

Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2020. godinu

"Službeni glasnik RS", br. 13/2020 i 87/2020.

I. UVODNE ODREDBE

Član 1.

Ovim pravilnikom uređuje se sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za pojedine vrste zdravstvenih usluga i pojedine vrste bolesti i povreda, procenat plaćanja cene zdravstvene usluge, odnosno cene dijagnostički srodne grupe iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i procenat plaćanja osiguranog lica do punog iznosa cene zdravstvene usluge, odnosno cene dijagnostički srodne grupe u 2020. godini.

Ovim pravilnikom uređuje se način i uslovi za naplaćivanje participacije, kao i povraćaj sredstava uplaćenih iznad najvišeg godišnjeg iznosa, odnosno najvišeg iznosa participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge u 2020. godini.

Član 2.

Zdravstvenu zaštitu utvrđenu ovim pravilnikom osigurana lica ostvaruju kod davaoca zdravstvenih usluga u skladu sa opštim aktom kojim se bliže uređuju uslovi i način za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Za određene vrste zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i koje nisu hitne može se utvrditi redosled korišćenja, u zavisnosti od medicinskih indikacija i zdravstvenog stanja osiguranog lica, kao i datuma javljanja zdravstvenoj ustanovi, s tim da vreme čekanja ne može da bude takvo da ugrozi zdravlje ili život osiguranog lica (u daljem tekstu: Lista čekanja).

Član 3.

Sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, procenat plaćanja iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja do punog iznosa cene zdravstvene usluge, odnosno cene dijagnostički srodne grupe, kao i fiksni iznos participacije usklađen je sa Planom zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za 2020. godinu i Finansijskim planom Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2020. godinu.

II. SADRŽAJ I OBIM PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Član 4.

Zdravstvena zaštita koja se obezbeđuje obaveznim zdravstvenim osiguranjem i koja obuhvata mere prevencije i rano otkrivanje bolesti sprovodi se na osnovu nacionalnih

programa prevencije i ranog otkrivanja bolesti od većeg javno-zdravstvenog značaja, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Zakon).

Sadržaj i obim mera prevencije i ranog otkrivanja bolesti utvrđene su u Tabelama I–IV koje propisuju: sadržaj i obim mera prevencije i ranog otkrivanja bolesti u oblasti zdravstvene zaštite; sadržaj i obim mera prevencije i ranog otkrivanja bolesti u oblasti primarne stomatološke zdravstvene zaštite, sadržaj i obim mera prevencije i ranog otkrivanja bolesti u oblasti zdravstvene zaštite koje se sprovode van zdravstvene ustanove i sadržaj i obim mera prevencije i ranog otkrivanja bolesti u oblasti stomatološke zdravstvene zaštite koje se sprovode u predškolskim, školskim i visokoškolskim ustanovama, koje su odštampane uz ovaj pravilnik i čine njegov sastavni deo.

Član 5.

Osiguranim licima u vezi sa planiranjem porodice, u toku trudnoće, porođaja i do 12 meseci nakon porođaja obezbeđuje se:

- 1) dijagnostika i lečenje steriliteta;
- 2) pregledi i lečenje koji se odnose na trudnoću (uključujući prenatalni period, porođaj i postporođajni period), stanja koja mogu da izazovu komplikaciju trudnoće, kao i prekid trudnoće iz medicinskih razloga;
- 3) stacionarno lečenje kada je medicinski neophodno i porođaj u zdravstvenoj ustanovi;
- 4) patronažne posete i pomoć porodilji i rutinska nega novorođenčeta od strane patronažne sestre.

Pod lečenjem steriliteta u smislu stava 1. tačka 1) ovog člana podrazumevaju se i:

- 1) neograničen broj stimulisanih postupaka biomedicinski potpomognutog oplodjenja i tri krioembriotransfera kod žene do navršanih 43 godine života koja u postojećoj zajednici (bračnoj ili vanbračnoj) nema dece;
- 2) dva stimulisana postupka biomedicinski potpomognutog oplodjenja i jedan krioembriotransfer kod žene do navršanih 43 godine života koja u postojećoj zajednici (bračnoj ili vanbračnoj) ima jedno dete dobijeno u postupku biomedicinski potpomognutog oplodjenja.

Ispunjenost medicinskih uslova za sprovođenje stimulisanih postupaka biomedicinski potpomognutog oplodjenja iz stava 2. ovog člana, ceni nadležna komisija obrazovana u zdravstvenoj ustanovi sekundarnog ili tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite po uputu izabranog lekara – specijaliste ginekologije, a ispunjenost medicinskih uslova za sprovođenje krioembriotransfera iz stava 2. ovog člana, ceni nadležna komisija Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje po uputu izabranog lekara – specijaliste ginekologije.

Ispunjenost uslova koji se odnosi na godine života iz stava 2. ovog člana ceni nadležna komisija iz stava 3. ovog člana u momentu kada utvrdi da su ispunjeni medicinski uslovi za sprovođenje stimulisanih postupaka, odnosno krioembriotransfera.

Pod pregledom u smislu stava 1. tačka 2) ovog člana podrazumeva se i prenatalno i genetsko testiranje i druge preventivne mere, u skladu sa medicinskim standardima.

Zdravstvene usluge iz stava 1. tač. 2), 3) i 4) ovog člana koje su deo paketa zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, pružaju se na svim nivoima zdravstvene zaštite u sadržaju i obimu prema medicinskim indikacijama osiguranog lica, doktrinarnim stavovima i raspoloživim kapacitetima.

Član 6.

Sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu koja obuhvata preglede i lečenje u slučaju bolesti i povreda propisane Zakonom, a koje su deo paketa zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, pružaju se na svim nivoima zdravstvene zaštite u sadržaju i obimu prema medicinskim indikacijama osiguranog lica, doktrinarnim stavovima i raspoloživim kapacitetima.

Sadržaj i obim zdravstvene zaštite iz stava 1. ovog člana, u hitnim medicinskim stanjima utvrđeni su u Tabeli V, koja je odštampana uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Član 7.

Sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu koja obuhvata preglede i lečenje bolesti usta i zuba utvrđen je u Tabeli VI, koja je odštampana uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Član 8.

Sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu koja obuhvata medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povrede i koje su deo paketa zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, pružaju se u sadržaju i obimu prema medicinskim indikacijama osiguranog lica, doktrinarnim stavovima i raspoloživim kapacitetima, i u skladu sa opštim aktom kojim je uređena medicinska rehabilitacija.

Član 9.

Sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu koja obuhvata lekove utvrđen je propisom kojim se uređuje Lista lekova (u daljem tekstu: Lista lekova).

Izuzetno od stava 1. ovog člana osiguranom licu obezbeđuje se i lek koji nije na Listi lekova i to:

1) lek za koji je izdata dozvola za stavljanje u promet u Republici Srbiji – samo za medicinske indikacije utvrđene dozvolom za stavljanje leka u promet;

2) lek za koji nije izdata dozvola za stavljanje u promet u Republici Srbiji – samo za medicinske indikacije utvrđene u dozvoli za stavljanje u promet u zemljama Evropske unije, odnosno u zemljama koje imaju iste ili slične zahteve u pogledu izdavanja dozvole za lek kao u zemljama Evropske unije.

Osiguranom licu, lek iz stava 2. ovog člana, uvodi u terapiju i obezbeđuje zdravstvena ustanova tercijarnog ili sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite, na osnovu mišljenja tri doktora medicine odgovarajuće specijalnosti u zdravstvenoj ustanovi tercijarnog ili sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite da je lek neophodan i da ne postoji drugi odgovarajući lek na Listi lekova po internacionalnom nezaštićenom imenu leka, odnosno po odgovarajućem farmaceutskom obliku ili jačini, a da su iscrpljene sve druge terapijske mogućnosti lečenja.

Mišljenje tri doktora medicine odgovarajuće specijalnosti iz stava 3. ovog člana obavezno potpisuje i direktor zdravstvene ustanove tercijarnog ili sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite koja obezbeđuje lek, odnosno lice koje on ovlasti.

Zdravstvena ustanova tercijarnog ili sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite koja je uvela lek u terapiju, osiguranom licu obezbeđuje lek iz stava 2. ovog člana za sve vreme primene terapije, kao i da prati terapijski efekat njegove primene u toku stacionarnog lečenja, lečenja u dnevnoj bolnici, odnosno ambulantno– polikliničkog lečenja.

Član 10.

Zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u kojoj se leče osigurana lica obolela od retkih bolesti, obezbeđuje osiguranim licima i lekove za lečenje tih bolesti koji se ne nalaze u Listi lekova, a imaju visok stepen efikasnosti u lečenju, u skladu sa članom 9. stav 2. ovog pravilnika.

Vrste retkih bolesti, sredstva obezbeđena za lekove iz stava 1. ovog člana za 2020. godinu i druga pitanja vezana za lečenje osiguranih lica od retkih bolesti, uređeni su aktom Vlade u skladu sa članom 52. stav 5. Zakona.

Zdravstvene ustanove tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, obezbeđuju osiguranim licima lekove iz stava 1. ovog člana na osnovu odluke Komisije Republičkog fonda za lečenje retkih bolesti (u daljem tekstu: Komisija).

Komisija iz stava 3. ovog člana donosi odluku o upotrebi lekova iz stava 1. na predlog tri doktora medicine odgovarajuće specijalnosti zdravstvene ustanove tercijarnog nivoa u kojoj se leče osigurana lica obolela od retkih bolesti, pojedinačno za svako osigurano lice.

Izuzetno lekove iz stava 1. ovog člana, osiguranom licu obezbeđuje i zdravstvena ustanova sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite kao nastavak terapije započete u zdravstvenoj ustanovi tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, na osnovu odluke Komisije iz stava 3. ovog člana, ako je terapija na taj način dostupnija osiguranom licu.

Član 11.

Osiguranom licu kod koga je izvršeno presađivanje organa, ćelija ili tkiva u inostranstvu, u skladu sa opštim aktom kojim se uređuje upućivanje na lečenje u inostranstvo, obezbeđuje se lek i za indikaciju koja nije sadržana u dozvoli za stavljanje u promet tog leka u Republici Srbiji, ali je sadržana u dozvoli za stavljanje leka u promet u zemljama Evropske unije, odnosno u zemljama koje imaju iste ili slične zahteve u pogledu izdavanja dozvole za lek kao u zemljama Evropske unije.

Lek iz stava 1. ovog člana obezbeđuje zdravstvena ustanova tercijarnog ili sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite, kao nastavak započete imunosupresivne terapije, na osnovu mišljenja tri doktora medicine odgovarajuće specijalnosti u zdravstvenoj ustanovi tercijarnog ili sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite da je lek neophodan i da ne postoji drugi odgovarajući lek na Listi lekova po internacionalnom nezaštićenom imenu leka, odnosno zaštićenom imenu leka, a da su iscrpljene sve druge terapijske mogućnosti lečenja.

Mišljenje tri doktora medicine odgovarajuće specijalnosti iz stava 2. ovog člana obavezno potpisuje i direktor zdravstvene ustanove tercijarnog ili sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite koja obezbeđuje lek, odnosno lice koje on ovlasti.

Član 12.

Sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu koja obuhvata pravo na medicinska sredstva utvrđena su propisima kojima se utvrđuje vrsta, odnosno klasa i kategorija medicinsko-tehničkih pomagala, odnosno implantata, indikacije, trajanje i obnavljanje, kao i uslovi i način ostvarivanja prava na medicinsko-tehnička pomagala, odnosno implantate.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguranim licima se na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju medicinski gasovi i to:

1) ako je izdata dozvola za stavljanje u promet u Republici Srbiji – samo za medicinske indikacije utvrđene dozvolom za stavljanje medicinskog gasa u promet;

2) ako nije izdata dozvola za stavljanje u promet u Republici Srbiji – samo za medicinske indikacije utvrđene u dozvoli za stavljanje u promet u zemljama Evropske unije, odnosno u zemljama koje imaju iste ili slične zahteve u pogledu izdavanja dozvole za medicinski gas kao u zemljama Evropske unije.

III. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA KOJA SE OBEZBEĐUJE IZ SREDSTAVA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA UZ PLAĆANJE PARTICIPACIJE

Član 13.

Novčani iznos do punog iznosa cene zdravstvenih usluga, odnosno dijagnostički srodnih grupa, kao i novčani iznos sredstava iz Liste lekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno iznos sredstava koji obezbeđuje osigurano lice (u daljem tekstu: participacija) plaća osigurano lice koje koristi tu zdravstvenu uslugu, odnosno lek, odnosno plaća pravno lice koje osiguranom licu obezbeđuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Novčani iznos iz stava 1. ovog člana koji osigurano lice plaća iz svojih sredstava, utvrđuje se u visini koja ne sme da sprečava osigurano lice da koristi zdravstvenu zaštitu, odnosno da onemogućava osiguranom licu uspešno korišćenje zdravstvene zaštite.

Član 14.

Zdravstvena zaštita koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja uz plaćanje participacije, obuhvata:

1)	stacionarno lečenje – po bolničkom danu	50 dinara
2)	rehabilitaciju u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi – po bolničkom danu	50 dinara
3)	pregled i lečenje od strane izabranog lekara i lekara specijaliste – po pregledu (osim preventivnog pregleda)	50 dinara
4)	kratka poseta izabranom lekaru (osim u vezi saopštavanja rezultata skrininga)	50 dinara

5)	sve laboratorijske usluge – po uputu (uključujući mikrobiologiju, parazitologiju, histopatologiju i citologiju) (osim u slučaju preventivnog pregleda)	50 dinara
6)	rendgenski pregled i snimanje – po uputu	50 dinara
7)	pregled na ultrazvučnom aparatu – po uputu	100 dinara
8)	pregled po uputu: – na skeneru i osteodenzitometru – na PET skeneru (pozitronska emisiona tomografija), – na magnetnoj rezonanci	300 dinara 900 dinara 600 dinara
9)	pregled i terapiju u nuklearnoj medicini – po uputu	150 dinara
10)	ostale dijagnostičke usluge po uputu (holter, endoskopija, EKG, spirometrija i dr.)	50 dinara
11)	medicinsku rehabilitaciju u ambulantnim uslovima (jednodnevne terapijske usluge)	50 dinara
12)	pregled i lečenje u dnevnoj bolnici – po danu	50 dinara
13)	hirurške zahvate van operacione sale	50 dinara
14)	kućno lečenje – po danu	50 dinara
15)	sanitetski prevoz koji nije hitan: – na području opštine, grada – van opštine na području filijale – van područja filijale do zdravstvene ustanove u koju je osigurano lice upućeno	50 dinara 100 dinara 150 dinara
16)	hirurške korekcije koje imaju za cilj korekciju urođenih anomalija koje prouzrokuju funkcionalne smetnje i korekcije nakon teških povreda, odnosno bolesti koje su neophodne za uspostavljanje bitnih funkcija organa i delova tela	5% od utvrđene cene hirurške intervencije a najviše 30.000 dinara
17)	implantate za najsloženije i najskuplje zdravstvene usluge u kardiologiji, kardiohirurgiji, vaskularnoj hirurgiji i ortopediji	5% od utvrđene cene implantata, odnosno dela implantata a najviše 30.000 dinara po operaciji
18)	implantate koji nisu obuhvaćeni članom 17. tačka 11) ovog pravilnika i tačkom 17) ovog člana	20% od utvrđene cene implantata, odnosno dela implantata a najviše 30.000 dinara po operaciji

19)	<p>medicinsko-tehnička pomagala:</p> <ul style="list-style-type: none"> – protetička sredstva (proteze) – ortotička sredstva (ortoze) – posebne vrste pomagala i sanitarne sprave osim za koncentrador kiseonika i ventilatora za mehaničku ventilaciju u kućnim uslovima – pomagala za omogućavanje glasa i govora – ortopedске cipele – naočare i kontaktna sočiva sa dioptrijom do ± 9 i prizma foliju za lica starija od 18 godina života, ako nisu na školovanju – slušna pomagala za lica starija od 18 godina života ako nisu na školovanju – akrilatna totalna i subtotalna proteza kod lica starijih od 65 godina života 	<p>10% od utvrđene cene pomagala, odnosno dela pomagala</p> <p>10% od utvrđene cene pomagala</p> <p>10% od utvrđene cene pomagala, odnosno dela pomagala</p> <p>10% od utvrđene cene pomagala</p> <p>20% od utvrđene cene pomagala</p> <p>10% od utvrđene cene pomagala</p> <p>10% od utvrđene cene pomagala, a najviše do 30.000 dinara</p> <p>35% od utvrđene cene proteze</p>
20)	stomatološki pregledi i lečenje u vezi sa povredom zuba i kostiju lica	20% od utvrđene cene usluge
21)	stomatološki pregledi i lečenje zuba pre operacije srca i presađivanja organa, ćelija i tkiva	10% od utvrđene cene usluge
22)	lečenje komplikacija karijesa kod dece, učenika i studenata do kraja propisanog školovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina, ekstrakcija zuba kao posledice karijesa – po zubu nakon završenog lečenja	50 dinara
23)	pokretni ortodonski aparat	5% od utvrđene cene aparata
24)	preglede i lečenje bolesti usta i zuba kod trudnica i dece do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, kao i kod osiguranih lica iz člana 63. tač. 10) i 11) Zakona ako se ne odazovu na preventivne stomatološke i profilaktičke mera za prevenciju preglede iz člana 53. stav 1. tačka 3) Zakona	35% od utvrđene cene usluge
25)	promenu pola iz medicinskih razloga – po hirurškoj intervenciji	35% od utvrđene cene usluge

26)	lečenje bolesti čije je rano otkrivanje predmet ciljanog preventivnog pregleda, odnosno skrininga, prema odgovarajućim nacionalnim programima, ukoliko se osigurano lice nije odazvalo ni na jedan poziv u okviru jednog ciklusa pozivanja, niti je svoj izostanak opravdalo, a ta bolest je dijagnostikovana u periodu do narednog ciklusa pozivanja	5% od utvrđene cene usluge
-----	---	----------------------------

Član 15.

Osigurano lice koje plaća participaciju na osnovu člana 14. stav 1. tač. 1) i 2) ovog pravilnika ne plaća participaciju utvrđenu u članu 14. stav 1. tač. 5)–10) ovog pravilnika za vreme stacionarnog lečenja i rehabilitacije u stacionarnim zdravstvenim ustanovama.

Osigurano lice koje plaća participaciju na osnovu člana 14. stav 1. tačka 14) ovog pravilnika ne plaća participaciju za pojedinačne zdravstvene usluge obuhvaćene kućnim lečenjem.

Pratilac osiguranog lica za vreme stacionarnog lečenja, odnosno produžene rehabilitacije osiguranog lica, ne plaća participaciju iz člana 14. ovog pravilnika.

Član 16.

Participacija za lekove utvrđena je u Listi lekova.

Kada lek sa Liste lekova ne može da se nabavi u apoteci sa kojom Republički fond za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Republički fond) ima zaključen ugovor, osigurano lice ima pravo na naknadu vrednosti nabavljenog leka i to:

1) za lek nabavljen u Republici Srbiji u apoteci sa kojom Republički fond nema zaključen ugovor, naknada vrednosti leka utvrđuje se u visini iznosa koji za nabavljeni lek Republički fond plaća apoteci sa kojom ima zaključeni ugovor uz umanjenje za iznos participacije utvrđene u Listi lekova;

2) za lek nabavljen u inostranstvu naknada vrednosti leka utvrđuje se u dinarskoj vrednosti leka prema srednjem zvaničnom kursu koji važi na dan isplate naknade za kupljeni lek uz umanjenje za iznos participacije utvrđene u Listi lekova.

IV. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA KOJA SE U CELOSTI OBEZBEĐUJE IZ SREDSTAVA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 17.

Zdravstvena zaštita koja se u celosti obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno bez plaćanja participacije obuhvata:

- 1) mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti iz člana 4. ovog pravilnika;
- 2) preglede i lečenje u vezi sa planiranjem porodice, trudnoćom, porođajem, u postporođajnom periodu i do 12 meseci nakon porođaja, uključujući i prekid trudnoće iz medicinskih razloga, biomedicinski potpomognuto oplodjenje i krioembriotransfere iz člana 5. stav 2. ovog pravilnika;

3) preglede, lečenje i medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povreda dece, učenika i studenata do kraja propisanog školovanja a najkasnije do navršениh 26 godina života uključujući i medicinsko-tehnička pomagala, odnosno starijih lica koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju;

4) preglede i lečenje bolesti usta i zuba, i to:

(1) kod dece do navršениh 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja a najkasnije do navršениh 26 godina života, (osim komplikacija karijesa i ekstrakcije zuba kao posledice karijesa i ako se ne odazovu na preventivne stomatološke preglede iz člana 53. stav 1. tačka 3) Zakona),

(2) kod starijih lica koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju,

(3) kod lica sa urođenim ili stečenim deformitetom lica i vilica (uključujući fiksni ortodonski aparat),

(4) kod lica kod kojih je zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega nisu u mogućnosti da samostalno obavljaju svakodnevne aktivnosti,

(5) kod osiguranika iz člana 16. Zakona,

(6) u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja,

5) preglede i lečenje u vezi sa zaraznim bolestima za koje je zakonom predviđeno sprovođenje mera za sprečavanje njihovog širenja;

6) preglede i lečenje od malignih bolesti, šećerne bolesti, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, progresivnih neuro-mišićnih bolesti, cerebralne paralize, paraplegije, tetraplegije, trajne hronične bubrežne insuficijencije kod koje je indikovana dijaliza ili transplantacija bubrega, sistemskih autoimunih bolesti, reumatske bolesti i njenih komplikacija i retkih bolesti;

7) palijativno zbrinjavanje;

8) preglede i lečenje u vezi sa uzimanjem, davanjem i razmenom organa, ćelija i tkiva za presađivanje od osiguranih i drugih lica za obezbeđivanje zdravstvene zaštite osiguranih lica;

9) preglede, lečenje i rehabilitaciju zbog profesionalnih bolesti i povreda na radu;

10) pružanje hitne medicinske i stomatološke pomoći, kao i hitan sanitetski prevoz;

11) medicinska sredstva u vezi sa lečenjem bolesti i povreda iz ovog člana;

12) koncentrator kiseonika i ventilator za medicinsku ventilaciju u kućnim uslovima;

13) očne proteze, naočare i kontaktna sočiva sa dioptrijom preko ± 9 i teleskopske naočare.

Član 18.

Osigurana lica kojima se obezbeđuje zdravstvena zaštita iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu, bez plaćanja participacije, jesu:

1) ratni vojni invalidi, mirnodopski vojni invalidi i civilni invalidi rata;

2) slepa lica i trajno nepokretna lica, kao i lica koja ostvaruju novčanu naknadu za pomoć i negu drugog lica, u skladu sa zakonom;

3) dobrovoljni davaoci krvi koji su krv dali deset i više puta, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinsko-tehnička pomagala i implantate;

4) dobrovoljni davaoci krvi koji su krv dali manje od deset puta, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinska sredstva, u roku od 12 meseci posle svakog davanja krvi;

- 5) živi davaoci organa, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinska sredstva;
- 6) davaoci ćelija i tkiva, osim za lekove sa Liste lekova, kao i za medicinska sredstva.

Član 19.

Zdravstvena zaštita iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu bez plaćanja participacije, obezbeđuje se licima koja su svojstvo osiguranika u smislu Zakona stekla kao:

1) deca do navršениh 18 godina života, a školska deca i studenti do kraja propisanog školovanja, a najkasnije do navršениh 26 godina života, u skladu sa zakonom;

2) lica u vezi sa planiranjem porodice, kao i u toku trudnoće, porođaja i do 12 meseci nakon porođaja;

3) lica starija od 65 godina života;

4) osobe sa invaliditetom čiji je invaliditet utvrđen, u skladu sa zakonom;

5) lica u vezi sa lečenjem od zaraznih bolesti koje su utvrđene posebnim zakonom kojim se uređuje oblast zaštite stanovništva od zaraznih bolesti, malignih bolesti, šećerne bolesti, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, lica u terminalnoj fazi hronične bubrežne insuficijencije, sistemske autoimune bolesti, reumatske groznice, bolesti zavisnosti, oboleli od retkih bolesti, kao i lica obuhvaćena zdravstvenom zaštitom u vezi sa davanjem i primanjem organa, ćelija i tkiva;

6) monasi i monahinje;

7) korisnici novčane socijalne pomoći, odnosno korisnici smeštaja u ustanove socijalne zaštite ili u druge porodice, odnosno korisnici posebne novčane naknade za roditelja, u skladu sa zakonom;

8) korisnici porodične invalidnine, odnosno mesečnog novčanog primanja po propisima o zaštiti boraca, vojnih invalida i civilnih invalida rata;

9) nezaposlena lica čiji su mesečni prihodi ispod prihoda utvrđenih u skladu sa Zakonom;

10) korisnici pomoći – članovi porodice čiji je hranilac na odsluženju vojnog roka;

11) lica romske nacionalnosti koja zbog tradicionalnog načina života nemaju prebivalište, odnosno boravište u Republici Srbiji;

12) žrtve nasilja u porodici;

13) žrtve trgovine ljudima;

14) žrtve terorizma;

15) borci kojima je status borca utvrđen u skladu sa propisima o zaštiti boraca;

16) lice kome je nadležni organ utvrdio status izbeglog, odnosno prognanog lica iz bivših republika SFRJ, ili status raseljenog lica ako ispunjava uslov iz Zakona i ako ima boravište na teritoriji Republike Srbije.

Članovima uže porodice osiguranika iz stava 1. tač. 7)–9), 11) i 16) ovog člana obezbeđuje se ostvarivanje zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u punom iznosu bez plaćanja participacije, pod uslovima propisanim Zakonom.

Član 20.

Osigurancima iz čl. 11. i 17. Zakona zdravstvena zaštita se obezbeđuje u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ako su njihovi prihodi, kao i prihodi članova njihovih porodica ispod iznosa utvrđenih ovim pravilnikom.

Član 21.

Iznos iz člana 20. ovog pravilnika, za osiguranika koji živi sam, utvrđuje se u visini minimalne zarade u neto iznosu uvećane za 30%, utvrđene u skladu sa propisima o radu, u mesecu podnošenja zahteva za korišćenje zdravstvene zaštite u punom iznosu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Iznos iz stava 1. ovog člana, za osiguranika i članove njegove porodice utvrđuje se u visini minimalne zarade u neto iznosu po članu porodice, utvrđene u skladu sa propisima o radu, u mesecu podnošenja zahteva za korišćenje zdravstvene zaštite u punom iznosu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Članovima porodice u smislu ovog pravilnika smatraju se: supružnik ili vanbračni partner, deca rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad i deca uzeta na izdržavanje, kao i roditelji, pod uslovom da žive u zajedničkom domaćinstvu.

Zahtev iz st. 1 i 2. ovog člana osiguranik, za sebe i članove svoje porodice, podnosi matičnoj filijali na Obrascu UP-1, koji je odštampan uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Član 22.

Prihode iz člana 20. ovog pravilnika za osiguranika i članove njegove porodice čine prihodi od:

- 1) zarade, penzije, kao i ugovorene naknade svih članova porodice, u skladu sa zakonom;
- 2) poljoprivrede i šumarstva;
- 3) samostalne delatnosti;
- 4) kapitala;
- 5) nepokretnosti;
- 6) kapitalne dobiti.

Prihod iz stava 1. tačka 1) ovog člana čini prihod ostvaren u prethodnom kalendarskom mesecu pre podnošenja zahteva.

Prihod iz stava 1. tač. 2)–6) ovog člana čini prihod ostvaren u prethodnoj kalendarskoj godini pre podnošenja zahteva, odnosno poslednji poznat podatak o tom prihodu koji se vodi kod nadležnog organa preračunat na mesečni nivo.

Član 23.

Uz zahtev iz člana 21. st. 1 i 2. ovog pravilnika, osiguranik dostavlja:

- 1) za zaradu – potvrdu poslodavca o visini isplaćene zarade;
- 2) za penziju – kopiju dokumenta o isplaćenoj penziji;
- 3) za ugovorenu naknadu – potvrda isplatioca o visini ugovorene naknade;
- 4) za prihode iz člana 22. stav 1. tač. 2)–6) ovog pravilnika – uverenje, odnosno podatak o visini prihoda na koji se plaća porez, izdato od nadležnog organa prema mestu prebivališta, odnosno boravišta, odnosno prema mestu nepokretnosti ili obavljanja samostalne delatnosti.

Član 24.

Za osiguranika za koga se utvrdi da ispunjava uslove da koristi zdravstvenu zaštitu u punom iznosu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa članom 21. ovog pravilnika, ovlašćeni radnik matične filijale o tome unosi podatak u matičnu evidenciju osiguranih lica Republičkog fonda.

Podatak iz stava 1. ovog člana dostupan je davaocima zdravstvenih usluga putem web service Republičkog fonda.

Na zahtev osiguranika matična filijala izdaje potvrdu za korišćenje zdravstvene zaštite u punom iznosu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana, na Obrascu UP-2 koji je odštampan uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Potvrda iz stava 3. ovog člana izdaje se za osiguranika i u potrebnom broju primeraka za članove njegove porodice.

Podatak o pravu na zdravstvenu zaštitu u punom iznosu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana i potvrda na Obrascu UP-2 važi za tekuću godinu, odnosno do stupanja na snagu propisa kojim se uređuje obim i sadržaj prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za narednu godinu.

Član 25.

Osiguranim licima iz člana 18. ovog pravilnika, obezbeđuje se zdravstvena zaštita iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu, bez plaćanja participacije, na osnovu overene isprave o osiguranju i rešenja nadležnog organa, odnosno potvrde zdravstvene ustanove, potvrde odgovarajućeg udruženja, odnosno drugog odgovarajućeg dokaza o osnovu za obezbeđivanje zdravstvene zaštite.

Osiguranicima i članovima uže porodice osiguranika iz člana 19. ovog pravilnika, obezbeđuje se zdravstvena zaštita iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu, bez plaćanja participacije, na osnovu overene isprave o osiguranju.

Osiguranicima i članovima porodice osiguranika iz člana 20. ovog pravilnika, obezbeđuje se zdravstvena zaštita iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu, na osnovu overene isprave o zdravstvenom osiguranju.

Član 26.

Kada se zdravstvena zaštita osiguranom licu obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja uz plaćanje participacije, označava se šifrom 000.

Član 27.

Zdravstvena zaštita koja se obezbeđuje u celosti iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, bez plaćanja participacije, označava se sledećim šiframa, i to:

1) mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti iz člana 17. tačka 1) ovog pravilnika	532
2) pregledi i lečenje iz člana 17. tačka 2) ovog pravilnika	512

3) pregledi, lečenje i medicinska rehabilitacija iz člana 17. tač. 3) i 4) ovog pravilnika	511
4) pregledi i lečenje iz člana 17. tač. 5) i 6) ovog pravilnika	531
5) palijativno zbrinjavanje iz člana 17. tačka 7) ovog pravilnika	516
6) pregledi i lečenje iz člana 17. tačka 8) ovog pravilnika	521
7) pregledi, lečenje i rehabilitacija iz člana 17. tačka 9) ovog pravilnika	538
8) pružanje hitne medicinske pomoći i hitan sanitetski prevoz iz člana 17. tačka 10) ovog pravilnika	539
9) medicinska sredstva iz člana 17. tač. 11), 12) i 13) ovog pravilnika	533

Član 28.

Zdravstvena zaštita koja se u celosti obezbeđuje osiguranim licima, bez plaćanja participacije označava se sledećim šiframa:

1) za osigurana lica iz člana 18. tačka 1) ovog pravilnika	513
2) za osigurana lica iz člana 18. tačka 2) ovog pravilnika	515
3) za osigurana lica iz člana 18. tačka 3) ovog pravilnika	522
4) za osigurana lica iz člana 18. tačka 4) ovog pravilnika	540
5) za osigurana lica iz člana 18. tačka 5) ovog pravilnika	517
6) za osigurana lica iz člana 18. tačka 6) ovog pravilnika	518

Zdravstvena zaštita koja se u celosti obezbeđuje osiguranim licima iz člana 19. ovog pravilnika, bez plaćanja participacije označava se sledećim šiframa:

1) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 1) ovog pravilnika	231
2) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 2) ovog pravilnika	232
3) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 3) ovog pravilnika	233
4) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 4) ovog pravilnika	234
5) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 5) ovog pravilnika	235
6) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 6) ovog pravilnika	236
7) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 7) ovog pravilnika	237
8) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 8) ovog pravilnika	238
9) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 9) ovog pravilnika	239
10) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 10) ovog pravilnika	240
11) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 11) ovog pravilnika	241

12) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 12) ovog pravilnika	244
13) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 13) ovog pravilnika	245
14) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 14) ovog pravilnika	230
15) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 15) ovog pravilnika	249
16) za osiguranike iz člana 19. stav 1. tačka 16) ovog pravilnika	242
17) za osigurana lica iz člana 19. stav 2 ovog pravilnika	243

Član 29.

Zdravstvena zaštita koja se osiguranom licu obezbeđuje u celosti iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 20. ovog pravilnika označava se šifrom 001.

Član 30.

Zdravstvena zaštita koja se osiguranom licu obezbeđuje u celosti iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa članom 34. ovog pravilnika označava se šifrom 111.

V. NAJVIŠI GODIŠNJI IZNOS PARTICIPACIJE, NAČIN I POSTUPAK NAPLAĆIVANJA PARTICIPACIJE

Član 31.

Iznos participacije utvrđene u članu 14. ovog pravilnika i fiksni (nominalni) iznos participacije za lekove utvrđene u Listi lekova, koje osigurano lice plaća u toku kalendarske godine, može iznositi najviše 1/2 mesečne zarade osiguranika, odnosno 1/2 penzije osiguranika isplaćene za poslednji mesec u prethodnoj kalendarskoj godini.

Za osigurana lica koja nisu ostvarila zaradu, odnosno penziju, najviši godišnji iznos participacije iz stava 1. ovog člana, utvrđuje se u visini 1/2 prosečne neto zarade u Republici Srbiji isplaćene u poslednjem mesecu u prethodnoj kalendarskoj godini po podacima republičkog organa nadležnog za poslove statistike.

U najviši godišnji iznos participacije iz st. 1. i 2. ovog člana ne uračunava se plaćena participacija za medicinska sredstva (medicinsko-tehnička pomagala i implantati) i procentualno učešće za lekove sa Liste lekova.

Član 32.

Participaciju naplaćuje davalac zdravstvene usluge posle pružene zdravstvene usluge.

Davalac zdravstvene usluge osiguranom licu izdaje račun o naplaćenju participacije iz stava 1. ovog člana, na obrascu RP koji je odštampan je uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Obrazac računa iz stava 2. ovog člana popunjava se u dva primerka od kojih jedan primerak zadržava izdavalac računa.

Član 33.

Participaciju za lekove utvrđenu u Listi lekova naplaćuje apoteka prilikom izdavanja leka, ako na obrascu lekarskog recepta nije naznačeno da se osiguranom licu lek obezbeđuje u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, bez plaćanja participacije.

O naplaćenju participaciji iz stava 1. ovog člana, osiguranom licu apoteka izdaje fiskalni račun.

Član 34.

Ako osigurano lice u toku kalendarske godine plati iznos participacije veći od iznosa iz člana 31. ovog pravilnika, podnosi zahtev matičnoj filijali o izdavanju potvrde o prestanku plaćanja participacije, uz dokaz o plaćenim računima, odnosno fiskalnim računima iz čl. 32. i 33. ovog pravilnika.

Osiguranom licu za koje se utvrdi da ispunjava uslove iz stava 1. ovog člana, matična filijala izdaje potvrdu o prestanku plaćanja participacije do kraja tekuće godine, na Obrascu UP-3.

Obrazac potvrde iz stava 3. ovog člana odštampan je uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Član 35.

Matična filijala vrši povraćaj sredstava uplaćenih iznad najvišeg godišnjeg iznosa participacije iz člana 31. ovog pravilnika, osiguranom licu na osnovu rešenja matične filijale.

Član 36.

Ukoliko je plaćeni iznos participacije veći od iznosa iz člana 31. st. 1. i 2. ovog pravilnika, a osigurano lice nije podnelo zahtev iz člana 34. stav 1. ovog pravilnika, po isteku kalendarske godine, na zahtev osiguranog lica, matična filijala vrši povraćaj više plaćenog iznosa participacije na osnovu dokaza o plaćenju participaciji (račun, odnosno fiskalni račun).

Pravo na povraćaj sredstava uplaćenih iznad najvišeg godišnjeg iznosa participacije iz stava 1. ovog člana utvrđuje se rešenjem matične filijale.

VI. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 37.

Osigurana lica koja na dan početka primene ovog pravilnika koriste pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa Pravilnikom o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2019. godinu („Službeni glasnik RS”, broj 7/19), nastavljaju da koriste zdravstvenu zaštitu po odredbama ovog pravilnika.

Član 38.

Danom stupanja na snagu ovog pravilnika prestaje da važi Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2019. godinu („Službeni glasnik RS”, broj 7/19).

Član 39.

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Republike Srbije”.