

Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2013. godinu

"Službeni glasnik RS", br. 124/2012 od 29.12.2012. godine

I. OSNOVNE ODREDBE

Član 1.

Ovim pravilnikom uređuje se sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik RS", br. 107/05, 109/05 - ispravka, 57/11 i 110/12 - odluka US), (u daljem tekstu: Zakon), za pojedine vrste zdravstvenih usluga i pojedine vrste bolesti, procenat plaćanja iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja do punog iznosa cene zdravstvene usluge, kao i procenat plaćanja osiguranog lica u 2013. godini.

Ovim pravilnikom uređuje se način i postupak naplaćivanja participacije, prestanak plaćanja participacije u toku kalendarske godine kao i povraćaj sredstava uplaćenih iznad najvišeg godišnjeg iznosa, odnosno najvišeg iznosa participacije po određenoj vrsti zdravstvene usluge u 2013. godini.

Član 2.

Pod sadržajem zdravstvene zaštite, u smislu ovog pravilnika, podrazumevaju se postupci i metodi dijagnostike, lečenja i rehabilitacije radi sprečavanja, suzbijanja, ranog otkrivanja i lečenja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, a koji su obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Član 3.

Pod obimom zdravstvene zaštite, u smislu ovog pravilnika, podrazumeva se broj i dužina trajanja postupaka i metoda dijagnostike, lečenja i rehabilitacije, kao i druge veličine kojima se može izraziti obim pojedinih sadržaja zdravstvene zaštite (sistematsko pružanje zdravstvenih usluga u određenom vremenskom periodu i dr), a koji čine sadržaj prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 4.

Zdravstvenu zaštitu utvrđenu ovim pravilnikom osigurano lice ostvaruje kod davaoca zdravstvenih usluga u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Republički fond) kojim se bliže uređuje način i postupak ostvarivanja 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 5.

Sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uređeni ovim pravilnikom, procenat plaćanja iz sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja do punog iznosa cene zdravstvene usluge, kao i fiksni iznos participacije usklađuju se sa Planom zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za 2013. godinu i Finansijskim planom Republičkog fonda za 2013. godinu.

Član 6.

Zdravstvena zaštita koja se uređuje ovim pravilnikom sprovodi se u skladu sa posebnim republičkim programima zdravstvene zaštite koji se donose u skladu sa zakonom.

Član 7.

Novčani iznos do punog iznosa cene zdravstvenih usluga, kao i novčani iznos sredstava iz Pravilnika o Listi lekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Lista lekova), odnosno iznos sredstava koji obezbeđuje osigurano lice (u daljem tekstu: participacija) plaća osigurano lice koje koristi tu zdravstvenu uslugu, odnosno lekove.

II. SADRŽAJ I OBIM PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Član 8.

Pravo na zdravstvenu zaštitu koje se obezbeđuje obaveznim zdravstvenim osiguranjem obuhvata:

- 1) mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti;
- 2) preglede i lečenje žena u vezi sa planiranjem porodice kao i u toku trudnoće, porođaja i materinstva do 12 meseci nakon porođaja;
- 3) preglede i lečenja u slučaju bolesti i povrede;
- 4) preglede i lečenje bolesti usta i zuba;
- 5) medicinsku rehabilitaciju u slučaju bolesti i povrede;
- 6) lekove i medicinska sredstva;
- 7) proteze, ortoze i druga pomagala za kretanje, stajanje i sedenje, pomagala za vid, sluh i govor, stomatološke nadoknade, kao i druga pomagala (u daljem tekstu: medicinsko-tehnička pomagala).

1. Mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti

Član 9.

Osiguranom licu se, radi očuvanja i unapređenja zdravlja, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti i drugih poremećaja zdravlja, obezbeđuju sledeće mere:

- 1) zdravstveno vaspitanje koje se sprovodi organizovanjem posebnih predavanja ili davanja saveta od strane zdravstvenih radnika u vezi sa zaštitom, očuvanjem i unapređenjem zdravlja, sticanjem znanja i navika o zdravom načinu života, otkrivanju i suzbijanju faktora rizika.

Zdravstveno vaspitanje iz stava 1. ove tačke, sprovodi se naročito u vezi sa bolestima zavisnosti, HIV infekcijom, ranim otkrivanjem bolesti i ishranom kroz:

- individualni rad savetovanjem,
- grupni rad (rad u maloj grupi),
- aktivne metode učenja (predavanja, kreativne radionice, demonstracione vežbe, izložbene edukacije, kampovi za decu obolelu od šećerne bolesti, hemofilije, progresivnih neuromišićnih bolesti i dr.);

2) sistematski i ostali pregledi dece do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života, žena u vezi sa trudnoćom i odraslih osoba u skladu sa republičkim programom prevencije i ranog otkrivanja bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja, odnosno skrining programa;

3) preventivne stomatološke i profilaktičke mere za prevenciju bolesti usta i zuba kod trudnica i dece do navršenih 18 godina života, do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života;

4) zdravstveno vaspitanje u vezi sa planiranjem porodice, prevencijom neželjene trudnoće, kontracepcijom i hirurškom sterilizacijom, testiranjem na trudnoću dijagnostikom i lečenjem seksualno prenosivih bolesti i HIV infekcije;

5) vakcinacija, imunoprofilaksa i hemoprofilaksa koja je obavezna prema republičkom programu imunizacije stanovništva protiv određenih zaraznih bolesti;

6) higijensko-epidemiološke i druge zakonom predviđene mere i postupke u vezi sa sprečavanjem, otkrivanjem i lečenjem HIV infekcije i drugih zaraznih bolesti i sprečavanjem njihovog širenja.

2. Pregledi i lečenje u vezi sa trudnoćom, porođajem i postnatalnim periodom

Član 10.

Ženama u vezi sa planiranjem porodice, u trudnoći, za vreme porođaja i materinstva do 12 meseci obezbeđuju se:

1) pregledi i lečenje od strane ginekologa i babice koji se odnose na planiranje porodice, trudnoću (uključujući prenatalni period, porođaj i postporođajni period), stanja koja mogu da izazovu komplikaciju trudnoće, kao i prekid trudnoće iz medicinskih razloga;

2) bolničko lečenje kada je medicinski neophodno i porođaj u zdravstvenoj ustanovi;

3) patronažne posete i pomoć porodilji i rutinska nega novorođenčeta od strane patronažne sestre;

4) dijagnostika i lečenje steriliteta.

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

Pod lečenjem steriliteta u smislu stava 1. tačka 4) ovog člana podrazumevaju se i dva pokušaja vantelesnog oplođenja kod žena do navršenih 40 godina života u skladu sa kriterijumima odgovarajuće republičke stručne komisije koju obrazuje ministar nadležan za poslove zdravlja.

3. Pregledi i lečenje u slučaju bolesti i povreda

Član 11.

Obolelom, odnosno povređenom osiguranom licu, u zavisnosti od medicinskih indikacija i stručno-metodoloških i doktrinarnih stavova, obezbeđuju se:

1) ukazivanje hitne medicinske pomoći na mestu medicinske hitnosti ili u zdravstvenoj ustanovi odnosno drugom obliku zdravstvene službe (u daljem tekstu: privatna praksa);

2) hitan sanitetski prevoz za bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranog lica.

Hitan sanitetski prevoz obuhvata prevoz sanitetskim vozilom zbog bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranog lica do najbliže zdravstvene ustanove koja je osposobljena za nastavak daljeg lečenja obolelog, odnosno povređenog;

3) sanitetski prevoz koji nije hitan, kada je opravdan i medicinski neophodan.

Sanitetski prevoz koji nije hitan obuhvata prevoz do zdravstvene ustanove u kojoj se pruža zdravstvena zaštita koja je opravdana i medicinski neophodna, kao i prevoz iz zdravstvene ustanove do kuće osiguranog lica.

Sanitetski prevoz koji nije hitan opravdan je i medicinski neophodan u slučaju da transport bilo kojim drugim transportnim sredstvom može ugroziti život i zdravlje osiguranog lica.

Upotrebu sanitetskog vozila i nalog za korišćenje sanitetskog vozila daje izabrani lekar, odnosno lekarska komisija, u skladu sa ovlašćenjima koja imaju na osnovu Zakona.

Sanitetski prevoz iz stava 1. ove tačke obezbeđuje zdravstvena ustanova u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Uredbe o Planu mreže zdravstvenih ustanova i opšteg akta Republičkog fonda kojim se uređuje način i postupak ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

4) pregledi i lečenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao i u kući osiguranika, od strane izabranog lekara;

5) ambulantni pregledi i lečenje kod specijaliste i zdravstvenog saradnika po uputu izabranog lekara;

6) laboratorijska, rendgenska i druga dijagnostika koja je predložena od izabranog lekara ili lekara specijaliste, a medicinski je neophodna i opravdana za dijagnostiku i lečenje bolesti ili povrede;

7) stacionarno lečenje kada je opravdano i medicinski neophodno, koje obuhvata preglede i lečenje od strane lekara specijaliste, medicinsku negu, smeštaj u zajedničkoj sobi ili sobi intenzivne nege i ishranu, odnosno specifičnu dijetu u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi.

Stacionarno lečenje opravdano je i medicinski neophodno ako potrebna zdravstvena zaštita (dijagnostika, lečenje ili rehabilitacija) ili njen deo može isključivo da se pruži u stacionarnim zdravstvenim uslovima, odnosno ako se ne može obezbediti ambulantnim i kućnim lečenjem.

Lice koje je u terminalnoj fazi bolesti, nepokretno, odnosno pokretno uz pomoć drugih lica, a kome je potrebno palijativno zbrinjavanje, ima pravo na kratkotrajno bolničko lečenje radi primene simptomatske terapije i zdravstvene nege osiguranog lica;

8) pravo na pratioca osiguranom licu do navršanih 15 godina života, kao i starijem licu koje je teže telesno ili duševno ometenom u razvoju, odnosno licu kod koga je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života, uključujući slepa, slabovidna, kao i gluva lica, za vreme stacionarnog lečenja i medicinske rehabilitacije, a da je to medicinski neophodno, osim ako zakonom nije drugačije određeno.

Pravo na pratioca iz stava 1. ove tačke ceni lekarska komisija filijale.

Pravo na pratioca za vreme putovanja ili za vreme putovanja i boravka u drugom mestu obezbeđuje se osiguranom licu mlađem od 18 godina života, odnosno starijem licu koje je teže telesno ili duševno ometenom u razvoju, odnosno licu kod koga je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega to lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života, uključujući slepa, slabovida, kao i gluva lica;

9) kućno lečenje koje je opravdano i medicinski neophodno i palijativno zbrinjavanje.

Kućno lečenje je opravdano i medicinski neophodno u slučaju kada je od strane izabranog lekara ili lekara specijaliste indikovana primena parenteralnih lekova, medicinskih i rehabilitacionih procedura koje zdravstveni radnik može da pruži u kućnim uslovima osiguranom licu koje je nepokretno ili licu čije kretanje zahteva pomoć drugog lica.

Kućno lečenje se sprovodi i kao nastavak stacionarnog lečenja.

Palijativno zbrinjavanje je sveobuhvatna i kontinuirana briga o osiguranom licu obolelom od malignih tumora, bolesti srca i krvnih sudova, dijabetesa, opstruktivne bolesti pluća, bolesti HIV/AIDS, posledica saobraćajne nesreće i traumatizma u terminalnom stadijumu bolesti. Cilj palijativnog zbrinjavanja osiguranog lica je manje patnje, više dostojanstva i bolji kvalitet života.

4. Pregledi i lečenje bolesti usta i zuba

Član 12.

Osiguranom licu obezbeđuju se pregledi i lečenja bolesti usta i zuba u ambulantno-polikliničkim i stacionarnim uslovima, i to najmanje:

1) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba kod dece do navršениh 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog (uključujući pokretni ortodonski aparat i stomatološke nadoknade u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuju medicinsko-tehnička pomagala), odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršениh 26 godina života, kao i lica starijih od 18 godina koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju, kao i lica sa težim urođenim ili stečenim deformitetom lica i vilica;

2) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba, izuzev protetskog zbrinjavanja, kod žena u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja;

3) ukazivanje hitne stomatološke zdravstvene zaštite za odrasle;

4) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba izuzev protetskog zbrinjavanja, pre transplantacije organa i tkiva, odnosno operacija na srcu;

5) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana malignih bolesti maksilofacijalnog predela;

6) urgentni stomatološki i hirurški pregledi i lečenje povreda zuba i kostiju lica, uključujući primarnu rekonstrukciju osteosintetskim materijalom;

7) izrada akrilatne totalne i subtotalne proteze kod osoba starijih od 65 godina života;

8) neophodan stomatološki tretman, uključujući i fiksne ortodonske aparate u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana kod osoba sa urođenim i stečenim težim deformitetom lica i vilice;

9) izrada protetskih nadoknada lica i vilice (intraoralne postresekzione proteze i proteze lica) u okviru posttumorске rehabilitacije i rekonstrukcije uključujući i implantate za njihovo učvršćivanje;

10) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba kod lica kod kojih je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega nisu u mogućnosti da samostalno obavljaju aktivnosti svakodnevnog života.

Smatra se da osigurano lice nije u mogućnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života iz stava 1. ove tačke ukoliko je ostvarilo pravo na naknadu za tuđu negu i pomoć po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju i socijalnoj zaštiti.

11) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba osiguranika iz člana 22. Zakona.

Licima iz stava 1. tač. 10) i 11) ovog člana obezbeđuje se pravo na pregled i lečenje bolesti usta i zuba ako su prihodi osiguranog lica ispod cenzusa utvrđenog aktom iz člana 22. stav 2. Zakona.

5. Medicinska rehabilitacija u slučaju bolesti i povrede

Član 13.

Osiguranom licu obezbeđuje se medicinska rehabilitacija radi poboljšanja ili vraćanja izgubljene ili oštećene funkcije tela kao posledice akutne bolesti ili povrede, pogoršanja hronične bolesti, medicinske intervencije, kongenitalne anomalije ili razvojnog poremećaja.

Medicinskom rehabilitacijom obezbeđuje se utvrđivanje, primena i evaluacija rehabilitacionih postupaka koji obuhvataju kineziterapiju i sve vidove fizikalne, okupacione terapije i terapije glasa i govora, kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala, nameštanje, primenu i obuku za upotrebu tog pomagala kod osiguranog lica.

Okupacionom terapijom se osiguranom licu obezbeđuju postupci medicinske rehabilitacije posle bolesti i povrede koji imaju za cilj da se osigurano lice osposobi za samostalnu brigu o sebi, odnosno da unapredi funkcionisanje u ostalim aktivnostima svakodnevnog života.

Rehabilitacijom glasa i govora se osiguranom licu obezbeđuju medicinski postupci uz upotrebu odgovarajućih pomagala koja su neophodna za dijagnozu i tretman bolesti i povreda ili kongenitalne anomalije koje za posledicu imaju poremećaj glasa i govora koji onemogućava komunikaciju osiguranog lica, odnosno poremećaj gutanja koji je posledica bolesti ili povrede.

Fizikalnom terapijom obezbeđuje se utvrđivanje, primena i evaluacija svih odgovarajućih agenasa, uključujući prirodni lekoviti faktor u tretmanu povređenog i obolelog osiguranog lica.

Osiguranom licu obezbeđuje se medicinska rehabilitacija u ambulantno-polikliničkim i bolničkim uslovima kada je opravdana i neophodna za tretman stanja osiguranog lica.

Osiguranom licu se rehabilitacijom u stacionarnim zdravstvenim ustanovama (rana rehabilitacija) obezbeđuje sprovođenje intenzivnog programa rehabilitacije za koji je neophodan multidisciplinarni timski rad, u okviru osnovnog medicinskog tretmana, radi poboljšanja zdravstvenog stanja i otklanjanja funkcionalnih smetnji.

Osiguranom licu obezbeđuje se rehabilitacija u stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (produžena rehabilitacija) kao kontinuirani produžetak lečenja i rehabilitacije u okviru indikacionog područja kada se funkcionalne smetnje ne mogu ublažiti ili otkloniti sa podjednakom efikasnošću u ambulantno-polikliničkim uslovima i u okviru bolničkog lečenja osnovne bolesti.

Pravo na pratioca za vreme rehabilitacije u stacionarnim zdravstvenim ustanovama obezbeđuje se osiguranom licu do navršениh 15 godina života, kao i starijem licu koje je teže telesno ili duševno ometeno u razvoju, odnosno licu kod koga je u toku života zbog oboljenja ili povrede došlo do gubitka pojedinih telesnih ili psihičkih funkcija zbog čega to lice nije u

možnosti da samostalno obavlja aktivnosti svakodnevnog života, uključujući slepa, slabovida, kao i gluva lica.

Osiguranom licu obezbeđuje se, kao oblik produžene rehabilitacije, i prevencija pogoršanja, odnosno nastanka komplikacija određene hronične bolesti za indikacije utvrđene opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuje medicinska rehabilitacija u stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju.

Pravo na medicinsku rehabilitaciju u slučaju povrede i bolesti, osigurano lice ostvaruje u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se utvrđuju vrste indikacija za korišćenje medicinske rehabilitacije, dužina trajanja rehabilitacije, način i postupak ostvarivanja rehabilitacije i upućivanja na rehabilitaciju.

6. Lekovi i medicinska sredstva

Član 14.

Pravo na lekove i medicinska sredstva obuhvata:

1) pravo na lekove sa Liste lekova koji se propisuju na lekarski recept ili izdaju na nalog na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja;

2) pravo na medicinska sredstva koja se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno koja se propisuju na nalog ili se ugrađuju u organizam osiguranog lica u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuju vrste i standard medicinskih sredstava koja se ugrađuju u ljudski organizam.

Lek iz stava 1. tačka 1) ovog člana propisuje se osiguranom licu u količini koja je neophodna do naredne kontrole, ali za period koji nije duži od pet dana kod akutnih oboljenja i stanja.

Lek iz stava 1. tačka 1) ovog člana propisuje se osiguranom licu, u količini koja je neophodna za period koji nije duži od 30 dana kod hroničnih oboljenja.

Izuzetno od stava 3. ovog člana, osiguranom licu sa hroničnim oboljenjem i terapijom lekom istog internacionalnog nezaštićenog naziva, koja u periodu od godinu dana pre propisivanja leka nije menjana, lek iz stava 1. tačka 1) ovog člana propisuje se u količini koja je neophodna za period koji nije duži od 60 dana.

Lekovi koji sadrže opojne droge ili psihotropne supstance, lekovi koji se koriste u lečenju HIV-a, lekovi iz grupe antineoplastika i imunomodulatora, kao i lekovi pod posebnim režimom izdavanja (Lista C) mogu se propisivati za period koji nije duži od 30 dana.

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

- lek koji nije na Listi lekova, a za koji je izdata dozvola za stavljanje u promet u Republici Srbiji samo za medicinske indikacije utvrđene dozvolom za stavljanje leka u promet,

- lek koji nije na Listi lekova, a za njega 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 državi porekla.

Osiguranom licu, lek iz stava 6. ovog člana, obezbeđuje zdravstvena ustanova tercijarnog ili sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite, na osnovu mišljenja tri lekara odgovarajuće specijalnosti zdravstvene ustanove tercijarnog ili sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite da je lek neophodan i da ne postoji odgovarajući lek na Listi lekova po generičkom, odnosno zaštićenom imenu leka, a da su iscrpljene sve druge terapijske mogućnosti lečenja.

Mišljenje tri lekara specijaliste iz stava 7. ovog člana obavezno potpisuje i direktor zdravstvene ustanove sekundarnog ili tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite koja obezbeđuje lek, odnosno lice koje on ovlasti.

Zdravstvena ustanova tercijarnog ili sekundarnog nivoa koja je uvela lek u terapiju, u obavezi je da osiguranom licu obezbedi lek iz stava 6. ovog člana za sve vreme primene terapije i prati terapijski efekat njegove primene u toku:

- stacionarnog lečenja;
- lečenja u dnevnoj bolnici;
- ambulatno-polikliničkog lečenja.

Zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa u kojoj se leči osigurano lice obolelo od retke urođene bolesti metabolizma, obezbeđuje osiguranom licu i lekove za lečenje te bolesti koji se ne nalaze u Listi lekova, a koji predstavljaju enzimsku supstitucionu terapiju i imaju visok stepen efikasnosti u lečenju.

Zdravstvena ustanova iz stava 10. ovog člana, obezbeđuje osiguranom licu lekove koji predstavljaju enzimsku supstitucionu terapiju na osnovu odluke Komisije Republičkog fonda za lečenje urođenih bolesti metabolizma (u daljem tekstu : Komisija).

Komisija iz stava 11. ovog člana donosi odluku o upotrebi lekova koji predstavljaju enzimsku supstitucionu terapiju na predlog tri lekara specijaliste zdravstvene ustanove tercijarnog nivoa u kojoj se leči osigurano lice obolelo od retke urođene bolesti metabolizma, pojedinačno za svako osigurano lice.

7. Medicinsko-tehnička pomagala

Član 15.

Osiguranom licu obezbeđuju se medicinsko-tehnička pomagala koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i korigovanje postojećih deformiteta, kao i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija.

Osiguranom licu obezbeđuju se medicinsko-tehnička pomagala potrebna za lečenje i rehabilitaciju koja omogućavaju poboljšanje osnovnih životnih funkcija, omogućavaju samostalan život, omogućavaju savladavanje prepreka u sredini i sprečavaju suštinsko pogoršanje zdravstvenog stanja ili smrt osiguranog lica.

Pravo na medicinsko-tehnička pomagala, osigurano lice ostvaruje u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se utvrđuju vrste medicinsko-tehničkih pomagala i indikacije za njihovo korišćenje, standardi materijala od kojih se izrađuju, rokovi trajanja, odnosno nabavke, održavanje i njihovo završavanje, kao i način i postupak ostvarivanja prava na medicinsko-tehnička pomagala.

Član 16.

Sadržaj i obim preventivnih mera u oblasti zdravstvene zaštite, preventivnih mera u oblasti primarne stomatološke zdravstvene zaštite, preventivnih mera u oblasti zdravstvene zaštite koje se sprovode van zdravstvene ustanove i preventivnih mera u oblasti stomatološke zdravstvene zaštite koje se sprovode u predškolskim, školskim i visokoškolskim ustanovama, sadržaj i obim zdravstvene zaštite u hitnim medicinskim stanjima u oblasti primarne zdravstvene zaštite i

pregledi i lečenje bolesti usta i zuba, koji su uređeni ovim pravilnikom, odštampani su uz ovaj pravilnik i čine njegov sastavni deo.

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

Član 17.

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 | 50 dinara |
| 4) kratka poseta izabranom lekaru | 50 dinara |
| 5) sve laboratorijske usluge - po uputu (uključujući mikrobiologiju, parazitologiju, histopatologiju i citologiju) | 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 | 300 dinara |
| - na RET skeneru (pozitronska emisiona tomografija), | 900 dinara |
| - na magnetnoj rezonanci | 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) 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 | 50 dinara |
| - van opštine na području filijale | 100 dinara |
| - van područja filijale do zdravstvene ustanove u koju je osigurano lice upućeno | 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 20. tačka 10) ovog pravilnika i tačkom 17) ovog člana	20% od utvrđene cene implantata, odnosno dela implantata a najviše 30.000 dinara po operaciji
19) medicinsko-tehnička pomagala:	
- protetička sredstva (proteze)	10% od utvrđene cene pomagala, odnosno dela pomagala
- ortotička sredstva (ortoze)	10% od utvrđene cene pomagala
- posebne vrste pomagala i sanitarne sprave osim za koncentrador kiseonika	10% od utvrđene cene pomagala, odnosno dela pomagala
- pomagala za omogućavanje glasa i govora	10% od utvrđene cene pomagala
- ortopedске cipele	20% od utvrđene cene pomagala
- naočare i kontaktna sočiva sa dioptrijom do ± 9 za lica starija od 18 godina života, ako nisu na školovanju	10% od utvrđene cene pomagala
- slušna pomagala za lica starija od 18 godina života ako nisu na školovanju	10% od utvrđene cene pomagala
- akrilatna totalna i subtotalna proteza kod lica starijih od 65 godina života	35% od utvrđene cene proteze
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 transplantacije organa i tkiva	10% od utvrđene cene usluge

- 22) lečenje komplikacija karijesa i vađenje zuba kao posledice karijesa kod dece do navršenih 18 godina života odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina - po zubu nakon završenog lečenja 50 dinara
- 23) preglede i lečenje bolesti usta i zuba kod dece do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina života ako se ne odazovu na preventivne stomatološke preglede iz člana 9, stav 1, tačka 3) ovog pravilnika 35% od utvrđene cene usluge
- 24) promenu pola iz medicinskih razloga 35% od utvrđene cene usluge

Član 18.

Osigurano lice koje plaća participaciju na osnovu člana 17. tač. 1) i 2) ovog pravilnika ne plaća participaciju utvrđenu u tač. 5) do 10) tog člana za vreme stacionarnog lečenja.

Osigurano lice koje plaća participaciju na osnovu člana 17. tačka 14) ovog pravilnika ne plaća participaciju za zdravstvene usluge obuhvaćene kućnim lečenjem koje je opravdano i medicinski neophodno iz člana 11. tačka 9) ovog pravilnika.

Pratilac osiguranog lica za vreme stacionarnog lečenja, odnosno produžene rehabilitacije osiguranog lica, ne plaća participaciju iz člana 17. ovog pravilnika.

Član 19.

Participacija za lekove utvrđena je u Listi lekova.

Kada lek sa Liste lekova ne može da se nabavi u apoteci sa kojom 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 zaključen 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 OBEZBEĐUJE IZ SREDSTAVA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U PUNOM IZNOSU BEZ PLAĆANJA PARTICIPACIJE

Član 20.

Zdravstvena zaštita koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu, odnosno 100% od cene zdravstvene usluge obuhvata:

1) mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti iz člana 9. ovog pravilnika;

2) preglede i lečenje u slučaju planiranja porodice, dva pokušaja vantelesnog oplođenja, trudnoće, porođaja i u postnatalnom periodu, uključujući i prekid trudnoće iz medicinskih razloga;

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

4) pregledi i lečenje bolesti usta i zuba kod dece do navršenih 18 godina života, odnosno do kraja propisanog srednjoškolskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja a najkasnije do navršenih 26 godina života (osim komplikacija karijesa i vađenja zuba kao posledica karijesa i ako se ne odazovu na preventivne stomatološke preglede iz člana 9. stav 1, tačka 3) ovog pravilnika), starijih lica koja su teško telesno ili duševno ometena u razvoju, osiguranih lica iz člana 12. stav 1. tač. 10) i 11) ovog pravilnika, žena u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja, pregledi i lečenje bolesti usta i zuba u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana malignih bolesti maksilofacijalnog predela, kao i lica sa urođenim ili stečenim deformitetom lica i vilica (uključujući fiksni ortodonski aparat);

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

6) preglede i lečenje od malignih bolesti, hemofilije, 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, cistične fibroze, sistemskih autoimunih bolesti, reumatske bolesti i njenih komplikacija;

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

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

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

10) medicinsko-tehnička pomagala, implantate i medicinska sredstva u vezi sa lečenjem bolesti i povreda iz ovog člana;

11) koncentrator kiseonika;

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

Član 21.

Privremeno raseljenim licima sa teritorije AP Kosovo i Metohija, kojima je to svojstvo utvrdio nadležni republički organ, obezbeđuje se ostvarivanje zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu bez plaćanja participacije.

Član 22.

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 tuđu 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 medicinsko-tehnička pomagala i implantate, u roku od 12 meseci posle svakog davanja krvi.

Član 23.

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 navršenih 18 godina života, školska deca i studenti do kraja propisanog školovanja, a najkasnije do navršenih 26 godina;

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

3) lica starija od 65 godina života;

4) osobe sa invaliditetom, po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju, kao i mentalno nedovoljno razvijena lica;

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

6) monasi i monahinje;

7) materijalno neobezbeđena lica koja primaju novčanu socijalnu pomoć, odnosno koja su korisnici porodične invalidnine po propisima o socijalnoj zaštiti, odnosno po propisima o zaštiti boraca, vojnih invalida i civilnih invalida rata;

8) korisnici stalnih novčanih pomoći, kao i pomoći za smeštaj u ustanove socijalne zaštite ili u druge porodice, po propisima o socijalnoj zaštiti;

9) nezaposlena lica i druge kategorije socijalno ugroženih 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 stalno prebivalište, odnosno boravište u Republici;

12) žrtve nasilja u porodici;

13) žrtve trgovine ljudima;

14) lica kojima je nadležni republički organ utvrdio status izbeglog, odnosno prognanog lica iz bivših republika SFRJ, ako ispunjavaju uslov u pogledu mesečnog prihoda utvrđenog u skladu sa Zakonom i ako imaju boravište na teritoriji Republike Srbije.

Članovima uže porodice osiguranika iz stava 1. tač. 7) - 9), 11) i 14) ovog člana obezbeđuje se ostvarivanje zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u punom iznosu bez plaćanja participacije, pod uslovima propisanim Zakonom.

Član 24.

Osigurancima iz čl. 17. i 23. Zakona, čiji su prihodi ispod iznosa utvrđenih u članu 25. st. 1 i 2. ovog pravilnika, kao i članovima njihovih porodica, zdravstvena zaštita se obezbeđuje u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 25.

Iznos iz člana 24. 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 iz člana 27. ovog pravilnika.

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 iz člana 27. ovog pravilnika.

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.

Član 26.

Prihode iz člana 24. 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) do 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 27.

Za obezbeđivanje zdravstvene zaštite u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 24. ovog pravilnika, osiguranik za sebe i članove svoje porodice podnosi zahtev matičnoj filijali.

Zahtev iz stava 1. ovog člana podnosi se na "Obrascu UP-1", koji je pravougaonog oblika, dimenzija 210 h 297 mm, štampan crnom bojom na papiru bele boje.

Obrazac zahteva iz stava 2. ovog člana odštampan je uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Član 28.

Uz zahtev iz člana 27. ovog pravilnika, osiguranik podnosi dokaze o ostvarenim prihodima i to:

- 1) za zaradu - potvrdu poslodavca o visini isplaćene zarade;
- 2) za penziju - kopiju dokumenta o isplaćenoj penziji;
- 3) za ugovorenu naknadu - potvrdu isplatioca o visini ugovorene naknade
- 4) za prihode od poljoprivrede i šumarstva, samostalnih delatnosti, kapitala, nepokretnosti i kapitalne dobiti - uverenje 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.

Za članove porodice koji ne ostvaruju zaradu, penziju, odnosno ugovorenu naknadu, podnosilac prijave na zdravstveno osiguranje dostavlja overenu kopiju radne knjižice ili izvod iz matične evidencije republičkog fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje, osim za decu do kraja propisanog školovanja.

Član 29.

Osiguraniku za koga se utvrdi da ispunjava uslove iz člana 25. ovog pravilnika u vezi sa visinom prihoda, matična filijala izdaje potvrdu na "Obrascu UP-2" sa rokom važnosti do 31. decembra 2013. godine.

Obrazac potvrde iz stava 1. ovog člana je pravougaonog oblika dimenzija 210 h 297 mm, štampan crnom bojom na papiru bele boje.

Potvrda iz stava 1. ovog člana izdaje se za osiguranika i u potrebnom broju primeraka za članove njegove porodice.

Obrazac potvrde iz stava 2. ovog člana je odštampan uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Član 30.

Osiguranim licima iz člana 22. 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 23. st. 1. i 2. ovog pravilnika, obezbeđuje se zdravstvena zaštita iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu, bez plaćanja participacije, na osnovu overene isprave o osiguranju.

Privremeno raseljenim licima sa teritorije AP Kosovo i Metohija iz člana 21. 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 24. ovog pravilnika, obezbeđuje se zdravstvena zaštita iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu, na osnovu overene isprave o osiguranju i potvrde iz člana 29. ovog pravilnika.

Član 31.

Zdravstvena zaštita koja se osiguranom licu obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja uz plaćanje participacije u punom iznosu označava se šifrom 000.

Član 32.

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

- mere iz člana 20. tačka 1) ovog pravilnika	532
- pregledi i lečenje iz člana 20. tačka 2) ovog pravilnika	512
- pregledi, lečenje i medicinska rehabilitacija iz člana 20. tač. 3) i 4) ovog pravilnika	511
- pregledi i lečenje iz člana 20. tač. 5) i 6) ovog pravilnika	531
- pregledi i lečenje iz člana 20. tačka 7) ovog pravilnika	521
- pregledi, lečenje i rehabilitacija iz člana 20. tačka 8) ovog pravilnika	538
- pružanje hitne pomoći i hitan prevoz iz člana 20. tačka 9) ovog pravilnika	539
- medicinsko-tehnička pomagala, implantati i sredstva iz člana 20. tač. 10), 11) i 12) ovog pravilnika	533

Član 33.

Zdravstvena zaštita koja se obezbeđuje privremeno raseljenim licima sa teritorije AP Kosovo i Metohija iz člana 21. ovog pravilnika, u punom iznosu, bez plaćanja participacije označava se šifrom 501.

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

- za osigurana lica iz člana 22. tačka 1) ovog pravilnika	513
- za osigurana lica iz člana 22. tačka 2) ovog pravilnika	515
- za osigurana lica iz člana 22. tačka 3) ovog pravilnika	522
- za osigurana lica iz člana 22. tačka 4) ovog pravilnika	540

Zdravstvena zaštita koja se obezbeđuje osiguranim licima iz člana 23. ovog pravilnika, u punom iznosu, bez plaćanja participacije označava se sledećim šiframa:

- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 1) ovog pravilnika	231
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 2) ovog pravilnika	232
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 3) ovog pravilnika	233
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 4) ovog pravilnika	234
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 5) ovog pravilnika	235
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 6) ovog pravilnika	236
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 7) ovog pravilnika	237
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 8) ovog pravilnika	238

- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 9) ovog pravilnika	239
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 10) ovog pravilnika	240
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 11) ovog pravilnika	241
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 12) ovog pravilnika	244
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 13) ovog pravilnika	245
- za osiguranike iz člana 23. stav 1. tačka 14) ovog pravilnika	242
- za osigurana lica iz člana 23. stav 2. ovog pravilnika	243

Član 34.

Zdravstvena zaštita koja se osiguranom licu obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu iz člana 24. ovog pravilnika označava se šifrom 001.

Član 35.

Zdravstvena zaštita koja se osiguranom licu obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu iz člana 39. ovog pravilnika označava se šifrom 111.

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

Član 36.

Iznos participacije utvrđene članom 17. ovog pravilnika za zdravstvenu zaštitu koja se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i fiksnog (nominalnog) iznosa participacije za lekove utvrđene u Listi lekova, a 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 iz stava 1. ovog člana, najviši godišnji iznos participacije 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 implantate, medicinska sredstva, medicinsko tehnička pomagala i procentualno učešće za lekove sa Liste lekova.

Član 37.

Participaciju utvrđenu ovim pravilnikom naplaćuje davalac zdravstvene usluge posle pružene zdravstvene usluge.

Davalac zdravstvene usluge dužan je da osiguranom licu izda račun o naplaćenoj participaciji iz stava 1. ovog člana,

Račun iz stava 2. ovog člana pravougaonog je oblika sa oznakom "Obrazac RP", dimenzija 210 h 145 mm, štampan crnom bojom na papiru bele boje.

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

Obrazac računa iz stava 2. ovog člana odštampan je uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Član 38.

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 39.

Ako osigurano lice u toku kalendarske godine plati iznos participacije veći od iznosa iz člana 36. ovog pravilnika, prestaje da plaća participaciju kada mu matična filijala izda potvrdu o prestanku plaćanja participacije.

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

Obrazac potvrde iz stava 2. ovog člana je pravougaonog oblika dimenzija 210 h 297 mm, štampan crnom bojom na papiru bele boje.

Obrazac potvrde iz stava 2. ovog člana matična filijala izdaje na zahtev osiguranog lica i na osnovu dokaza o plaćenju participaciji: računa, odnosno fiskalnog računa iz člana 37. stav 2. i člana 38. ovog pravilnika.

Obrazac potvrde iz stava 2. ovog člana odštampan je uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Član 40.

Ako je plaćeni iznos participacije u toku kalendarske godine veći od iznosa iz člana 36. ovog pravilnika, prilikom izdavanja potvrde iz člana 39. ovog pravilnika, matična filijala izvršiće povraćaj više plaćenog iznosa participacije osiguranom licu.

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

Član 41.

Ukoliko je plaćeni iznos participacije veći od iznosa iz člana 36. st. 1. i 2. ovog pravilnika, a osigurano lice nije podnelo zahtev iz člana 39. stav 4. ovog pravilnika, po isteku kalendarske godine, na zahtev osiguranog lica, matična filijala izvršiće povraćaj više plaćenog iznosa participacije na osnovu dokaza o plaćenju participaciji iz člana 37. stav 2. i člana 38. ovog pravilnika (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 42.

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 2012. godinu ("Službeni glasnik RS", br. 12/12 i 89/12), nastavljaju da koriste zdravstvenu zaštitu po odredbama ovog pravilnika.

Član 43.

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 2012. godinu ("Službeni glasnik RS", br. 12/12 i 89/12).

Član 44.

Ovaj pravilnik, po dobijanju saglasnosti Vlade, stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku Republike Srbije".