

ЗАКОН О ИЗМЕНАМА И ДОПУНАМА
ЗАКОНА О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ
КОМЕНТАРИ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Члан 1.

Члан 6. Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), мења се и гласи:

„Обавезно здравствено осигурање обезбеђује се и спроводи у Републичком фонду за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) и у организационим јединицама Републичког фонда (у даљем тексту: филијале).

Одређени послови обавезног здравственог осигурања спровode се и у Покрајинском фонду за здравствено осигурање (у даљем тексту: Покрајински фонд) у складу са законом.

Добровољно здравствено осигурање спроводи Републички фонд и друга правна лица у складу са законом“.

Члан 2.

У чл. 12., 13., 29., 33., 34., 39., 42.-44., 46.-49., 54.-61., 65., 72., 74., 84., 85., 99., 102., 112., 115., 116., 118., 120.-124., 127., 128., 137., 139.-141., 145., 146., 149.-152., 154.-157., 163.-166., 173.-180., 182., 184., 186.-197., 199.-202., 204., 208.-221., 223.-236., 240.-243., 245., 247.-251., 254. и 255. и речи: „Републички завод“ замењују се речима: „Републички фонд“ у одговарајућем падежу.

У чл. 174., 176., 184., 186., 187., 210., 212., 217., 224., 225. и 228. речи: „Покрајински завод“ замењују се речима: „Покрајински фонд“ у одговарајућем падежу.

Члан 3.

У члану 21. став 2. мења се и гласи:

„Кориснику пензије – осигуранику из члана 17. став 1. тач. 22) и 23) овог закона приоритетни основ осигурања, у смислу овог члана, јесте осигурање по основу оствареног права на пензију, осим ако испуњава услов за стицање својства осигураника који има право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад у складу са овим законом.“

Члан 4.

У члану 22. став 1. тачка 1) број: „15“ замењује се бројем „18“.

Тач. 4) и 7) мењају се и гласе:

„4) особе са инвалидитетом по прописима о пензијском и инвалидском осигурању, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;

7) материјално необезбеђена лица која примају материјално обезбеђење, односно који су корисници породичне инвалидине, по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;

Члан 5.

У члану 26. став 1. мења се и гласи:

„Дете осигураника има право из обавезног здравственог осигурања до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског школовања, као и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота“.

Члан 6.

Члан 32. мења се и гласи:

„Члан 32.

За остваривање права из члана 30. став 1. тач. 1) и 3) овог закона осигураници морају да имају стаж осигурања у обавезном здравственом осигурању у својству осигураника у складу са овим законом у трајању од најмање три месеца непрекидно или шест месеци са прекидима у последњих 18 месеци пре почетка коришћења права из обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: претходно осигурање).

За остваривање права на накнаду зараде из члана 30. став 1. тачка 2) овог закона осигураници морају да имају претходни стаж у трајању од најмање 9 месеци непрекидно или 18 месеци са прекидима у последње две године пре дана почетка коришћења права на накнаду зараде.

У претходно осигурање из става 1. овог члана рачуна се време од дана када је осигураник стекао својство осигураника у складу са овим законом за које је уплаћен допринос изузимајући осигурање по основу члана 22. овог закона.

Изузетно од ст. 1. и 2. овог члана осигураник остварује права из обавезног здравственог осигурања и у случају ако нису испуњени услови у погледу претходног осигурања, и то:

- 1) у случају повреде на раду или професионалне болести осигураника из члана 17. овог закона;
- 2) у случају хитне медицинске помоћи и остваривање припадајућих новчаних накнада из члана 30. овог закона;
- 3) за остваривање права на накнаду зараде у висини минималне зараде утврђене у складу са прописима о раду за месец за који се накнада зараде

исплаћује.

Чланови породица осигураника остварују права из бавезног здравственог осигурања под условом да осигураник на основу кога остварују та права испуњава услове у погледу претходног осигурања“.

Члан 7.

У члану 35. став 2. после речи: „деце до навршених 18 година живота“, додаје се запета и речи: „односно до краја прописаног средњошколског школовања, као и студената до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота“.

Члан 8.

У члану 37. тачка 8) мења се и гласи:

„8) право на пратиоца осигураном лицу до навршених 15 година живота, као и старијем лицу које је теже телесно или душевно ометено у развоју, односно лицу код кога је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица, осим ако овим законом није друкчије одређено;“.

Члан 9.

Члан 41. мења се и гласи:

„Члан 41.

Осигураним лицима обезбеђују се прегледи и лечење болести уста и зуба у амбулантно-поликлиничким и стационарним условима и то најмање:

- 1) преглед и лечење болести уста и зуба код деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског школовања, као и студената до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота, старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју, као и лица са тежим урођеним или стеченим деформитетом лица и вилице;
- 2) прегледи и лечење болести уста и зуба, изузев протетског збрињавања, код жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја;
- 3) указивање хитне стоматолошке здравствене заштите за одрасле;
- 4) прегледи и лечење уста и зуба, изузев протетског збрињавања, пре трансплантације бубрега, односно операције на срцу;
- 5) прегледи и лечење болести уста и зуба у оквиру преоперативног и постоперативног третмана малигних болести максиларног прегледа;
- 6) ургентни стоматолошки и хируршки прегледи и лечење, повреда зуба и костију лица, укључујући примарну реконструкцију остеосинтетским материјалом;
- 7) израда акрилатне тоталне и субтоталне протезе код особа старијих од 65 година живота;
- 8) неопходан стоматолошки третман, укључујући и фиксне ортодонске апарате у оквиру преоперативног и постоперативног третмана код особа са

- урођеним и стеченим тежим деформитетом лица и вилице;
- 9) израда протетских надокнада лица и вилице (интраоралне постресекционе протезе и протезе лица) у оквиру посттуморске рехабилитације и реконструкције, укључујући и имплантате за њихово учвршћивање;
 - 10) прегледи и лечење болести уста и зуба код лица код којих је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају активности свакодневног живота;
 - 11) прегледи и лечење болести уста и зуба осигураницима из члана 22. овог закона под условима прописаним овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Лицима из става 1. тач. 10) и 11) овог члана обезбеђује се право на прегледе и лечење болести уста и зуба ако испуњавају услове прописане овим законом о приписима донетим за спровођење овог закона који се односе на месечни износ прихода као цензус из члана 22. став 2. овог закона.

Члан 10.

У члану 42. после става 8. додаје се нови став 9. који гласи:

„Право на пратиоца обезбеђује се осигураном лицу до навршених 15 година живота, као и старијем лицу које је теже телесно или душевно ометено у развоју, односно лицу код кога је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида, као и глува лица“.

Досадашњи ст. 9. и 10. постају ст. 10. и 11.

У ставу 11. речи: „из става 1. овог члана“ замењују се речима: „из става 10. овог члана“.

Члан 11.

У члану 45. тачка 1) алинеја 4 мења се и гласи:

„- прегледе и лечење болести уста и зуба код лица из члана 41. тач. 1), 10) и 11) овог закона, као и жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја;“.

У тачки 4) додаје се нова алинеја која гласи:

„- промена пола из медицинских разлога“.

Члан 12.

У члану 48. став 5. брише се.

Члан 13.

После члана 49. додаје се нови члан 49а који гласи:

„Забрана наплаћивања здравствених услуга које се обезбеђују

из обавезног здравственог осигурања

Члан 49а

Забрањено је да давалац здравствених услуга, односно лице запослено код даваоца здравствених услуга, односно друго лице које обавља одређене послове код давалаца здравствених услуга наплати здравствену услугу на коју осигурано лице има право у оквиру обавезног здравственог осигурања, односно да тражи или прими или на било који други начин наведе осигурано лице или чланове његове породице, односно друго правно или физичко лице, на плаћање, односно давање било какве материјалне или нематеријалне користи за пружање таквих услуга осигураном лицу, осим ако овим законом није другачије одређено.

Лицу које поступи у супротности са ставом 1. овог члана послодавац може, у складу са законом којим се уређује рад, да откаже уговор о раду, односно да раскине другу врсту уговора на основу кога је то лице ангажовано код даваоца здравствених услуга за обављање одређених послова.

Код даваоца здравствених услуга могу да се наплаћују осигураним лицима, као и другим правним и физичким лицима само оне здравствене услуге које нису обухваћене као право из обавезног здравственог осигурања, као и износ партиципације у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона“.

ПРИМЕДБА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ:

Додавање новог члана 49а-ДИЛЕМЕ:

1. Нејасно шта треба да значи нови члан 49а?
2. Нејасно да ли се предметна забрана односи и на даваоце здравствених услуга – приватне ординације, поликлинике и тд. Уколико се односи и на приватне даваоце здравствених услуга, то је у потпуности у супротности са начелом једнакости и равноправности давалаца ових услуга јер, према одредби из става 3. овог члана („Код даваоца здравствених услуга могу да се наплаћују осигураним лицима, као и правним и физичким лицима **само оне здравствене услуге које нису обухваћене као право из обавезног здравственог осигурања**, као и износ патриципације у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.“) то значи да приватни даваоци здравствених услуга могу да пружају само оне здравствене услуге које нису обухваћене као право из обавезног здравственог осигурања...“ ???
ТО У ПОТПУНОСТИ ЗАТВАРА И ИСКЉУЧУЈЕ МОГУЋНОСТ ИНТЕГРИСАЊА ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ У СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ СРБИЈЕ И СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА.

Члан 14.

У члану 50. тачка 1. мења се и гласи:

„1) ратним војним инвалидима, мирнодопским војним инвалидима и цивилним инвалидима рата;“.

После тачке 4) додаје се тачка 5) која гласи:

„5) другим осигураним лицима чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са овим законом“.

Члан 15.

Иза члана 51. додају се чл. 51А и 51Б који гласе:

„Лечење ретких болести

Члан 51а.

Ради обезбеђивања средстава за превенцију, дијагностиковање и лечење ретких болести оснива се Буџетски фонд.

Буџетски фонд из става 1. овог члана оснива се на неодређено време и њиме управља министарство надлежно за послове здравља.

Министар надлежан за послове здравља ближе уређује врсте ретких болести за које ће се обезбеђивати средства у Буџетском фонду за превенцију, дијагностиковање и лечење, услови за коришћење овог права, начин и поступак остваривања права лица оболелих од ретких болести, као и друга питања од значаја за лечење оболелих од ретких болести.

Члан 51б.

Буџетски фонд из члана 51а овог закона финансира се из средстава које под условима прописаним овим законом уплаћују носиоци дозволе за стављање лека у промет (у даљем тексту: носилац дозволе за лек) у складу са законом којим се уређује област лекова и медицинских средстава.

Носилац дозволе за лек дужан је да уплати износ од 0,5% од укупне вредности годишњег промета лекова оствареног у једној календарској години на територији Републике Србије.

Носилац дозволе за лек дужан је да износ из става 2. овог члана уплати у Буџетски фонд најкасније до 1. априла текуће године за укупно остварени промет лекова у претходној календарској години.

Податке о укупном промету лекова за сваког појединачног носиоца дозволе за лек, а који се не прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања, на основу којих носилац дозволе за лек уплаћује износ из става 2. овог члана прикупља и води Агенција за лекове и медицинска средства Србије.

Здравствене установе, приватна пракса, друга правна лица која обављају здравствену делатност, односно одређене послове здравствене делатности у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, дужни су да Агенцији за лекове и медицинска средства Србије квартално достављају податке о укупном промету, односно потрошњи лекова из ст. 4. и 5. овог члана, а најкасније до 1. фебруара текуће године за претходну годину.

Податке из ст. 4. и 5. овог члана Републички фонд и Агенција дужни су да без накнаде доставе министарству надлежном за послове здравља, министарству надлежном за послове финансија, као и носиоцу дозволе за лек најкасније до 1. марта текуће године за претходну календарску годину.

Буџетски фонд из члана 51а овог закона може да се финансира и из средстава донација, као и из других средстава у складу са законом“.

Члан 16.

Учлану 61. став 1. тачка 12) мења се и гласи:

„12) дијагностика и лечење сексуалне дисфункције или сексуалне неадекватности, укључујући импотенцију, здравствене услуге, лекове и медицинско-техничка помагала која су везана за промену пола осим ако овим законом није другачије одређено и реверзија претходне добровољне хируршке стерилизације;“

Члан 17.

У члану 88. ст. 1. и 2. мењају се и гласе:

„Основ за обрачун накнаде зараде, односно плате (у даљем тексту: накнада зараде) која се исплаћује из средстава обавезног здравственог осигурања, за осигуранике из члана 73. тачка 1) овог закона чини просечна зарада, односно плата коју је осигураник остварио у претходних шест месеци пре месеца у којем је наступила привремена спреченост за рад.

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

- 1) основна зарада, односно плата и део зараде, односно плате по основу радног учинка у складу са законом;
- 2) увећана зарада, односн плата по основу времена проведеног на раду за сваку пуну годину рада остварену у радном односу.“

Члан 18.

У члану 89. у ставу 2. речи: „три месеца“ замењују се речима: „шест месеци“.

У ставу 3. речи: „три календарска месеца која“ замењују се речима: „шест календарских месеци који“.

У ставу 4. речи: „три месеца која“ замењују се речима: „шест месеци који“.

Члан 19.

Члан 90. мења се и гласи:

„Члан 90.

Основ за накнаду зараде за осигуранике из члана 73. тач. 2) и 3) овог закона који испуњавају услов у погледу претходног осигурања из члана 32. став 2. овог закона, чини просечна месечна основица на коју се плаћа допринос за обавезно здравствено осигурање у складу са законом утврђена у шест календарских месеци који претходе кварталу у којем је наступио случај по коме се стиче право на накнаду зараде, а ако је у претходних шест месеци по том основу осигурања осигураник био осигуран краће, основ за накнаду зараде чини основица на коју је плаћен допринос за обавезно здравствено осигурање, утврђена према времену за које је био осигуран у претходних шест месеци.

Ако осигураник из става 1. овог члана у претходних шест месеци није обављао делатност предузетника, односно верску функцију, основ за накнаду зараде чини основица из става 1. овог члана утврђена за текући квартал.“

Члан 20.

У члану 108.- став 4. мења се и гласи:

„Сматра се да је пратилац за време путовања неопходан ако се на лечење или лекарски преглед у друго место упућује дете млађе од 18 година живота, односно старије лице које је теже телесно или душевно ометено у развоју, као и лице код којег је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција, због чега то лице није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота, укључујући слепа, слабовида и глува лица“.

Члан 21.

Члан 112. мења се и гласи:

„Лицу којем је признато својство осигураног лица матичне филијала издаје прописану исправу о здравственом осигурању (у даљем тексту: исправа о осигурању), којом се доказује својство осигураног лица.

Лицу којем се права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују у одређеним случајевима из члана 28. овог закона, издаје се посебна исправа за коришћење здравствене заштите само у случају повреде на раду или професионалне болести.

Исправа о осигурању из ст. 1. и 2. овог члана јесте и здравствена картица која садржи простор за контактни микроконтролер (ЧИП) и простор за машински читљиву зону за потребе аутоматског читавања података, у који се уносе сви видљиви подаци на исправи о осигурању, као и подаци који се воде у матичној евиденцији у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона.

Трошкове издавања здравствене картице сноси осигураник за себе и чланове своје породице.

Изузетно од става 4. овог члана обвезник уплате доприноса може преузети обавезу накнаде трошкова издавања здравствене картице.

Висину трошкова из става 4. овог члана прописује Републички фонд.

Средства остварена у складу са ставом 6. овог члана представљају приход Републичког фонда.

Влада даје сагласност на акт из става 6. овог члана.

Акт из става 6. овог члана објављује се у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Републички фонд општим актом уређује садржај и облик исправе о осигурању, здравствене картице, односно посебне исправе за коришћење здравствене заштите из ст. 1., 2. и 3. овог члана, њихову оверу и друга питања од значаја за коришћење тих исправа“.

КОМЕНТАР ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Члан 21. Измена

Потпуна измена текста члана 112

У ставу 4. овог члана, поводом дефинисања и издавања здравствене картице, трошак издавања се превлађује на осигураника – Зашто???

У ставу 6. овог члана висину ових трошкова прописује Републички фонд – Зашто и на основу којих критеријума, односно ко је овлашћен да контролише ову активност Фонда???

Члан 22.

У члану 113. после става 3. додаје се став 4. који гласи:

„Изузетно од ст. 1.-3. овог члана матична филијала може по службеној дужности да изврши одјаву са обавезног здравственог осигурања у случају када је правно или физичко лице које је обвезник подношења одјаве са здравственог осигурања престало да постоји, односно ако је умрло, као и у случају ако је у моменту подношења пријаве на здравствено осигурање познат и датум престанка основа за осигурање по коме је то лице стекло својство осигураника у складу са овим законом, под условом да обвезник подношења одјаве не поднесе одјаву са здравственог осигурања у законом прописаном року“.

Члан 23.

После члана 114. додаје се члан 114а. који гласи:

„Изузетно од члана 113. овог закона лицу које је у моменту пружања здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања није имало својство осигураног лица, а испуњава услове за стицање својства осигураног лица у складу са овим законом, може да се утврди својство осигураног лица после оствареног права из обавезног здравственог осигурања, најкасније у року 90 дана од дана пружене здравствене заштите.

У случају из става 1. овог члана трошкови пружене здравствене заштите осигураном лицу обезбеђују се из средстава обавезног здравственог осигурања у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона“.

Члан 24.

Члан 129. мења се и гласи:

„Пријава података за матичну евиденцију подноси се матичној филијали, и то:

- 1) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) и 2), тач. 4) – 8), тачл. 10), 11) и 13), тач. 15) – 18) и тачка 24) овог закона, у случају када је место пребивалишта осигураника на подручју једне филијале, а седиште обвезника уплате доприноса на подручју друге филијале – према пребивалишту осигураника у Републици;
- 2) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 3) овог закона у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса – према седишту обвезника уплате доприноса;
- 3) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 9) и тач. 19) – 22) овог закона – према пребивалишту осигураника у Републици;
- 4) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 12) овог закона – према пребивалишту осигураника или месту последњег престанка радног односа;
- 5) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 14) овог закона у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса – према седишту омладинске, односно студентске задруге;
- 6) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 23) овог закона – према боравишту или пребивалишту;
- 7) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 25) овог закона – према седишту школе, односно високошколске установе.

За чланове породице осигураника пријава података за матичну евиденцију подноси се матичној филијали, односно филијали на начин прописан у ставу 1. овог члана“.

Члан 25.

У члану 146. додаје се нови став 2. који гласи:

„Под изабраним лекаром доктором стоматологије из става 1. тачка 4) овог члана у смислу овог закона сматра се доктор стоматологије, доктор стоматологије са специјализацијом из дечије и превентивне стоматологије за стоматолошку здравствену заштиту деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског школовања, односно доктор стоматологије са специјализацијом из опште стоматологије за стоматолошку здравствену заштиту одраслих“.

Досадашњи став 2. постаје став 3. који се мења и гласи:

„Изузетно од става 1. овог члана изабрани лекар може да буде и доктор медицине друге специјалности под условима прописаним овим законом за начин и поступак остваривања права из обавезног здравственог осигурања из члана 141. став 4. овог закона“.

Досадашњи ст. 3., 4. и 5. постају ст. 4., 5. и 6.

У ставу 4. речи: „у ст. 1. и 2. овог члана“ замењују се речима: „у ст. 1. - 3. овог члана“.

У ставу 6. речи: „из става 4. овог члана“ замењују се речима: „из става 5. овог члана“.

Члан 26.

Члан 152. мења се и гласи:

„Члан 152.

Ако то захтева здравствено стање осигураног лица, као и рационалност у пружању здравствене заштите, на предлог лекара специјалисте одговарајуће гране медицине који лечи осигурано лице, изабрани лекар може да пренесе овлашћење из члана 151. овог закона на тог лекара специјалисту, а које се односи на дијагностиковање и лечење, упућивање на стационарно лечење, укључујући и прописивање лекова који се издају уз лекарски рецепт за одређене болести (ТВС, HIV, болести зависности, ретке болести, као и друга обољења у складу са овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона).

Актом из члана 141. став 4. овог закона Републички фонд прописује начин и поступак преношења овлашћења, друга обољења за која се може пренети овлашћење из става 1. овог члана, као и образац на основу кога се овлашћење преноси.“

Члан 27.

У члану 180. став 1. тачка 2) мења се и гласи:

„2) утврђени нормативи, стандарди рада, капацитети здравствених установа који су потребни за остваривање здравствене заштите у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и прописима донетим за спровођење тог закона, као и кадровски план

запослених у здравственим установама у складу са законом;“

Тачка 4) мења се и гласи:

„4) акт о ценама здравствених услуга, односно групе здравствених услуга, односно цене програма здравствене заштите;“

После тачке 5) додаје се тачка 6) која гласи:

„6) прописи којима се уређују плате запослених у здравственим установама“.

Члан 28.

У члану 181. после тачке 4) додаје се нова тачка 5) која гласи:

„5) плаћање по дијагностички сродним групама болести и повреда“.

Досадашња тачка 5) постаје тачка 6).

Члан 29.

У члану 182. додаје се став 3. који гласи:

„Даваоци здравствених услуга из Плана мреже здравствених установа који доноси Влада дужни су да приоритетно закључе уговор са Републичким фондом за расположиве капацитете у погледу простора, опреме и кадрова, односно да приоритетно извршавају уговорне обавезе према Републичком фонду, у односу на друга правна и физичка лица са којим аимају закључене уговоре о пружању здравствених услуга“.

Члан 30.

После члана 190. додаје се члан 190а. који гласи:

„Надзор над даваоцима здравствених услуга у пружању здравствене заштите“

Члан 190а.

Министарство надлежно за послове здравља преко здравствених инспектора врши надзор над даваоцима здравствених услуга у пружању здравствене заштите из чл. 34. - 45., чл. 48.-51. и чл. 56.-57. овог закона.

На спровођење надзора из става 1. овог члана сходно се примењују одредбе закона којим се уређује здравствена заштита у спровођењу инспекцијског надзора од стране здравствених инспектора“.

Члан 31.

У члану 197. ст. 2. и 3. речи: „од реосигуравајућег друштва“ замењују се речима: „од Гарантног фонда“.

Члан 32.

У члану 228. став 1. мења се и гласи:

„Директора Покрајинског фонда, по спроведеном јавном конкурс у који расписује

Републички фонд, именује Управни одбор, на предлог надлежног органа аутономне покрајине“.

После става 1. додаје се нови став 2. који гласи:
„Директор Покрајинског фонда именује се на период од четири године“.

Досадашњи ст. 2., 3. и 4. постају ст. 3., 4. и 5.

Члан 33.

Члан 237. мења се и гласи:

„Добровољно здравствено осигурање могу организовати и спроводити и фондови за добровољно здравствено осигурање, у складу са посебним законом“.

Казнене одредбе

Члан 34.

У члану 240. став 1. после тачке 3) додаје се тачка 3а) која гласи:
„3а) ако поступи у супротности са чланом 49а. овог закона (члан 49а);“

После тачке 6) додаје се тачка 6а) која гласи:
„6а) ако поступи у супротности са чланом 182. став 3. овог закона (члан 182. став 3.).

Члан 35.

Иза члана 245. додаје се члан 245а. који гласи:

„245а.

Ако носилац дозволе за лек не поступи у складу са чланом 51б. ст. 2. и 3. овог закона, казниће се за прекршај новчаном казном у висини од 5% од укупне вредности годишњег промета лекова на мало оствареног у календарској години која претходи години у којој настаје обавеза уплате прописаног износа у складу са овим законом.

Ако Републички фонд и Агенција за лекове и медицинска средства Србије не поступе у складу са чланом 51б. ст. 4., 5. и 6. овог закона, казниће се за прекршај новчаном казном од 500.000 до 1.000.000 динара.

Ако здравствена установа, односно друго правно лице које обавља здравствену делатност у складу са законом којим се уређује здравствена заштита не поступи у складу са чланом 51б. став 5. овог закона, казниће се за прекршај новчаном казном од 500.000 до 1.000.000 динара.

Ако предузетник који обавља одређене послове здравствене делатности у складу са законом којим се уређује здравствена заштита не поступи у складу са чланом 51б став 6. овог закона казниће се за прекршај новчаном казном од 300.000 до 500.000 динара.

За прекршај из ст. 1. и 2. овог члана казниће се одговорно лице у правном лицу новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара“.

Прелазне и завршне одредбе

Члан 36.

Прописи за спровођење овог закона донеће се у року од 180 дана од дана ступања на снагу овог закона.

До доношења прописа из става 1. овог члана примењују се прописи који су важили до дана ступања на снагу овог закона.

Члан 37.

Републички фонд је дужан да у року од три године од дана ступања на снагу овог закона изврши замену исправе о осигурању, као и посебне исправе за коришћење здравствене заштите из члана 112. ст. 1. и 2. овог закона са здравственом картицом из члана 112. став 3. овог закона.

До потпуне замене исправе о осигурању, као и посебне исправе за коришћење здравствене заштите, здравственом картицом, осигурана лица остварују право из обавезног здравственог осигурања на основу исправе о осигурању, као и посебне исправе за коришћење здравствене заштите предвиђене чланом 112. ст. 1., 2. и 3. овог закона.

Члан 38.

Овај закон ступа на снагу осам дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије“, а одредбе чл. 1. и 2. овог закона примењује се најкасније од 1. јануара 2012. године и одредбе члана 15. овог закона примењују се од 1. јануара 2011. године.

Коментари Комисије за медицину рада

Члан 35

У члану 35. после тачке 2) додаје се нова тачка 2а) која гласи:

„ 2а) систематски прегледи и здравствено васпитни рад радноактивног становништва у вези раног откривања поремећаја и болести у вези са радом “

Члан 45

У члану 45. тачка 1) алинеја 8 мења се и гласи:

„- прегледе, дијагностику, лечење и рахабилитацију због професионалних болести, болести у вези са радом и повреда на раду;“

У тачки 3) после алинеје 2 додаје се нова алинеја која гласи:

„- оцену радне способности на предлог изабраног лекара;“

Члан 61

У члану 61. тачка 4) брише се специфичну, а иза речи запослених додаје се на радном месту под повећаним ризиком тако да се тачка 4) мења и гласи:

„ 4) обавеза послодавца да из својих средстава обезбеди здравствену заштиту запослених на радном месту под повећаним ризиком, као друштвену бригу за здравље на нивоу послодавца у складу са законом којим се уређује здравствена заштита;“