складу са ставом 1. овог члана од момента испуњења услова у погледу претходног осигурања, као и остваривања зараде из става 2. овог члана.

Члан 102.

~~Послодавац исплаћује и накнаду зараде запосленима која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са овим законом.~~

~~Послодавац врши обрачун накнаде зараде из става 1. овог члана у складу са овим законом и доставља га филијали, уз захтев за исплату накнаде зараде.~~

~~Филијала утврђује право на накнаду зараде и висину накнаде и најкасније у року од 30 дана од дана пријема обрачуна из става 2. овог члана преноси одговарајући износ средстава на посебан рачун послодавца.~~

~~Средства из става 3. овог члана која не исплати осигуранику у року од 30 дана од дана њиховог пријема послодавац је дужан да врати филијали са каматом за коју су средства увећана док су се налазила на посебном рачуну послодавца.~~

~~Средства из става 3. овог члана не могу бити предмет извршења, осим за сврху из става 1. овог члана.~~

~~Накнаду зараде предузетницима и запосленима код предузетника, под условом да предузетници немају посебан рачун, као и свештеницима и верским службеницима, која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, обрачунава и исплаћује филијала на текући рачун тог лица.~~

~~Послодавац може из својих средстава да исплати накнаду зараде и када се та накнада обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, с тим да је филијала дужна да исплаћене износе накнади послодавцу у року од 15 дана од дана предаје захтева филијали, уплатом на посебан рачун послодавца.~~

~~Рокови из овог члана рачунају се од дана достављања комплетне документације филијали.~~

ПОСЛОДАВАЦ ИСПЛАЋУЈЕ И НАКНАДУ ЗАРАДЕ ЗАПОСЛЕНИМА КОЈА СЕ ОБЕЗБЕЂУЈЕ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА, У СКЛАДУ СА ЗАКОНОМ.

ФИЛИЈАЛА УТВРЂУЈЕ ПРАВО НА НАКНАДУ ЗАРАДЕ, ВИСИНУ НАКНАДЕ И ВРШИ ОБРАЧУН НАКНАДЕ ЗАРАДЕ ИЗ СТАВА 1. ОВОГ ЧЛАНА И НАЈКАСНИЈЕ У РОКУ ОД 15 ДАНА ОД ИЗВРШЕНОГ ОБРАЧУНА НАКНАДЕ ЗАРАДЕ ПРЕНОСИ ОДГОВАРАЈУЋИ ИЗНОС СРЕДСТАВА НА ПОСЕБАН РАЧУН ПОСЛОДАВЦА.

СРЕДСТВА ИЗ СТАВА 2. ОВОГ ЧЛАНА КОЈА НЕ ИСПЛАТИ ОСИГУРАНИКУ У РОКУ ОД ТРИ ДАНА ОД ДАНА ЊИХОВОГ ПРИЈЕМА ПОСЛОДАВАЦ ЈЕ ДУЖАН ДА ВРАТИ ФИЛИЈАЛИ СА КАМАТОМ ЗА КОЈУ СУ СРЕДСТВА УВЕЋАНА ДОК СУ СЕ НАЛАЗИЛА НА ПОСЕБНОМ РАЧУНУ ПОСЛОДАВЦА.

СРЕДСТВА ИЗ СТАВА 2. ОВОГ ЧЛАНА НЕ МОГУ БИТИ ПРЕДМЕТ ИЗВРШЕЊА, ОСИМ ЗА СВРХУ ИЗ СТАВА 1. ОВОГ ЧЛАНА.

НАКНАДУ ЗАРАДЕ ПРЕДУЗЕТНИЦИМА И ЗАПОСЛЕНИМА КОД ПРЕДУЗЕТНИКА, ПОД УСЛОВОМ ДА ПРЕДУЗЕТНИЦИ НЕМАЈУ ПОСЕБАН РАЧУН, КАО И СВЕШТЕНИЦИМА И ВЕРСКИМ СЛУЖБЕНИЦИМА, КОЈА СЕ ОБЕЗБЕЂУЈЕ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА, ОБРАЧУНАВА И ИСПЛАЋУЈЕ ФИЛИЈАЛА НА ТЕКУЋИ РАЧУН ТОГ ЛИЦА.

ИЗУЗЕТНО ОД СТ. 1. И 2. ОВОГ ЧЛАНА, У СЛУЧАЈУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРЕЧЕНОСТИ ЗА РАД ИЗ ЧЛАНА 73. СТАВ 1. ТАЧКА 3) ОВОГ ЗАКОНА, РЕПУБЛИЧКИ ФОНД НАКНАДУ ЗАРАДЕ УПЛАЋУЈЕ НА РАЧУН ОСИГУРАНИКА.

НАЧИН И БЛИЖИ УСЛОВИ ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА НА НАКНАДУ ЗАРАДЕ КОЈА СЕ ОБЕЗБЕЂУЈЕ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА, УРЕЂУЈУ СЕ ПРОПИСОМ ИЗ ЧЛАНА 124. ОВОГ ЗАКОНА.

Члан 109.

~~Послодавац је дужан да поднесе захтев за остваривање накнаде зараде филијали најкасније у року од 30 дана од дана исплате зараде за месец на који се накнада односи.~~

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

Члан 115.

Потврда за коришћење здравствене заштите за осигураника који је упућен на рад, школовање, стручно усавршавање и специјализацију у иностранство издаје се за период за који је осигураник упућен у иностранство.

Члану уже породице осигураника из става 1. овог члана потврда за коришћење здравствене заштите у иностранству издаје се за исти период за који се издаје и осигуранику.

Потврда за коришћење здравствене заштите за време приватног боравка у иностранству издаје се осигураном лицу најдуже за период од 90 дана од дана издавања ове потврде.

~~Потврда за коришћење здравствене заштите за осигурано лице које се налази на стручном усавршавању или школовању, а које финансира сопственим средствима, издаје се за период трајања стручног усавршавања, односно школске године.~~

ИЗУЗЕТНО ОД СТАВА 3. ОВОГ ЧЛАНА, ПОТВРДА ЗА КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ОСИГУРАНО ЛИЦЕ КОЈЕ СЕ НАЛАЗИ НА СТРУЧНОМ УСАВРШАВАЊУ ИЛИ ШКОЛОВАЊУ, А КОЈЕ ФИНАНСИРА СОПСТВЕНИМ СРЕДСТВИМА, ИЗДАЈЕ СЕ ЗА ПЕРИОД ТРАЈАЊА СТРУЧНОГ УСАВРШАВАЊА, ОДНОСНО ШКОЛСКЕ ГОДИНЕ.

Члан 125.

Права из обавезног здравственог осигурања остварују се на основу оверене исправе о осигурању.

Оверу исправе о осигурању врши матична филијала на основу доказа да је уплаћен доспели допринос, као и на основу других доказа, у складу са законом.

(3) Ако исправа о осигурању није оверена због тога што доспели допринос није плаћен, извршиће се накнадна овера када тај допринос буде уплаћен.

У случају да није извршена уплата доспелог доприноса, право на здравствену заштиту у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона може да се користи на терет средстава обавезног здравственог осигурања у случају:

- 1) хитне медицинске помоћи;
- 2) циљаних превентивних прегледа - скрининга према одговарајућим националним програмима;
- 3) обавезне имунизације према прописима којима се уређује здравствена заштита становништва од заразних болести;
- 4) палијативног збрињавања.

ОСИГУРАНИЦИ ИЗ ЧЛАНА 72. ОВОГ ЗАКОНА У СЛУЧАЈУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРЕЧЕНОСТИ ЗА РАД ЗБОГ БОЛЕСТИ ИЛИ КОМПЛИКАЦИЈА У ВЕЗИ СА ОДРЖАВАЊЕМ ТРУДНОЋЕ, ОСТВАРУЈУ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ОСИГУРАЊА БЕЗ ОБЗИРА ДА ЛИ ЈЕ УПЛАЋЕН ДОСПЕЛИ ДОПРИНОС.

Члан 150.

Другостепена лекарска комисија:

1) даје оцену по приговору осигураног лица, односно послодавца на оцену коју је дала првостепена лекарска комисија;

2) даје оцену о продужењу права на накнаду зараде у складу са чланом 78. став 4. овог закона;

3) ВРШИ ДРУГЕ ПОСЛОВЕ У ВЕЗИ СА ОСТВАРИВАЊЕМ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА, У СКЛАДУ СА ОВИМ ЗАКОНОМ.

Члан 165.

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

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

Члан 241.

Управни одбор:

- 1) доноси статут и друге опште акте Републичког фонда, као и предлоге општих аката у складу са овлашћењима утврђеним овим законом;
- 2) одлучује о имовини Републичког фонда;
- 3) одлучује о пословању Републичког фонда, као и о другим питањима од значаја за рад Републичког фонда;
- 4) доноси финансијски план и завршни рачун Републичког фонда;
- 5) разматра и усваја извештај о раду Републичког фонда;
- 6) разматра и усваја извештај о финансијском пословању Републичког фонда;
- 7) спроводи јавни конкурс за именовање директора Републичког фонда;
- 8) даје претходну сагласност на акт о организацији и систематизацији послова у Републичком фонду;
- 9) обавља и друге послове у складу са законом и статутом.

(2) Извештаје из става 1. тач. 5) и 6) овог члана ~~Управни одбор~~ РЕПУБЛИЧКИ ФОНД подноси Влади, најкасније до 31. марта текуће године за претходну годину.

Члан 260.

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

1) не достави матичној филијали доказе, тачна обавештења, односно податке на којима се заснивају подаци унети у пријаве, односно од значаја за утврђивање чињеница важних за стицање и остваривање права из обавезног здравственог осигурања, односно не омогући матичној филијали увид у евиденцију и документацију (члан 42. став 2);

~~2) не изврши исплату накнаде зараде запосленом која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања или не обрачуна накнаду зараде која се осигуранику обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања или ако накнаду зараде из средстава обавезног здравственог осигурања која је пренета на посебан рачун послодавца не исплати осигуранику у року од 30 дана од дана њиховог пријема, а не врати их филијали са каматом за коју су средства увећана док су се налазила на посебном рачуну послодавца (члан 102. ст. 1, 2. и 4);~~

2) НЕ ИЗВРШИ ИСПЛАТУ НАКНАДЕ ЗАРАДЕ ЗАПОСЛЕНОМ КОЈА СЕ ОБЕЗБЕЂУЈЕ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА ИЛИ АКО НАКНАДУ ЗАРАДЕ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА КОЈА ЈЕ ПРЕНЕТА НА ПОСЕБАН РАЧУН ПОСЛОДАВЦА НЕ ИСПЛАТИ ОСИГУРАНИКУ У РОКУ ОД ТРИ ДАНА ОД ДАНА ЊИХОВОГ ПРИЈЕМА, А НЕ ВРАТИ ФИЛИЈАЛИ СА КАМАТОМ ЗА КОЈУ СУ СРЕДСТВА УВЕЋАНА ДОК СУ СЕ НАЛАЗИЛА НА ПОСЕБНОМ РАЧУНУ ПОСЛОДАВЦА (ЧЛАН 102. СТ. 1. И 3.);

3) не уплати износ накнаде плаћених трошкова на рачун осигураног лица, односно ако му не изврши исплату на други одговарајући начин за здравствене услуге које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а које је осигурано лице платило зато што није уплаћен допринос за здравствено осигурање, односно није уплаћен у целини (члан 127. став 2);

4) Републичком фонду не достави податке од значаја за поступак накнаде штете (члан 227. став 1).

(2) Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај из става 1. тачка 1) овог члана и други подносиоци пријаве.

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

(4) Новчаном казном од 300.000 до 500.000 динара казниће се за прекршај из става 1. овог члана и послодавац - предузетник.

Члан 261.

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

1) податке који се воде у матичној евиденцији, а који се односе на коришћење права из здравственог осигурања за осигурана лица не води одвојено од других података из матичне евиденције или ако те податке уноси и њима рукује неовлашћено лице (члан 33. ст. 1. и 2);

2) податке који се воде у матичној евиденцији користи супротно члану 33. став 3;

3) не провери тачност података унетих у матичну евиденцију за лица из чл. 16. и 17. овог закона, као и чланове њихових породица (члан 42. став 3);

4) осигураном лицу на његов захтев не изда уверење о подацима који су унети у матичну евиденцију (члан 45. став 1);

~~5) не пренесе одговарајући износ средстава на посебан рачун послодавца у року од 30 дана од дана пријема обрачуна накнаде зараде (члан 102. став 3);~~

5) НЕ ПРЕНЕСЕ ОДГОВАРАЈУЋИ ИЗНОС СРЕДСТАВА НА ПОСЕБАН РАЧУН ПОСЛОДАВЦА У РОКУ ОД 15 ДАНА ОД ИЗВРШЕНОГ ОБРАЧУНА НАКНАДЕ ЗАРАДЕ (ЧЛАН 102.СТАВ 2);

~~6) не накнади послодавцу исплаћене износе накнаде зараде, у року од 15 дана од дана предаје захтева филијали (члан 102. став 7);~~

7) овери здравствену исправу без доказа да је уплаћен доспели допринос за обавезно здравствено осигурање, односно да је обвезник уплате доприноса започео са измиривањем заосталих доприноса за обавезно здравствено осигурање и наставио са његовим континуираним измиривањем (чл. 125-126);

8) контролу личних података који се односе на здравствено стање осигураних лица који се воде у медицинској документацији осигураних лица, врши надзорник осигурања који није доктор медицине, доктор стоматологије, односно дипломирани фармацеут (члан 207. став 2).

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

Члан 263.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара казниће се за прекршај осигураник ако намерно проузрокује неспособност за рад, ако је неспособност за рад проузрокована употребом алкохола или употребом психоактивних супстанци или ако намерно спречи оздрављење, односно оспособљавање за рад, ако се без оправданог разлога не подвргне лечењу, осим ако за лечење није потребан пристанак предвиђен законом, ако се без оправданог разлога у року од три дана од дана настанка привремене спречености за рад не јави изабраном лекару, односно не јави се првостепеној лекарској комисији по упуту изабраног лекара, односно стручно-медицинском органу у року од три дана од дана добијања позива за излазак пред стручно-медицински орган, ако се за време привремене спречености за рад бави привредном или другом активношћу којом остварује приходе, ако без дозволе стручно-медицинског органа Републичког фонда отпутује из места сталног пребивалишта, односно боравишта, ако злоупотреби право на коришћење одсуствовања са рада, ако прима накнаду зараде по другим прописима, ~~односно ако не поступи у складу са чланом 80. ст. 3-5. овог закона~~ (члан 84).

Члан 276а.

ДАНОМ ПОЧЕТКА ПРИМЕНЕ ОВОГ ЗАКОНА ПРЕСТАЈУ ДА ВАЖЕ ЧЛ. 103. И 179. СТАВ 3. ТАЧКА 2) ЗАКОНА О РАДУ („СЛУЖБЕНИ ГЛАСНИК РС“, БР. 24/05, 61/05, 54/09, 32/13, 75/14, 13/17-УС, 113/17 И 95/18 – ДР. ПРОПИС).