На основу члана 141. став 4, члана 146. став 4. и члана 149. став 3. Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05- исправка),

Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање, на седници од 11. децембра 2006. године, донео је

ПРАВИЛНИК
О НАЧИНУ И ПОСТУПКУ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

I. ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Овим правилником ближе се уређују начин и поступак остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања, услови и начин коришћења здравствене заштите и других права из обавезног здравственог осигурања код изабраног лекара, начин и поступак слободног избора изабраног лекара, стандард броја осигураних лица по једном изабраном лекару, као и начин и поступак избора, односно промене изабраног лекара.

Члан 2.

Осигураници из чл. 17, 22. и 23. Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05- исправка) (у даљем тексту: Закон), чланови њихових породица као и лица из члана 28. Закона, остварују права из обавезног здравственог осигурања у складу са Законом и овим правилником.

II. УТВРЂИВАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

Члан 3.

Својство осигураног лица утврђује матична филијала на основу пријаве на обавезно здравствено осигурање (у даљем тексту: пријава) коју подносе правна или физичка лица у складу са Законом и овим правилником.

За осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1)-8), тач. 10) и 11), тач. 13)-18), тачка 21) и тачка 24) Закона, у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса, матична филијала је филијала на чијем подручју осигураник има пребивалиште.

Изузетно од става 2. овог члана, за осигураника страног држављанина из члана 17. став 1. тач. 10) и 24) Закона, који нема пребивалиште на територији Републике Србије, матична филијала је филијала на чијем подручју страни држављанин има боравиште.

Члан 4.

Лицу које је запослено код два или више послодаваца својство осигураника утврђује се на основу пријаве једног од послодаваца и издаје се само једна исправа о осигурању.

У случају из става 1. овог члана својство осигураника утврђује се на основу пријаве коју подноси послодавац код кога запослени ради већи број часова недељно.

Уколико запослени код послодаваца ради исти број часова недељно, својство осигураника утврђује се на основу пријаве послодавца који је први поднео пријаву.

Члан 5.

Подносилац пријаве дужан је уз пријаву за осигуранике из члана 17. Закона, да достави:

1) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) и 2), тач. 4) – 7), тач. 9) - 11), тач. 13) и 14), тачка 16) и тачка 24) Закона, уговор о раду, или акт о заснивању радног односа, односно други одговарајући уговор о обављању одређених послова на основу којих се остварује накнада;
2) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 3. Закона, акт о избору, именовању или постављењу;
3) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 8. Закона, решење о неплаћеном одсуству због неге детета до три године живота;
4) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 12. Закона, решење о утврђивању права на новчану накнаду по основу незапослености од Националне службе за запошљавање;
5) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 15) Закона, отказ уговора о раду или закључена радна књижица, извештај о повреди на раду или експертиза о професионалној болести и извештај о привременој спречености за рад;
6) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 17) Закона, акт о упису у регистар надлежног органа и акт о обављању пословодствених овлашћења и послова управљања;
7) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 18) и 19) Закона, акт о регистрацији самосталне делатности, односно акт о упису у регистар надлежног органа, односно потврду одговарајућег удружења;
8) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 20) Закона, акт о избору или постављењу свештеника, односно верског службеника;
9) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 21) Закона, легитимацију носиоца пољопривредног газдинства издату од надлежног органа, или решење о утврђивању пореза на катастарски приход, или уговор о давању, односно узимању у закуп пољопривредног земљишта, или уговор о уступању пољопривредног земљишта, или потврду о пријави Фонду пензијског и инвалидског осигурања пољопривредника, или личну изјаву;
10) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 22) Закона, решење о утврђивању права на пензију, односно права на новчану накнаду према прописима о пензијском и инвалидском осигурању;

11) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 23) Закона, акт о утврђивању права на пензију или инвалиднину иностраног носиоца осигурања;
12) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 25) Закона, потврду, односно уверење о школовању или стручном усавршавању.

Члан 6.

Подносилац пријаве дужан је уз пријаву за осигуранике из члана 22. Закона, да достави:

1) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 1) Закона – пријаву о пребивалишту, извод из матичне књиге рођених, а за децу од 15–26 година живота која су на школовању и потврду школе, односно високошколске установе да су на школовању;
2) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 2) Закона – пријаву о пребивалишту, потврду изабраног лекара-гинеколога о трудноћи, порођају, материнству до 12 месеци након порођаја, односно о планирању породице;
3) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 3) Закона – фотокопију личне карте;
4) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 4) Закона – пријаву о пребивалишту, потврду надлежног органа о инвалидитету, однсоно оцену лекарске комисије о постојању инвалидитета, односно недовољној менталној развијености;
5) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 5) Закона – пријаву о пребивалишту, мишљење лекарске комисије да се осигураник лечи од наведених обољења, односно потврду здравствене установе да је лице давалац, односно прималац ткива и органа;
6) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 6) Закона – потврду старешине манастира;
7) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 7) Закона – пријаву о пребивалишту, акт надлежног органа (решење) којим је признато право на материјално обезбеђење по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;
8) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 8) Закона – пријаву о пребивалишту, акт надлежног органа (решење) којим је признато право на сталну новчану помоћ као и помоћ за смештај у установу социјалне заштите или у другу породицу по прописима о социјалној заштити;
9) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 9) Закона – пријаву о пребивалишту, фотокопију радне књижице, доказ да је месечни износ прихода подносиоца пријаве испод цензуса прописаног актом из члана 22. став 2. Закона;
10) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 10) Закона – пријаву о пребивалишту, потврду о служењу војног рока храниоца породице, односно потврду надлежног органа да је члан породице корисник помоћи;

11) за осигуранке из члана 22. став 1. тачка 11) Закона – личну изјаву да је лице ромске националности и пријаву боравка;
12) за осигуранике из члана 22. став 4. Закона - фотокопију избегличке легитимације, односно фотокопију легитимације прогнаног лица, пријаву боравка и доказ да је месечни износ прихода подносиоца пријаве испод цензуса прописаног актом из члана 22. став 2. Закона.

Када се уз пријаву, из става 1. овог члана, као доказ подноси фотокопија исправе, на увид се доставља и њен оргинал.

Члан 7.

За лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање из члана 23. Закона и чланове њихових породица, исправе који се подносе уз пријаву прописане су општим актом Републичког завода за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички завод), којим се уређује начин и поступак укључивања у обавезно здравствено осигурање.

Члан 8.

За чланове уже породице осигураника из чл. 17. и 22. Закона, подносилац пријаве дужан је уз пријаву да достави:

1) за супружника - извод из матичне књиге венчаних, а за разведеног супружника - судску одлуку којом је утврђено право на издржавање, односно решење о потпуном губитку радне способности у смислу прописа о пензијском и инвалидском осигурању;
2) за ванбрачног супружника – оверену изјаву ванбрачних партнера да постоји трајнија заједница живота између њих (две и више година), као и да не постоје законом прописане брачне сметње, оверену изјаву два сведока да ванбрачна заједница траје дуже од две године, дату пред надлежним органом, оверену фотокопију личне карте из које се може видети да је пријава пребивалишта за оба ванбрачна партнера на заједничкој адреси;
3) за дете рођено у браку или ван брака - извод из матичне књиге рођених;
4) за усвојено дете - одлуку надлежног органа о усвојењу;
5) за пасторка – извод из матиче књиге рођених за дете и извод из матичне књиге венчаних за родитеља;
6) зе дете узето на издржавање – одлуку надлежног органа о утврђивању обавезе издржавања;

За дете из става 1. овог члана које је старије од 18 година, а налази се на школовању, најкасније до навршених 26 година живота потребно је доставити и потврду школе, односно високошколске установе да је на школовању.

За дете из члана 26. став 2. Закона, потребно је доставити оцену лекарске комисије матичне филијале.

За дете из члана 26. став 3. Закона потребно је доставити налаз органа вештачења по прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

За дете из члана 26. став 4. Закона потребно је доставити налаз органа вештачења по прописима о пензијском и инвалидском осигурању и акт о издржавању по прописима о породичној заштити.

Извод из матичне књиге венчаних и извод из матичне књиге рођених не могу бити старији од 6 месеци од дана издавања.

Члан 9.

За чланове шире породице осигураника из члана 17. Закона, подносилац пријаве дужан је уз пријаву да достави:

1) за родитеље - извод из матичне књиге рођених за осигураника преко ког треба да остваре права из обавезног здравственог осигурања;
2) за очуха, мећеху - извод из матичне књиге рођених за осигураника преко којег треба да остваре права из обавезног здравственог осигурања и извод из матичне књиге венчаних за родитеља;
3) за усвојитеља – акт о усвојењу, односно извод из матичне књиге рођених;
4) за деду и бабу – извод из матичне књиге рођених за осигураника преко којег треба да остваре права из обавезног здравственог осигурања и извод из матичне књиге рођених родитеља осигураника;
5) за унучад –изводе из матичних књига рођених као доказе о сродству;
6) за браћу и сестре - изводе из матичних књига рођених као доказе о сродству и акт о издржавању у смислу прописа о породичној заштити.

За лица из става 1. тач. 1-4. овог члана, потребно је доставити и акт о издржавању по прописима о породичној заштити, а у случају да су та лица млађа од 65 година и налаз органа вештачења по прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

Члан 10.

За лица из члана 28. став 1. Закона, подносилац пријаве дужан је уз пријаву да достави:

1) за лица из члана 28. став 1. тачка 1) - потврду школе, односно високошколске установе да је лице на обавезном производном раду, професионалној пракси или практичној настави;
2) за лица из члана 28. став 1. тачка 1) -уговор о волонтерском раду;
3) за лица из члана 28. став 1. тачка 3) - уговор о привременим и повременим пословима преко омладинске, односно студентске задруге;
4) за лица из члана 28. став 1. тачка 4) - потврду надлежне организације за запошљавање да је лице упућено на додатно образовање и обуку;
5) за лица из члана 28. став 1. тачка 5) - потврду организатора јавних радова да је лице учесник организованих јавних радова;
6) за лица из члана 28. став 1. тачка 6) - потврду надлежног органа да је лице учесник у акцији спасавања;
7) за лица из члана 28. став 1. тачка 7) - потврду ватрогасне службе да је лице ангажовано у ватрогасној служби за гашење пожара или је на обуци у ватрогасној служби;
8) за лица из члана 28. став 1. тачка 8) - потврду надлежног органа да је лице на оспособљавању и обучавању за потребе одбране земље;

9) за лица из члана 28. став 1. тачка 9) - потврду организатора јавног скупа да је лице ангажовано на обезбеђивању јавног скупа;
10) за лица из члана 28. став 1. тачка 10) - потврду завода за издржавање казне затвора да лице које је на издржавању казне затвора ради у привредној јединици завода или на другом месту рада.

Члан 11.

Подносилац пријаве из чл. 5, 8, 9. и 10. овог правилника, дужан је да уз пријаву достави и фотокопију личне карте као и личну карту на увид.

Члан 12.

На основу пријаве и доказа наведених у члану 5. овог правилиника, ствојство осигураника стиче се:
1) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1), 2) тач. 4) – 7), тач. 9) - 11), тачка 16) и тачка 24) Закона, даном заснивања радног односа;
2) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 3) Закона, даном избора, именовања или постављења;
3) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 8) Закона, даном почетка коришћења неплаћеног одсуства због неге детета до три године живота;
4) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 12) Закона, даном утврђивања права на новчану накнаду по основу незапослености од Националне службе за запошљавање;
5) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 13) и 14) Закона, даном почетка обављања привремених и повремених послова, односно даном закључења уговора;
6) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 15) Закона, наредног дана од дана престанка радног односа ;
7) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 17) Закона, даном доношења акта о упису у регистар надлежног органа, односно даном доношења акта о обављању пословодствених овлашћења и послова управљања;
8) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 18) и 19) Закона, даном почетка обављања самосталне делатности,односно уписа у одговарајући регистар, односно даном учлањења у одговарајуће удружење;
9) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 20) Закона, даном постављења свештеника, односно верског службеника;
10) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 21) Закона, даном подношења пријаве;
11) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 22) и 23) Закона, даном пензионисања;
12) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 25) Закона, даном почетка школовања, односно стручног усавршавања.

На основу пријаве и доказа наведених у члану 6. овог правилиника, ствојство осигураника из члана 22. Закона, стиче се даном подношења пријаве.

Својство члана породица осигураника из ст. 1. и 2. овог члана, стиче се даном подношења пријаве.

Члан 13.

Уз пријаву промене у току осигурања подносиоци пријаве дужни су да матичној филијали доставе одговарајуће доказе у зависности од тога који се податак мења.

Члан 14.

Уз одјаву са обавезног здравственог осигурања, подносиоци одјаве дужни су да матичној филијали доставе доказ на основу кога осигураном лицу престаје основ по коме је то својство признато.

Уз одјаву са обавезног здравственог осигурања у складу са чланом 20. Закона, осигураник-пољоприведник подноси следеће доказе:

1) оцену лекарске комисије матичне филијале да је неспособан за самостални рад и остваривање прихода;
2) потврде фондова пензијског и инвалидског осигурања да није остварио право на пензију;
3) доказ да су приходи осигураника испод прихода утврђених актом из члана 22. став 2. Закона.

III. ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Остваривање права на здравствену заштиту

Члан 15.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту у здравственој установи, односно код другог даваоца здравствених услуга (у даљем тексту: здравствена установа), који има седиште на подручју матичне филијале са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту и код здравствене установе, односно код другог даваоца здравствених услуга ван подручја матичне филијале под условима прописаним Законом и овим правилником.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту на основу оверене здравствене књижице или оверене потврде о коришћењу здравствене заштите (у даљем тексту: исправа о осигурању).

У случају да исправа о осигурању није оверена, због тога што доспели допринос за обавезно здравствено осигурање није плаћен, односно није плаћен у целини, право на здравствену заштиту осигурано лице може да користи само у случају хитне медицинске помоћи.

1.1. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА КОЈЕ ОБАВЉАЈУ ЗДРАВСТВЕНУ ДЕЛАТНОСТ НА ПРИМАРНОМ НИВОУ

Члан 16.

Осигураном лицу обезбеђује се право на слободан избор здравствене установе са којом је матична филијала закључила уговор о пружању здравствене заштите, односно слободан избор лекара (у даљем тексту: изабрани лекар) у складу са законом и овим правилника.

Члан 17.

Изабрани лекар у смислу члана 16. овог правилника је :

(1) доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста медицине рада,
(2) доктор медицине специјалиста педијатрије,
(3) доктор медицине специјалиста гинекологије,
(4) доктор стоматологије.

Осигурано лице може да има само једног изабраног лекара из грана медицине наведених у ставу 1. овог члана.

Осигурано лице бира изабраног лекара, по правилу према месту пребивалишта, односно боравишта у најближој здравственој установи на подручју матичне филијале.

Члан 18.

Изузетно од члана 17. став 3. овог правилника:

1) осигурано лице смештено у установу социјалне заштите бира изабраног лекара у установи социјалне заштите у којој је организовано обављање здравствене делатности;

2) осигурано лице смештено у установу социјалне заштите у којој не може да се обезбеди изабрани лекар у смислу члана 17. овог правиилника, бира изабраног лекара у дому здравља који је најближи установи социјалне заштите у којој је смештено;

3) осигурана лица – студенти бирају изабраног лекара у здравственој установи која обавља здравствену делатност здравствене заштите студената, ако таква установа постоји у месту студирања;

4) осигурана лица – ученици и студенти бирају изабраног лекара у дому здравља у месту школовања, односно студирања;

5) осигурана лица – деца за време привременог боравка у хранитељској породици, бирају изабраног лекера у дому здравља према пребивалишту хранитеља.

Избор изабраног лекара

Члан 19.

Осигурано лице бира свог изабраног лекара са списка лекара који је здравствена установа дужна да истакне на видном месту.

Списак лекара из става 1. овог члана садржи и распоред радног времена лекара.

Члан 20.

Осигурано лице врши избор лекара из члана 17. овог правилника по правилу на период од најмање једне календарске године.

Приликом првог одласка код изабраног лекара, осигурано лице предаје изабраном лекару један примерак потписаног обрасца изјаве о избору изабраног лекара.

Други примерак потписаног обрасца из става 2. овог члана, здравствена установа доставља матичној филијали.

Члан 21.

Изабраног лекара за дете до 18 година старости бира родитељ, усвојитељи, старатељ или хранитељ.

Осигураном лицу које нема пословну способност, изабраног лекара бира старатељ.

Члан 22.

Када осигурано лице изврши избор изабраног лекара, подаци о изабраном лекару уписују се у здравствени картон.

Члан 23.

Изабрани лекар, дужан је да прими сва осигурана лица која су га изабрала. Изабрани лекар може да одбије пријем само ако је код њега евидентирани број осигураних лица изнад броја који је одређен чланом 24. овог правилника.

Члан 24.

Изабрани лекар може да има:

- од 1100 до 2000 осигураних лица у области опште медицине, односно медицине рада;
- од 500 до 1000 осигураних лица у области педијатрије (предшколски узраст);
- од 1100 до 2000 осигураних лица у области педијатрије (школски узраст);
- од 4500 до 7500 осигураних лица-жена у области гинекологије;
- од 1000 до 1700 осигураних лица у области стоматологије (деца);
- од 8000 до 12000 осигураних лица у области стоматологије (одрасли).

Минимални број осигураних лица из става 1. овог члана, изабрани лекар може да има у географски разуђуним подручјима, односно на територији која је ретко насељена.

Промена изабраног лекара

Члан 25.

Осигурано лице може да промени изабраног лекара, по правилу по истеку календарске године, тако што изабраном лекару усмено или писмено саопштава свој захтев, при чему није дужно да наведе разлоге за промену.

У случају из става 1. овог члана, изабрани лекар враћа осигураном лицу образац изјаве о избору, а датум враћања обрасца уписује у здравствени картон.

Члан 26.

Осигурано лице може да промени изабраног лекара и пре истека рока из члана 20. став 1. овог правилника:

1) ако је дошло до неспоразума између осигураног лица и изабраног лекара, због чега је осигурано лице изгубило поверење у изабраног лекара;

2) ако изабрани лекар предложи замену, јер се осигурано лице не придржава упутстава и поступака за лечење;

3) ако осигурано лице промени пребивалиште;

4) због престанка радног односа изабраног лекара;

5) из других оправданих разлога.

Оправданост разлога из става 1. овог члана цени директор здравствене установе или стручни орган у складу са законом којим се уређује здравствена заштита а који одреди директор здравствене установе.

Органи из става 2. овог члана одмах, а најкасније у року од пет дана од подношења захтева за промену изабраног лекера, утврђују све битне околности и чињенице у вези навода изнетих у захтеву.

О свом налазу, одмах, а најкасније у року од три дана органи из става 2. овог члана обавештавају осигурано лице.

Члан 27.

Осигурано лице има право на привремену промену изабраног лекара, уколико је изабрани лекар одсутан краће од три месеца због болести, породиљског одсуства, стручног усавршавања или других разлога.

Директор здравствене установе одређује осигураном лицу изабраног лекара у случају из става 1. овог члана.

Уколико је изабрани лекар одсутан дуже од три месеца, осигурано лице има право да поново бира изабраног лекара у складу са Законом и овим правилником.

Члан 28.

Код промене изабраног лекара, здравствени картон осигураног лица доставља се новоизабраном лекару службеним путем.

На захтев осигураног лица, здравствена установа дужна је да изда копију здравственог картона.

Члан 29.

Осигурано лице може да има само један здравствени картон из грана медицине наведених у члану 17. овог правилника.

Здравствена заштита код изабраног лекара

Члан 30.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту код изабраног лекара непосредно без упута.

Члан 31.

Изабрани лекар:

1) организује и спроводи мере на очувању и унапређењу здравља осигураних лица, откривању и сузбијању фактора ризика за настанак болести, обавља превентивне прегледе, мере и поступке, укључујући и здравствено васпитање, који су утврђени као право из обавезног здравственог осигурања;

2) обавља прегледе и дијагностику;

3) одређује начин и врсту лечења, прати ток лечења и усклађује мишљење и предлоге за наставак лечења осигураног лица;

4 указује хитну медицинску помоћ;

5) упућује осигурано лице на амбулантно–специјалистичке прегледе или у другу одговарајућу здравствену установу, односно код другог даваоца здравствених услуга са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите, према медицинским индикацијама, прати ток лечења и усклађује мишљења и предлоге за наставак лечења осигураног лица и упућује осигурано лице на секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите;

6) одређује врсту и дужину кућног лечења и прати спровођење кућног лечења;

7) прописује лекове и медицинска средства, као и одређене врсте медицинско-техничких помагала;

8) спроводи здравствену заштиту из области менталног здравља;

9) води прописану медицинску документацију о лечењу и здравственом стању осигураног лица, у складу са законом;

10) даје оцену о здравственом стању осигураног лица и упућује осигурано лице на оцену радне способности, односно инвалидности, у складу са Законом;

11) утврђује дужину привремене спречености за рад због болести и повреде осигураника до 30 дана спречености за рад и предлаже првостепеној лекарској комисији продужење привремене спречености за рад, осим ако Законом није друкчије одређено;

12) предлаже првостепеној лекарској комисији да утврди потребу за рад осигураника са скраћеним радним временом у току лечења, у складу са Законом;

13)утврђује потребу да осигурано лице има пратиоца за време путовања;

14)утврђује потребу одсуствовања осигураника са посла ради неге члана уже породице, у складу са чланом 79. став 1. Закона;

15) даје мишљење о томе да ли је осигураник намерно проузроковао неспособност за рад, односно да ли је оздрављење намерно спречио;

16) даје налаз и мишљење о здравственом стању осигураног лица на основу чега се издаје потврда о здравственом стању осигураног лица ради коришћења здравствене заштите у иностранству;

17) одређује употребу и врсту превозног средства за превоз болесника, с обзиром на његово здравствено стање;

18) врши друге послове у вези са остваривањем права из здравственог осигурања, у складу са уговором између Републичког завода, односно филијале и даваоца здравствених услуга.

Поред послова из става 1. овог члана, изабрани лекар, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, одређује старост трудноће ради остваривања права на одсуствовање са рада због трудноће и порођаја, даје мишљење о здравственом стању детета ради остваривања права осигураника на одсуствовање са рада због неопходне посебне неге детета, у складу са законом и утврђује привремену спреченост за рад осигураника са прописима о запошљавању и осигурању за случај незапослености.

Изабрани лекар даје оцену привремене спречености за рад на основу непосредног прегледа осигураника и на основу медицинске документације.

Члан 32.

Изабрани лекар на основу мишљења доктора медицине-специјалисте одговарајуће гране медицине, упућује осигурано лице у здравствену установу која обавља здравствену делатност на терцијарном нивоу.

Члан 33.

Изабрани лекар може овлашћења из члана 31. овог правилника, а која се односе на дијагностику и лечење, укључујући и прописивање лекова на рецепт (за ТБЦ и ХИВ), као и упућивање на стационарно лечење да пренесе на надлежног лекара-специјалисту, ако то захтева здравствено стање осигураног лица и рационалност у пружању здравствене заштите.

Изабрани лекар у случају из става 1. овог члана, упутом преноси овлашћење на надлежног лекара специјалисту. На упуту мора прецизно да се наведе која овлашћења се преносе и за који период.

Лекар специјалиста, коме је изабрани лекар пренео своја овлашћења, дужан је без обзира на трајање овлашћења, једном месечно да извештава изабраног лекара о току лечења осигураног лица.

Члан 34.

Осигурано лице је дужно да прихвати савет изабраног лекара, да по добијеним упутствима употребљава прописане лекове, да се подвргне лабораторијским, радиолошким и другим испитивањима на која је упућен као и да се јави здравственој установи у коју је упућен на амбулантно-специјалистички преглед, стационарно лечење или лекарску комисију за оцену здравственог стања и радне способности, или оцену радне способности по прописима о пензијском и инвалидском осигурању и у другим случајевима.

1.2. СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Члан 35.

Специјалистичко-консултативну здравствену заштиту осигурано лице остварује у најближој здравственој установи на подручју матичне филијале са упутом изабраног лекара који важи најдуже 30 дана од дана издавања.

Изабрани лекар у упуту лекару специјалисти прецизно поставља захтев у вези са даљим испитивањем и лечењем осигураног лица.

Изабрани лекар уз упут из става 2. овог члана лекару специјалисти обавезно доставља налазе о здравственом стању осигураног лица, првенствено резултате лабораторијских, радиолошких и других испитивања обављених на нивоу примарне здравствене заштите.

Члан 36.

Лекар специјалиста обавезно у свом извештају доставља изабраном лекару образложен налаз, оцену и мишљење са упутством о даљем лечењу осигураног лица.

Члан 37.

Осигурано лице је дужно да изабраном лекару који је издао упут достави на увид извештај лекара специјалисте. Уколико је лекар специјалиста ради лечења и контроле уписао у извештај датум поновног јављања на преглед, изабрани лекар уноси у здравствени картон датум поновног јављања и враћа извештај лекара специјалисте осигураном лицу.

Лекар специјалиста, осигураном лицу које има право на накнаду трошкова превоза, у образац потврде о потреби путовања у циљу остваривања здравствене заштите, уписује час и датум јављања и обављања прегледа, уз потпис са факсимилом и печатом здравствене установе.

Члан 38.

По обављеном специјалистичко-консултативном прегледу односно лечењу, осигурано лице је дужно да се јави изабраном лекару који га је упутио на преглед односно лечење, најкасније у року од три дана.

Непридржавање обавезе из става 1. овог члана без оправданог разлога, сматра се намерним спречавањем и одуговлачењем лечења.

1.3. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА У СТАЦИОНАРНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Члан 39.

Осигурано лице остварује стационарно лечење у најближој одговарајућој стационарној здравственој установи на подручју матичне филијале, по упуту изабраног лекара који важи најдуже 30 дана од дана издавања, осим у случајевима пружања хитне медицинске помоћи када се ово лечење остварује изузетно и без упута.

Члан 40.

Здравствена установа је дужна да прими осигурано лице на лечење одмах, без одлагања уколико је у питању пружање хитне медицинске помоћи.

Осигурано лице биће примљено на стационарно лечење у здравствену установу у коју је упућено само уколико је то мадицински неопходно, односно оправдано, а адекватно лечење не може да се пружи у амбулантним или кућним условима.

Уколико утврди да су испуњени услови из става 2. овог члана, здравствена установа у коју је осигурано лице упућено на лечење, дужна је да осигурано лице прими одмах у здравствену установу, а ако то није могуће да закаже пријем на лечење и осигурано лице стави на листу заказивања и одреди датум пријема на лечење, с тим да време чекања на пријем не може да буде такво да угрози здравље или живот осигураног лица.

Уколико здравствена установа није могла да прими на лечење осигурано лице које је имало заказан пријем, дужна је да осигураном лицу закаже поновни пријем на лечење најкасније у року од 30 дана од дана отказаног пријема.

Члан 41.

Осигурано лице по завршеном лечењу у стационарној здравственој установи добија отпусну листу која садржи и исцрпне налазе, одговарајуће савете, упутство изабраном лекару о даљем лечењу.

Отпусна листа из става 1. овог члана, по потреби, садржи и констатацију о потреби превоза санитетским колима.

1.4. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ВАН ПОДРУЧЈА МАТИЧНЕ ФИЛИЈАЛЕ

Члан 42.

Када изабрани лекар оцени да осигураном лицу не може да се обезбеди одговарајућа здравствена заштита у здравственим установама на подручју матичне филијале, дужан је да изда упут за најближу одговарајућу здравствену установу ван подручја матичне филијале која може да пружи здравствену заштиту осигураном лицу.

На упуту из става 1. овог члана, лекарска комисија матичне филијале даје претходну сагласност, осим у хитним случајевима.

Када осигурано лице остварује здравствену заштиту ван подручја матичне филијале као хитан случај без упута изабраног лекара, односно без сагласности лекарске комисије матичне филијале, здравствена установа је дужна у року од три дана од дана пријема осигураног лица на лечење да затражи сагласност лекарске комисије матичне филијале за наставак лечења.

Лекарска комисија матичне филијале дужна је у року од седам дана од дана пријема захтева из става 3. овог члана, да достави здравственој установи сагласност, односно оцену о потреби наставка даљег лечења осигураног лица.

Уколико лекарска комисија матичне филијале, не достави оцену у року из става 4. овог члана, осигурано лице има право на накнаду трошкова лечења на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Члан 43.

Осигурано лице које привремено борави ван подручја матичне филијале ради школовања, студирања, стручног усавршавања, смештаја у установама социјалне заштите и у хранитељској пороцици, остварује здравствену заштиту у здравственим установама на подручју филијале где привремено борави, као и у здравственим установама на подручју матичне филијале.

У осталим случајевима привременог боравка ван подручја матичне филијале, осигураном лицу се обезбеђује само хитна здравствена заштита.

У случају када осигурано лице остварује здравствену заштиту ван подручја матичне филијале у складу са ставом 1. овог члана, ту здравствену заштиту остварује на начин и по поступку који се примењују за осигурана лица филијале на чијем се подручју налази здравствена установа која пружа здравствену заштиту.

1.5. ПРОДУЖЕНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Члан 44.

Осигураним лицима обезбеђује се рехабилитација у стационарним здравственим установама специјализованим за рехабилитацију (продужена рехабилитација) као континуирани продужетак лечења и рехабилитације, у оквиру индикационог подручја, када се функционалне сметње не могу ублажити или отклонити са подједнаком ефикасношћу у амбулантно-поликлиничким

условима и у оквиру болничког лечења основне болести, у складу са Законом, општим актом Републичког завода и овим правиликом.

Члан 45.

Осигурано лице остварује продужену рехабилитацију на основу предлога изабраног лекара и мишљења лекара-специјалисте одговарајуће специјалности.

Образложени предлог из става 1. овог члана са потпуном медицинском документацијом, доставља се лекарској комисији матичне филијале осигураног лица.

Члан 46.

Осигурано лице које се налази на стационарном лечењу остварује право на продужену рехабилитацију, на предлог те здравствене установе.

Здравствена установа из става 1. овог члана доставља предлог лекарској комисији матичне филијале осигураног лица пре истека две трећине времена лечења осигураног лица, о чему лекарска комисија даје оцену по хитном поступку.

Члан 47.

Лекарска комисија даје оцену о потреби упућивања осигураног лица на продужену рехабилитацију, дужину њеног трајања, неопходност пратиоца у путу и за време рехабилитације, као и врсту превоза.

Лекарска комисија даје оцену на основу прегледа осигураног лица и медицинске документације, а изузетно само на основу медицинске документације.

Оцена лекарске комисије са образложењем доставља се осигураном лицу, стационарној здравственој установи специјализованој за рехабилитацију, односно стационарној здравственој установи у којој се лечи осигурано лице када се ради о наставку стационарног лечења.

Члан 48.

Осигурано лице остварује продужену рехабилитацију по позиву стационарне здравствене установе специјализоване за рехабилитацију која је дужна да осигурано лице позове одмах, а најкасније у року од три месеца по пријему упута, водећи рачуна да приоритет имају осигурана лица упућена на продужену рехабилитацију у току трајања стационарног лечења.

Члан 49.

Осигурано лице дужно је да започне продужену рехабилитацију у року назначеном у позиву упућеном од стране стационарне здравствене установе специјализоване за рехабилитацију.

Ако је осигурано лице из оправданог разлога (болест, смртни случај у породици и др.) спречено да одређеног дана започне рехабилитацију, дужно је

да о томе обавести стационарну здравствену установу која га је позвала на рехабилитацију.

Члан 50.

У случају да осигурано лице због акутног обољења или другог оправданог медицинског разлога, по мишљењу надлежног лекара стационарне здравствене установе специјализоване за рехабилитацију, буде принуђено да прекине рехабилитацију, може у споразуму са том здравственом установом да настави започету рехабилитацију, уколико нису наступиле контраиндикације, а најкасније у року од три месеца од дана прекида рехабилитације.

1.6. ХИТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЋ

Члан 51.

Хитна медицинска помоћ јесте непосредна–тренутна медицинска помоћ која се пружа да би се избегло довођење осигураног лица у животну опасност, односно непоправљиво или озбиљно слабљење или оштећење његовог здравља или смрт.

Под хитном медицинском помоћи сматра се и медицинска помоћ која се пружа у току од 12 сати од момента пријема осигураног лица да би се избегао очекивани настанак хитног медицинског стања.

Хитна медицинска помоћ пружа се на месту медицинске хитности или у здравственој установи, са или без упута изабраног лекара као и у случају када осигурано лице није у могућности да поднесе доказ о својству осигураног лица, под условима прописаним Законом и овим правилником.

Хитну медицинску помоћ пружа осигураним лицима најближа здравствена установа, односно приватна пракса, без обзира да ли је закључен уговор о пружању здравствених услуга.

Члан 52.

У случају потребе да се осигурано лице коме је указана хитна медицинска помоћ, ради дефинитивног медицинског збрињавања упути у другу здравствену установу, установа која је указала хитну медицинску помоћ дужна је да организује санитетски превоз са медицинским збрињавањем и пратњом одговарајућег здравственог радника у путу.

Члан 53.

Уколико здравствена установа по добијеном позиву за указивање хитне медицинске помоћи није ову помоћ благовремено указала, односно није благовремено обезбедила превоз санитетским возилом до одговарајуће здравствене установе, за превоз осигураног лица може да се употреби друго превозно средство до најближе здравствене установе.

Оправданост коришћења другог превозног средства у случају из става 1. овог члана цени лекарска комисија.

Члан 54.

Превоз санитетским колима обезбеђује стационарна здравствена установа осигураном лицу у случају да транспорт другим превозним средством може да угрози живот и здравље осигураног лица.

Члан 55.

Осигурано лице сноси трошкове пружања хитне медицинске помоћи и настале трошкове прегледа и превоза санитетским колима у случају неоправданог захтева за указивање хитне медицинске помоћи.

1.7. КУЋНО ЛЕЧЕЊЕ

Члан 56.

Осигураном лицу обезбеђује се кућно лечење у складу са Законом и овим правилником.

Кућно лечење је оправдано и медицински неопходно у случају када је од стране изабраног лекара или лекара специјалисте индикована примена парентералних лекова, медицинских и рехабилитационих процедура које здравствени радник може да пружиу кућним условима осигураном лицу које је непокретно или чије кретање захтева помоћ другог лица.

Кућно лечење се спроводи и као наставак стационарног лечења.

Члан 57.

Изабрани лекар одређује врсту и дужину кућног лечења и прати његово спровођење.

1.8. ЛЕЧЕЊЕ ДИЈАЛИЗОМ У КУЋНИМ УСЛОВИМА

Члан 58.

Лечење дијализом у кућним условима, односно хемодијализом и перитонеумском дијализом осигурана лица остварују у складу са општим актима Републичког завода којима се уређују стандарди за дијализе и цене материјала за дијализе које се обезбеђују на терет средстава здравственог осигурања.

Члан 59.

Лечење хемодијализом у кућним условима осигурано лице остварује:

1) на предлог стручног конзилијума здравствене установе која пружа здравствене услуге хемодијализе;
2) када осигурано лице обезбеди апарат за хемодијализу у кућним условима;
3) када осигурано лице има обезбеђен наменски простор у кућним условима;

4) када је осигурано лице, односно члан његове породице или лице које се стара о њему, обучено за обављање хемодијализе у кућним условима.

Члан 60.

Предлог стручног конзилијума здравствене установе из члана 59. тачка 1) овог правилника, садржи:

1) медицинске индикације утврђене општим актом Републичког завода којим се уређују стандарди за дијализе које се обезбеђују на терет средстава здравственог осигурања;
2) мишљење о испуњености услова из члана 59. овог правилника;
3) датум почетка лечења хемодијализом у кућним условима.

Здравствена установа из става 1. овог члана доставља матичној филијали предлог стручног конзилијума и спецификацију материјала за лечење хемодијализом у кућним условима, а изабраном понуђачу из члана 61. овог правилника, спецификацију материјала за лечење.

Лекар специјалиста здравствене установе у којој осигурано лице које се лечи перитонеумском дијализом обавља контролне прегледе, доставља матичној филијали предлог и спецификацију материјала за лечење перитонеумском дијализом, а изабраном понуђачу из члана 61. овог правилника, спецификацију материјала за лечење.

Лекарска комисија матичне филијале даје оцену о предлогу стручног конзилијума из става 1. овог члана и лекара специјалисте из става 3. овог члана и о својој оцени обавештава здравствену установу у року од 5 дана од дана добијања предлога.

До добијања оцене лекарске комисије из става 4. овог члана, здравствена установа је дужна да осигурано лице лечи хемодијализом, односно перитонеумском дијализом у болничким (стационарним) условима.

Члан 61.

По добијању сагласности лекарске комисије из члана 60. став 4. овог правилника, материјал за лечење хемодијализом, односно перитонеумском дијализом у кућним условима, осигураном лицу обезбеђује изабрани понуђач са којим је Републички завод закључио уговор.

Члан 62.

У случају да се здравствено стање осигураног лица промени у мери да није могуће лечење хемодијализом односно перитонеумском дијализом, или осигурано лице не сарађује у лечењу и неоправдано не долази на контроле у надлежну здравствену установу, стручни конзилијум односно лекар специјалиста надлежне здравствене установе даје предлог, са образложењем, за прекид и престанак лечења хемодијализом односно перитонеумском дијализом у кућним условима, о чему оцену даје лекарска комисија матичне филијале.

1.9. ПРЕВЕНЦИЈА, ПРЕГЛЕДИ И ЛЕЧЕЊЕ БОЛЕСТИ УСТА И ЗУБА

Члан 63.

Превенцију, прегледе и лечење болести уста и зуба осигурано лице остварује непосредно код изабраног лекара - доктора стоматологије (у даљем тексту: доктор стоматологије) у здравственим установама на подручју матичне филијале.

Доктор стоматологије упућује осигурано лице у здравствене установе на подручју, односно ван подручја матичне филијале на начин и по поступку утврђеним чл. 35 и 42. овог правилника.

Стоматолошке надокнаде осигурано лице остварује на начин и по поступку прописаним општим актом Републичког завода којим се уређују медицинско-техничка помагала.

1.10. МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКА ПОМАГАЛА

Члан 64.

Осигураним лицима обезбеђују се медицинско-техничка помагала у складу са општим актом Републичког завода којим се уређују медицинско-техничка помагала.

1.11. ЛИСТА ЧЕКАЊА И ПРЕТХОДНО ОБАВЕШТЕЊЕ ОСИГУРАНОМ ЛИЦУ

Члан 65.

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).

Листа чекања утврђује се за:

1) преглед методом компјутеризоване томографије (CT) и методом магнетне резонанције (MR);
2) дијагностичку коронарографију и/или катетеризацију срца;
3) реваскуларизацију миокарда;
4) уградњу трајног вештачког водича срца (TVES) и кардиовертер дефибрилатора (ICD);
5) инплантацију вештачких валвула;
6) уграђивање графтова од вештачког материјала и ендоваскуларних графт протеза;
7) уградњу ендопротеза кука и колена;
8) инструменталну сегменталну корекцију деформација кичменог стуба код деце.

Листу чекања из става 2. овог члана здравствена установа утврђује према „Клиничким критеријумима и методологији за утврђивање листе и времена чекања за здравствене услуге у здравственим установама“, из акта који је донео министар здравља за праћење квалитата рада у здравственим установама.

Уколико осигурано лице користи здравствене услуге мимо листе чекања, трошкови падају на његов терет и не могу се накнадити из средстава обавезног здравственог осигурања.

Члан 66.

Ако здравствена установа са којом је Републички завод, односно матична филијала закључила уговор утврди да здравствена услуга није медицински неопходна, односно оправдана за здравствено стање осигураног лица, дужна је да о томе изда писмено обавештење осигураном лицу пре пружања здравствене заштите (у даљем тексту: претходно обавештење).

Претходно обавештење здравствена установа мора дати и осигураном лицу које ставља на листу чекања.

Ако се осигураном лицу поред претходног обавештења из става 1. овог члана, здравствена услуга пружа на лични захтев осигураног лица, трошкови здравствене услуге падају на терет осигураног лица.

1.12. ПРАВО НА ЛЕКОВЕ И МЕДИЦИНСКА СРЕДСТВА

Члан 67.

Право на лекове осигураном лицу обезбеђује се у складу са општим актом Републичког завода којим се уређује Листа лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања (у даљем тексту: Листа лекова).

Изузетно од става 1. овог члана, осигураном лицу се обезбеђује и лек који није на Листи лекова, а медицински је неопходан за лечење, под условима утврђеним општим актом Републичког завода којим се уређује садржај и обим права на здравствену заштиту.

Члан 68.

Право на медицинска средства, осигураном лицу обезбеђује се у складу са општим актом Републичког завода којим се утврђују врста и стандард медицинских средстава која се уграђују у организам осигураног лица (у даљем тексту: имплантати), као и друге врсте неопходних медицинских средстава.

Члан 69.

Осигураном лицу лек прописује и рецепт издаје изабрани лекар из члана 17. овог правилника.

Осигураном лицу лек прописује и рецепт издаје и лекар специјалиста када му изабрани лекар пренесе овлашћење у складу са чланом 33. овог правилника.

Осигураном лицу лек може да пропише и лекар специјалиста код кога је изабрани лекар упутио осигурано лице ради остваривања специјалистичко-консулататативне здравствене заштите, у извештају који се доставља изабраном лекару.

На основу извештаја лекара специјалисте из става 3. овог члана, осигураном лицу рецепт за прописани лек издаје изабрани лекар.

Лекари из ст. 1, 2. и 3. овог члана могу прописивати лекове само из свог делокруга рада.

Лекарима из ст. 1. и 2. овог члана додељује се ИД број за прописивање лекова на рецепт у складу са општим актом Републичког завода.

Члан 70.

У току стационарног лечења осигураном лицу стационарна здравствена установа дужна је да обезбеди све неопходне лекове и медицинска средства.

Осигураном лицу на стационарном лечењу, лек који је на Листи лекова прописује лекар стационарне здравствене установе, при отпусту ради настављања лечења.

Члан 71.

Стационарна референтна здравствена установа обезбеђује осигураном лицу лек који није на Листи лекова, под условима прописаним општим актом Републичког завода којим се уређује садржај и обим здравствене заштите и то за време:

1) стационарног лечења;
2) лечења у дневној болници;
3) у току амбулантно-поликлиничког лечења.

Члан 72.

У установама социјалне заштите са којима Републички завод има закључен уговор о пружању здравствених услуга, осигураном лицу смештеном у установу социјалне заштите, лек прописује и рецепт издаје лекар установе социјалне заштите, односно изабран лекар из члана 18. овог правилника.

Члан 73.

У другим облицима обављања здравствене делатности-приватна пракса, са којима Републички завод има закључен уговор, осигураном лицу лек прописује и рецепт издаје лекар из области: опште медицине, гинекологије, педијатрије и стоматологије.

Члан 74.

Изузетно, осигураном лицу се накнађују трошкови набавке лека са Листе лекова у складу са општим актом Републичког завода којим се уређује садржај и обим права на здравствену заштиту.

Члан 75.

Лекар је дужан да сваки прописани лек упише у здравствени картон осигураног лица и при томе наведе назив лека, фармацеутски облик лека, његову количину, јачину и начин примене.

У случајевима када се здравствена заштита остварује ван подручја матичне филијале и у случају пружања хитне медицинске помоћи, подаци из става 1. овог члана уписују се у протокол болесника.

IV. ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА НА НОВЧАНЕ НАКНАДЕ

1. Остваривање права на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураника

Члан 76.

О праву на накнаду зараде за време привремене спречености за рад (у даљем тексту: накнада зараде) решава послодавац, ако се накнада зараде исплаћује на терет послодавца, а матична филијала, ако се накнада исплаћује на терет те филијале.

Накнада зараде исплаћује се на основу поднетих доказа, без подношења захтева.

На захтев осигураника, исплатилац новчане накнаде дужан је да му изда решење.

Члан 77.

Исплата накнаде зараде врши се на основу:

1) извештаја о привременој спречености за рад (у даљем тексту: дознака) и оцене лекарске комисије;
2) потврде о оствареној заради за утврђивање основа за обрачун накнаде зраде;
3) потврде о кретању (порасту-смањењу) зарада код послодавца за прво усклађивање основа за накнаду зараде запосленог;
4) потврде о кретању (порасту-смањењу) зарада код послодавца за наредна усклађивања основа за накнаду зараде запосленог;
5) списка обрачунатих-исплаћених накнада зарада;
6) доказа да је доспели допринос плаћен и то: за запослене из члана 17. став1. ач.1-7. Закона - изјаве послодавца да је доспели допринос плаћен; за предузетнике из члана 17, став 1. тачка 18. Закона - уверења пореске управе да је доспели допринос плаћен; за свештенике из члана 17. став 1. тачка 20. Закона - уверења пореске управе да је доспели допринос плаћен; за верске службенике из члана 17. став 1. тачка 20. Закона - изјаве послодавца да је доспели допринос плаћен;
7) доказа да је предата документација за утврђивање радне способности, односно инвалидности по прописима о пензијском и инвалидском осигурању;

8) доказа за другог родитеља у случају неге детета, у складу са чланом 80. Закона;
9) доказа о претходном стажу осигурања.

Члан 78.

Дознаку издаје изабрани лекар из члана 17. овог правилника.

Уколико дознаку издаје осигуранику изабрани лекар из области гинекологије, педијатрије или стоматологије, дужан је да о томе обавести изабраног лекара из области опште медицине, односно медицине рада, због повезивања привремене спречености за рад у складу са Законом.

Члан 79.

Послодавац који исплаћује накнаду зараде која се обезбеђује из средстава Републичког завода, дужан је да матичној филијали достави Списак обрачунатих - исплаћених накнада зарада у два примерка са документацијом из члана 77. овог правилника ради претходне контроле.

Матична филијала је дужна да изврши контролу документације и обрачуна, односно утврди право на накнаду и висину накнаде и најкасније у року од 30 дана од дана пријема обрачуна од послодавца изврши пренос одговарајућег износа средстава на посебан рачун послодавца.

Члан 80.

Матична филијала задржава у својој евиденцији један примерак Списка обрачунатих-исплаћених накнада зарада са доказима на основу којих је извршен обрачун накнаде зараде. Други примерак Списка обрачунатих-исплаћених накнада зарада оверава се потписом овлашћеног лица и печатом филијале и враћа се послодавцу.

Члан 81.

Предузетницима и запосленима код предузетника, под условом да предузетници немају посебан рачун, као и свештеницима и верским службеницима, накнаду зараде која се обезбеђује из средстава матичне филијале, обрачунава и исплаћује матична филијала.

Члан 82.

За осигуранике који су запослени код више послодаваца, право на накнаду зараде утврђује матична филијала, на основу доказа из члана 77. овог правилника.

Матичној филијали обрачун подноси послодавац на основу чије пријаве је утврђено својство осигураника, уз достављање доказа од свих послодаваца.

Матична филијала је дужна да изврши контролу документације и обрачуна, односно утврди право на накнаду и висину накнаде и најкасније у

року од 30 дана од дана пријема обрачуна од послодавца, изврши пренос одговарајућег износа средстава на посебни рачун оног послодавца који је доставио обрачун.

2. Остваривање права на накнаду трошкова превоза

Члан 83.

О праву на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите решава матична филијала.

Накнада трошкова превоза исплаћује се на основу поднетих доказа.

На захтев осигураног лица матична флијала дужна је да изда решење.

Члан 84.

Докази за исплату накнаде трошкова превоза из члана 83. став 2. овог правилника јесу:

1) потврда о потреби путовања оверена датумом и печатом здравствене установе и потписом и факсимилом лекара;
2) превозна карта или доказ о цени превоза (потврда превозника или ценовник превозника).

V. КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ИНОСТРАНСТВУ

Члан 85.

Ради коришћења здравствене заштите у иностранству у складу са Законом, матична филијала издаје осигураном лицу потврду о коришћењу здравствене заштите.

VI.ОБРАСЦИ ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 86.

Обрасци за остваривање права из обавезног здравственог осигурања јесу:

1. Изјава о избору изабраног лекара – Образац ИЛ;
2. Упут за лабораторију – Образац ОЗ-1;
3. Упут доктору специјалисти – Оразац ОЗ-2;
4. Упут за стационарно лечење – Образац ОЗ-3;
5. Упут лекарској комисији - Образац ОЗ-4;
6. Оцена другостепене лекарске комисије - Образац ОЗ-5;
7. Оцена лекарске комисије о потреби рада са скраћеним радним временом у току трајања привремене спречености за рад - Образац ОЗ-6;
8. Лекарски рецепт - Образац ЛР-1;

9. Налог за прописивање и издавање лекова са Листе лекова под посебним режимом издавања – Образац N-1;
10. Налог за прописивање и издавање лекова који се не налазе на Листи лекова – Образац N-2;
11. Налог за давање ињекција – Образац ОЗ-7;
12. Извештај о привременој спречености за рад – Образац ОЗ-8;
13. Потврда о оствареној заради за утврђивање основа за обрачун накнаде зраде – Образац ОЗ-9;
14. Потврда о кретању (порасту-смањењу) зарада код послодавца за прво усклађивање основа за накнаду зараде запосленог – Образац ОЗ-10;
15. Потврда о кретању (порасту-смањењу) зарада код послодавца за наредна усклађивања основа за накнаду зараде запосленог -Образац ОЗ-10/1;
16. Списак обрачунатих-исплаћених накнада зарада – Образац ОЗ-11;
17. Потврда о потреби путовања у циљу остваривања здравствене заштите – Образац ОЗ-12.
18. Потврда о коришћењу здравствене заштите у иностранству – Образац ОЗ-13;

Члан 87.

Изјава о избору изабраног лекара даје се на обрасцу Изјава о избору изабраног лекара - Образац ИЛ.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210mm x 297mm) штампан црном бојом на хартији беле боје.

Члан 88.

Изабрани лекар осигурано лице упућује на дијагностику и даље лечење на основу:

1) Упута за лабораторију – Образац ОЗ-1;
2) Упута доктору специјалисти – Оразац ОЗ-2;
3) Упута за стационарно лечење – Образац ОЗ-3;

Обрасци из става 1. овог члана су листови формата А4, (димензије 210mm x 297mm), боја штампе за образац из тачке 1) - браон, за образац из тачке 2) – плава и за образац из тачке 3) – зелена, на хартији беле боје.

Упут за доктора специјалисту и Упут за стационарно лечење из става 1. тач. 2 и 3. овог члана, на полеђини обрасца садрже оцену лекарске комисије која се даје када се осигурано лице упућује на лечење ван подручја матичне филијале.

Члан 89.

На обрасцу Упут лекарској комисији - Образац ОЗ-4, даје се и оцена првостепене лекарске комисије.

Образац из став 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210mm x 297mm) штампан плавом бојом на хартији беле боје.

Оцена другостепене лекарске комисије даје се на обрацу Оцена другостепене лекарске комисије - Образац ОЗ-5.

Образац из става 3. овог члана је лист формата А4 (димензије 210mm x 297mm) штампан црном бојом на хартији беле боје.

Члан 90.

Право на рад са скраћеним радним временом у току лечења, ради бржег успостављања пуне радне способности остварује се на основу обрасца Оцена лекарске комисије о потреби рада са скраћеним радним временом у току трајања привремене спречености за рад - Образац ОЗ-6.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А5 (димензије 210mm x 145mm) штампан браон бојом на хартији беле боје.

Члан 91.

Право на лекове остварује се на основу образаца:

1) Лекарски рецепт - Образац ЛР-1 (у даљем тексту: лекарски рецепт);
2) Налог за прописивање и издавање лекова са Листе лекова под посебним режимом издавања - Образац N-1 (у даљем тексту:налог N-1);
3) Налог за прописивање и издавање лекова који се не налазе на Листи лекова – Образац N-2 (у даљем тексту: налог N-2);
4) Налог за давање ињекција – Образац ОЗ-7;

Члан 92.

Лекарски рецепт је образац правоугаоног облика, ширине 97mm, дужине 200mm (блок 100 листова), папир граматуре 80 g/m2, боја штампе црна и светлозелена са антикопи елементима и гијош мрежицама са розетом у оранж и светло црвеној боји, на хартији беле боје.

Лекарски рецепт у горњем десном углу обрасца има серијски број црне боје и бар-код тога броја. Серијски број је нумерички и има дванаест цифара. Прве две цифре означавају филијалу Републичког завода на чијем подручју је седиште здравствене установе у којој се прописују лекови, трећа цифра до једанаесте означавају редни број штампаног обрасца рецепта у оквиру једне филијале Републичког завода, а дванаеста цифра означава контролни број према Луновом алгоритму. Серијским бројем обезбеђује се контрола: штампања и дитрибуције образаца ЛР-1, прописивања лекова и издавања лекова на лекарски рецепт.

Лекарски рецепт се користи за прописивање и издавање лекова са Листе лекова. На једном обрасцу лекарског рецепта може се прописати само један лек за једно осигурано лице.

Члан 93.

Налог N-1 је образац правоугаоног облика, ширине 190mm и дужине 120mm, боја штампе розе, тамно розе и црна на хартији беле боје.

На налогу N-1 у горњем левом углу налази се јединствени осмоцифрени број који служи за идентификацију референтне здравствене установе, у

средини се налази текст „Републички завод за здравствено осигурање“ и у горњем десном углу је ознака N-1.

На налогу N-1 прописују се и издају лекови са Листе лекова са посебним режимом издавања.

Налог N-1 има три карбонизирана примерка (оригинал и две копије). Оригинал се доставља надлежној филијали Републичког завода, једна копија остаје у болничкој апотеци, а другу копију задржава лекар који је прописао лек.

На налогу N-1 може да се пропише само један лек за једно осигурано лице.

На налогу N-1 лекови се издају само у болничким апотекама референтних здравствених установа.

Члан 94.

Налог N-2 је образац правоугаоног облика, ширине 190 mm и дужине 120 mm, боја штампе светло плава, плава и црна на хартији беле боје.

На налогу N-2 у горњем левом углу налази се јединствени осмоцифрени број који служи за идентификацију референтне здравствене установе, у средини се налази текст „Републички завод за здравствено осигурање“ и у горњем десном углу је ознака N-2.

На налогу N-2 прописују се и издају лекови који се не налазе на Листи лекова у складу са општим актом Републичког завода.

Налог N-2 има три карбонизирана примерка (оригинал и две копије). Оригинал се доставља надлежној филијали Републичког завода, једна копија остаје у болничкој апотеци, а другу копију задржава лекар којије прописао лек.

На налогу N-2 може да се пропише само један лек за једно осигурано лице

На налогу N-2 лекови се издају само у болничким апотекама референтних здравствених установа.

Члан 95.

Лекарски рецепт, налог N-1 и налог N-2 из члана 91. овог правилника, штампа искључиво понуђач кога у складу са Законом о јавним набавкама изабере и овласти Републички завод.

Здравствене установе обрасце лекарског рецепта, налога N-1 и налога N-2 могу да наручују и преузимају искључиво код понуђача из става 1. овог члана, што се ближе регулише уговором о спровођењу и финансирању здравствене заштите између филијале и здравствене установе.

Члан 96.

Налог за давање ињекција је образац правоугаоног облика, ширине 120 mm и дужине 170mm (блок 100 листова), боја штампе црна на хартији беле боје.

На налогу за давање ињекција - Образац ОЗ-7 прописују се ампулирани лекови са Листе лекова у здравственој установи примарне здравствене заштите.

Члан 97.

Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураник остварује на основу обрасца Извештај о привременој спречености за рад (дознака) – Образац ОЗ-8 .

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210mm x 297 mm) боја штампе зелена на хартији беле боје.

Образац из става 1. овог члана попуњава се у три примерка.

Члан 98.

Обрачун накнаде зараде врши се на основу обрасца Потврда о оствареној заради за утврђивање основа за обрачун накнаде зраде – Образац ОЗ-9.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210mm x 297mm) боја штампе црна на хартији беле боје.

Члан 99.

Усклађивање основа за накнаду зараде врши се на основу образаца:

1) Потврде о кретању (порасту-смањењу) зарада код послодавца за прво усклађивање основа за накнаду зараде – Образац ОЗ-10;
2) Потврде о кретању (порасту-смањењу) зарада код послодавца за наредна усклађивања основа за накнаду зараде – Образац ОЗ-10/1.

Обрасци из става 1. овог члана су листови формата А4 (димензије 210mm x 297mm), боја штампе црна на хартији беле боје.

Потврде из ства 1. овог члана попуњава послодавац и доставља матичној филијали осигураника.

Члан 100.

Евиденција исплаћених накнада зарада води се на обрасцу Списак обрачунатих-исплаћених накнада зарада – Образац ОЗ-11.

Образац из става 1. овог члана је правоугаоног облика, ширине 245mm и дужине 320mm (блок 100 листова), боја штампе црна на хартији беле боје.

Члан 101.

Накнаду трошкова превоза у вези са остваривањем здравствене заштите осигурано лице и пратилац осигураног лица остварују на основу обрасца Потврда о потреби путовања у циљу остваривања здравствене заштите – Образац ОЗ-12.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210mm x 297mm) боја штампе црна на хартији беле боје.

Члан 102.

Право на коришћење здравствене заштите у иностранству на терет средстава обавезног здравственог осигурања у земљама са којима није закључен међународни уговор о социјалном осигурању, осигурано лице

остварује на основу обрасца Потврда о коришћењу здравствене заштите у иностранству – Образац ОЗ-13.

На полеђини обрасца из става 1. овог члана одштампано је објашњење о начину, поступку и условима за коришћење здравствене заштите у иностранству.

Образац из став 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210mm x 297mm) боја штампе црна на хартији беле боје.

VII. ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 103.

Обрасци за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, који се користе до дана ступања на снагу овог правилника могу да се користите до 30. јуна 2007. године.

Члан 104.

Даном почетка примене овог правилника престаје да важи Правилник о условима и начину остваривања права из здравственог осигурања („Службени гласник РС“ бр. 44/99, 37/02, 62/03, 1/04, 43/04, 44/05,109/05), Одлука о пријављивању и евиденцијама у вези са остваривањем права из здравственог осигурања, осим члана 2. став 1. алинеја 8 и члана 13. став 1. („Службени гласник РС“ бр. 18/91), Правилник о обрасцима за остваривање права на здравствену заштиту, начину и поступку вођења евиденција („Службени гласник САПВ“ бр. 30/84 и 6/88), Одлука о обрасцу лекарског рецепта за прописивање и издавање лекова на терет средстава здравственог осигурања („Службени гласник РС“ бр. 37/05) и Одлука о обрасцима налога за прописивање лекова које издају болничке апотеке на терет средстава здравственог осигурања („Службени гласник РС“ бр. 57/05).

Члан 105.

Овај правилник ступа на снагу наредног дана од дана објављивања у „Службеном гласнику РС“, а примењује се од 1. јануара 2007. године.

УПРАВНИ ОДБОР РЕПУБЛИЧКОГ ЗАВОДА
ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

01/2 број: 54-2145/06
У Београду, 11. децембра 2006. године

ПРЕДСЕДНИК

др Рајко Косановић

52006.39/1

ОБРАЗАЦ - ИЛ

ИЗЈАВА О ИЗБОРУ И ПРОМЕНИ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА

ИЗБОР ☐ **ПРОМЕНА** ☐

(уписати знак "x" у одговарајући квадратић)

Шифра даваоца услуге ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Осигурано лице

1. .....
(презиме и име)

2. .....
(РЗЗО-Филијала)

3. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(ЈМБГ)

4. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(ЛБО)

5. .....
(адреса: улица и број, поштански број, место, општина)

6. Пол ☐ (уписати М за мушки или Ж за женски)

7. .....
(број телефона)

Изабрани лекар

1 Доктор медицине, доктор специјалиста опште медицине, специјалиста медицине рада

2 Доктор специјалиста гинекологије

3 Доктор специјалиста педијатарије

4 Доктор стоматологије

(заокружити број изабраног лекара)

5. .....
(презиме и име)

6. ☐☐☐☐☐☐☐☐
(ИД број лекара)

7. .....
(шифра организационе јединице даваоца услуге)

8. .....
(број телефона)

Претходно изабрани лекар

1. .....
(презиме и име)

(попуњава се само у случају промене изабраног лекара)

2. ☐☐☐☐☐☐☐☐
(ИД број лекара)

3. .....
(шифра организационе јединице даваоца услуге)

Разлог промене изабраног лекара

1. Протек календарске године
2. Престанак радног односа изабраног лекара
3. Промена пребивалишта осигураног лица
4. Осигурано лице је незадовољно лекаром који замењује изабраног лекара по истеку рока од 3 месеца
5. Изабрани лекар је одсутан дуже од 6 месеци
6. Неспоразум између осигураног лица и изабраног лекара
7. Други разлози .....

(у случају промене изабраног лекара, заокружити број разлога промене)

Изјављујем да дозвољавам да надлежни овлашћени здравствени радник - надзорник обавезног здравственог осигурања, може да има увид у моје личне податке који се односе на остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

.....	.....	.....
датум и место	потпис здравственог радника и печат даваоца услуге	потпис осигураног лица или овлашћеног лица

Изјава се попуњава у 3 примерка

УПУТ ЗА ЛАБОРАТОРИЈУ	Образац ОЗ-1

Здравствена установа	
Број здравственог картона - протокола	

Здравственој установи

Упућује се	_____ (презиме и име лица чији се материјал шаље) _____ (име једног родитеља)
ЈМБГ	|||||||||||||| ЛБО |||||||||||
члан је породице	_____ сродство _____ (презиме и име носиоца осигурања)
запослен код	
рег. бр.	|||||||||| _____ (основ коришћења права)

Клиничка дијагноза	
Кад је узет материјал	
Ко шаље материјал	
Ко шаље на преглед	
КАКАВ СЕ ПРЕГЛЕД ТРАЖИ	
(налаз се доставља на полеђини или посебно)	

_____ 20___год. М П _____

(потпис и факсимил доктора медицине)

УПУТ ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ

Образац ОЗ-2

Здравствена установа	
Број здравственог картона - протокола	

Здравственој установи	
специјалисти за:	

Упућује се	_____ (презиме и име) _____ (име једног родитеља)
ЈМБГ	|||||||||||||| ЛБО ||||||||||||
члан је породице	_____ сродство _____ (презиме и име носиоца осигурања)
запослен код	
рег. бр.	|||||||||| _____ (основ коришћења права)
упућује се на специјалистички преглед ради:	
_____ 20___год.	М П _____ (потпис и факсимил доктора медицине)

Здравствена установа	Приајвио се дана _____ 20___ у _____ час. Преглед завшен _____ 20___ у _____ час. Број протокола - евиденције _____

ИЗВЕШТАЈ ДОКТОРА СПЕЦИЈАЛИСТЕ

Презиме и име осигураника	
Нашао сам да болује од	
Налаз и мишљење	
_____ 20___год.	М П _____ (потпис и факсимил доктора медицине)

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
- Првостепена лекарска комисија
Број: _____
Дана: _____ 20___. г

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Сагласна да се осигурано лице _____ упути на
(име и презиме)
специјалистички преглед у _____
(назив здравствене установе)
_____
(место)

2 Није сагласна да се осигурано лице упути на специјалистички преглед из следећих разлога:

_____

_____

_____

_____

Лекарска комисија

1 _____
(потпис и факсимил)
2 _____
(потпис и факсимил)
3 _____
(потпис и факсимил)

М П

Напомена: Приговор другостепеној лекарској комисији дозвољен - није дозвољен у року од 3 дана од пријема ове оцене.

УПУТ ЗА СТАЦИОНАРНО ЛЕЧЕЊЕ	Образац ОЗ-3

Здравствена установа	Здравственој установи
Број здравственог картона / протокола	

Упућује се	_____ (презиме и име) _____ (име једног родитеља)
ЈМБГ	|||||||||||||| ЛБО |||||||||||
члан је породице	_____ сродство _____ (презиме и име носиоца осигурања)
запослен код	
рег. бр.	|||||||||| _____ (основ коришћења права)
Дијагноза	

_____ 20___год. М П _____
(потпис и факсимил доктора медицине)

ИЗВЕШТАЈ СТАЦИОНАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

Здравствена установа	Приајвио се дана _____ 20___ у _____ час.
	Број протокола - евиденције _____

Презиме и име осигуираника	
Нашао сам да болује од	
Налаз и мишљење	
Разлог због којег није задржан на лечењу	

_____ 20___год. М П

Место _____

_____
(потпис и факсимил доктора медицине)

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
- Првостепена лекарска комисија
Број: _____
Дана: _____ 20___. г

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Сагласна да се осигурано лице _____ упути на
(име и презиме)
стационарно лечење у _____
(назив здравствене установе)
_____
(место)

2 Није сагласна да се осигурано лице упути на стацинарно лечење из следећих разлога:

_____

_____

_____

Лекарска комисија

1 _____
(потпис и факсимил)
2 _____
(потпис и факсимил)
3 _____
(потпис и факсимил)

М П

Напомена: Приговор другостепеној лекарској комисији дозвољен - није дозвољен у року од 3 дана од пријема ове оцене.

УПУТ ЛЕКАРСКОЈ КОМИСИЈИ	Образац ОЗ-4

Здравствена установа	
Број здравственог картона / протокола	

Републички завод за здравствено осигурање
Филијала
Испостава

Упућује се	_____ (презиме и име)	_____ (име једног родитеља)
ЈМБГ	|||||||||||||	ЛБО |||||||||||
из_____, ул._____, бр._____		
запослен код _____		рег. број ||||||||| шифра делатности |||||
на пословима - радним задацима		
привремено спречен за рад		
упућује се ради оцене радне способности, односно ради		
Ради пуно - скраћено радно време од ____ часова		Инвалид је - није инвалид рада ____ категорије

Клинички, лабораторијски и дртуги налази од значаја за оцену радне способности:
Досадашња терапија:
Дијагноза:

МИШЉЕЊЕ И ПРЕДЛОГ ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ - на основу досадашњих налаза предлажем:
_____ 20___год. Место _____ М П _____ (потпис и факсимил доктора медицине)

Број оцене лекарске комисије	_____	Датум оцене	_____ 20____ год.

Налаз и оцена лекарске комисије:	
М П	Лекарска комисија 1._____ (потпис и факсимил) 2._____ (потпис и факсимил) 3._____ (потпис и факсимил)

Напомена: Приговор другостепеној лекарској комисији дозвољен - није дозвољен, у року од 3 дана од дана пријема ове оцене.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
- Другостепена лекарска комисија
Број: _____
Дана: _____ 20___. г

Образац ОЗ - 5

Другостепена лекарска комисија, решавајући по приговору осигураника - осигураног лица

_____
(име и презиме)

ЈМБГ | | | | | | | | | | | | | ЛБО | | | | | | | | | | |

На оцену Првостепене лекарске комисије са седиштем у _____ број оцене _____ од _____ у вези оцене привремене спречености за рад, односно у вези _____ _____ даје следећу :

ОЦЕНУ

1. Сагласна са оценом Првостепене лекарске комисије из следећих разлога
_____
_____
_____
_____

2. Није сагласна са оценом Првостепене лекарске комисије. Прихвата се приговор осигураника – осигураног лица из следећих разлога
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
- Осигуранику - осигураном лицу
- Првостепеној лекарској конмисији
- Филијали
- Послодавцу

М П

Другостепена лекарска комисија:

1. _____
(потпис и факсимил)
2. _____
(потпис и факсимил)
3. _____
(потпис и факсимил)

Напомена: Ако осигурано лице није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије може захтевати да му Филијала изда решење.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
- Првостепена лекарска комисија
Број: _____
Дана: _____ 20___. г

Образац ОЗ - 6

ОЦЕНА
ЛЕКАРСКЕ КОМИСИЈЕ О ПОТРЕБАМА РАДА СА СКРАЋЕНИМ РАДНИМ ВРЕМЕНОМ У ТОКУ ТРАЈАЊА ПРИВРЕМЕНЕ СПРЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

ОСИГУРАНИК _____
(име и презиме)

ЈМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ЛБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

запослен код, _____

на радном месту _____

привремено спречен за рад од дана _____ 20____ године, могао би да се радом са скраћеним радним временом брже оспособи за рад са пуним радним временом, па се именованом одређује рад са скраћеним радним временом од најмање 4 часа дневно, односно од ___ часова дневно, а у трајању од ___ дана, с тим да рад започне дана _____ 20___ године

Рад са скраћеним радним временом може трајати најдуже три месеца непрекидно или са прекидима у току дванаест месеци од дана почетка рада са скраћеним радним временом.

Послодавац код кога је запослени у радном односу, дужан је да запосленом обезбеди рад са скраћеном радним временом.

Чланови комисије:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

М П

3. _____
(потпис и факсимил)

Образац ЛР – 1

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

000000000000

РЗЗО ФИЛИЈАЛА

ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

НОСИОЦ ОСИГУРАЊА

АДРЕСА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

ЈМБГ ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

ОСНОВ ОСИГУРАЊА

ЈМБГ НОСИОЦА ОСИГУРАЊА

БРОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ КЊИЖИЦЕ

ОСНОВ ОСЛОБАЂАЊА ОД ПАРТИЦИПАЦИЈЕ

РЕГИСТАРСКИ БРОЈ

БРОЈ КАРТОНА / ПРОТОКОЛА

ДРЖАВА

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

ШИФРА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

ШИФРА ПРОПИСАНОГ ЛЕКА

ДИЈАГНОЗА

Rp.

М.П.

ПОТПИС И ШТАМБИЉ ЛЕКАРА

ДАТУМ ПРОПИСИВАЊА ЛЕКА

ИД БРОЈ ЛЕКАРА

ШИФРА ИЗДАТОГ ЛЕКА

КОЛИЧИНА

РЕДНИ БРОЈ РЕЦЕПТА

ЦЕНА ЛЕКА

ДАТУМ ИЗДАВАЊА ЛЕКА

ИЗНОС НАПЛАЋЕНЕ ПАРТИЦИПАЦИЈЕ

ПОТПИС ФАРМАЦЕУТА

М.П.

ЛЕК ПРИМИО

Сл. гласник РС, бр. / 06

ШТАМПА: НБС – ЗИН

Забрањено прештампавање

Jedinstvena šifra: 00000000

REPUBLIČKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Образац N-1

2

Šifra i naziv zdravstvene ustanove:

M.P.
Zdravstvene ustanove

JMBG, ime i prezime osiguranika:

Adresa osiguranika:

Kontakt telefon osiguranika:

Šifra filijale osiguranika:

Registarski broj:

Broj knjižice:

Broj istorije bolesti:

Šifra osnova osiguranja:

Broj i datum donošenja konzilijarnog mišljenja:

dd mm gggg

Šifra propisanog leka:

Količina:

komada
(ampula, tableta, bočica,...)

Indikacije:

Šifra dijagnoze (MKB10):

Zaštićeno ime leka, oblik, doza i pakovanje:

Šifra lekara:

Potpis i pečat lekara:

Šifra izdatog leka:

Količina:

komada
(ampula, tableta, bočica,...)

Datum izdavanja:

dd mm gggg

Potpis farmaceuta:

Jedinstvena šifra: 00000000

REPUBLIČKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Образац N-2

3

Šifra i naziv zdravstvene ustanove:

M.P.
Zdravstvene ustanove

JMBG, ime i prezime osiguranika:

Adresa osiguranika:

Kontakt telefon osiguranika:

Šifra filijale osiguranika:

Registarski broj:

Broj knjižice:

Broj istorije bolesti:

Šifra osnova osiguranja:

Broj i datum donošenja konzilijarnog mišljenja:

dd mm gggg

Šifra propisanog leka:

Količina:

komada
(ampula, tableta, bočica,...)

Indikacije:

Šifra dijagnoze (MKB10):

Zaštićeno ime leka, oblik, doza i pakovanje:

Šifra lekara:

Potpis i pečat lekara:

Šifra izdatog leka:

Količina:

komada
(ampula, tableta, bočica,...)

Datum izdavanja:

dd mm gggg

Potpis farmaceuta:

Lek primio:

Образац ОЗ - 7

Назив здравствене установе у којој је прописан лек

_____

У _____

Презиме и име осигураног лица _____

Адреса _____

Сродство са носиоцем осигурања _____ рег. број

Старост (за децу до 15 година) _____

Број здравственог картона _____ Број здравствене књижице _____

ЈМБГ ЛБО

НАЛОГ ЗА ДАВАЊЕ ИНЈЕКЦИЈА

Осигураном лицу потребно је да се дају следеће инјекције

Ампулирани лекови (назив и јачина)	Прописано ампула	Дато ампула

НАЧИН ДАВАЊА: _____

(ПОТКОЖНО – ИНТРАМУСКУЛАРНО – ИНТРА ВЕНОЗНО)

У размаку времена _____

У здравственој установи У стану осигураног лица

Датум: _____ М П _____

(потпис и факсимил доктора медицине)

НАПОМЕНА: На једном налогу може да се пропише само једна врста ампулираног лека или више врста ако се дају путем једне инјекције.

ПОДАЦИ О ДАВАЊУ ИНЈЕКЦИЈА

_____
(здравствена установа у којој се даје инјекције – штамбиљ)

Ред. бр.	Датум интрвенције	Потпис здравственог радника	Потпис осигураног лица
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Укупан број датих инјекција датих у амбуланти	
Укупан број датих инјекција датих у стану осигураног лица	

ПРИМЕДБА:_____ _____
(датум)

_____

Здравствени радник

_____ _____
(потпис)

Образац ОЗ - 8

ИЗВЕШТАЈ О ПРИВРЕМЕНОЈ СПРЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

1 7

Накнада зараде односи се на време	
	За потпуну спреченост за рад од.....20.....до.....20.....год.
	За скраћено радно време од..... 20 ..... до.....20.....год.
	Обавезан рад од ..... часова дневно.
	На стационарном лечењу .....20.....до.....20.....год.

Узрок привремене спречености						
Болест	Изолација	Пратилац	Одржавање трудноће	Давалац ткива и органа		
1	2	3	4	5		
Повреда на раду	Повреда ван рада	Професионално обољење	Нега детета до 3 године	Нега детета преко 3 године	Нега другог оболелог члана	Породиљско одсуство
6	7	8	9	10	11	12

Дијагноза по МКБ	
Почетна	Завршна

Завршна дијагноза(латински)	
Спољни узрок повреде	
Болест или повреду проузроковало треће лице да ..... 1 не ..... 2 Да ли је рецидив да ..... 3 не 4	

*Одговарајуће заокружити

Оцена лекарске комисије	Број	Датум

Износ исплаћене накнаде

74 80

..... и ..... оболелог члана

(Име) (Датум родјења)

61 Шифра Здравствене установе 2 5

Презиме и име	Датум рођења	
	М	Ж

6 7 8

Матични број 9 21

ЛБО

62 63 Посао који обавља 22 24

Послодавац

64 67 Шифра делатности | Регистарски број 25 34

68 71 Место и адреса становања 35 39

Први дан привремене спречености за рад 40 45

72 Последњи дан привремене спречености за рад 46 51

73 Укупан број радних дана привремене спречености за рад 52 55

У .....

Дана .....20.....год. (М.П.)

Потпис и факсимил изабраног г

..... 56 60

НАЛОГ ЗА ИСПЛАТУ - ДОЗНАКУ

Исплатити - дозначити напред наведеном осигуранику на име накнаде зараде

1) за време од ..... до .....за.....дана у висини % од основа по динара
2) ..... дневно.....динара.....
3) за време од ..... до .....за.....дана у висини % од основа по динара
   ..... дневно.....динара.....
4) за време лечења у стационарној здравственој установи од ..... до.....
   за дана ..... у висини .....% од накнаде по динара .....дневно
   ..... динара .....

Потпис		
ликвидатора	контролора	благајника

Дозначено преко - .....банке на текући рачун.....
налогом број .....

Потпис .....

Укупно динара .....

(словима динара: .....

.....

Дана ..... 20..... године

Образац ОЗ - 9

Назив и седиште послодавца _____

Регистарски број _____

Посебан текући рачун _____

Телефон _____

П О Т В Р Д А

О ОСТВАРЕНОЈ ЗАРАДИ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ОСНОВА ЗА ОБРАЧУН НАКНАДЕ ЗАРАДЕ

I Запослени _____, број здравствене књижице _____,

ЈМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ЛБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Остварио је зараде* у три месеца која претходе месецу у коме је наступила привремена спреченост за рад и то:

1.МЕСЕЦ/ГОДИНА	2. УКУПАН БРОЈ ЕФЕКТИВНИХ ЧАСОВА ЗА КОЈЕ ЈЕ ЗАПОСЛЕНИ ОСТВАРИО ЗАРАДУ	3. ИЗНОС ОСТВЕРЕНЕ ЗАРАДЕ ЗА ЕФЕКТИВНЕ ЧАСОВЕ

Укупно: _____ Укупно: _____

Просек: _____ Просек: _____

Преосечан износ остверене зараде по часу = укупно ред.бр 3: укупно ред.бр 2

* под оствареном зарадом подразумева се основна зарада запосленог увећана за минули рад.У зараду не улази:

- увећана зарада запосленог из члана 108. тачка 1.,2. и 3. Закона о раду
- накнада трошкова из члана 118. Закона о раду
- друга примања из члана 119. и 120. Закона о раду
- накнада зараде по прописима о пензиско-инвалидском осигурању

I I Запослени има – нема претходни стаж здравственог осигурања у трајању од најмање три месеца непрекидно или шест месеци са пекидима у последњих осамнаест месеци пре почетка коришћења права из обавезног здравственог осигурања.

У _____

Дана _____ М П

ПОТПИС ОВЛАШЋЕНОГ ЛИЦА КОД ПОСЛОДАВЦА

_____

Образац ОЗ – 10

Назив и седиште послодавца _____

Регистарски број _____

Посебан текући рачун _____

Телефон _____

П О Т В Р Д А

О КРЕТАЊУ (ПОРАСТУ-СМАЊЕЊУ) ЗАРАДА КОД ПОСЛОДАВЦА ЗА ПРВО УСКЛАЂИВАЊЕ ОСНОВА ЗА НАКНАДУ ЗАРАДЕ ЗАПОСЛЕНОГ

ПРВО УСКЛАЂИВАЊЕ

Месеци _____ 200___	**Месец _____ 200___**
КОЛОНА 1	КОЛОНА 2
Ред.број 1:укупна зарада за ефективне сате на нивоу послодавца за три календарска месеца која претходе месецу у коме је наступила привремена спреченост за рад запосленог _____	Ред.број 1:укупна зарада за ефективне сате на нивоу послодавца за календарски месец који претходи месецу за који се врши усклађивање _____
Ред.број 2:укупан број ефективних сати рада за који је исплаћена зарада под редним бројем 1 _____	Ред.број 2:укупан број ефективних сати рада за који је исплаћена зарада под редним бројем 1 _____
Ред. број 3:остварена зарада по сату (ред. број 1 подељен ред.број 2) _____	Ред. број 3:остварена зарада по сату (ред. број 1 подељен ред.број 2) _____
Ред. број 4:просечни месечни могући број сати по раднику (збир могућег фонда сати подељен са 3) _____	Ред. број 4:могући месечни фонд сати по раднику _____
Ред. број 5:просечна месечна зарада (ред. број 3 х ред.број 4) _____	Ред. број 5:просечна месечна зарада (ред. број 3 х ред.број 4) _____

Коефицијент кретања просечне зараде код послодавца:
(ред.бр. 5 колоне 2 подељен са ред. број 5 колоне 1) _____

У _____
Дана _____

М П

ПОТПИС ОВЛАШЋЕНОГ
ЛИЦА КОД ПОСЛОДАВЦА
_____

Образац ОЗ – 10/1

Назив и седиште послодавца _____

Регистарски број _____

Посебан текући рачун _____

Телефон _____

П О Т В Р Д А

О ПОРАСТУ-СМАЊЕЊУ ЗАРАДА КОД ПОСЛОДАВЦА ЗА (НАРЕДНА) УСКЛАЂИВАЊА ОСНОВА ЗА НАКНАДУ ЗАРАДЕ ЗАПОСЛЕНОГ

НАРЕДНА УСКЛАЂИВАЊА: Усклађивање накнаде зараде за запосленог на боловању после спроведеног првог усклађивања се врши према кретању просечне месечне зараде код послодавца и то: у колону 2 се уносе подаци на нивоу послодавца за месец који претходи месецу за који се врши усклађивање, а у колону 1 се уносе подаци на нивоу послодавца за месец који претходи месецу исказаном у колони 2.

НАРЕДНА УСКЛАЂИВАЊА

Месеци _____ 200___	**Месец _____ 200___**
КОЛОНА 1	КОЛОНА 2
Ред.број 1:укупна зарада за ефективне сате на нивоу послодавца за месец који претходи месецу исказаном у кол.2 _____	Ред.број 1:укупна зарада за ефективне сате на нивоу послодавца за календарски месец који претходи месецу за који се врши усклађивање _____
Ред.број 2:укупан број ефективних сати рада за које је исплаћена зарада под редним бројем 1 _____	Ред.број 2:укупан број ефективних сати рада за који је исплаћена зарада под редним бројем 1 _____
Ред. број 3:остварена зарада по сату (ред. број 1 подељен ред.број 2) _____	Ред. број 3:остварена зарада по сату (ред. број 1 подељен ред.број 2) _____
Ред. број 4: могући месечни фонд сати по запосленом _____	Ред. број 4:могући месечни фонд сати по запосленом _____
Ред. број 5:просечна месечна зарада (ред. број 3 х ред.број 4) _____	Ред. број 5:просечна месечна зарада (ред. број 3 х ред.број 4) _____

Коефицијент пораста или смањења просечне зараде код послодавца:
(ред.бр. 5 колоне 2 подељен са ред. број 5 колоне 1) _____

У _____
Дана _____ М П

ПОТПИС ОВЛАШЋЕНОГ
ЛИЦА КОД ПОСЛОДАВЦА
_____

СПИСАК ОБРАЧУНАТИХ - ИСПЛАЋЕНИХ НАКНАДА ЗАРАДА

Образац ОЗ-11

_____
(назив послодавца)

Број: _____ Датум: _____ Седиште: _____

Регистарски број | | | | | | | | | | Шифра делатности | | | | | | ПИБ | | | | | | | | | Посебан рачун послодавца број: _____

Редни број	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ОСИГУРАНИКА	Пол осигураника	Да ли је прва исплата *	Накнада обрачуната за време		Број дана за које је исплаћена накнада због							бруто накнада (14+16+17)	Доприноси		порез	нето накнада	за исплату (14+15+16+17)
				од	до	болести	повреде на раду	професионалне болести	неге члана породице	изолације и праћења	давалац ткива и органа	одржавање трудноће		из накнаде	на накнаду			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

* Ако се ради о првој исплати из средстава завода уписује се "да", у осталим случајевима уписује се "-".

Републички завод - филијала -

_____

Број: _____ Датум: _____ (М.П)

Право, висину и контролу обрачуна накнаде зараде извршио: _____
(Презиме и име)

Обрачун извршио _____ (М.П)
(Презиме и име)

Финансијски руководилац _____
(Презиме и име)

Образац ОЗ - 12

_____
Назив здравствене установе
Број здравственог картона – протокола _____
Дана _____ 20____ године

П О Т В Р Д А

О ПОТРЕБИ ПУТОВАЊА У ЦИЉУ ОСТВАРИВАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Упућује се _____,
(презиме и име осигураног лица које се упућује)

Број здравствене књижице _____

ЈМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ЛБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

у здравствену установу _____ у _____

РАДИ:* а) СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОГ ПРЕГЛЕДА
б) СТАЦИОНАРНОГ ЛЕЧЕЊА
ц) КОМИСИЈСКОГ ПРЕГЛЕДА

С обзиром на природу болести потребан је превоз следећим превозним средством _____
_____

Пратилац је – није потребан _____
_____
_____
_____

Потпис и факсимил
доктора медицине

_____ М П _____

*)Одговарајуће податке заокружити

ПОДАЦИ О ИЗВРШЕНОМ ПРЕГЛЕДУ - ЛЕЧЕЊУ			
1.Датум _____	2.Датум _____	3 Датум _____	4.Датум _____
Време_____	Време_____	Време_____	Време_____
_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)
5.Датум _____	6 Датум _____	7.Датум _____	8.Датум _____
Време_____	Време _____	Време_____	Време_____
_____ (потпис, факсимил и печат))	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)
9.Датум _____	10. Датум _____	11.Датум _____	12.Датум _____
Време_____	Време _____	Време_____	Време_____
_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)	_____ (потпис, факсимил и печат)

ОБРАЧУН ТРОШКОВА ПРЕВОЗА

За осигурано лице: 1. превоз од _____ до _____ и натраг дин. _____

За пратиоца: 1. превоз од _____ до _____ и натраг дин. _____

Укупно дин. _____
За исплату дин. _____

_____

(словима динара: _____)

_____
(име и презиме)

Датум _____ 20____године

_____
ПОТПИС ЛИКВИДАТОРА

_____
ПОТПИС КОНТОЛОРА

Напомена: Сагласан сам да се трошкови превоза исплате на текући рачун број

_____

Образац ОЗ - 13

ПОТВРДА О КОРИШЋЕЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ИНОСТРАНСТВУ

1.	**Осигураник**	ЈМБГ
		ЛБО
1.1	Презиме	Име
1.2.	Датум рођења	
1.3.	Адреса у Републици Србији	

2.	**Члан породице**	ЈМБГ
		ЛБО
2.1	Презиме	Име
2.2	Датум рођења	
2.3	Сродство са носиоцем осигурања	
2.4	Адреса у Републици Србији	

3.	**Основ боравка у иностранству**		
3.1	Деташирани радник		
3.2	Запослен у домаћинству домаћег држављанина на служби у тој земљи, код међународних и страних организација, односно послодаваца, упућен на рад		
3.3	Упућен на школовање, стручно усавршавање и специјализацију		
3.4	Службени пут		
3.5	Приватни боравак		

4.	**Ова потврда важи**	за осигураника 1.☐
		за члана породице 2.☐
За период	од	до

5 . Надлежна Филијала здравственог осигурања
Назив
Адреса

ОБЈАШЊЕЊЕ

Ова потврда се издаје сходно члану 63.-67. Закона о здравственом осигурању (Сл. гласник РС број 107 / 2005.).

Осигураник за време боравка у иностранству има право на коришћење здравствене заштите само у случају хитне медицинске помоћи како би се отклонила непосредна опасност по живот и здравље осигураног лица.

Уколико осигурано лице за време боравка у иностранству користи хитну медицинску помоћ у стационарној здравственој установи , може је користити у иностранству само онолико времена колико је потребно да се оспособи за здравствено безбедан повратак у земљи.

За време боравка у иностранству осигурано лице може користити здравствену заштиту из средстава обавезног здравственог осигурања само у здравственим установама које су у систему јавног здравља стране државе.

Уколико осигурано лице користи здравствену заштиту у иностранству, по повратку у земљу обраћа се Дирекцији Републичког завода са захтевом за накнаду трошкова. Уз захтев осигурана лица су у обавези да приложе: доказ о осигурању (копију ове потврде) оригиналну медицинску и рачунску документацију (доказ о плаћању здравствених услуга у иностранству) .