



## VODIČ ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA REFUNDACIJU

Namenjen građanima i građankama, korisnicima zdravstvene zaštite, sa ciljem da se pojasni način i postupak ostvarivanja prava na refundaciju troškova koje su pacijenti i pacijentkinje imali za lekove i zdravstvene usluge, a koji nisu mogli da im budu obezbeđeni u zakonskim rokovima i uslovima.

Autorke i autor:  
Jelena Stanković  
Marina Mijatović  
Vladimir Stanković

Beograd, mart 2023. godine

# SADRŽAJ

<b>ZNAČENJE POJEDINIH POJMOVA I IZRAZA .....</b>	<b>4</b>
<b>I UVOD .....</b>	<b>5</b>
<b>II PRAVO NA REFUNDACIJU .....</b>	<b>7</b>
<b>III POSTUPAK ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA REFUNDACIJU .....</b>	<b>10</b>
<b>POSTUPAK PRED ZDRAVSTVENOM USTANOVOM.....</b>	<b>11</b>
<b>POSTUPAK PRED NADLEŽNOM FILIJALOM RFZO-a.....</b>	<b>15</b>
<b>IV ZAŠTITA PRAVA PACIJENATA .....</b>	<b>18</b>
<b>SAVETNIK ZA ZAŠTITU PRAVA PACIJENATA.....</b>	<b>18</b>
<b>SAVET ZA ZDRAVLJE.....</b>	<b>20</b>
<b>ZAŠTITNIK GRAĐANA.....</b>	<b>22</b>
<b>ZDRAVSTVENA INSPEKCIJA.....</b>	<b>23</b>
<b>REPUBLIČKI FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE.....</b>	<b>25</b>
<b>UPRAVNI SUD.....</b>	<b>25</b>
<b>POVERENIK ZA INFORMACIJE OD JAVNOG ZNAČAJA I ZAŠTITU PODATAKA O     LIČNOSTI .....</b>	<b>27</b>
<b>POVERENIK ZA ZAŠTITU RAVNOPRAVNOSTI.....</b>	<b>27</b>

## ZNAČENJE POJEDINIH POJMOVA I IZRAZA

Svi pojmovi koji su u tekstu upotrebljeni u muškom gramatičkom rodu obuhvataju i odnose se i na muški i na ženski rod.

U ovom vodiču se termin pacijent odnosi na osiguranike i osigurana lica koja prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju<sup>1</sup> (u daljem tekstu: ZZO) imaju pravo na refundaciju troškova.

Osiguranik je fizičko lice koje je obavezno osigurano u skladu sa ZZO.<sup>2</sup>

Osigurana lica su osiguranici i članovi njihovih porodica kojima se u skladu sa ZZO obezbeđuju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.<sup>3</sup>

LBO predstavlja lični broj osiguranika koji se nalazi na karticama zdravstvenog osiguranja i koji služi za identifikaciju pacijenata.

---

<sup>1</sup> Službeni glasnik RS, broj 25/2019.

<sup>2</sup> Član 10, stav 1, tačka 1 ZZO.

<sup>3</sup> Član 10, stav 1, tačka 3 ZZO.

## I UVOD

Oblast zdravstvene zaštite u Republici Srbiji regulišu dva krovna zakona:

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (u daljem tekstu: ZZZ)<sup>4</sup>;
2. Zakon o zdravstvenom osiguranju.

S obzirom na obim materije koju regulišu, oba zakona prate brojni podzakonski akti koji bliže uređuju obim prava i procedure. Najvažniji podzakonski akti koji uređuju ovu oblast su:

- ❖ Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja prava)<sup>5</sup>;
- ❖ Pravilnik o medicinsko-tehničkim pomagalicama koja se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Pravilnik o pomagalicama)<sup>6</sup>;
- ❖ Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2022. godinu (u daljem tekstu: Pravilnik o sadržaju i obimu prava)<sup>7</sup>;
- ❖ Pravilnik o ugovaranju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja sa davaocima zdravstvenih usluga za 2023. godinu (u daljem tekstu: Pravilnik o ugovaranju zdravstvene zaštite)<sup>8</sup>;
- ❖ Pravilnik o cenama zdravstvenih usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite<sup>9</sup>;
- ❖ Pravilnik o listama čekanja<sup>10</sup>;
- ❖ Pravilnik o ispravi o osiguranju<sup>11</sup>.

---

<sup>4</sup> Službeni glasnik RS, broj 25/2019.

<sup>5</sup> Službeni glasnik RS, broj 10/2010, 18/2010, 46/2010, 52/2010, 80/2010, 60/2011 - Odluka US RS, 1/2013, 108/2017, 82/2019 - drugi propis i 31/2021 - drugi propis.

<sup>6</sup> Službeni glasnik RS, broj 5/2020, 42/2020, 133/2020, 18/2022, 36/2022, 127/2022 i 3/2023.

<sup>7</sup> Službeni glasnik RS, broj 24/2022, 81/2022, 127/2022 i 137/2022.

<sup>8</sup> Službeni glasnik RS, broj 143/2022.

<sup>9</sup> Službeni glasnik RS, broj 88/2021, 97/2021, 109/2021, 132/2021, 47/2022, 82/2022, 123/2022, 128/2022 i 1/2023.

<sup>10</sup> Službeni glasnik RS, broj 75/2013 i 110/2013.

<sup>11</sup> Službeni glasnik RS, broj 1/2021.

Obavezno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pacijentima obezbeđuje pravo na zdravstvenu zaštitu<sup>12</sup> i pravo na novčane naknade<sup>13</sup> – naknadu zarade i naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite<sup>14</sup>. Navedena prava podrazumevaju da ustanove u okviru zdravstvenog sistema imaju obavezu da nam pruže određene usluge.

Veoma često možemo da čujemo da je „naše zdravstvo besplatno“ što je pogrešna informacija. Zbog toga je važno je da znamo da nijedna usluga koju dobijemo u zdravstvenim ustanovama nije besplatna jer se zdravstveni sistem primarno finansira iz plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Pored toga, zdravstveni sistem se finansira iz sredstava budžeta Republike Srbije, na osnovu prihoda nastalih upotrebom javnih sredstava za usluge koje nisu obuhvaćene ugovorom sa Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje, na osnovu poklona, donacija, legata, zaveštanja i drugim prihodima u skladu sa zakonima.

Jedno od načela obaveznog zdravstvenog osiguranja jeste i načelo solidarnosti i uzajamnosti<sup>15</sup> koje podrazumeva sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja u kojem troškove obaveznog zdravstvenog osiguranja snose pacijenti i drugi obveznici uplate doprinosa uplatom doprinosa na ostvarene prihode, a prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koriste oni pacijenti kod kojih je nastupila bolest ili drugi osigurani slučaj. Jednostavnije rečeno to znači da svi zaposleni<sup>16</sup> građani plaćaju zdravstveno osiguranje kroz doprinose koji opterećuju platu/zaradu, a da pored njih samih i građani koji nisu zaposleni, odnosno koji nisu obveznici uplate doprinosa imaju pravo na obavezno zdravstveno osiguranje koje im se obezbeđuje na teret zaposlenih građana.

Pacijentima je garantovano pravo na sve vrste informacija u vezi sa pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i javnost rada Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: RFZO). Međutim, kroz pravo na refundaciju svedoci smo toga da se pacijentima krši ovo garantovano pravo, tačnije ne dobijaju pravovremeno sve informacije koje bi morali da dobiju u zdravstvenim ustanovama.

---

<sup>12</sup> Član 51 ZZO.

<sup>13</sup> Član 3 ZZO.

<sup>14</sup> Član 71 ZZO.

<sup>15</sup> Član 5 stav 3 ZZO.

<sup>16</sup> Radno angažovani u skladu sa Zakonom o radu – Službeni glasnik RS, broj 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013, 75/2014, 13/2017 - Odluka US RS i 113/2017.

Pored prava na potpune, jasne i tačne informacije, pacijentima je garantovana i zaštita prava osiguranih lica i zaštita javnog interesa. Zaštita prava podrazumeva dužnost RFZO-a da, prilikom ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, omogući pacijentima da što lakše ostvare i zaštite svoja prava.

Načelo ekonomičnosti i efikasnosti<sup>17</sup> podrazumeva da se prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u punom obimu, sadržaju i standardu, ostvaruju uz što manje finansijskih i drugih sredstava.

## II PRAVO NA REFUNDACIJU

Pravo na refundaciju podrazumeva da pacijent ima pravo da pod određenim uslovima i po određenoj proceduri, izvrši zdravstvenu uslugu u privatnoj praksi ili u dopunskom radu kod zdravstvene ustanove sa kojim je zaključen ugovor<sup>18</sup>, a da za to dobije povraćaj novca na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Pravo na refundaciju takođe predviđa i mogućnost da pacijenti koji su kupili određeni lek i/ili medicinsko sredstvo, pod određenim uslovima i po određenoj proceduri dobiju povraćaj novca na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Pravo na refundaciju moguće je ostvariti za usluge koje se pružaju na:

- primarnom nivou (dijagnostički pregledi (laboratorijske analize, rendgen pregledi, ultrazvučni pregledi), medicinska rehabilitacija i specijalističko-konsultativni pregledi),
- sekundarnom nivou (specijalističko-konsultativni i dijagnostički pregledi) i
- tercijarnom nivou (specijalističko-konsultativni i dijagnostički pregledi)<sup>19</sup>.

Zdravstvena ustanova je dužna<sup>20</sup> da zakaže specijalističko-konsultativni i dijagnostički pregled u roku od 30 dana od dana javljanja pacijenta zdravstvenoj ustanovi. U trenutku javljanja pacijent mora imati lekarski uput. Ovo pravilo se primenjuje ako se u

---

<sup>17</sup> Član 5 stav 7 ZZO.

<sup>18</sup> Član 69 stav 1 Pravilnika o načinu i postupku ostvarivanja prava.

<sup>19</sup> Član 67 Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja prava.

<sup>20</sup> Član 66 Pravilnika o načinu i postupku ostvarivanja prava.

zdravstvenoj ustanovi pregled ne može obaviti odmah po javljanju pacijenta. U slučaju da je pregled hitan, pacijent uslugu mora dobiti bez odlaganja. Kada je zdravstvena usluga na listi čekanja, pravilo od 30 dana se ne primenjuje, već pravila koja su definisana za liste čekanja.

**Pravo na refundaciju troškova trudnicama**<sup>21</sup> - Trudnica ima pravo na refundaciju troškova za:

1. zdravstvenu uslugu,
2. dijagnostiku,
3. lek,
4. medicinsko sredstvo.

Navedene usluge moraju biti u vezi sa trudnoćom. Trudnica ima pravo na refundaciju troškova koje je platila u drugoj javnoj ili privatnoj zdravstvenoj ustanovi ako joj usluga u matičnoj ustanovi nije pružena u roku od tri dana od kada se javila. Takođe, važno je da se radi o zdravstvenim uslugama koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

**Pravo na refundaciju za hitnu medicinsku pomoć** - Pacijent ima pravo na refundaciju troškova za pruženu hitnu medicinsku pomoć u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi i drugom pravnom licu sa kojima nije zaključen ugovor povodom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu.<sup>22</sup>

**Pravo na refundaciju troškova za usluge sa liste čekanja** – Prema propisima koji regulišu liste čekanja definisani su rokovi kada određene zdravstvene usluge moraju biti pružene. Najduži rok je 12 meseci.

Međutim, u praksi zdravstvene ustanove na razne i domišljate načine povređuje pravo osiguranih lica na refundaciju troškova, odnosno onemogućavaju pacijentima i pacijentkinjama da ostvare svoje pravo na refundaciju troškova za usluge koje im nisu pružene u zdravstvenoj ustanovi već su pacijenti bili prinuđeni da plate usluge privatno ili za lekove/medicinska sredstva.

---

<sup>21</sup> Član 70 Pravilnika o načinu i postupku ostvarivanja prava.

<sup>22</sup> Član 205 ZZO.



**PRIMER POVREDE PRAVA** - u praksi se često dešava da usluga ne može da bude pružena pacijentu u roku od 30 dana. U toj situaciji pacijent zatraži izdavanje potvrde da usluga nije mogla da mu bude pružena (PZ obrazac), koji mu zaposleni u ustanovi popune i predaju. Nakon obavljene usluge u drugoj ustanovi, pacijent podnese zahtev za refundaciju nadležnoj filijali RFZO-a, ali zahtev bude odbijen. Razlog za odbijanje zahteva bude taj što ustanova nije pečatom overila PZ obrazac ili je pečat stavljen na poleđinu PZ obrasca, a ne na mesto predviđeno za pečat. (Infografik broj 1).

Infografik broj 1 – Primer povrede prava na refundaciju



**PRIMER POVREDE PRAVA** – do povrede prava na refundaciju može doći i kada zdravstvena ustanova pacijentu ne objasni prava koja ima prema propisima, odnosno iskoristi neznanje pacijenta da bi mu uskratila pravo. U praksi postoje primeri kada je pacijent postavio pitanje zaposlenom u zdravstvenoj ustanovi o pravu na refundaciju i tražio da mu se izda PZ obrazac, a da je dobio odgovor da se takav obrazac ne izdaje. U takvoj situaciji pacijent može imati dodatne troškove ukoliko plati zdravstvenu uslugu u drugoj ustanovi, ali zbog toga što nije dobio potvrdu da mu usluga nije pružena, neće moći da ostvari pravo na refundaciju. (Infografik broj 2).

Infografik broj 2 – primer povrede prava



## III POSTUPAK ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA REFUNDACIJU

Postupak za ostvarivanje prava na refundaciju troškova se može podeliti u dve faze: pred zdravstvenom ustanovom i pred RFZO-om.

### **POSTUPAK PRED ZDRAVSTVENOM USTANOVOM**

Pacijent koji se obrati zdravstvenoj ustanovi da bi zakazao specijalističko-konsultativni i dijagnostički pregled potrebno je da preda i lekarski uput. Ukoliko zdravstvena ustanova nije u mogućnosti da zdravstvenu uslugu pruži odmah, ona to može učiniti najkasnije u roku od 30 dana od trenutka kada se pacijent prijavio.<sup>23</sup>

U situaciji kada zdravstvena ustanova nije u mogućnosti da pruži uslugu u roku od 30 dana dužna je da pacijentu:

1. na lekarskom uputu upiše i pečatom overi datum zakazanog pregleda ili
2. da mu izda pisanu potvrdu o razlozima zbog kojih nije primljen na pregled, odnosno medicinsku rehabilitaciju. Tu potvrdu (**PZ obrazac**) potpisuje direktor zdravstvene ustanove, odnosno lice koje on ovlasti.

Bitno je napomenuti da u toj situaciji pacijent može da obavi uslugu u drugoj zdravstvenoj ustanovi, uz plaćanje troškova te usluge. Tačnije, u pisanoj potvrdi i uputu lekara je potrebno upisati da usluga trenutno ne može biti pružena u matičnoj zdravstvenoj ustanovi, ali da se pacijent upućuje u drugu javnu zdravstvenu ustanovu u kojoj je moguće obaviti predloženi pregled.

---

<sup>23</sup> Osim kada je pružanje zdravstvene usluge hitno i kada se primenjuju propisi za liste čekanja.

## Infografik broj 3 – PZ obrazac

**OSTVARIVANJA PRAVA NA REFUNDACIJU (2)**

**PRAVNI SKENER + IRIBUSI ROMANI D**

**DA LI JE TO SVE?**

**SAMO MOMENAT DA VIDIM DA LI JE SVE POPUNJENO.**

**ПЗ ОБРАЗАЦ**

**ПОТВРДА**  
ДАВАОЦА УСЛУГА О РАЗЛОЗИМА ЗБОГ КОЈИХ ОСИГУРАНО ЛИЦЕ НИЈЕ ПРИМЉЕНО НА ПРЕГЛЕД, ОДНОСНО МЕДИЦИНСКУ РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

ОСИГУРАНОМ ЛИЦУ \_\_\_\_\_ ИЗ \_\_\_\_\_  
(ИМЕ И ПРЕЗИМЕ) (МЕСТО)

\_\_\_\_\_, ЛБО \_\_\_\_\_  
(АДРЕСА)

БРОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ КЊИЗИЦЕ/ПОТВРДЕ \_\_\_\_\_

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА \_\_\_\_\_ НИЈЕ МОГЛА,  
(НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ)

ДА ПРИЖИ ЗДРАВСТВЕНУ УСЛУГУ \_\_\_\_\_ У РОКУ,  
(НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ)

ОД 30 ДАНА ОД ААНА ЈАВЉАЊА СА ЛЕКАРСКИМ УПУТОМ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА  
ИЗ СЛЕДЕЋИХ РАЗЛОГА: \_\_\_\_\_

ПОТВРДА СЕ ИЗДАЈЕ НА ОСНОВУ ПРАВИЛНИКА О НАЧИНУ И ПОСТУПУ  
ОСТВАРИВАЊА ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА  
(„СЛУЖБЕНИ ГЛАСНИК РС“ \_\_\_\_\_).

\_\_\_\_\_  
(ПОТПИС ДИРЕКТОРА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ,  
ОДНОСНО ОБАВЕЗНОГ ЛИЦА)

М. П.

**OVDE PIŠE NAZIV ZDRAVSTVENE USTANOVE I DATUM KADA SE IZDAJE PZ OBRAZAC**

**OVDE PIŠU VAŠI PODACI**

**OVDE PIŠU DETALJI O USLUZI**

**SVE JE POPUNJENO. HVALA!**

**act** АГЕНЦИЈА ЗА ЕКОНОМСКИ БУДЖЕТ  
**Schweizerische Eidgenossenschaft**  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra  
**Swiss Agency for Development and Cooperation SDC**  
**HELVETAS** SRB  
**Građanske inicijative**

Ukoliko ne postoji druga javna zdravstvena ustanova u kojoj je u roku od 30 dana moguće obaviti predloženu uslugu, pacijent može obaviti uslugu u privatnoj zdravstvenoj ustanovi i potom tražiti refundaciju troškova od nadležne filijale RFZO-a.

Usluge za koje je moguće tražiti refundaciju su<sup>24</sup>:

1. laboratorijske analize;
2. rentgen;
3. ultrazvučni i drugi pregledi;
4. medicinska rehabilitacija;
5. drugi specijalistički i dijagnostički pregledi.

<sup>24</sup> Član 67 Pravilnika o načinu i postupku ostvarivanja prava

Izuzetak od obaveze pružanja usluge u roku od 30 dana i refundacije troškova po tom osnovu postoji za usluge koje dobijaju trudnice na sva tri nivoa zdravstvene zaštite (primarni – domovi zdravlja; sekundarni – opšte bolnice; tercijarni – klinički centar, klinike).

Pored prava trudnica, izuzetak na pružanje usluga u roku od 30 dana je i kada su u pitanju usluge kod kojih je utvrđena lista čekanja, gde je rok za pružanje usluga predviđen Pravilnikom o listama čekanja. Za zdravstvene usluge koje se pružaju prema pravilima definisanim za liste čekanja kao najduži rok je predviđen rok od 12 meseci.

Takođe, izuzetak su i redovni kontrolni pregledi i neophodne dijagnostičke i laboratorijske analize potrebne za taj pregled. Kontrolne preglede i neophodne dijagnostičke i laboratorijske analize ustanova je dužna da pruži do roka u kojem je lekar zakazao sledeći pregled.

Postupak ostvarivanja prava na uslugu u drugoj javnoj zdravstvenoj ustanovi, a koja nije mogla biti pružena u ustanovi u koju se pacijent prvo javio, je sledeći:

1. Potrebno je dobiti potvrdu (PZ obrazac) od ustanove koja nije mogla u roku od 30 dana da obezbedi osiguranom licu uslugu. PZ obrazac ili potvrda, mora da sadrži:
  - ❖ naziv zdravstvene ustanove,
  - ❖ adresu zdravstvene ustanove;
  - ❖ datum izdavanja potvrde;
  - ❖ ime i prezime osiguranog lica;
  - ❖ adresu pacijenta;
  - ❖ LBO broj pacijenta;
  - ❖ broj zdravstvene kartice;
  - ❖ izjavu da imenovana zdravstvena ustanova nije mogla u roku od 30 dana da pruži osiguranom licu određenu uslugu (naziv usluge);
  - ❖ razlog zbog koga zdravstvena ustanova nije bila u mogućnosti da pruži zdravstvenu uslugu;
  - ❖ potpis direktora, odnosno ovlašćenog lica i pečat ustanove;
2. Kada pacijent dobije popunjen PZ obrazac, on odlazi u privatnu zdravstvenu ustanovu ili u drugu državnu ustanovu u koju je upućen, obavlja uslugu koja mu je prepisana i plaća uslugu;

3. Nakon što pacijent dobije zdravstvenu uslugu u privatnoj zdravstvenoj ustanovi, on dobija izveštaj o obavljenoj usluzi, plaća određeni iznos na osnovu računa i koje obavezno mora da čuva za dalji postupak.

Infografik broj 4 – Postupak ostvarivanja prava na refundaciju



## POSTUPAK PRED NADLEŽNOM FILIJALOM RFZO-a

Po obavljenoj usluzi u drugoj zdravstvenoj ustanovi (javnoj ili privatnoj), pacijent se obraća nadležnoj filijali RFZO-a, prema mestu svog prebivališta. U cilju ostvarivanja prava na refundaciju pacijent filijali RFZO-a podnosi zahtev za refundaciju troškova za plaćene usluge. Zahtev za refundaciju troškova se podnosi na **REF1 obrascu**, koji se može dobiti u nadležnoj filijali RFZO-a ili preuzeti sa internet stranice RFZO-a<sup>25</sup>.

REF1 obrazac sadrži sledeće:

1. podatke o nadležnoj filijali RFZO-a;
2. podatke o pacijentu:
  - ❖ ime i prezime,
  - ❖ adresa,
  - ❖ broj telefona,
  - ❖ LBO broj pacijenta;
3. podatke o naplaćenju zdravstvenoj usluzi:
  - ❖ naziv zdravstvene ustanove gde nije bilo moguće dobiti uslugu,
  - ❖ plaćeni iznos,
  - ❖ naziv zdravstvene ustanove koja je pružila i naplatila uslugu,
  - ❖ ime, prezime i specijalnost lekara koji je pružio uslugu;
4. datum i mesto podnošenja zahteva za refundaciju, odnosno REF1 obrasca.

Uz REF1 obrazac potrebno je dostaviti i sledeću dokumentaciju:

1. uput za pregled sa zakazanim datumom pregleda iz ustanove koja nije mogla da pruži uslugu;
2. popunjen, potpisan i pečatiran PZ obrazac;
3. račun o naplaćenju zdravstvenoj usluzi;
4. medicinska dokumentacija za koju se traži refundacija troškova;
5. fotokopija zdravstvene kartice.

---

<sup>25</sup> <https://www.rfzo.rs/index.php/osiguranalica/refundacija>

## Napomena i savet:

Svu dokumentaciju predati u overenoj fotokopiji, a originale zadržati za sebe i ne davati zdravstvenoj ustanovi i/ili RFZO-u, sem na uvid, po potrebi. Uvek sve predavati u dva primerka, kako bi na jednom primerku ustanova stavila pečat i datum prijema, što je dokaz o predaji. Ukoliko se šalje poštom, uvek slati preporučenom pošiljkom i čuvati potvrdu o slanju pošiljke.

### Infografik broj 5 – REF1 obrazac

**OSTVARIVANJA PRAVA NA REFUNDACIJU (5)**

PRAVNI SKENER + HRIBUSA ROMANICUR d

Pacijent podnosi zahtev za refundaciju nadležnoj filijali RFZO-a

RFZO

PODNOŠIM ZAHTEV ZA REFUNDACIJU, NA REF1 OBRAZCU, OVDE JE POTREBNA DOKUMENTACIJA...

OBRAZAC

REPUBLIČKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

ФИЛИЈАЛА

ИСПОСТАВА

ЗАХТЕВ ЗА РЕФУНДАЦИЈУ ТРОШКОВА ПРУЖЕНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА (ОСИГУРАНО ЛИЦЕ)

ПРЕЗИМЕ И ИМЕ

АДРЕСА

БРОЈ ТЕЛЕФОНА

АВО ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

ПОДАЦИ О НАПЛАЊЕНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ УСЛУЗИ

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

ИЗНОС (У ДИНАРИМА)

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ ИЛИ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ КОЈА ЈЕ ПРУЖИЛА И НАПЛАТИЛА ЗДРАВСТВЕНУ УСЛУГУ

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ И СПЕЦИЈАЛНОСТ ЛЕКАРА КОЈЕ ЈЕ ПРИВЕО ЗДРАВСТВЕНОЈ УСЛУГУ

ПРИЛОЗИ (ВАЖНО УКАЖИТИ БРОЈ ЗА ДОМЕНТАЦИЈУ КОЈА СЕ ПОДНОСИ):

- 1) УПУТ ЗА ПРЕГЛЕД ЗА ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ СА ЕВИДЕНТИРАНИМ ДАТУМОМ ЗАКАЗИВАЊА ПРЕГЛЕДА;
- 2) ПОТРАЖА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ (ПЗ ОБРАЗАЦ);
- 3) РАЧУН О ПЛАЊЕНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ УСЛУЗИ;
- 4) МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА - ФОТОКОПИЈА (СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ НАЛАЗ И ДЛ О ПРУЖЕНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ УСЛУЗИ ЗА КОЈУ СЕ ПОДНОСИ ЗАХТЕВ ЗА РЕФУНДАЦИЈУ);
- 5) ФОТОКОПИЈА ЗДРАВСТВЕНЕ КЊИЖИЦЕ ИЛИ ОРИГИНАЛ НА УВИД.

МЕСТО, ДАТУМ

ПОТПИС ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

- UPUT ZA PREGLED SA ZAKAZANIM DATUMOM
- PZ OBRAZAC
- RAČUN O PLAĆENOJ USLUZI
- MEDICINSKA DOKUMENTACIJA O PRUŽENOJ USLUZI ZA KOJU SE TRAŽI REFUNDACIJA, U FOTOKOPIJI
- FOTOKOPIJA ZDRAVSTVENE KNJIŽICE

USPELO JE ALI... ZAŠTO CELA OVA PROCEDURA NIJE ISTAKNUTA U ZDRAVSTVENOJ USTANOVИ?

VAŠ ZAHTEV JE REFUNDIRAN.

act ZAVOD ZA ISTOVRNO OBLASTNO OSIGURANJE

Schweizerische Eidgenossenschaft Confederation suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development and Cooperation SDC

HELVETAS SRB

Gradanske Inicijative



Lekovi se obezbeđuju pacijentima u skladu sa opštim aktima RFZO-a, kao što su Liste lekova (Lista A, Lista B i D, Lista C) koji se propisuju i izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Lista lekova). Izuzetno od Liste lekova pacijentu se obezbeđuje i lek koji nije na Listi lekova, a medicinski je neophodan za lečenje, pod uslovima utvrđenim opštim aktom RFZO-a kojim se uređuje sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu.

Refundaciju za kupljene lekove može ostvariti pacijent koji je morao da od svojih sredstava nabavi lek i/ili medicinsko sredstvo koje se obezbeđuje na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja. Pacijent može podneti zahtev za refundaciju nadležnoj filijali RFZO-a, prema mestu svog prebivališta, sa medicinskom dokumentacijom iz koje se može videti da je prepisana upotreba konkretnog leka i/ili medicinskog sredstva i računom o plaćenom leku i/ili medicinskom sredstvu.

Za refundaciju troškova trudnica podnosi zahtev matičnoj filijali uz koji prilaže medicinsku dokumentaciju, račun o plaćenim troškovima i fotokopiju zdravstvene knjižice. Ako matična filijala u sprovedenom postupku utvrdi da je zahtev osnovan, izvršiće refundaciju troškova trudnici u visini stvarnih troškova.

### **Napomena i savet:**

**Svu dokumentaciju predati u overenoj fotokopiji, a originale zadržati za sebe i ne davati zdravstvenoj ustanovi i/ili RFZO-u, sem na uvid, po potrebi. Uvek sve predavati u dva primerka, kako bi na jednom primerku ustanova stavila pečat i datum prijema, što je dokaz o predaji. Ukoliko se šalje poštom, uvek slati preporučenom pošiljkom i čuvati potvrdu o slanju pošiljke.**

## **IV ZAŠTITA PRAVA PACIJENATA**

Pacijenti kojima je povređeno neko od garantovanih prava, pa i pravo na refundaciju troškova, imaju na raspolaganju nekoliko mehanizama za zaštitu svojih prava.

### **SAVETNIK ZA ZAŠTITU PRAVA PACIJENATA**

Ukoliko pacijent smatra da mu je povređeno neko od prava pacijenata, ima mogućnost da se obrati savetniku za zaštitu prava pacijenata<sup>26</sup> (u daljem tekstu: savetnik).

Savetnik je diplomirani pravnik sa položenim stručnim ispitom za rad u organima državne uprave, sa najmanje tri godine radnog iskustva u struci i poznavanjem propisa iz oblasti zdravstva.

Savetnika imenuje jedinica lokalne samouprave i njegove kancelarije se najčešće nalaze u zgradi opštine/grada, sem:

1. u Beogradu, gde se kancelarija savetnika nalazi u zgradi gradskih organa u ulici Tiršova broj 1;
2. u Nišu, gde se kancelarija nalazi u ulici Prijezdina broj 1, kancelarija 53, III sprat, u zgradi Fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje.

Svaka zdravstvena ustanova je dužna da na vidnom mestu istakne:

1. ime i prezime savetnika;
2. radno vreme savetnika;
3. adresu gde se nalazi kancelarija savetnika;
4. broj telefona savetnika;
5. email savetnika.

### **NAPOMENA:**

**Savetnik nije pravnik koji je zaposlen u zdravstvenoj ustanovi.**

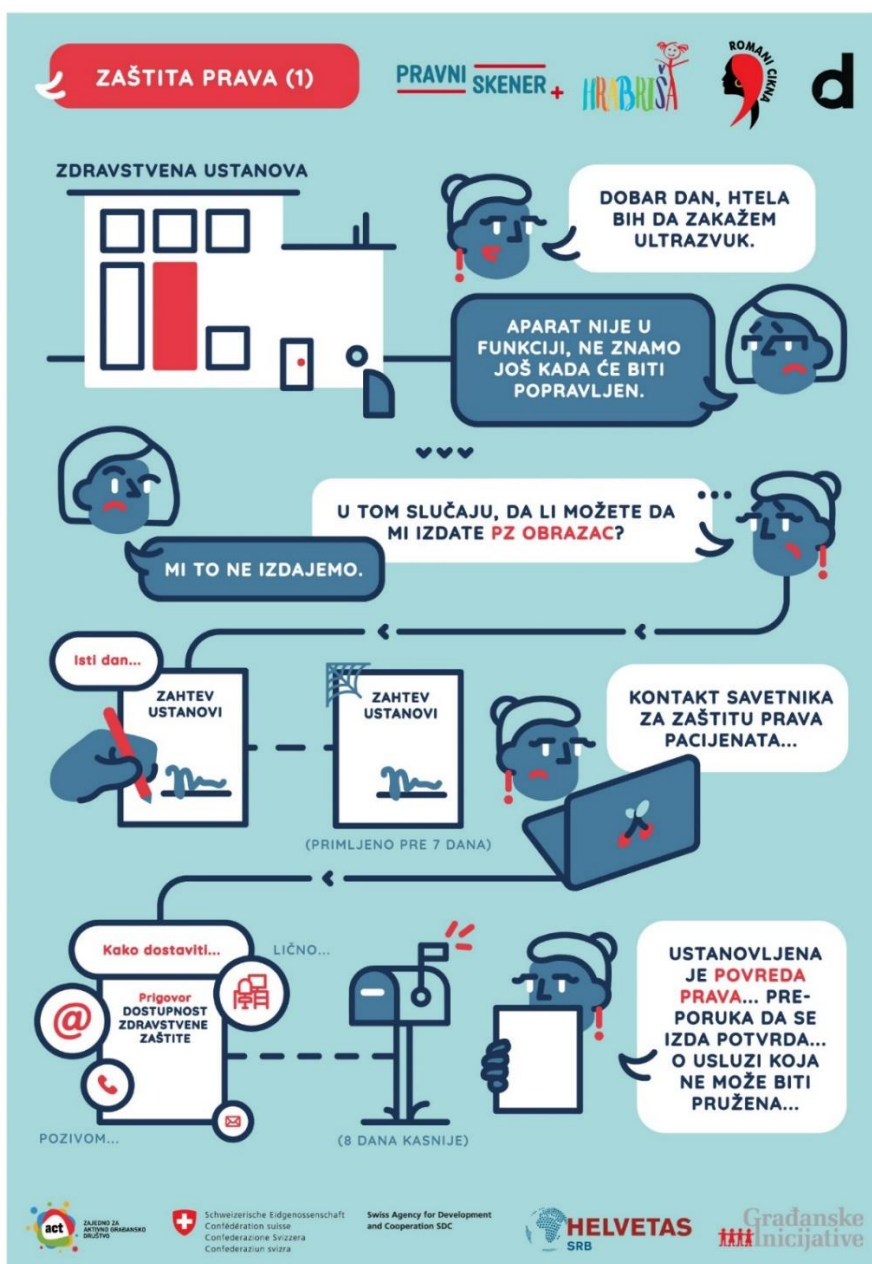
**Savetnik nije zaposlen u zdravstvenoj ustanovi.**

---

<sup>26</sup> Zakon o pravima pacijenata – Službeni glasnik RS, broj 45/2013 i 25/2019 – drugi zakon.

Savetnik postupa po prigovorima pacijenata, koji se mogu izjaviti pismeno ili usmeno dati na zapisnik. Savetnik postupa po prigovoru u vrlo kratkim rokovima. Tačnije, po dobijenom prigovoru savetnik postupa odmah, a najkasnije u roku od pet radnih dana od dana podnošenja prigovora, utvrđuje sve bitne okolnosti i činjenice u vezi sa navodima iznetim u prigovoru.

Infografik broj 6 – Postupak izjavljivanja prigovora savetniku



Nakon utvrđivanja svih relevantnih činjenica i okolnosti, savetnik sačinjava izveštaj, koji odmah, a najkasnije u roku od tri radna dana, dostavlja podnosiocu prigovora, rukovodiocu organizacione jedinice i direktoru zdravstvene ustanove.

Direktor zdravstvene ustanove obavezan je da u roku od pet radnih dana od dobijanja izveštaja savetnika, dostavi savetniku obaveštenje o postupanju i preduzetim merama u vezi sa prigovorom.

Pacijent koji nije zadovoljan odgovorom savetnika ima mogućnost da se obrati Savetu za zdravlje, zdravstvenoj inspekciji, odnosno nadležnom organu organizacije zdravstvenog osiguranja kod koje je pacijent zdravstveno osiguran.

Savetnik dostavlja tromesečni, šestomesečni i godišnji izveštaj Savetu za zdravlje.

## **SAVET ZA ZDRAVLJE**

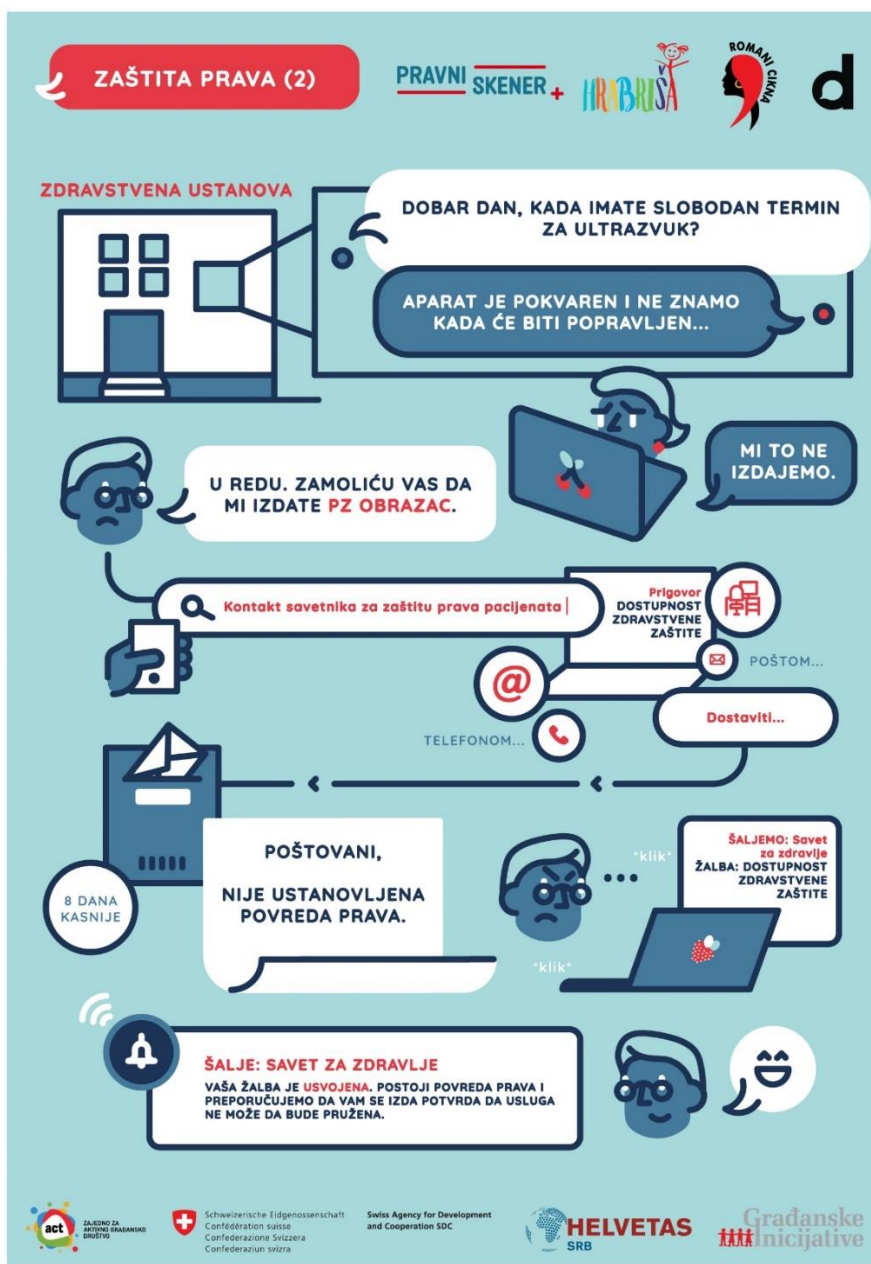
Savet za zdravlje predstavlja drugostepeni organ, kome se može obratiti pacijent koji nije zadovoljan odgovorom savetnika.

Savet za zdravlje obrazuje se u jedinici lokalne samouprave. Poslovi zaštite prava pacijenata koje obavlja Savet za zdravlje su sledeći:

1. razmatra prigovore o povredi pojedinačnih prava pacijenata na osnovu dostavljenih i prikupljenih dokaza i utvrđenih činjenica;
2. o utvrđenim činjenicama obaveštava podnosioca prigovora i direktora zdravstvene ustanove na koju se prigovor odnosi i daje odgovarajuće preporuke;
3. razmatra izveštaje savetnika, prati ostvarivanje prava pacijenata na teritoriji jedinice lokalne samouprave i predlaže mere za zaštitu i promociju prava pacijenata;
4. podnosi godišnji izveštaj o svom radu i preduzetim merama za zaštitu prava pacijenata nadležnom organu jedinice lokalne samouprave, kao i ministarstvu nadležnom za poslove zdravlja, a na teritoriji Autonomne pokrajine i organu uprave nadležnom za poslove zdravlja. Ovi izveštaji se dostavljaju i Zaštitniku građana.

Članovi Saveta za zdravlje su predstavnici lokalne samouprave, predstavnici udruženja građana iz reda pacijenata, zdravstvenih ustanova sa teritorije jedinice lokalne samouprave, kao i nadležne filijale RFZO-a.

### Infografik broj 7 – Postupak izjavljivanja žalbe Savetu za zdravlje



## ZAŠTITNIK GRAĐANA

Zaštitnik građana<sup>27</sup> je institucija koja se stara o zaštiti i unapređenju ljudskih i manjinskih prava i sloboda.

Zaštitnik građana je ovlašćen da kontroliše zakonitost i pravilnost rada organa uprave.

Zaštitnik građana pokreće postupak po pritužbi građana ili po sopstvenoj inicijativi.

Pritužbu Zaštitniku građana može da podnese svaki pacijent, koji smatra da mu je aktom, radnjom ili nečinjenjem organa uprave povređeno ljudsko ili manjinsko pravo i sloboda.

Pritužba se podnosi u pismenoj formi ili usmeno na zapisnik, a podnosi se najkasnije u roku od tri godine od izvršene povrede prava građana, odnosno od poslednjeg postupanja, odnosno nepostupanja organa uprave u vezi sa učinjenom povredom prava građana.

Zaštitnik građana je dužan da po pritužbi postupi u roku od 15 dana od njenog prijema, i to tako što će:

1. pritužbu odbaciti, odnosno zahtevati dopunu pritužbe da bi se po njoj moglo postupati, ili
2. o pritužbi odlučiti u skraćenom postupku, ili
3. pokrenuti ispitni postupak.

Zaštitnik građana mora da okonča ispitni postupak u roku od 90 dana od dana prijema pritužbe. Zaštitnik građana dostavlja podnosiocu pritužbe i organu uprave zaključak o pokretanju ispitnog postupka. Kada okonča ispitni postupak, Zaštitnik građana sačinjava pismeni izveštaj o slučaju. Izveštaj se dostavlja nadležnom organu i podnosiocu pritužbe, a objavljuje se i na internet stranici Zaštitnika građana. U izveštaju se utvrđuje da li je bilo nezakonitosti i nepravilnosti kojima je povređeno ljudsko ili manjinsko pravo i sloboda građana.

Nakon sprovedenog ispitnog postupka, ukoliko utvrdi da postoji nepravilnost i nezakonitost u radu organa uprave, Zaštitnik građana u izveštaju o slučaju donosi preporuku o načinu na koji bi nepravilnosti i nezakonitosti u radu trebalo otkloniti odnosno o načinu unapređenja rada organa.

---

<sup>27</sup> Zakon o Zaštitniku građana – Službeni glasnik RS, broj 105/2021.

Organ uprave je dužan da, u roku koji Zaštitnik građana odredi u izveštaju, a koji ne može biti kraći od 15 ni duži od 90 dana od dana dobijanja izveštaja o slučaju, Zaštitniku građana dostavi obaveštenje o tome da li je i na koji način postupio po preporuci odnosno o razlozima zbog kojih po preporuci eventualno nije postupio.

Ako organ uprave u zadatom roku ne dostavi Zaštitniku građana obaveštenje, ako ne postupi po preporuci, ili je samo delimično ispuni, kao i ako ne ispuni preporuku da se razreši funkcioner koji je odgovoran za povredu prava ili inicijativu da pokrene disciplinski postupak protiv zaposlenog koji je odgovoran za povredu prava, Zaštitnik građana o tome obaveštava neposredno nadređeni organ, Narodnu skupštinu, Vladu i javnost.

## ZDRAVSTVENA INSPEKCIJA

Zdravstvena inspekcija je organ u sastavu ministarstva nadležnog za oblast zdravlja.<sup>28</sup>

Zdravstvena inspekcija kontroliše zakonitost i kvalitet rada zdravstvenih ustanova na osnovu inspekcijskog nadzora.

Inspekcijski nadzor se pokreće:

1. po službenoj dužnosti;
2. na osnovu zahteva nadziranog subjekta (na primer: zdravstvena ustanova);
3. na osnovu zahteva trećeg lica.

Zdravstvena inspekcija postupa u skladu sa Zakonom o inspekcijskom nadzoru.<sup>29</sup>

Pacijent se zdravstvenoj inspekciji može obratiti i prema Zakonu o pravima pacijenata kada nije zadovoljan odlukom savetnika<sup>30</sup>.

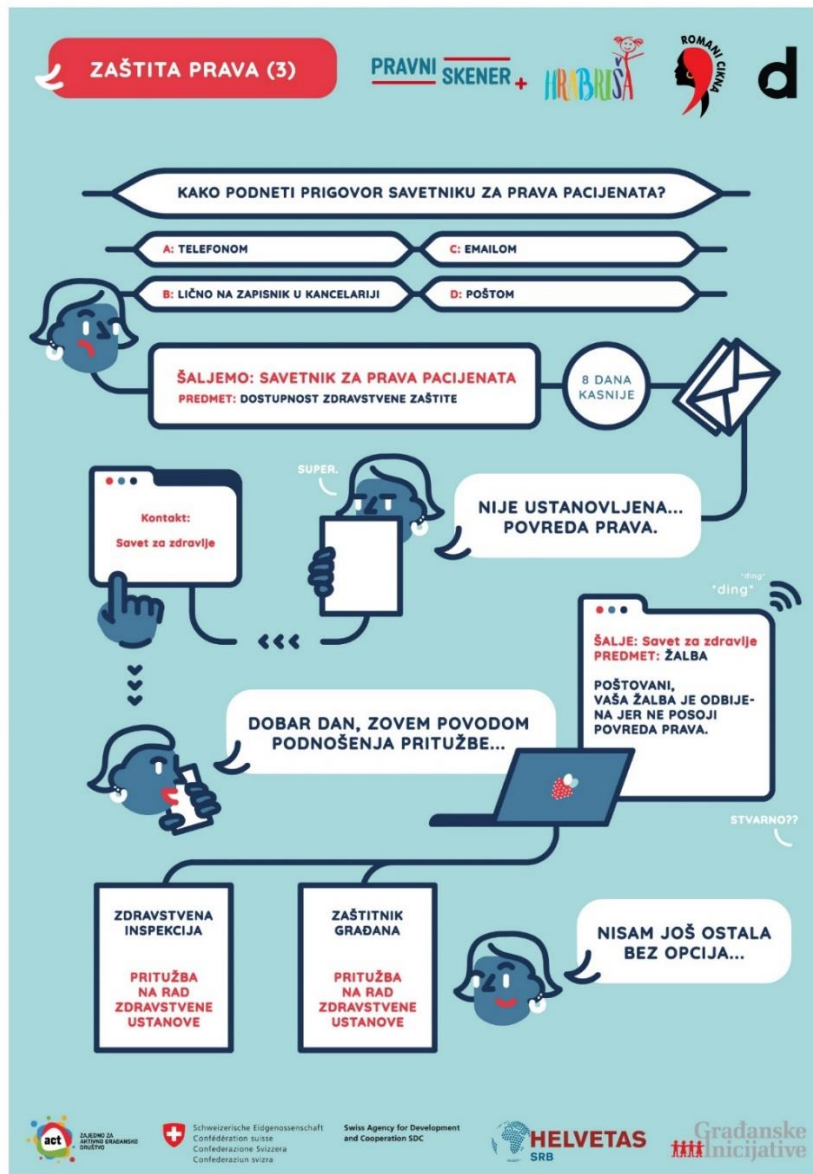
---

<sup>28</sup> Član 241-250 ZZZ.

<sup>29</sup> Službeni glasnik RS, broj 36/2015 i 44/2018 - drugi zakon i 95/2018.

<sup>30</sup> Član 41, stav 5 Zakona o pravima pacijenata.

## Infografik broj 8 – Mehanizmi zaštite prava pacijenata





## **REPUBLIČKI FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

O pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pa i o pravu na refundaciju troškova, u prvom stepenu odlučuje nadležna filijala RFZO-a.

Zahtev za refundaciju troškova sa pratećom dokumentacijom se podnosi nadležnoj filijali RFZO-a prema mestu prebivališta.

Po dobijanju odgovora od nadležne filijale RFZO, pacijent koji nije zadovoljan odgovorom ima mogućnost da izjavi žalbu u roku od 15 dana od dobijanja odgovora. Žalba se izjavljuje organu koji odlučuje u drugom stepenu i to RFZO-u, odnosno Pokrajinskom fondu za područje autonomne pokrajine.

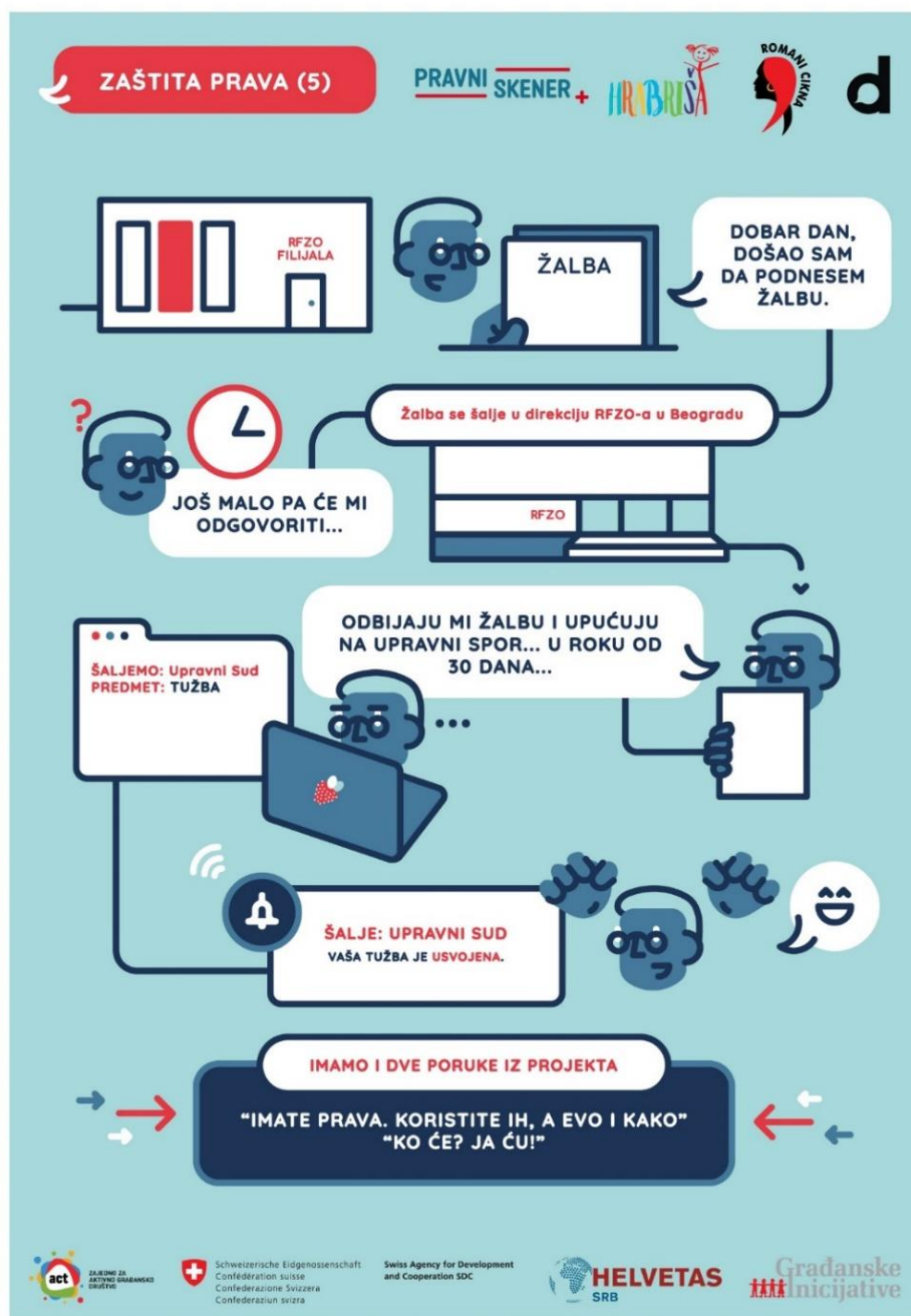
Protiv konačnog akta RFZO-a, kojim je odlučeno o pravu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, može se pokrenuti upravni spor.

Postupak pred filijalama RFZO-a i pred RFZO-om je upravni postupak, pa se na rokove za odgovor i izjavljivanje pravnih lekova primenjuju odredbe Zakona o opštem upravnom postupku.

## **UPRAVNI SUD**

Na konačnu odluku RFZO-a kojom je odlučeno o pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, osigurano lice može podneti tužbu Upravnom sudu u roku od 30 dana od dobijanja konačnog odgovora RFZO-a. Za podnošenje tužbe Upravnom sudu se plaća sudska taksa.

# Infografik broj 9 – Tužba Upravnom sudu



## **POVERENIK ZA INFORMACIJE OD JAVNOG ZNAČAJA I ZAŠTITU PODATAKA O LIČNOSTI**

Svaki građanin ima pravo da od organa javne vlasti dobije informacije koje predstavljaju informacije od javnog značaja.<sup>31</sup>

Ukoliko građanin podnese pismeni zahtev za dobijanje informacija, odnosno pismeni zahtev za pristup informacijama od javnog značaja, a ne dobije odgovor u roku od 15 dana od dana slanja zahteva, a u izuzetno obimnim predmetima, u roku od 40 dana, povređeno mu je pravo na pristup informacijama od javnog značaja.

U tom slučaju, imaju mogućnost da izjave žalbu Povereniku.

Ukoliko organ vlasti odbaci ili odbije zahtev, žalba se može izjaviti u roku od 15 dana od dana kada mu je dostavljeno rešenje ili drugi akt organa javne vlasti.

## **POVERENIK ZA ZAŠTITU RAVNOPRAVNOSTI**

Pacijent koji smatra da je pretrpeo diskriminaciju u ostvarivanju prava iz zdravstvenog osiguranja, može se obratiti Povereniku za zaštitu ravnopravnosti.<sup>32</sup>

Lice koje smatra da je pretrpelo diskriminaciju podnosi Povereniku za zaštitu ravnopravnosti pritužbu pismeno ili, izuzetno, usmeno u zapisnik.

Ukoliko su ispunjeni uslovi za postupanje po pritužbi Poverenik za zaštitu ravnopravnosti dostavlja pritužbu licu protiv koga je podneta, u roku od 15 dana od dana prijema uredne pritužbe.

Poverenik za zaštitu ravnopravnosti daje mišljenje o tome da li je došlo do povrede u roku od 90 dana od dana podnošenja pritužbe i o tome obaveštava podnosioca i lice protiv kojeg je pritužba podneta. Uz to mišljenje se preporučuje i licu protiv kojeg je podneta pritužba način otklanjanja povrede prava, koje je dužno da postupi po preporuci i otkloni

---

<sup>31</sup> Zakon o slobodnom pristupu informacijama od javnog značaja – Službeni glasnik RS, broj 120/2004, 54/2007, 104/2009, 36/2010 i 105/2021.

<sup>32</sup> Službeni glasnik RS, broj 22/2009 i 52/2021.

povredu prava u roku od 30 dana od dana prijema preporuke, kao i da o tome obavesti Poverenika za zaštitu ravnopravnosti.

**„IMATE PRAVA. KORISTITE IH, A EVO I KAKO.“**

**„KO ĆE? JA ĆU!“**



Vodič za ostvarivanje prava na refundaciju je rezultat projekta „Koraci za zdravstvo po meri pacijenta“ koji sprovodi neformalna mreža Zdravo pravo koju čine organizacije civilnog društva Pravni skener iz Beograda, Hrabriša iz Novog Sada, Romani Cikna iz Kruševca i Dijalog iz Valjeva.

Ovaj projekat je dobio podršku projekta Vlade Švajcarske „Zajedno za aktivno građansko društvo – ACT“, koji sprovode Helvetas Swiss Intercooperation i Građanske inicijative. Mišljenje koje je izneto u ovoj publikaciji je mišljenje autora i ne predstavlja nužno i mišljenje Vlade Švajcarske, Helvetasa ili Građanskih inicijativa.

Zajedno za aktivno građansko društvo – ACT” je projekat Vlade Švajcarske čiji je cilj aktivno građansko društvo u kome građani više učestvuju u procesu donošenja odluka, naročito na lokalnom nivou. ACT sprovode dve nevladine organizacije: Helvetas Swiss Intercooperation i Građanske inicijative.

#ACTprojekat čine 3 stuba: 1. grantovi; 2. izgradnja i jačanje kapaciteta; 3. jačanje uporišta u zajednici.

Prva faza projekta realizovaće se od 1. oktobra 2019. godine do 30. septembra 2023. godine.