

На основу члана 133. став 1. и члана 134. став 3. Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, број 25/19),

Министар здравља доноси

Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2020. годину

Правилник је објављен у "Службеном гласнику РС", бр. 13/2020 од 14.2.2020. године, а ступио је на снагу 22.2.2020.

I. УВОДНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Овим правилником уређује се садржај и обим права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања за поједине врсте здравствених услуга и поједине врсте болести и повреда, проценат плаћања цене здравствене услуге, односно цене дијагностички сродне групе из средстава обавезног здравственог осигурања, као и проценат плаћања осигураног лица до пуног износа цене здравствене услуге, односно цене дијагностички сродне групе у 2020. години.

Овим правилником уређује се начин и услови за наплаћивање партиципације, као и повраћај средстава уплаћених изнад највишег годишњег износа, односно највишег износа партиципације по одређеној врсти здравствене услуге у 2020. години.

Члан 2.

Здравствену заштиту утврђену овим правилником осигурана лица остварују код даваоца здравствених услуга у складу са општим актом којим се ближе уређују услови и начин за остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

За одређене врсте здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и које нису хитне може се утврдити редослед коришћења, у зависности од медицинских индикација и здравственог стања осигураног лица, као и датума јављања здравственој установи, с тим да време чекања не може да буде такво да угрози здравље или живот осигураног лица (у даљем тексту: Листа чекања).

Члан 3.

Садржај и обим права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, проценат плаћања из средстава обавезног здравственог осигурања до пуног износа цене здравствене услуге, односно цене дијагностички сродне групе, као и фиксни износ партиципације усклађен је са Планом здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања за 2020. годину и Финансијским планом Републичког фонда за здравствено осигурање за 2020. годину.

II. САДРЖАЈ И ОБИМ ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

Члан 4.

Здравствена заштита која се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем и која обухвата мере превенције и рано откривање болести спроводи се на основу националних програма превенције и раног откривања болести од већег јавно-здравственог значаја, у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање (у даљем тексту: Закон).

Садржај и обим мера превенције и раног откривања болести утврђене су у Табелама I–IV које прописују: садржај и обим мера превенције и раног откривања болести у области здравствене заштите; садржај и обим мера превенције и раног откривања болести у области примарне стоматолошке здравствене заштите, садржај и обим мера превенције и раног откривања болести у области здравствене заштите које се спроводе ван здравствене установе и садржај и обим мера превенције и раног откривања болести у области стоматолошке здравствене заштите које се спроводе у предшколским, школским и високошколским установама, које су одштампане уз овај правилник и чине његов саставни део.

Члан 5.

Осигураним лицима у вези са планирањем породице, у току трудноће, порођаја и до 12 месеци након порођаја обезбеђује се:

- 1) дијагностика и лечење стерилитета;

2) прегледи и лечење који се односе на трудноћу (укључујући пренатални период, порођај и постпорођајни период), стања која могу да изазову компликацију трудноће, као и прекид трудноће из медицинских разлога;

3) стационарно лечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи;

4) патронажне посете и помоћ породиљи и рутинска нега новорођенчета од стране патронажне сестре.

Под лечењем стерилитета у смислу става 1. тачка 1) овог члана подразумевају се и:

1) три стимулирана поступка биомедицински потпомогнутог оплођења и три криоембриотрансфера код жене до навршених 42 године живота која у постојећој заједници (брачној или ванбрачној) нема деце;

2) два стимулирана поступка биомедицински потпомогнутог оплођења и један криоембриотрансфер код жене до навршених 42 године живота која у постојећој заједници (брачној или ванбрачној) има једно дете добијено у поступку биомедицински потпомогнутог оплођења.

Испуњеност услова који се односи на године живота из става 2. овог члана цени се у моменту када надлежна лекарска комисија образована у здравственој установи секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите утврди да су испуњени медицински услови за спровођење поступка биомедицински потпомогнутог оплођења.

Под прегледом у смислу става 1. тачка 2) овог члана подразумева се и пренатално и генетско тестирање и друге превентивне мере, у складу са медицинским стандардима.

Здравствене услуге из става 1. тач. 2), 3) и 4) овог члана које су део пакета здравствених услуга које се обезбеђују на терет средстава обавезног здравственог осигурања, пружају се на свим нивоима здравствене заштите у садржају и обиму према медицинским индикацијама осигураног лица, доктринарним ставовима и расположивим капацитетима.

Члан 6.

Садржај и обим права на здравствену заштиту која обухвата прегледи и лечење у случају болести и повреда прописане Законом, а које су део пакета здравствених услуга које се обезбеђују на терет средстава обавезног здравственог осигурања, пружају се на свим нивоима здравствене заштите у садржају и обиму према медицинским индикацијама осигураног лица, доктринарним ставовима и расположивим капацитетима.

Садржај и обим здравствене заштите из става 1. овог члана, у хитним медицинским стањима утврђени су у Табели V, која је одштампана уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 7.

Садржај и обим права на здравствену заштиту која обухвата прегледи и лечење болести уста и зуба утврђен је у Табели VI, која је одштампана уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 8.

Садржај и обим права на здравствену заштиту која обухвата медицинску рехабилитацију у случају болести и повреде и које су део пакета здравствених услуга које се обезбеђују на терет средстава обавезног здравственог осигурања, пружају се у садржају и обиму према медицинским индикацијама осигураног лица, доктринарним ставовима и расположивим капацитетима, и у складу са општим актом којим је уређена медицинска рехабилитација.

Члан 9.

Садржај и обим права на здравствену заштиту која обухвата лекове утврђен је прописом којим се уређује Листа лекова (у даљем тексту: Листа лекова).

Изузетно од става 1. овог члана осигураном лицу обезбеђује се и лек који није на Листи лекова и то:

1) лек за који је издата дозвола за стављање у промет у Републици Србији – само за медицинске индикације утврђене дозволом за стављање лека у промет;

2) лек за који није издата дозвола за стављање у промет у Републици Србији – само за медицинске индикације утврђене у дозволи за стављање у промет у земљама Европске уније, односно у земљама које имају исте или сличне захтеве у погледу издавања дозволе за лек као у земљама Европске уније.

Осигураном лицу, лек из става 2. овог члана, уводи у терапију и обезбеђује здравствена установа терцијарног или секундарног нивоа здравствене заштите, на основу мишљења три доктора медицине одговарајуће специјалности у здравственој установи терцијарног или секундарног нивоа здравствене заштите да је лек неопходан и да не постоји други одговарајући лек на Листи лекова по интернационалном незаштићеном имену лека, односно по одговарајућем фармацеутском облику или јачини, а да су исцрпљене све друге терапијске могућности лечења.

Мишљење три доктора медицине одговарајуће специјалности из става 3. овог члана обавезно потписује и директор здравствене установе терцијарног или секундарног нивоа здравствене заштите која обезбеђује лек, односно лице које он овласти.

Здравствена установа терцијарног или секундарног нивоа здравствене заштите која је увела лек у терапију, осигураном лицу обезбеђује лек из става 2. овог члана за све време примене терапије, као и да прати терапијски ефекат његове примене у току стационарног лечења, лечења у дневној болници, односно амбулантно– поликлинничког лечења.

Члан 10.

Здравствена установа терцијарног нивоа здравствене заштите у којој се лече осигурана лица оболела од ретких болести, обезбеђује осигураним лицима и лекове за лечење тих болести који се не налазе у Листи лекова, а имају висок степен ефикасности у лечењу, у складу са чланом 9. став 2. овог правилника.

Врсте ретких болести, средства обезбеђена за лекове из става 1. овог члана за 2020. годину и друга питања везана за лечење осигураних лица од ретких болести, уређени су актом Владе у складу са чланом 52. став 5. Закона.

Здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите, обезбеђују осигураним лицима лекове из става 1. овог члана на основу одлуке Комисије Републичког фонда за лечење ретких болести (у даљем тексту: Комисија).

Комисија из става 3. овог члана доноси одлуку о употреби лекова из става 1. на предлог три доктора медицине одговарајуће специјалности здравствене установе терцијарног нивоа у којој се лече осигурана лица оболела од ретких болести, појединачно за свако осигурано лице.

Изузетно лекове из става 1. овог члана, осигураном лицу обезбеђује и здравствена установа секундарног нивоа здравствене заштите као наставак терапије започете у здравственој установи терцијарног нивоа здравствене заштите, на основу одлуке Комисије из става 3. овог члана, ако је терапија на тај начин доступнија осигураном лицу.

Члан 11.

Осигураном лицу код кога је извршено пресађивање органа, ћелија или ткива у иностранству, у складу са општим актом којим се уређује упућивање на лечење у иностранство, обезбеђује се лек и за индикацију која није садржана у дозволи за стављање у промет тог лека у Републици Србији, али је садржана у дозволи за стављање лека у промет у земљама Европске уније, односно у земљама које имају исте или сличне захтеве у погледу издавања дозволе за лек као у земљама Европске уније.

Лек из става 1. овог члана обезбеђује здравствена установа терцијарног или секундарног нивоа здравствене заштите, као наставак започете имunosупресивне терапије, на основу мишљења три доктора медицине одговарајуће специјалности у здравственој установи терцијарног или секундарног нивоа здравствене заштите да је лек неопходан и да не постоји други одговарајући лек на Листи лекова по интернационалном незаштићеном имену лека, односно заштићеном имену лека, а да су исцрпљене све друге терапијске могућности лечења.

Мишљење три доктора медицине одговарајуће специјалности из става 2. овог члана обавезно потписује и директор здравствене установе терцијарног или секундарног нивоа здравствене заштите која обезбеђује лек, односно лице које он овласти.

Члан 12.

Садржај и обим права на здравствену заштиту која обухвата право на медицинска средства утврђена су прописима којима се утврђује врста, односно класа и категорија медицинско– техничких помагала, односно имплантата, индикације, трајање и обнављање, као и услови и начин остваривања права на медицинско– техничка помагала, односно имплантате.

Изузетно од става 1. овог члана, осигураним лицима се на терет средстава обавезног здравственог осигурања обезбеђују медицински гасови и то:

1) ако је издата дозвола за стављање у промет у Републици Србији – само за медицинске индикације утврђене дозволом за стављање медицинског гаса у промет;

2) ако није издата дозвола за стављање у промет у Републици Србији – само за медицинске индикације утврђене у дозволи за стављање у промет у земљама Европске уније, односно у земљама које имају исте или сличне захтеве у погледу издавања дозволе за медицински гас као у земљама Европске уније.

III. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА КОЈА СЕ ОБЕЗБЕЂУЈЕ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА УЗ ПЛАЋАЊЕ ПАРТИЦИПАЦИЈЕ

Члан 13.

Новчани износ до пуног износа цене здравствених услуга, односно дијагностички сродних група, као и новчани износ средстава из Листе лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања, односно износ средстава који обезбеђује осигурано лице (у даљем тексту: партиципација) плаћа осигурано лице које користи ту здравствену услугу, односно лек, односно плаћа правно лице које осигураном лицу обезбеђује добровољно здравствено осигурање.

Новчани износ из става 1. овог члана који осигурано лице плаћа из својих средстава, утврђује се у висини која не сме да спречава осигурано лице да користи здравствену заштиту, односно да онемогућава осигураном лицу успешно коришћење здравствене заштите.

Члан 14.

Здравствена заштита која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања уз плаћање партиципације, обухвата:

1)	стационарно лечење – по болничком дану	50 динара
2)	рехабилитацију у стационарној здравственој установи – по болничком дану	50 динара
3)	преглед и лечење од стране изабраног лекара и лекара специјалисте – по прегледу (осим превентивног прегледа)	50 динара
4)	кратка посета изабраном лекару (осим у вези саопштавања резултата скрининга)	50 динара
5)	све лабораторијске услуге – по упућу (укључујући микробиологију, паразитологију, хистопатологију и цитологију) (осим у случају превентивног прегледа)	50 динара
6)	рендгенски преглед и снимање – по упућу	50 динара
→	преглед на ултразвучном апарату	

7)	– по упуту	100 динара
8)	преглед по упуту: – на скенеру и остеодензитометру – на ПЕТ скенеру (позитронска емисиона томографија), – на магнетној резонанци	300 динара 900 динара 600 динара
9)	преглед и терапију у нуклеарној медицини – по упуту	150 динара
10)	остале дијагностичке услуге по упуту (холтер, ендоскопија, ЕКГ, спирометрија и др.)	50 динара
11)	медицинску рехабилитацију у амбулантним условима (једнодневне терапијске услуге)	50 динара
12)	преглед и лечење у дневној болници – по дану	50 динара
13)	хируршке захвате ван операционе сале	50 динара
14)	кућно лечење – по дану	50 динара
15)	санитетски превоз који није хитан: – на подручју општине, града – ван општине на подручју филијале – ван подручја филијале до здравствене установе у коју је осигурано лице упућено	50 динара 100 динара 150 динара
16)	хируршке корекције које имају за циљ корекцију урођених аномалија које проузрокују функционалне сметње и корекције након тешких повреда, односно болести које су неопходне за успостављање битних функција органа и делова тела	5% од утврђене цене хируршке интервенције а највише 30.000 динара
17)	имплантате за најсложеније и најскупље здравствене услуге у кардиологији, кардиохирургији, васкуларној хирургији и ортопедији	5% од утврђене цене имплантата, односно дела имплантата а највише 30.000 динара по операцији
18)	имплантате који нису обухваћени чланом 17. тачка 11) овог правилника и тачком 17) овог члана	20% од утврђене цене имплантата, односно дела имплантата а највише 30.000 динара по операцији
19)	медицинско-техничка помагала: – протетичка средства (протезе) – ортотичка средства (ортозе) – посебне врсте помагала и санитарне справе осим за концентратор кисеоника и вентилатора за механичку вентилацију у кућним условима – помагала за омогућавање гласа и говора – ортопедске ципеле – наочаре и контактна сочива са диоптријом до ± 9 и призма фолију за лица старија од 18 година живота, ако нису на школовању – слушна помагала за лица старија од 18 година живота ако нису на школовању – акрилатна тотална и субтотална протеза код лица старијих од 65 година живота	10% од утврђене цене помагала, односно дела помагала 10% од утврђене цене помагала 10% од утврђене цене помагала, односно дела помагала 10% од утврђене цене помагала 20% од утврђене цене помагала 10% од утврђене цене помагала 10% од утврђене цене помагала 10% од утврђене цене помагала, а највише до 30.000 динара 35% од утврђене цене протезе
20)	стоматолошки прегледи и лечење у вези са повредом зуба и костију лица	20% од утврђене цене услуге
21)	стоматолошки прегледи и лечење зуба пре операције срца и пресађивања органа, ћелија и ткива	10% од утврђене цене услуге

22)	лечење компликација каријеса код деце, ученика и студената до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година, екстракција зуба као последице каријеса – по зубу након завршеног лечења	50 динара
23)	покретни ортодонски апарат	5% од утврђене цене апарата
24)	прегледе и лечење болести уста и зуба код трудница и деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота, као и код осигураних лица из члана 63. тач. 10) и 11) Закона ако се не одазову на превентивне стоматолошке и профилактичке мера за превенцију прегледе из члана 53. став 1. тачка 3) Закона	35% од утврђене цене услуге
25)	промену пола из медицинских разлога – по хируршкој интервенцији	35% од утврђене цене услуге
26)	лечење болести чије је рано откривање предмет циљаног превентивног прегледа, односно скрининга, према одговарајућим националним програмима, уколико се осигурано лице није одазвало ни на један позив у оквиру једног циклуса позивања, нити је свој изостанак оправдало, а та болест је дијагностикована у периоду до наредног циклуса позивања	5% од утврђене цене услуге

Члан 15.

Осигурано лице које плаћа партиципацију на основу члана 14. став 1. тач. 1) и 2) овог правилника не плаћа партиципацију утврђену у члану 14. став 1. тач. 5)–10) овог правилника за време стационарног лечења и рехабилитације у стационарним здравственим установама.

Осигурано лице које плаћа партиципацију на основу члана 14. став 1. тачка 14) овог правилника не плаћа партиципацију за појединачне здравствене услуге обухваћене кућним лечењем.

Пратилац осигураног лица за време стационарног лечења, односно продужене рехабилитације осигураног лица, не плаћа партиципацију из члана 14. овог правилника.

Члан 16.

Партиципација за лекове утврђена је у Листи лекова.

Када лек са Листе лекова не може да се набави у апотеци са којом Републички фонд за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) има закључен уговор, осигурано лице има право на накнаду вредности набављеног лека и то:

1) за лек набављен у Републици Србији у апотеци са којом Републички фонд нема закључен уговор, накнада вредности лека утврђује се у висини износа који за набављени лек Републички фонд плаћа апотеци са којом има закључени уговор уз умањење за износ партиципације утврђене у Листи лекова;

2) за лек набављен у иностранству накнада вредности лека утврђује се у динарској вредности лека према средњем званичном курсу који важи на дан исплате накнаде за купљени лек уз умањење за износ партиципације утврђене у Листи лекова.

IV. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА КОЈА СЕ У ЦЕЛОСТИ ОБЕЗБЕЂУЈЕ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 17.

Здравствена заштита која се у целости обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања, односно без плаћања партиципације обухвата:

1) мере превенције и раног откривања болести из члана 4. овог правилника;

2) прегледе и лечење у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем, у постпорођајном периоду и до 12 месеци након порођаја, укључујући и прекид трудноће из медицинских разлога, биомедицински потпомогнуто оплођење и криоембриотрансфере из члана 5. став 2. овог правилника;

3) прегледе, лечење и медицинску рехабилитацију у случају болести и повреда деце, ученика и студената до краја прописаног школовања а најкасније до навршених 26 година живота укључујући и медицинско-техничка помагала, односно старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју;

4) прегледе и лечење болести уста и зуба, и то:

(1) код деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања а најкасније до навршених 26 година живота, (осим компликација каријеса и екстракције зуба као последице каријеса и ако се не одазову на превентивне стоматолошке прегледе из члана 53. став 1. тачка 3) Закона),

(2) код старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју,

(3) код лица са урођеним или стеченим деформитетом лица и вилица (укључујући фиксни ортодонски апарат),

(4) код лица код којих је због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају свакодневне активности,

(5) код осигураника из члана 16. Закона,

(6) у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја,

5) прегледе и лечење у вези са заразним болестима за које је законом предвиђено спровођење мера за спречавање

њиховог ширења;

6) прегледе и лечење од малигних болести, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, прогресивних неуро-мишићних болести, церебралне парализе, параплегије, тетраплегије, трајне хроничне бубрежне инсуфицијенције код које је индикувана дијализа или трансплантација бубрега, системских аутоимуних болести, реуматске болести и њених компликација и ретких болести;

7) палијативно збрињавање;

8) прегледе и лечење у вези са узимањем, давањем и разменом органа, ћелија и ткива за пресађивање од осигураних и других лица за обезбеђивање здравствене заштите осигураних лица;

9) прегледе, лечење и рехабилитацију због професионалних болести и повреда на раду;

10) пружање хитне медицинске и стоматолошке помоћи, као и хитан санитетски превоз;

11) медицинска средства у вези са лечењем болести и повреда из овог члана;

12) концентратор кисеоника и вентилатор за медицинску вентилацију у кућним условима;

13) очне протезе, наочаре и контактна сочива са диоптријом преко ± 9 и телескопске наочаре.

Члан 18.

Осигурана лица којима се обезбеђује здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, без плаћања партиципације, јесу:

1) ратни војни инвалиди, мирнодопски војни инвалиди и цивилни инвалиди рата;

2) слепа лица и трајно непокретна лица, као и лица која остварују новчану накнаду за помоћ и негу другог лица, у складу са законом;

3) добровољни даваоци крви који су крв дали десет и више пута, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинско-техничка помагала и имплантате;

4) добровољни даваоци крви који су крв дали мање од десет пута, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинска средства, у року од 12 месеци после сваког давања крви;

5) живи даваоци органа, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинска средства;

6) даваоци ћелија и ткива, осим за лекове са Листе лекова, као и за медицинска средства.

Члан 19.

Здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу без плаћања партиципације, обезбеђује се лицима која су својство осигураника у смислу Закона стекла као:

1) деца до навршених 18 година живота, а школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота, у складу са законом;

2) лица у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и до 12 месеци након порођаја;

3) лица старија од 65 година живота;

4) особе са инвалидитетом чији је инвалидитет утврђен, у складу са законом;

5) лица у вези са лечењем од заразних болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, лица у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболели од ретких болести, као и лица обухваћена здравственом заштитом у вези са давањем и примањем органа, ћелија и ткива;

6) монаси и монахиње;

7) корисници новчане социјалне помоћи, односно корисници смештаја у установе социјалне заштите или у друге породице, односно корисници посебне новчане накнаде за родитеља, у складу са законом;

8) корисници породичне инвалиднине, односно месечног новчаног примања по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;

9) незапослена лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са Законом;

10) корисници помоћи – чланови породице чији је хранилац на одслужењу војног рока;

11) лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају пребивалиште, односно боравиште у Републици Србији;

12) жртве насиља у породици;

13) жртве трговине људима;

14) жртве тероризма;

15) борци којима је статус борца утврђен у складу са прописима о заштити бораца;

16) лице коме је надлежни орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ, или статус расељеног лица ако испуњава услов из Закона и ако има боравиште на територији Републике Србије.

Члановима уже породице осигураника из става 1. тач. 7)–9), 11) и 16) овог члана обезбеђује се остваривање здравствене заштите из средстава обавезног здравственог осигурања, у пуном износу без плаћања партиципације, под условима прописаним Законом.

Члан 20.

Осигураницима из чл. 11. и 17. Закона здравствена заштита се обезбеђује у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања ако су њихови приходи, као и приходи чланова њихових породица испод износа утврђених овим правилником.

Члан 21.

Износ из члана 20. овог правилника, за осигураника који живи сам, утврђује се у висини минималне зараде у нето износу увећане за 30%, утврђене у складу са прописима о раду, у месецу подношења захтева за коришћење здравствене заштите у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Износ из става 1. овог члана, за осигураника и чланове његове породице утврђује се у висини минималне зараде у нето износу по члану породице, утврђене у складу са прописима о раду, у месецу подношења захтева за коришћење здравствене заштите у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Члановима породице у смислу овог правилника сматрају се: супружник или ванбрачни партнер, деца рођена у браку или ван брака, усвојена и пасторчад и деца узета на издржавање, као и родитељи, под условом да живе у заједничком домаћинству.

Захтев из ст. 1 и 2. овог члана осигураник, за себе и чланове своје породице, подноси матичној филијали на Обрасцу УП-1, који је одштампан уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 22.

Приходе из члана 20. овог правилника за осигураника и чланове његове породице чине приходи од:

- 1) зараде, пензије, као и уговорене накнаде свих чланова породице, у складу са законом;
- 2) пољопривреде и шумарства;
- 3) самосталне делатности;
- 4) капитала;
- 5) непокретности;
- 6) капиталне добити.

Приход из става 1. тачка 1) овог члана чини приход остварен у претходном календарском месецу пре подношења захтева.

Приход из става 1. тач. 2)–6) овог члана чини приход остварен у претходној календарској години пре подношења захтева, односно последњи познат податак о том приходу који се води код надлежног органа прерачунат на месечни ниво.

Члан 23.

Уз захтев из члана 21. ст. 1 и 2. овог правилника, осигураник доставља:

- 1) за зараду – потврду послодавца о висини исплаћене зараде;
- 2) за пензију – копију документа о исплаћеној пензији;
- 3) за уговорену накнаду – потврда исплатиоца о висини уговорене накнаде;
- 4) за приходе из члана 22. став 1. тач. 2)–6) овог правилника – уверење, односно податак о висини прихода на који се плаћа порез, издато од надлежног органа према месту пребивалишта, односно боравишта, односно према месту непокретности или обављања самосталне делатности.

Члан 24.

За осигураника за кога се утврди да испуњава услове да користи здравствену заштиту у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања у складу са чланом 21. овог правилника, овлашћени радник матичне филијале о томе уноси податак у матичну евиденцију осигураних лица Републичког фонда.

Податак из става 1. овог члана доступан је даваоцима здравствених услуга путем web service Републичког фонда.

На захтев осигураника матична филијала издаје потврду за коришћење здравствене заштите у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања из става 1. овог члана, на Обрасцу УП-2 који је одштампан уз овај правилник и чини његов саставни део.

Потврда из става 3. овог члана издаје се за осигураника и у потребном броју примерака за чланове његове породице.

Податак о праву на здравствену заштиту у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања из става 1. овог члана и потврда на Обрасцу УП-2 важи за текућу годину, односно до ступања на снагу прописа којим се уређује обим и садржај права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања за наредну годину.

Члан 25.

Осигураним лицима из члана 18. овог правилника, обезбеђује се здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, без плаћања партиципације, на основу оверене исправе о осигурању и решења надлежног органа, односно потврде здравствене установе, потврде одговарајућег удружења, односно другог одговарајућег доказа о основу за обезбеђивање здравствене заштите.

Осигураницима и члановима уже породице осигураника из члана 19. овог правилника, обезбеђује се здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, без плаћања партиципације, на основу оверене исправе о осигурању.

Осигураницима и члановима породице осигураника из члана 20. овог правилника, обезбеђује се здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, на основу оверене исправе о здравственом осигурању.

Члан 26.

Када се здравствена заштита осигураном лицу обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања уз плаћање партиципације, означава се шифром 000.

Члан 27.

Здравствена заштита која се обезбеђује у целости из средстава обавезног здравственог осигурања, без плаћања партиципације, означава се следећим шифрама, и то:

1) мере превенције и раног откривања болести из члана 17. тачка 1) овог правилника	532
2) прегледи и лечење из члана 17. тачка 2) овог правилника	512
3) прегледи, лечење и медицинска рехабилитација из члана 17. тач. 3) и 4) овог правилника	511
4) прегледи и лечење из члана 17. тач. 5) и 6) овог правилника	531
5) палијативно збрињавање из члана 17. тачка 7) овог правилника	516
6) прегледи и лечење из члана 17. тачка 8) овог правилника	521
7) прегледи, лечење и рехабилитација из члана 17. тачка 9) овог правилника	538
8) пружање хитне медицинске помоћи и хитан санитетски превоз из члана 17. тачка 10) овог правилника	539
9) медицинска средства из члана 17. тач. 11), 12) и 13) овог правилника	533

Члан 28.

Здравствена заштита која се у целости обезбеђује осигураним лицима, без плаћања партиципације означава се следећим шифрама:

1) за осигурана лица из члана 18. тачка 1) овог правилника	513
2) за осигурана лица из члана 18. тачка 2) овог правилника	515
3) за осигурана лица из члана 18. тачка 3) овог правилника	522
4) за осигурана лица из члана 18. тачка 4) овог правилника	540
5) за осигурана лица из члана 18. тачка 5) овог правилника	517
6) за осигурана лица из члана 18. тачка 6) овог правилника	518

Здравствена заштита која се у целости обезбеђује осигураним лицима из члана 19. овог правилника, без плаћања партиципације означава се следећим шифрама:

1) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 1) овог правилника	231
2) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 2) овог правилника	232
3) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 3) овог правилника	233
4) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 4) овог правилника	234
5) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 5) овог правилника	235
6) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 6) овог правилника	236
7) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 7) овог правилника	237
8) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 8) овог правилника	238
9) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 9) овог правилника	239
10) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 10) овог правилника	240
11) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 11) овог правилника	241
12) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 12) овог правилника	244
13) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 13) овог правилника	245
14) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 14) овог правилника	230
15) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 15) овог правилника	249
16) за осигуранике из члана 19. став 1. тачка 16) овог правилника	242
17) за осигурана лица из члана 19. став 2 овог правилника	243

Члан 29.

Здравствена заштита која се осигураном лицу обезбеђује у целости из средстава обавезног здравственог осигурања из члана 20. овог правилника означава се шифром 001.

Члан 30.

Здравствена заштита која се осигураном лицу обезбеђује у целости из средстава обавезног здравственог осигурања у складу са чланом 34. овог правилника означава се шифром 111.

V. НАЈВИШИ ГОДИШЊИ ИЗНОС ПАРТИЦИПАЦИЈЕ, НАЧИН И ПОСТУПАК НАПЛАЋИВАЊА ПАРТИЦИПАЦИЈЕ

Члан 31.

Износ партиципације утврђене у члану 14. овог правилника и фиксни (номинални) износ партиципације за лекове утврђене у Листи лекова, које осигурано лице плаћа у току календарске године, може износити највише 1/2 месечне зараде осигураника, односно 1/2 пензије осигураника исплаћене за последњи месец у претходној календарској години.

За осигурана лица која нису остварила зараду, односно пензију, највиши годишњи износ партиципације из става 1. овог члана, утврђује се у висини 1/2 просечне нето зараде у Републици Србији исплаћене у последњем месецу у претходној календарској години по подацима републичког органа надлежног за послове статистике.

У највиши годишњи износ партиципације из ст. 1. и 2. овог члана не урачунава се плаћена партиципација за медицинска средства (медицинско-техничка помагала и имплантати) и процентуално учешће за лекове са Листе лекова.

Члан 32.

Партиципацију наплаћује давалац здравствене услуге после пружене здравствене услуге.

Давалац здравствене услуге осигураном лицу издаје рачун о наплаћеној партиципацији из става 1. овог члана, на обрасцу РП који је одштампан је уз овај правилник и чини његов саставни део.

Образац рачуна из става 2. овог члана попуњава се у два примерка од којих један примерак задржава издавалац рачуна.

Члан 33.

Партиципацију за лекове утврђену у Листи лекова наплаћује апотека приликом издавања лека, ако на обрасцу лекарског рецепта није назначено да се осигураном лицу лек обезбеђује у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања, без плаћања партиципације.

О наплаћеној партиципацији из става 1. овог члана, осигураном лицу апотека издаје фискални рачун.

Члан 34.

Ако осигурано лице у току календарске године плати износ партиципације већи од износа из члана 31. овог правилника, подноси захтев матичној филијали о издавању потврде о престанку плаћања партиципације, уз доказ о плаћеним рачунима, односно фискалним рачунима из чл. 32. и 33. овог правилника.

Осигураном лицу за које се утврди да испуњава услове из става 1. овог члана, матична филијала издаје потврду о престанку плаћања партиципације до краја текуће године, на Обрасцу УП-3.

Образац потврде из става 3. овог члана одштампан је уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 35.

Матична филијала врши повраћај средстава уплаћених изнад највишег годишњег износа партиципације из члана 31. овог правилника, осигураном лицу на основу решења матичне филијале.

Члан 36.

Уколико је плаћени износ партиципације већи од износа из члана 31. ст. 1. и 2. овог правилника, а осигурано лице није поднело захтев из члана 34. став 1. овог правилника, по истеку календарске године, на захтев осигураног лица, матична филијала врши повраћај више плаћеног износа партиципације на основу доказа о плаћеној партиципацији (рачун, односно фискални рачун).

Право на повраћај средстава уплаћених изнад највишег годишњег износа партиципације из става 1. овог члана утврђује се решењем матичне филијале.

VI. ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 37.

Осигурана лица која на дан почетка примене овог правилника користе право на здравствену заштиту у складу са Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2019. годину („Службени гласник РС”, број 7/19), настављају да користе здравствену заштиту по одредбама овог правилника.

Члан 38.

Даном ступања на снагу овог правилника престаје да важи Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2019. годину („Службени гласник РС”, број 7/19).

Члан 39.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Број 100-00-605/2019-05

У Београду, 6. фебруара 2020. године

Министар,

др **Златибор Лончар**, с.р.

НАПОМЕНА РЕДАКЦИЈЕ: Прилог у PDF формату можете преузети кликом на следећи линк:

Табела 1 (Садржај и обим мера превенције и раног откривања болести у области здравствене заштите)

Образац УП-1 (Захтев за коришћење здравствене заштите у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања)

Образац УП-2 (Потврда за коришћење здравствене заштите у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања)

Образац УП-3 (Потврда о престанку плаћања партиципације у току _____. године)