

Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Pravilnik je objavljen u "Službenom glasniku RS", br. [10/2010](#), [18/2010](#), [46/2010](#), [52/2010](#), [80/2010](#), [1/2013](#), [108/2017](#) i [82/2019](#) - drugi propis. Vidi: [Odluku US RS IUo broj 1640/2010 - 60/2011-101](#).

I. OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Ovim pravilnikom bliže se uređuju način i postupak ostvarivanja prava osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, uslovi i način korišćenja zdravstvene zaštite i drugih prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kod izabranog lekara, način i postupak slobodnog izbora izabranog lekara, odnosno promene izabranog lekara kao i način dodeljivanja, korišćenja i kontrole jedinstvenog identifikacionog broja lekara.

Član 2.

Osiguranci iz čl. 17, 22. i 23. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik RS", br. 107/05 i 109/05 - ispravka; u daljem tekstu: Zakon), članovi njihovih porodica kao i lica iz člana 28. Zakona, ostvaruju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom i ovim pravilnikom.

II. UTVRĐIVANJE SVOJSTVA OSIGURANOG LICA

Član 3.

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje matična flijalna na osnovu prijave na obavezno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: prijava) koju podnosi pravno ili fizičko lice u skladu sa Zakonom i ovim pravilnikom.

Član 4.

Za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 1) i 2), tač. 4)-8), tač. 10), 11) i 13), tač. 15)-18), tačka 21) i tačka 24) Zakona, u slučaju kada na području flijale postoji razlika u mestu prebivališta osiguranika i sedišta obveznika uplate doprinosa, prijava na obavezno zdravstveno osiguranje podnosi se prema sedištu obveznika uplate doprinosa.

Stav 1. ovog člana primenjuje se i kod prijave na obavezno zdravstveno osiguranje za osiguranika stranog državljanina iz člana 17. stav 1. tač. 10) i 24) Zakona, koji nema prebivalište na teritoriji Republike Srbije.

Član 5.

Licu koje je zaposleno kod dva ili više poslodavaca svojstvo osiguranika utvrđuje se na osnovu prijave jednog od poslodavaca i izdaje se samo jedna isprava o osiguranju.

U slučaju iz stava 1. ovog člana svojstvo osiguranika utvrđuje se na osnovu prijave koju podnosi poslodavac kod koga zaposleni radi veći broj časova nedeljno.

Ukoliko zaposleni kod poslodavaca radi isti broj časova nedeljno, svojstvo osiguranika utvrđuje se na osnovu prijave poslodavca koji je prvi podneo prijavu.

Član 6.

Podnosilac prijave dužan je uz prijavu za osiguranike iz člana 17. Zakona, da dostavi:

- 1) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 1) i 2), tač. 4)-7), tač. 9)-11), tač. 13) i 14), tačka 16) i tačka 24) Zakona, ugovor o radu, ili akt o zasnivanju radnog odnosa, odnosno drugi odgovarajući ugovor o obavljanju određenih poslova na osnovu kojih se ostvaruje naknada;
- 2) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 3) Zakona, akt o izboru, imenovanju ili postavljenju na funkciju za čije obavljanje ostvaruju zaradu, odnosno platu ili naknadu zarade;
- 3) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 8) Zakona, rešenje o neplaćenom odsustvu zbog nege deteta do tri godine života dok mu miruju prava i obaveze po osnovu rada u skladu sa propisima o radu;
- 4) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 12) Zakona, potvrdu od Nacionalne službe za zapošljavanje do donošenja rešenja, odnosno rešenje Nacionalne službe za zapošljavanje o utvrđivanju prava na novčanu naknadu po osnovu nezaposlenosti i ličnu izjavu osiguranika da će snositi troškove zdravstvene zaštite za slučaj da ne ostvari pravo na novčanu naknadu;
- 5) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 15) Zakona, otkaz ugovora o radu ili zaključenu radnu knjižicu, izveštaj o povredi na radu, izveštaj o profesionalnom obojenju i izveštaj o privremenoj sprečenosti za rad;
- 6) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 17) Zakona, akt o upisu u registar nadležnog organa i akt o obavljanju poslovdstvenih ovlašćenja i poslova upravljanja;
- 7) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 18) i 19) Zakona, akt o registraciji samostalne delatnosti, odnosno akt o upisu u registar nadležnog organa, odnosno potvrdu odgovarajućeg udruženja;
- 8) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 20) Zakona, akt o izboru ili postavljenju sveštenika, odnosno verskog službenika;
- 9) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 21) Zakona, legitimaciju nosioca poljoprivrednog gazdinstva izdatu od nadležnog organa, ili rešenje o utvrđivanju poreza na katastarski prihod, ili ugovor o davanju, odnosno uzimanju u zakup poljoprivrednog zemljišta, ili ugovor o ustupanju poljoprivrednog zemljišta, ili potvrdu o prijavi Fondu penzijskog i invalidskog osiguranja ili ličnu izjavu;
- 10) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 22) Zakona rešenje o utvrđivanju prava na penziju, odnosno prava na novčanu naknadu prema propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju, odnosno do donošenja rešenja - potvrdu Fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje da je podnet zahtev za utvrđivanje prava na penziju, odnosno novčanu naknadu i ličnu izjavu osiguranika da će snositi troškove zdravstvene zaštite za slučaj da ne ostvari pravo na penziju, odnosno novčanu naknadu;
- 11) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 23) Zakona, akt o utvrđivanju prava na penziju ili invalidninu inostranog nosioca osiguranja;
- 12) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 25) Zakona, potvrdu, odnosno uverenje o školovanju ili stručnom usavršavanju.

Član 7.

Podnosilac prijave dužan je uz prijavu za osiguranike iz člana 22. Zakona, da dostavi:

- 1) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 1) Zakona - prijavu o prebivalištu, izvod iz matične knjige rođenih, a za decu od 15 do 26 godina života koja su na školovanju i potvrdu škole, odnosno visokoškolske ustanove da su na školovanju, a za decu i omladinu - skitnice iz prihvatnih stanica i prihvatilišta do 15 godina života - potvrdu ili drugu vrstu dokaza koji izdaje prihvatna stanica, odnosno prihvatilište sa utvrđenim identifikacionim podacima o tom licu;
- 2) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 2) Zakona - prijavu o prebivalištu, potvrdu izabranog lekara - ginekologa o planiranju porodice, trudnoći i porođaju, a za materinstvo do 12 meseci nakon porođaja - izvod iz matične knjige rođenih za dete;
- 3) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 3) Zakona - fotokopiju lične karte;
- 4) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 4) Zakona - prijavu o prebivalištu, akt nadležnog organa (rešenje ili potvrda) o invaliditetu sa ocenom lekarske komisije o postojanju invaliditeta, odnosno nedovoljnoj mentalnoj razvijenosti, a za osiguranike kojima je rešenjem opštinskog organa uprave nadležnog za boračku i invalidsku zaštitu utvrđen invaliditet u skladu sa zakonom - prijavu o prebivalištu i rešenje nadležnog organa o invaliditetu;
- 5) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 5) Zakona - prijavu o prebivalištu i mišljenje lekarske komisije da se osiguranik leči od navedenih oboljenja, odnosno da je pružena medicinska pomoć bila hitna, odnosno potvrdu zdravstvene ustanove da je lice davalac, odnosno primalac tkiva i organa;
- 6) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 6) Zakona - potvrdu starešine manastira;
- 7) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 7) Zakona - prijavu o prebivalištu i akt nadležnog organa (rešenje) kojim je priznato pravo na materijalno obezbeđenje po propisima o socijalnoj zaštiti, odnosno po propisima o zaštiti boraca, vojnih invalida i civilnih invalida rata;
- 8) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 8) Zakona - prijavu o prebivalištu i akt nadležnog organa (rešenje) kojim je priznato pravo na stalnu novčanu pomoć kao i pomoć za smeštaj u ustanovu socijalne zaštite ili u drugu porodicu po propisima o socijalnoj zaštiti, a za decu bez roditeljskog staranja, za koju nadležni organ nije doneo akt (rešenje) o smeštaju u ustanovu socijalne zaštite ili u drugu porodicu - potvrdu ili drugu vrstu dokaza nadležnog organa sa utvrđenim identifikacionim podacima o

detetu, do donošenja rešenja;

9) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 9) Zakona - prijavu o prebivalištu, fotokopiju radne knjižice, izjavu o članovima porodice i prihodima po članu porodice i dokaz da je mesečni iznos prihoda podnosioca prijave ispod cenzusa propisanog aktom iz člana 22. stav 2. Zakona;

10) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 10) Zakona - prijavu o prebivalištu i potvrdu o sluzenju vojnog roka hranioca porodice, odnosno potvrdu nadležnog organa da je član porodice korisnik pomoći;

11) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 11) Zakona - ličnu izjavu da je lice romske nacionalnosti i prijavu boravka, odnosno ličnu izjavu o mestu privremenog boravka;

12) za osiguranike iz člana 22. stav 4. Zakona - fotokopiju izbegličke legitimacije, odnosno fotokopiju legitimacije prognanog lica, izjavu o članovima porodice i prihodima po članu porodice i dokaz da je mesečni iznos prihoda podnosioca prijave ispod cenzusa propisanog aktom iz člana 22. stav 2. Zakona.

Osiguranci iz stava 1. ovog člana koji imaju ličnu kartu, nisu dužni da, uz prijavu, podnose i prijavu o prebivalištu.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, podnosilac prijave dužan je da, za decu i omladinu - skitnice iz prihvatnih stanica i prihvatilišta starije od 15 godina života, u zavisnosti od osnovne osiguranja iz člana 22. Zakona, uz prijavu, umesto izvoda iz matične knjige rođenih i prijave o prebivalištu, odnosno boravišta, dostavi potvrdu ili drugu vrstu dokaza koji izdaje prihvatna stanica, odnosno prihvatilište sa utvrđenim identifikacionim podacima o tom licu.

Kada se uz prijavu, iz stava 1. ovog člana, kao dokaz podnosi fotokopija isprave, na uvid se dostavlja i njen original.

Podnosilac prijave iz stava 1. tač. 1)-12) ovog člana, dužan je da uz prijavu dostavi i ličnu izjavu da nema osnova za obavezno zdravstveno osiguranje po članu 17. Zakona ili kao član porodice osiguranika.

Član 8.

Za lica koja se uključuju u obavezno zdravstveno osiguranje iz člana 23. Zakona i članove njihovih porodica, isprave koje se podnose uz prijavu propisane su opštim aktom Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Republički fond), kojim se uređuje način i postupak uključivanja u obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 9.

Za članove uže porodice osiguranika iz čl. 17. i 22. Zakona, podnosilac prijave dužan je uz prijavu da dostavi:

1) za supružnika - izvod iz matične knjige venčanih, a za razvedenog supružnika - sudsku odluku kojom je utvrđeno pravo na izdržavanje;

2) za vanbračnog supružnika - overenu izjavu vanbračnih partnera da postoji trajnija zajednica života između njih (dve i više godina), kao i da ne postoje zakonom propisane bračne smetnje, overenu izjavu dva svedoka da vanbračna zajednica traje duže od dve godine, datu pred nadležnim organom, overenu fotokopiju lične karte iz koje se može videti da je prijava prebivališta za oba vanbračna partnera na zajedničkoj adresi;

3) za dete rođeno u braku ili van braka - izvod iz matične knjige rođenih;

4) za usvojeno dete - odluku nadležnog organa o usvojenju;

5) za pastorka - izvod iz matične knjige rođenih za dete i izvod iz matične knjige venčanih za roditelja;

6) za dete uzeto na izdržavanje - odluku nadležnog organa o utvrđivanju obaveze izdržavanja.

Za dete iz stava 1. ovog člana koje je starije od 18 godina, a nalazi se na školovanju, najkasnije do navršene 26 godina života potrebno je dostaviti i potvrdu škole, odnosno visokoškolske ustanove da je na školovanju.

Za dete iz člana 26. stav 2. Zakona, potrebno je dostaviti ocenu lekarske komisije matične filijale.

Za dete iz člana 26. stav 3. Zakona potrebno je dostaviti nalaz organa veštačenja po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Za dete iz člana 26. stav 4. Zakona potrebno je dostaviti nalaz organa veštačenja po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju i akt o izdržavanju po propisima o porodičnoj zaštiti.

Član 10.

Za članove šire porodice osiguranika iz člana 17. Zakona, podnosilac prijave dužan je uz prijavu da dostavi:

1) za roditelje - izvod iz matične knjige rođenih za osiguranika preko kog treba da ostvare prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

2) za očuha, mačehu - izvod iz matične knjige rođenih za osiguranika preko kojeg treba da ostvare prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i izvod iz matične knjige venčanih za roditelja;

3) za usvojitelja - akt o usvojenju, odnosno izvod iz matične knjige rođenih;

4) za dedu i babu - izvod iz matične knjige rođenih za osiguranika preko kojeg treba da ostvare prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i izvod iz matične knjige rođenih roditelja osiguranika;

5) za unučad - izvode iz matičnih knjiga rođenih kao dokaze o srodstvu;

6) za braću i sestre - izvode iz matičnih knjiga rođenih kao dokaze o srodstvu i akt o izdržavanju u smislu propisa o porodičnoj zaštiti, nalaz organa veštačenja po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Za lica iz stava 1. tač. 1-4. ovog člana, potrebno je dostaviti i akt o izdržavanju po propisima o porodičnoj zaštiti, a u slučaju da su ta lica mlađa od 65 godina i nalaz organa veštačenja po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Član 11.

Za lica iz člana 28. stav 1. Zakona, podnosilac prijave dužan je uz prijavu da dostavi:

1) za lica iz člana 28. stav 1. tačka 1) - potvrdu škole, odnosno visokoškolske ustanove da je lice na obaveznom proizvodnom radu, profesionalnoj praksi ili praktičnoj nastavi;

2) za lica iz člana 28. stav 1. tačka 2) - ugovor o volonterskom radu;

3) za lica iz člana 28. stav 1. tačka 3) - ugovor o privremenim i povremenim poslovima preko omladinske, odnosno studentske zadruge;

4) za lica iz člana 28. stav 1. tačka 4) - potvrdu nadležne organizacije za zapošljavanje da je lice upućeno na dodatno obrazovanje i obuku;

5) za lica iz člana 28. stav 1. tačka 5) - potvrdu organizatora javnih radova da je lice učesnik organizovanih javnih radova;

6) za lica iz člana 28. stav 1. tačka 6) - potvrdu nadležnog organa da je lice učesnik u akciji spasavanja;

7) za lica iz člana 28. stav 1. tačka 7) - potvrdu vatrogasne službe da je lice angažovano u vatrogasnoj službi za gašenje požara ili je na obuci u vatrogasnoj službi;

8) za lica iz člana 28. stav 1. tačka 8) - potvrdu nadležnog organa da je lice na osposobljavanju i obučavanju za potrebe odbrane zemlje;

9) za lica iz člana 28. stav 1. tačka 9) - potvrdu organizatora javnog skupa da je lice angažovano na obezbeđivanju javnog skupa, kulturnih i sportskih događaja i drugih javnih okupljanja građana;

10) za lica iz člana 28. stav 1. tačka 10) - potvrdu nadležnog organa da lice koje je na izdržavanju kazne zatvora radi u privrednoj jedinici zavoda ili na drugom mestu rada.

Član 12.

Podnosilac prijave iz čl. 6, 9, 10. i 11. ovog pravilnika, dužan je da uz prijavu dostavi i fotokopiju lične karte kao i ličnu kartu na uvid.

Kada prvi put prijavljuje osiguranika u svakoj od filijala Republičkog fonda, podnosilac prijave na osiguranje iz člana 6. ovog pravilnika, dužan je da, uz prijavu na osiguranje, podnese obrazac OPD za prijavu, promenu i odjavu poslovanja.

Izuzetno od stava 2. ovog člana, za pravne subjekte koji se registruju kod Agencije za privredne registre, podatke sadržane u obrascu OPD, Republičkom fondu dostavlja Agencija za privredne registre po službenoj dužnosti.

Član 13.

Na osnovu prijave i dokaza navedenih u članu 6. ovog pravilnika, svojstvo osiguranika stiče se:

1) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 1), 2), tač. 4)-7), tač. 9)-11), tačka 16) i tačka 24) Zakona, danom zasnivanja radnog odnosa;

2) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 3) Zakona, danom izbora, imenovanja ili postavljenja;

3) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 8) Zakona, danom početka korišćenja neplaćenog odsustva zbog nege deteta do tri godine života;

4) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 12) Zakona, danom utvrđivanja prava na novčanu naknadu po osnovu nezaposlenosti od Nacionalne službe za zapošljavanje;

5) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 13) i 14) Zakona, danom početka obavljanja privremenih i povremenih poslova, odnosno danom zaključenja ugovora;

- 6) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 15) Zakona, narednog dana od dana prestanka radnog odnosa;
 - 7) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 17) Zakona, danom donošenja akta o upisu u registar nadležnog organa, odnosno danom donošenja akta o obavljanju poslovdstvenih ovlašćenja i poslova upravljanja;
 - 8) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 18) i 19) Zakona, danom početka obavljanja samostalne delatnosti, odnosno upisa u odgovarajući registar, odnosno danom učlanjenja u odgovarajuće udruženje;
 - 9) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 20) Zakona, danom postavljenja sveštenika, odnosno verskog službenika;
 - 10) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 21) Zakona, danom podnošenja prijave;
 - 11) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 22) i 23) Zakona, danom penzionisanja;
 - 12) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 25) Zakona, danom početka školovanja, odnosno stručnog usavršavanja.
- Na osnovu prijave i dokaza navedenih u članu 7. ovog pravilnika, svojstvo osiguranika iz člana 22. Zakona, stiče se danom podnošenja prijave.
- Izuzetno od stava 2. ovog člana, svojstvo osiguranika iz člana 22. stav 1. tačka 5) Zakona u vezi sa pružanjem hitne medicinske pomoći, stiče se danom pružanja hitne medicinske pomoći.
- Svojstvo člana porodica osiguranika iz st. 1. i 2. ovog člana, stiče se danom podnošenja prijave.

Član 14.

Uz prijavu promene u toku osiguranja podnosioci prijave dužni su da matičnoj filijali dostave odgovarajuće dokaze u zavisnosti od toga koji se podatak menja.

Član 15.

Uz odjavu sa obaveznog zdravstvenog osiguranja, podnosioci objave dužni su da matičnoj filijali dostave dokaz na osnovu koga osiguranom licu prestaje osnov po kome je to svojstvo priznato.

Uz odjavu sa obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa članom 20. Zakona, osiguranik - poljoprivrednik podnosi sledeće dokaze:

- 1) ocenu lekarske komisije matične filijale da je nesposoban za samostalni rad i ostvarivanje prihoda;
- 2) potvrdu fonda penzijskog i invalidskog osiguranja da nije ostvario pravo na penziju;
- 3) dokaz da su prihodi osiguranika ispod prihoda utvrđenih aktom iz člana 22. stav 2. Zakona.

Član 16.

Prijavu, prijavu promene i odjavu sa obaveznog zdravstvenog osiguranja, za osiguranike iz člana 3. stav 2. ovog pravilnika, podnositelj prijave može da podnese i filijali na čijem području je sedište obveznika uplate doprinosa, odnosno sedište poslovne jedinice.

Filijala kojoj je podneta prijava, prijava promene ili odjava sa obaveznog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana, dužna je da istog dana matičnoj filijali dostavi prijavu, prijavu promene, odnosno odjavu sa obaveznog zdravstvenog osiguranja.

III. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu

Član 17.

Osigurano lice ostvaruje zdravstvenu zaštitu u zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga (u daljem tekstu: zdravstvena ustanova), koji ima sedište na području matične filijale sa kojim je zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Osigurano lice ostvaruje zdravstvenu zaštitu i kod zdravstvene ustanove, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga van područja matične filijale pod uslovima propisanim Zakonom i ovim pravilnikom.

Osigurano lice ostvaruje zdravstvenu zaštitu na osnovu overene zdravstvene knjižice ili overene potvrde o korišćenju zdravstvene zaštite (u daljem tekstu: isprava o osiguranju).

U slučaju da isprava o osiguranju nije overena, zbog toga što dospeli doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje nije plaćen, odnosno nije plaćen u celini, pravo na zdravstvenu zaštitu osigurano lice može da koristi samo u slučaju hitne medicinske pomoći.

1.1. Zdravstvena zaštita kod zdravstvenih ustanova koji obavljaju zdravstvenu delatnost na primarnom nivou

Član 18.

Osiguranom licu obezbeđuje se pravo na slobodan izbor zdravstvene ustanove sa kojim je matična filijala zaključila ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, odnosno slobodan izbor lekara (u daljem tekstu: izabrani lekar) u skladu sa Zakonom i ovim pravilnikom.

Izbor izabranog lekara

Član 19.

Izabrani lekar u smislu člana 18. ovog pravilnika je:

- (1) doktor medicine ili doktor medicine specijalista za oblast opšte medicine, odnosno specijalista medicine rada,
- (2) doktor medicine specijalista pedijatrije,
- (3) doktor medicine specijalista ginekologije,
- (4) doktor stomatologije.

Osigurano lice može da ima samo jednog izabranog lekara iz grana medicine navedenih u stavu 1. ovog člana.

Osigurano lice bira izabranog lekara, i to:

- osigurano lice ženskog pola starije od 15 godina života, pored izabranog lekara iz stava 1. tačka (1), odnosno tačke (2) ovog člana, ima i izabranog lekara doktora medicine specijalistu ginekologije;
 - dete školskog uzrasta do završetka srednje škole, ima izabranog lekara iz stava 1. tačka (2) ovog člana, odnosno doktora medicine u službi za zdravstvenu zaštitu dece školskog uzrasta doma zdravlja;
 - dete do navršanih 18 godina života, pored izabranog lekara iz stava 1. tačka (2) ovog člana, ima izabranog lekara doktora stomatologije;
 - osigurano lice starije od 65 godina života, pored izabranog lekara iz stava 1. tačka (1), odnosno tačke (3) ovog člana, ima izabranog lekara doktora stomatologije;
 - žena u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja; osigurano lice pre transplantacije bubrega, odnosno operacije na srcu; u preoperativnom i postoperativnom tretmanu malignih bolesti maksilofacijalnog predela; osigurano lice sa urođenim i stečenim težim deformitetom lica i vilice u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana; osigurano lice u okviru postumorske rehabilitacije i rekonstrukcije, može da ima izabranog lekara doktora stomatologije;
 - osigurano lice koje je u terminalnoj fazi bolesti, nepokretno, odnosno pokretno uz pomoć drugih lica, u zavisnosti od godina života, ima izabranog lekara iz stava 1. tač. (1) ili (2) ovog člana u službi kućnog lečenja, ako je služba kućnog lečenja organizovana u zdravstvenoj ustanovi koja obavlja zdravstvenu delatnost na primarnom nivou.
- Lekar iz stava 1. ovog člana kao osiguranom lice dužan je da izabere drugog lekara kao svog izabranog lekara u skladu sa Zakonom i ovim pravilnikom.
- Osigurano lice bira izabranog lekara, po pravilu, kod zdravstvene ustanove na području matične filijale.

Član 20.

U ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica iz člana 19. ovog pravilnika, nadležna je lekarska komisija matične filijale prema sedištu zdravstvene ustanove u kojoj osigurano lice ima izabranog lekara.

Član 21.

Izuzetno od člana 19. stav 5. ovog pravilnika:

- 1) osigurano lice smešteno u ustanovu socijalne zaštite bira izabranog lekara u ustanovi socijalne zaštite u kojoj je organizovano obavljanje zdravstvene delatnosti;
- 2) osigurano lice smešteno u ustanovu socijalne zaštite u kojoj ne može da se obezbedi izabrani lekar, bira izabranog lekara u domu zdravlja koji je najbliži ustanovi socijalne zaštite u kojoj je smešteno;
- 3) osigurana lica - studenti biraju izabranog lekara u domu zdravlja prema svom prebivalištu ili u mestu studiranja kod zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu delatnost zdravstvene zaštite studenata ako takva zdravstvena ustanova postoji u mestu studiranja, a ako takva zdravstvena ustanova ne postoji u mestu studiranja, izabranog lekara studenti biraju u domu zdravlja u mestu studiranja;
- 4) osigurana lica - učenici biraju izabranog lekara u službi za zdravstvenu zaštitu dece školskog uzrasta doma zdravlja prema svom prebivalištu ili u službi za zdravstvenu zaštitu dece školskog uzrasta doma zdravlja u mestu školovanja.
Osigurana lica - učenici mogu da biraju izabranog lekara u lekarskoj ordinaciji u školi, ukoliko je takva ordinacija organizovana u okviru službe za zdravstvenu zaštitu dece školskog uzrasta doma zdravlja.
- 5) osigurana lica - deca za vreme privremenog boravka u hraniteljskoj porodici, biraju izabranog lekara u domu zdravlja prema prebivalištu hranitelja,
- 6) osigurana lica - članovi porodice i razvedeni supružnik, biraju izabranog lekara u domu zdravlja prema svom prebivalištu,
- 7) osigurana lica - članovi porodice izabranih, imenovanih ili postavljenih lica koja za obavljanje funkcije ostvaruju zaradu, odnosno platu ili naknadu zarade, biraju izabranog lekara u domu zdravlja prema svom prebivalištu,
- 8) osigurana lica - članovi porodice lica koja obavljaju privremene i povremene poslove preko omladinske, odnosno studentske zadruga, biraju izabranog lekara u domu zdravlja prema svom prebivalištu,
- 9) osiguranci - zaposleni u Ministarstvu unutrašnjih poslova i Bezbednosno-informativnoj agenciji, za vreme dok privremeno rade van mesta svog prebivališta, biraju izabranog lekara kod zdravstvene ustanove u mestu gde rade,
- 10) osigurana lica - članovi porodice zaposlenih u Ministarstvu unutrašnjih poslova i Bezbednosno-informativnoj agenciji, biraju izabranog lekara u domu zdravlja prema svom prebivalištu.

Član 22.

U ostvarivanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica iz člana 21. ovog pravilnika, nadležna je lekarska komisija prema sedištu zdravstvene ustanove u kojoj osigurano lice ima izabranog lekara.

Lekarska komisija iz stava 1. ovog člana, o svojoj oceni, mišljenju i predlogu, dužna je da u roku od tri dana od dana donošenja ocene, mišljenja i predloga obavesti matičnu filijalu osiguranog lica.

Član 23.

Osigurano lice vrši izbor lekara iz člana 19. ovog pravilnika, po pravilu, na period od najmanje jedne kalendarske godine. Osigurano lice može promeniti izabranog lekara i pre isteka perioda na koji ga je izabrao.

Ako osigurano lice iz stava 1. ovog člana, po isteku kalendarske godine, nastavi da koristi zdravstvenu zaštitu kod istog izabranog lekara, smatra se da je izvršilo izbor lekara za narednu kalendarsku godinu, bez popunjavanja obrasca izjave iz člana 24. ovog pravilnika.

Član 24.

Osigurano lice vrši izbor lekara popunjavanjem i potpisivanjem obrasca izjave o izboru i promeni izabranog lekara (u daljem tekstu: izjava).

Prilikom prvog odlaska kod izabranog lekara, osigurano lice predaje izabranom lekaru jedan primerak potpisanog obrasca izjave o izboru izabranog lekara.

Član 25.

Izabranog lekara za dete do 18 godina starosti bira roditelj, usvojitelj, staratelj ili hranitelj.

Osiguranom licu koje nema poslovnu sposobnost, izabranog lekara bira staratelj.

Za osigurano lice koje nije u mogućnosti da popuni i potpiše izjavu kod zdravstvene ustanove, izjavu može da popuni i potpiše drugo lice koje osigurano lice pismeno ovlasti.

Član 26.

Izjava iz člana 24. stav 1. popunjava se u tri primerka od kojih jedan primerak ostaje kod izabranog lekara, drugi primerak se dostavlja matičnoj filijali, a treći primerak zadržava osigurano lice.

Kada osigurano lice izvrši izbor izabranog lekara, podaci o izabranom lekaru unose se u zdravstveni karton.

Zdravstvena ustanova dužna je da vodi evidenciju izjava po svakom izabranom lekaru i da evidentira svaku promenu izabranog lekara.

Matična filijala, na osnovu dostavljenih izjava iz stava 1. ovog člana, vodi evidenciju o izjavama po davaocu usluga i po izabranom lekaru kod davaoca usluga. Matična filijala evidentira i svaku promenu izabranog lekara kod zdravstvene ustanove i promenu zdravstvene ustanove.

Član 27.

Zdravstvena ustanova iz člana 17. ovog pravilnika dužna je da obezbedi uslove za izbor lekara tako da istakne na vidnom mestu:

- 1) spisak lekara koje osigurano lice može da izabere za svog izabranog lekara. Spisak lekara sadrži ime i prezime lekara, specijalnost, ID broj i raspored radnog vremena;
- 2) ime i prezime lica koje će davati informacije osiguranim licima u vezi izbora lekara sa brojevima telefona.

Izabrani lekar, dužan je da primi sva osigurana lica koja su ga izabrao.

Zamena i promena izabranog lekara

Član 28.

U slučaju privremene sprečenosti za rad izabranog lekara zbog bolesti, korišćenja porodijskog odsustva, stručnog usavršavanja ili drugih opravdanih razloga, zdravstvena ustanova, dužna je da osiguranom licu obezbedi lekara koji će privremeno zameniti izabranog lekara.

Lekar koji zamenjuje izabranog lekara mora ispunjavati uslove propisane Zakonom i ovim pravilnikom za izabranog lekara.

Lekar iz stava 1. ovog člana ima sva ovlašćenja, prava i obaveze izabranog lekara.

Ako osigurano lice nije zadovoljno lekarom koji zamenjuje izabranog lekara, ima pravo da nakon tri meseca od dana zamene lekara, izabere drugog izabranog lekara u skladu sa Zakonom i ovim pravilnikom što se smatra promenom izabranog lekara.

Ako zamena izabranog lekara iz stava 1. ovog člana, traje duže od šest meseci, osigurano lice ima pravo da izabere novog izabranog lekara na način i po postupku koji je propisan ovim pravilnikom za izbor izabranog lekara.

Član 29.

Promenu izabranog lekara osigurano lice vrši popunjavanjem i potpisivanjem izjave.

Osigurano lice koje nije u mogućnosti da lično izvrši promenu izabranog lekara, to čini na način i po postupku koji je predviđen za izbor izabranog lekara u članu 25. stav 3. ovog pravilnika.

Izjava iz stava 1. ovog člana se popunjava u tri primerka od kojih jedan primerak ostaje kod izabranog lekara, drugi primerak se dostavlja matičnoj filijali, a treći primerak zadržava osigurano lice.

Kada osigurano lice izvrši promenu izabranog lekara, podaci o izabranom lekaru unose se u zdravstveni karton.

Član 30.

Osigurano lice ima pravo na promenu izabranog lekara po isteku kalendarske godine.

Ako osigurano lice menja izabranog lekara po isteku roka iz stava 1. ovog člana, nije dužno da u izjavi navede razlog promene izabranog lekara.

Član 31.

Osigurano lice može da promeni izabranog lekara pre isteka kalendarske godine:

- 1) u slučaju prestanka radnog odnosa izabranog lekara kod zdravstvene ustanove;
- 2) ako osigurano lice promeni prebivalište;
- 3) kada je osigurano lice nezadovoljno lekarom koji zamenjuje izabranog lekara, po isteku roka od tri meseca od dana obezbeđivanja zamene lekara;
- 4) kada je izabrani lekar odsutan duže od šest meseci;
- 5) ako je došlo do nesporazuma između osiguranog lica i izabranog lekara, zbog čega je osigurano lice izgubilo poverenje u izabranog lekara;
- 6) iz drugih opravdanih razloga.

Opravdanost razloga iz stava 1. tač. 3), 5) i 6) ovog člana ceni zdravstvena ustanova.

Zdravstvena ustanova odmah, a najkasnije u roku od pet dana od podnošenja zahteva za promenu izabranog lekara, utvrđuje sve bitne okolnosti i činjenice u vezi sa navodima iznetim u zahtevu.

O svom nalazu, odmah, a najkasnije u roku od tri dana zdravstvena ustanova obaveštava osigurano lice.

Član 32.

Ako izabrani lekar promeni organizacionu jedinicu rada kod zdravstvene ustanove, zdravstveni karton osiguranog lica ostaje u organizacionoj jedinici zdravstvene ustanove gde se i nalazio, dok osigurano lice ne izvrši izbor izabranog lekara na način i po postupku propisanom ovim pravilnikom.

Član 33.

Osigurano lice može da ima samo jedan zdravstveni karton iz grana medicine navedenih u članu 19. ovog pravilnika.

Kod promene izabranog lekara, zdravstveni karton osiguranog lica dostavlja se novoizabranom lekaru službenim putem.

Na zahtev osiguranog lica, zdravstvena ustanova dužna je da izda kopiju zdravstvenog kartona.

Zdravstvena zaštita kod izabranog lekara

Član 34.

Osigurano lice ostvaruje zdravstvenu zaštitu kod izabranog lekara neposredno bez uputa.

Izabrani lekar dužan je da osiguranom licu pruži hitnu zdravstvenu zaštitu odmah, bez odlaganja, a zdravstvenu zaštitu koja nije hitna dužan je da pruži osiguranom licu najkasnije u roku od 15 dana od dana javljanja osiguranog lica u zdravstvenu ustanovu

Ako izabrani lekar ne može da pruži osiguranom licu zdravstvenu zaštitu koja nije hitna u roku iz stava 2. ovog člana, zdravstvena ustanova dužna je da osiguranom licu obezbedi zdravstvenu zaštitu kod drugog lekara u istom roku.

Član 35.

Izabrani lekar:

- 1) organizuje i sprovodi mere na očuvanju i unapređenju zdravlja osiguranih lica, otkrivanju i suzbijanju faktora rizika za nastanak bolesti, obavlja preventivne preglede, mere i postupke, uključujući i zdravstveno vaspitanje, koji su utvrđeni kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 2) obavlja preglede i dijagnostiku;
- 3) određuje način i vrstu lečenja, prati tok lečenja i usklađuje mišljenje i predloge za nastavak lečenja osiguranog lica;
- 4) ukazuje hitnu medicinsku pomoć;
- 5) upućuje osigurano lice na ambulantno-specijalističke preglede ili u drugu odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga sa kojim je zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, prema medicinskim indikacijama, prati tok lečenja i usklađuje mišljenja i predloge za nastavak lečenja osiguranog lica i upućuje osigurano lice na sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite;
- 6) određuje vrstu i dužinu kućnog lečenja i prati sprovođenje kućnog lečenja;
- 7) propisuje lekove i medicinska sredstva, kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala;
- 8) sprovodi zdravstvenu zaštitu iz oblasti mentalnog zdravlja;
- 9) vodi propisanu medicinsku dokumentaciju o lečenju i zdravstvenom stanju osiguranog lica, u skladu sa Zakonom;
- 10) daje ocenu o zdravstvenom stanju osiguranog lica i upućuje osigurano lice na ocenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti, u skladu sa Zakonom;
- 11) utvrđuje dužnu privremenu sprečenosti za rad zbog bolesti i povrede osiguranika do 30 dana sprečenosti za rad i predlaže prvostepenoj lekarskoj komisiji produženje privremene sprečenosti za rad, osim ako Zakonom nije drukčije određeno;
- 12) predlaže prvostepenoj lekarskoj komisiji da utvrdi potrebu za rad osiguranika sa skraćenim radnim vremenom u toku lečenja, u skladu sa Zakonom;
- 13) utvrđuje potrebu da osigurano lice ima pratioca za vreme putovanja;
- 14) utvrđuje potrebu odsustvovanja osiguranika sa posla radi nege člana uže porodice, u skladu sa članom 79. stav 1. Zakona;
- 15) daje mišljenje o tome da li je osiguranik namerno prouzrokovao nesposobnost za rad, odnosno da li je ozdravljenje namerno sprečilo;
- 16) daje nalaz i mišljenje o zdravstvenom stanju osiguranog lica na osnovu čega se izdaje potvrda o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu;
- 17) određuje upotrebu i vrstu prevoznog sredstva za prevoz bolesnika, s obzirom na njegovo zdravstveno stanje;
- 18) vrši druge poslove u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ugovorom između Republičkog fonda, odnosno filijale i davaoca zdravstvenih usluga.

Pored poslova iz stava 1. ovog člana, izabrani lekar, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, određuje starost trudnoće radi ostvarivanja prava na odsustvovanje sa rada zbog trudnoće i porođaja, daje mišljenje o zdravstvenom stanju deteta radi ostvarivanja prava osiguranika na odsustvovanje sa rada zbog neophodne posebne nege deteta, u skladu sa zakonom i utvrđuje privremenu sprečenost za rad osiguranika sa propisima o zapošljavanju i osiguranju za slučaj nezaposlenosti.

Izabrani lekar daje ocenu privremene sprečenosti za rad na osnovu neposrednog pregleda osiguranika i na osnovu medicinske dokumentacije.

Član 36.

- brisan -

Član 37.

Izabrani lekar može ovlašćenja iz člana 35. ovog pravilnika, a koja se odnose na dijagnostiku i lečenje, uključujući i propisivanje lekova na recept (za TBC i HIV), kao i upućivanje na stacionarno lečenje da prenese na nadležnog lekara -specijalistu, ako to zahteva zdravstveno stanje osiguranog lica i racionalnost u pružanju zdravstvene zaštite.

Izabrani lekar u slučaju iz stava 1. ovog člana, uputom prenosi ovlašćenje na nadležnog lekara specijalistu. Na uputu mora precizno da se navede koja ovlašćenja se prenose i za koji period.

Lekar specijalista, kome je izabrani lekar preneo svoja ovlašćenja, dužan je bez obzira na trajanje ovlašćenja, jednom mesečno da izveštava izabranog lekara o toku lečenja osiguranog lica.

Član 38.

Osigurano lice je dužno da prihvati savet izabranog lekara, da po dobijenim uputstvima upotrebljava propisane lekove, da se podvrgne laboratorijskim, radiološkim i drugim ispitivanjima na koja je upućen kao i da se javi davaocu usluga kod koga je upućen na ambulantno-specijalistički pregled, stacionarno lečenje ili lekarsku komisiju za ocenu zdravstvenog stanja i radne sposobnosti, ili ocenu radne sposobnosti po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju i u drugim slučajevima.

Član 38a

Osigurano lice može da kod doktora medicine ili doktora medicine specijaliste iz oblasti opšte medicine, odnosno specijaliste medicine rada; doktora medicine specijaliste pedijatrije; doktora medicine specijaliste ginekologije i doktora stomatologije koji je zaposlen na neodređeno vreme sa punim radnim vremenom u domu zdravlja osnovanim sredstvima u privatnoj svojini, odnosno u određenom obliku privatne prakse (u daljem tekstu: lekar u privatnoj praksi), ostvari određena prava iz zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim pravilnikom.

Određena prava iz zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim pravilnikom, osigurano lice može da ostvaruje samo kod jednog lekara u privatnoj praksi iz grane medicine navedene u stavu 1. ovog člana, najmanje u toku jedne kalendarske godine.

Osigurano lice potpisuje izjavu da će određena prava iz zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim pravilnikom ostvarivati kod lekara u privatnoj praksi iz stava 2. ovog člana.

Republički fond, odnosno filijala zaključuje ugovor na period od najmanje jedne kalendarske godine sa domom zdravlja osnovanim sredstvima u privatnoj svojini, odnosno sa određenim oblikom privatne prakse.

Član 38b

Lekar u privatnoj praksi iz člana 38a ovog pravilnika, na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona, može da:

1) uputi osigurano lice, prema medicinskim indikacijama na ambulantno-specijalističke preglede u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, odnosno kod drugog pravnog subjekata sa kojima su Republički fond, odnosno filijala zaključili ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, i na osnovu toka lečenja uskladi mišljenje i predloge za nastavak lečenja osiguranog lica, kao i da uputi osigurano lice u zdravstvenu ustanovu, odnosno kod drugog pravnog subjekta na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, sa kojim su Republički fond, odnosno filijala zaključili ugovor o pružanju zdravstvene zaštite;

2) uputi osigurano lice na stacionarno lečenje, odnosno na specijalizovanu rehabilitaciju, kada je to opravdano i medicinski neophodno u zdravstvene ustanove na području matične filijale, odnosno van područja matične filijale sa kojima je Republički fond zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite;

3) propiše lekove i medicinska sredstva kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala;

4) utvrdi dužnu privremenu sprečenosti za rad zbog bolesti i povrede osiguranika do 30 dana sprečenosti za rad i predloži prvostepenoj lekarskoj komisiji produženje privremene sprečenosti za rad, osim ako zakonom nije drukčije određeno;

5) predloži prvostepenoj lekarskoj komisiji da utvrdi potrebu za rad osiguranika sa skraćenim radnim vremenom u toku lečenja;

6) utvrdi potrebu da osigurano lice ima pratioca za vreme putovanja;

7) utvrdi potrebu odsustvovanja osiguranika sa posla radi nege člana uže porodice u skladu sa članom 79. stav 1. zakona kojim se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje;

8) da mišljenje o tome da li je osiguranik namerno prouzrokovao nesposobnost za rad, odnosno da li je ozdravljenje namerno sprečio;

9) da mišljenje o zdravstvenom stanju osiguranog lica na osnovu čega se izdaje potvrda o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu;

10) odredi upotrebu i vrstu prevoznog sredstva za prevoz osiguranog lica radi ostvarivanja zdravstvene zaštite, s obzirom na njegovo zdravstveno stanje.

Pored poslova iz stava 1. ovog člana lekar u privatnoj praksi može da odredi starost trudnoće radi ostvarivanja prava za odsustvovanje sa rada zbog trudnoće i porođaja, daje mišljenje o zdravstvenom stanju deteta radi ostvarivanja prava osiguranika na odsustvovanje sa rada zbog neophodne posebne nege deteta u skladu sa zakonom i utvrđuje privremenu sprečenost za rad osiguranika u skladu sa propisima o zapošljavanju i osiguranju za slučaj nezaposlenosti.

Lekar u privatnoj praksi dužan je da vodi posebnu medicinsku dokumentaciju o lečenju i zdravstvenom stanju osiguranog lica, u skladu sa zakonom.

Član 38v

Prava iz člana 38b ovog pravilnika kod lekara u privatnoj praksi, osigurano lice ostvaruje u skladu sa zakonom kojim se uređuju prava iz zdravstvenog osiguranja i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

Pri ostvarivanju prava iz člana 38b ovog pravilnika kod lekara u privatnoj praksi, osigurano lice dužno je da da pismenu izjavu o tome da ista prava na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja nije ostvario kod izabranog lekara u skladu sa zakonom kojim se uređuju prava iz zdravstvenog osiguranja i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

Pismenu izjavu iz stava 1. ovog člana lekar u privatnoj praksi čuva u medicinskoj dokumentaciji o lečenju i zdravstvenom stanju osiguranog lica iz člana 38b ovog pravilnika.

Član 38g

Osigurano lice dužno je da kod prve posete svom izabranom lekaru u skladu sa zakonom kojim se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje, izabranom lekaru dostavi izveštaj, odnosno izvod iz medicinske dokumentacije o pravima iz zdravstvenog osiguranja iz člana 38b ovog pravilnika koja je ostvario kod lekara u privatnoj praksi.

Izveštaj, odnosno izvod iz medicinske dokumentacije iz stava 1. ovog člana osiguranom licu daje lekar u privatnoj praksi.

Podatke iz stava 1. ovog člana izabrani lekar unosi u zdravstveni karton osiguranog lica.

Član 38d

Osigurano lice iz svojih sredstava snosi troškove posete lekaru u privatnoj praksi, odnosno pruženih zdravstvenih usluga od strane lekara u privatnoj praksi radi ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 38b ovog pravilnika.

1.2. Specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita

Član 39.

Specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu osigurano lice ostvaruje kod najbliže zdravstvene ustanove na području matične filijale sa uputbom izabranog lekara.

Izabrani lekar u uputu lekaru specijalisti precizno postavlja zahtev u vezi sa daljim ispitivanjem i lečenjem osiguranog lica.

Izabrani lekar uz uput iz stava 2. ovog člana lekaru specijalisti obavezno dostavlja nalaze o zdravstvenom stanju osiguranog lica, prvenstveno rezultate laboratorijskih, radioloških i drugih ispitivanja obavijenih na nivou primarne zdravstvene zaštite.

Član 39a

Izabrani lekar upućuje osigurano lice internim uputom na pregled kod doktora medicine - specijaliste odgovarajuće grane medicine u zdravstvenu ustanovu na primarnom nivou kod koga osigurano lice ima izabranog lekara, ili drugu zdravstvenu ustanovu na području filijale koja obavlja zdravstvenu delatnost na primarnom nivou, ako je takva zdravstvena usluga propisana aktom kojim se uređuje nomenklatura zdravstvenih usluga koje se obavljaju na primarnom nivou zdravstvene zaštite.

Izabrani lekar upućuje osigurano lice na specijalističko-konsultativni pregled u zdravstvenu ustanovu koja obavlja zdravstvenu delatnost na sekundarnom, odnosno tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, na osnovu mišljenja doktora medicine-specijaliste odgovarajuće grane medicine iz zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu delatnost na primarnom nivou.

Ako zdravstvene usluge doktora medicine-specijaliste nisu propisane aktom kojim se uređuje nomenklatura zdravstvenih usluga koje se obavljaju na primarnom nivou zdravstvene zaštite, izabrani lekar upućuje osigurano lice u zdravstvenu ustanovu koja obavlja zdravstvenu delatnost na sekundarnom, odnosno tercijarnom nivou, bez prethodno pribavljenog mišljenja doktora medicine - specijaliste odgovarajuće grane medicine iz stava 2. ovog člana.

Član 40.

Sa uputom lekaru specijalisti, osigurano lice ostvaruje pravo na sve specijalističko-konsultativne preglede i neophodnu dijagnostiku koji su potrebni da bi lekar specijalista postavio dijagnozu, odnosno sačinio lekarski izveštaj, a koji se mogu pružiti u toj zdravstvenoj ustanovi, kao i na kontrolne preglede u roku od šest meseca od dana prvog javljanja lekaru specijalisti u toj zdravstvenoj ustanovi.

Pravo na specijalističko-konsultativne preglede i neophodnu dijagnostiku iz stava 1. ovog člana osigurano lice ostvaruje na osnovu internih uputa lekara specijalista po čijim zahtevima se obavljaju specijalističko-konsultativni pregledi, odnosno neophodna dijagnostika.

Lekar specijalista obavezan u svom izveštaju iz stava 1. ovog člana, dostavlja izabranom lekaru obrazložen nalaz, ocenu i mišljenje sa uputstvom o daljem lečenju

osiguranog lica.

Član 41.

Osigurano lice je dužno da izabranom lekaru koji je izdao uput dostavi na uvid izveštaj lekara specijaliste. Ukoliko je lekar specijalista radi lečenja i kontrole upisao u izveštaj datum ponovnog javljanja na pregled, izabrani lekar unosi u zdravstveni karton datum ponovnog javljanja i vraća izveštaj lekara specijaliste osiguranom licu.

Lekar specijalista, osiguranom licu koje ima pravo na naknadu troškova prevoza, u obrazac potvrde o potrebi putovanja u cilju ostvarivanja zdravstvene zaštite, upisuje čas i datum javljanja i obavljanja pregleda, uz potpis sa faksimilom i pečatom zdravstvene ustanove.

Član 42.

Po obavljenom specijalističko-konsultativnom pregledu odnosno lečenju, osigurano lice je dužno da se javi izabranom lekaru koji ga je uputio na pregled odnosno lečenje, najkasnije u roku od tri dana.

Nepridržavanje obaveze iz stava 1. ovog člana bez opravdanog razloga, smatra se namernim sprečavanjem i odugovlačenjem lečenja.

1.2a Promena pola iz medicinskih razloga

Član 42a

Stručno mišljenje o ispunjenosti uslova za uključivanje osiguranog lica u proces promene pola iz medicinskih razloga daje Komisija za transrodna stanja koju obrazuje Republički fond (u daljem tekstu: Komisija).

Stručno mišljenje iz stava 1. ovog člana Komisija donosi na osnovu medicinske dokumentacije osiguranog lica. Stručno mišljenje Komisije važi šest meseci od dana donošenja.

Na osnovu medicinske dokumentacije osiguranog lica Komisija utvrđuje da li su ispunjeni kriterijumi i standardi za promenu pola iz medicinskih razloga koje je utvrdila republička stručna komisija za oblast transrodnih stanja.

Komisija iz stava 1. ovog člana daje stručno mišljenje na osnovu zahteva osiguranog lica koji se dostavlja Republičkom fondu, sa potpunom medicinskom dokumentacijom.

Komisija daje stručno mišljenje na obrascu o ispunjenosti standarda i kriterijuma iz stava 3. ovog člana - Obrazac TP, koji je propisan uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Član 42b

Na osnovu stručnog mišljenja iz člana 42a ovog pravilnika, izabrani lekar upućuje osigurano lice u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu tercijarnog nivoa radi promene pola iz medicinskih razloga.

Ako se osigurano lice zbog promene pola iz medicinskih razloga upućuje u zdravstvenu ustanovu van područja matične filijale, prvostepena lekarska komisija daje mišljenje o upućivanju osiguranog lica na lečenje van područja matične filijale.

1.3. Zdravstvena zaštita kod stacionarnih zdravstvenih ustanova

Član 43.

Osigurano lice sa uputom izabranog lekara ostvaruje pravo na stacionarno lečenje u najbližoj zdravstvenoj ustanovi na području filijale.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, pružanje hitne medicinske pomoći i nastavak lečenja posle pružene hitne medicinske pomoći, osigurano lice ostvaruje i bez uputa izabranog lekara.

Izabrani lekar izdaje uput osiguranom licu koje se upućuje na dijalizu kod stacionarne zdravstvene ustanove, samo kod prvog upućivanja na dijalizu. Uput za dijalizu važi dok osigurano lice ostvaruje zdravstvenu uslugu dijalize kod iste zdravstvene ustanove.

Osigurano lice ostvaruje zdravstvenu uslugu hemioterapije, odnosno radioterapije u zdravstvenoj ustanovi u stacionarnim uslovima ili u dnevnoj bolnici, na osnovu uputa koji izdaje izabrani lekar.

Uput izabranog lekara iz stava 4. ovog člana važi za sve vreme dok se osiguranom licu pruža zdravstvena usluga hemioterapije, odnosno radioterapije u istoj zdravstvenoj ustanovi, bez obzira na broj i dinamiku ciklusa hemioterapije, odnosno radioterapije.

Član 44.

Zdravstvena ustanova je dužna da primi osigurano lice na lečenje odmah, bez odlaganja ukoliko je u pitanju pružanje hitne medicinske pomoći.

Osigurano lice biće primljeno na stacionarno lečenje kod zdravstvene ustanove kod koje je upućeno samo ukoliko je to medicinski neophodno, odnosno opravdano, a adekvatno lečenje ne može da se pruži u ambulantnim ili kućnim uslovima.

Ukoliko utvrdi da su ispunjeni uslovi iz stava 2. ovog člana, zdravstvena ustanova kod koje je osigurano lice upućeno na lečenje, dužna je da osigurano lice primi odmah, a ako to nije moguće da zakaže prijem na lečenje i osigurano lice stavi na listu zakazivanja i odredi datum prijema na lečenje, s tim da vreme čekanja na prijem ne može da bude takvo da ugrozi zdravlje ili život osiguranog lica.

Ukoliko zdravstvena ustanova nije mogla da primi na lečenje osigurano lice koje je imalo zakazan prijem, dužna je da osiguranom licu zakaže ponovni prijem na lečenje najkasnije u roku od 30 dana od dana otkazanoj prijema.

Član 44a

Ako zdravstvena ustanova kod koje se osigurano lice nalazi na stacionarnom lečenju ne može da pruži odgovarajuće zdravstvene usluge neophodne za postavljanje dijagnoze i lečenje osiguranog lica, dužna je da osiguranom licu obezbedi u drugim zdravstvenim ustanovama odgovarajuću dijagnostiku i specijalističko-konsultativne preglede.

Obezbeđivanje dijagnostike i specijalističko-konsultativnih pregleda u drugim zdravstvenim ustanovama iz stava 1. ovog člana, vrši se na osnovu internog uputa zdravstvene ustanove kod koje se osigurano lice nalazi na stacionarnom lečenju, a uz koji se dostavlja i fotokopija uputa izabranog lekara za stacionarno lečenje iz člana 43. stav 1. ovog pravilnika.

Interni uput iz stava 2. ovog člana sadrži precizno postavljen zahtev u vezi sa potrebnom dijagnostikom i specijalističko-konsultativnim pregledima osiguranog lica.

Ako se osigurano lice u slučaju iz stava 1. ovog člana, upućuje u zdravstvenu ustanovu van područja filijale, zdravstvena ustanova u kojoj se osigurano lice nalazi na stacionarnom lečenju, pored uputa iz stava 2. ovog člana, službenim putem pribavlja i ocenu lekarske komisije matične filijale osiguranog lica za upućivanje u zdravstvenu ustanovu van područja filijale.

Član 44b

Ako je zdravstveno stanje osiguranog lica takvo da u toku stacionarnog lečenja ili po završenom stacionarnom lečenju, zahteva da se odmah lečenje nastavi u drugoj zdravstvenoj ustanovi na području matične filijale, upućivanje osiguranog lica se vrši direktno internim uputom koji izdaje zdravstvena ustanova u kojoj se osigurano lice nalazi na stacionarnom lečenju.

Uz interni uput iz stava 1. ovog člana, zdravstvena ustanova dostavlja kopiju uputa izabranog lekara na osnovu koga je osigurano lice do tada lečeno i kopiju otpusne liste sa epikrizom i konstatacijom o potrebi i razlozima za direktno upućivanje u drugu zdravstvenu ustanovu.

Ako se druga zdravstvena ustanova u koju se osigurano lice direktno upućuje na stacionarno lečenje iz stava 1. ovog člana, nalazi van područja matične filijale osiguranog lica, pored uputa iz stava 2. ovog člana, zdravstvena ustanova u kojoj se osigurano lice stacionarno leči službenim putem pribavlja i ocenu lekarske komisije za upućivanje na stacionarno lečenje u zdravstvenu ustanovu van područja filijale.

Član 45.

Osigurano lice po završenom lečenju kod stacionarne zdravstvene ustanove dobija otpusnu listu koja sadrži i iscrpne nalaze, odgovarajuće savete, uputstvo izabranom

lekaru o daljem lečenju.

Otpusna lista iz stava 1. ovog člana, po potrebi, sadrži i konstataciju o potrebi prevoza sanitetskim kolima.

1.4. Zdravstvena zaštita van područja matične filijale

Član 46.

Kada izabrani lekar oceni da osiguranom licu ne može da se obezbedi odgovarajuća zdravstvena zaštita kod zdravstvene ustanove na području matične filijale, dužna je da izda uput za najbližu odgovarajuću zdravstvenu ustanovu van područja matične filijale koja može da pruži zdravstvenu zaštitu osiguranom licu.

Na uputu iz stava 1. ovog člana, lekarska komisija matične filijale daje prethodnu saglasnost, osim u hitnim slučajevima.

Sa uputom iz st. 1. i 2. ovog člana, osigurano lice ostvaruje zdravstvenu zaštitu kod zdravstvene ustanove van područja matične filijale u skladu sa članom 40. stav 1. ovog pravilnika.

Izuzetno od st. 1. i 2. ovog člana osigurano lice može da ostvari zdravstvenu zaštitu kod zdravstvene ustanove na sekundarnom i tercijarnom nivou van područja matične filijale, ako je zdravstvena ustanova na sekundarnom, odnosno tercijarnom nivou na području druge filijale bliži mestu stanovanja osiguranog lica u odnosu na zdravstvenu ustanovu na području matične filijale.

Zdravstvenu zaštitu iz stava 4. ovog člana osigurano lice ostvaruje na osnovu uputa izabranog lekara koji prethodno overava lice koje ovlasti direktor matične filijale.

Kada osigurano lice ostvaruje zdravstvenu zaštitu van područja matične filijale kao hitan slučaj bez uputa izabranog lekara, odnosno bez saglasnosti lekarske komisije matične filijale, odnosno prethodne overe matične filijale, zdravstvena ustanova je dužna u roku od tri dana od dana prijema osiguranog lica na lečenje da zatraži saglasnost lekarske komisije matične filijale za nastavak lečenja, a u slučaju iz stava 4. ovog člana, dužan je da zatraži saglasnost matične filijale.

Izuzetno od stava 6. ovog člana, zdravstvena ustanova može, u slučaju postojanja opravdanih razloga zbog kojih nije mogla da zatraži saglasnost za nastavak lečenja u roku od tri dana od dana prijema osiguranog lica, takav zahtev da podnese i po isteku roka od tri dana, čim se steknu objektivni uslovi za podnošenje zahteva.

Lekarska komisija matične filijale dužna je u roku od sedam dana od dana prijema zahteva iz stava 6, odnosno 7. ovog člana, da dostavi zdravstvenoj ustanovi saglasnost, odnosno ocenu o potrebi nastavka daljeg lečenja osiguranog lica. Za slučaj iz stava 4. ovog člana, matična filijala dužna je da zdravstvenoj ustanovi dostavi saglasnost, u roku od sedam dana od dana prijema zahteva.

Ukoliko lekarska komisija matične filijale, odnosno matična filijala ne dostavi ocenu, odnosno saglasnost u roku iz stava 8. ovog člana, osigurano lice ima pravo na naknadu troškova lečenja na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

1.4a Zdravstvena zaštita van mesta prebivališta

Član 47.

Osigurano lice koje privremeno boravi van mesta prebivališta, ostvaruje zdravstvenu zaštitu u mestu privremenog boravka u zdravstvenoj ustanovi na primarnom nivou, bez promene izabranog lekara.

Zdravstvena zaštita na primarnom nivou koju osigurano lice ostvaruje van mesta prebivališta u skladu sa stavom 1. ovog člana, obuhvata dijagnostiku i lečenje, uključujući propisivanje lekova na recept ili nalog, medicinsku rehabilitaciju, propisivanje medicinsko-tehničkih pomagala koja se propisuju na mesečnom nivou i sl.

Zdravstvenu zaštitu iz stava 2. ovog člana osigurano lice ostvaruje na osnovu overene isprave o osiguranju. Pravo na propisivanje lekova na recept ili nalog, kao i pravo na medicinsko-tehnička pomagala koje se propisuju na mesečnom nivou, osigurano lice ostvaruje i na osnovu lične izjave da mu za isti period izabrani lekar nije propisao lekove, odnosno medicinsko-tehnička pomagala.

Član 47a

Osigurano lice koje privremeno boravi van mesta prebivališta, ostvaruje zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite u mestu privremenog boravka kada je to medicinski indikovano na osnovu uputa lekara iz zdravstvene ustanove primarne zdravstvene zaštite iz člana 47. ovog pravilnika, u slučaju akutnog stanja ili akutnog pogoršanja hronične bolesti osiguranog lica.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, hitnu zdravstvenu zaštitu osigurano lice ostvaruje bez uputa lekara iz zdravstvene ustanove primarne zdravstvene zaštite.

Član 47b

Zdravstvenu zaštitu iz čl. 47 i 47a ovog pravilnika, osigurano lice ostvaruje na način i po postupku koji se primenjuju za osigurana lica filijale na čijem se području nalazi zdravstvena ustanova koja pruža zdravstvenu zaštitu.

Član 47v

Na produženu rehabilitaciju osiguranog lica koje privremeno boravi van mesta prebivališta, primenjuje se odredba člana 49. ovog pravilnika.

Član 48.

Osigurana lica iz člana 21. ovog pravilnika zdravstvenu zaštitu ostvaruju na način i po postupku koji se primenjuju za osigurana lica filijale na čijem se području nalazi zdravstvena ustanova koja pruža zdravstvenu zaštitu.

Ukoliko osigurano lice iz stava 1. ovog člana treba da bude upućeno kod zdravstvene ustanove na području matične filijale, zdravstvenu zaštitu ostvaruje na osnovu uputa izabranog lekara bez prethodne saglasnosti lekarske komisije, osim za upućivanje na produženu rehabilitaciju.

1.5. Produžena rehabilitacija

Član 49.

Osiguranim licima obezbeđuje se medicinska rehabilitacija kod stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (produžena rehabilitacija) u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuje produžena rehabilitacija.

1.6. Hitna medicinska pomoć

Član 50.

Hitna medicinska pomoć jeste neposredna - trenutna medicinska pomoć koja se pruža da bi se izbeglo dovođenje osiguranog lica u životnu opasnost, odnosno nepopravljivo ili ozbiljno slabljenje ili oštećenje njegovog zdravlja ili smrt.

Pod hitnom medicinskom pomoći smatra se i medicinska pomoć koja se pruža u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja.

Hitna medicinska pomoć pruža se na mestu medicinske hitnosti ili kod zdravstvene ustanove, sa ili bez uputa izabranog lekara kao i u slučaju kada osigurano lice nije u mogućnosti da podnese dokaz o svojstvu osiguranog lica, pod uslovima propisanim Zakonom i ovim pravilnikom.

Hitnu medicinsku pomoć pruža osiguranim licima najbliža zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa, bez obzira da li je zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga.

Član 51.

U slučaju potrebe da se osigurano lice kome je ukazana hitna medicinska pomoć, radi definitivnog medicinskog zbrinjavanja uputi kod druge zdravstvene ustanove, zdravstvena ustanova koji je ukazala hitnu medicinsku pomoć dužna je da organizuje sanitetski prevoz sa medicinskim zbrinjavanjem i pratnjom odgovarajućeg zdravstvenog radnika u putu.

Član 52.

Ukoliko zdravstvena ustanova po dobijenom pozivu za ukazivanje hitne medicinske pomoći nije ovu pomoć blagovremeno ukazala, odnosno nije blagovremeno obezbedila prevoz sanitetskim vozilom do odgovarajuće zdravstvene ustanove, za prevoz osiguranog lica može da se upotrebi drugo prevozno sredstvo do najbliže zdravstvene ustanove.

Opravdanost korišćenja drugog prevoznog sredstva u slučaju iz stava 1. ovog člana ceni lekarska komisija.

1.6.a Prevoz sanitetskim vozilom

Član 52a

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

Uz uput koji izabrani lekar izdaje osiguranom licu za korišćenje zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom i ovim pravilnikom, u zavisnosti od zdravstvenog stanja osiguranog lica, izabrani lekar određuje i izdaje nalog za upotrebu sanitetskog vozila za prevoz osiguranog lica.

Ocena lekarske komisije o potrebi upućivanja osiguranog lica na lečenje ili produženu rehabilitaciju, sadrži i ocenu o upotrebi sanitetskog vozila, ako to zahteva zdravstveno stanje osiguranog lica, skladu sa zakonom i ovim pravilnikom.

Ocena lekarske komisije iz stava 3. ovog člana predstavlja nalog za korišćenje sanitetskog vozila.

Ako je osiguranom licu odobrena upotreba sanitetskog vozila i pravo na pratioca u putu, pratilac može da koristi za prevoz sanitetsko vozilo ako je to tehnički izvodljivo, odnosno ako to nije moguće, pratilac ima pravo na naknadu troškova prevoza u skladu sa Zakonom i ovim pravilnikom.

Sanitetski prevoz iz st. 2 i 3. ovog člana obezbeđuje osiguranom licu zdravstvena ustanova u kojoj osigurano lice ima izabranog lekara, odnosno zavod za hitnu medicinsku pomoć, ako je takav zavod organizovan za područje filijale.

Član 53.

Prevoz sanitetskim kolima obezbeđuje stacionarna zdravstvena ustanova osiguranom licu u slučaju da transport drugim prevoznim sredstvom može da ugrozi život i zdravlje osiguranog lica.

Ako se osiguranom licu pruža zdravstvena zaštita u smislu člana 44a stav 1. i člana 44b stav 1, prevoz sanitetskim vozilom obezbeđuje stacionarna zdravstvena ustanova u kojoj se osigurano lice nalazi na lečenju, samostalno ili preko druge zdravstvene ustanove.

Član 53a

Na osnovu mišljenja iz otpusne liste o potrebi prevoza osiguranog lica sanitetskim vozilom do mesta stanovanja, po završenom stacionarnom lečenju, na zahtev stacionarne zdravstvene ustanove sanitetsko vozilo obezbeđuje zdravstvena ustanova kod koje osigurano lice ima izabranog lekara, odnosno zavod za hitnu medicinsku pomoć ako je takav zavod organizovan na području matične filijale.

Ako se osigurano lice vraća u mesto stanovanja posle završenog stacionarnog lečenja van područja matične filijale, stacionarna zdravstvena ustanova službenim putem dostavlja predlog lekarskoj komisiji za odobravanje upotrebe sanitetskog vozila s obzirom na zdravstveno stanje osiguranog lica. Na osnovu ocene lekarske komisije, upotrebu sanitetskog vozila obezbeđuje zdravstvena ustanova kod koje osigurano lice ima izabranog lekara, odnosno zavod za hitnu medicinsku pomoć ako je takav zavod osnovan na području filijale.

Član 54.

Osigurano lice snosi troškove pružanja hitne medicinske pomoći i nastale troškove pregleda i prevoza sanitetskim kolima u slučaju neopravdanog zahteva za ukazivanje hitne medicinske pomoći.

1.7. Kućno lečenje

Član 55.

Osiguranom licu obezbeđuje se kućno lečenje u skladu sa Zakonom i ovim pravilnikom.

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

Kućno lečenje se sprovodi i kao nastavak stacionarnog lečenja.

Osiguranom licu u terminalnoj fazi bolesti, nepokretnom, odnosno pokretnom uz pomoć drugih lica obezbeđuje se kućno lečenje.

Član 56.

Izabrani lekar određuje vrstu i dužinu kućnog lečenja i prati njegovo sprovođenje.

Član 56a

O pruženim zdravstvenim uslugama u lečenju osiguranog lica koje je privremeno nesposobno za kretanje u smislu člana 55. st. 2. i 3. ovog pravilnika, lekar u službi kućnog lečenja izveštava izabranog lekara koji u zdravstveni karton osiguranog lica unosi sve podatke o lečenju i pruženim zdravstvenim uslugama, izdaje naloge za medicinsko-tehnička pomagala i sl.

Ako u nalazu lekara specijaliste ili u otpusnoj listi posle stacionarnog lečenja nije propisana terapija, lekar iz službe kućnog lečenja iz stava 1. ovog člana, daje predlog za terapiju lekovima, na osnovu kojeg, izabrani lekar izdaje recept, odnosno nalog za lekove sa Liste lekova, a služba kućnog lečenja osiguranom licu dostavlja recept, odnosno sprovodi terapiju prema nalogu.

Član 56b

Za osigurano lice koje ima prebivalište na području jedne opštine, a izabranog lekara u zdravstvenoj ustanovi čije je sedište na području druge opštine u okviru iste filijale Republičkog fonda, vrstu i dužinu kućnog lečenja određuje izabrani lekar u skladu sa čl. 55-56a ovog pravilnika, a sprovodi ga služba kućnog lečenja zdravstvene ustanove koja ima sedište na području opštine u kojoj se nalazi prebivalište osiguranog lica.

Kućno lečenje iz stava 1. ovog člana sprovodi se po internom uputu izabranog lekara osiguranog lica.

O sprovedenom kućnom lečenju iz stava 1. ovog člana, zdravstvena ustanova dostavlja izveštaj izabranom lekaru po završenom kućnom lečenju ako takvo lečenje traje kraće od mesec dana, odnosno po isteku kalendarskog meseca ako kućno lečenje traje duže od mesec dana.

1.8. Lečenje dijalizom u kućnim uslovima

Član 57.

Lečenje dijalizom u kućnim uslovima, odnosno hemodijalizom i peritoneumskom dijalizom osigurana lica ostvaruju u skladu sa opštim aktima Republičkog fonda kojima se uređuju standardi za dijalize i cene materijala za dijalize koje se obezbeđuju na teret sredstava zdravstvenog osiguranja.

Član 58.

Lečenje hemodijalizom u kućnim uslovima osigurano lice ostvaruje:

- 1) na predlog stručnog konzilijuma zdravstvene ustanove koja pruža zdravstvene usluge hemodijalize;
- 2) kada osigurano lice obezbedi aparat za hemodijalizu u kućnim uslovima;

- 3) kada osigurano lice ima obezbeđen namenski prostor u kućnim uslovima;
- 4) kada je osigurano lice, odnosno član njegove porodice ili lice koje se stara o njemu, obučeno za obavljanje hemodijalize u kućnim uslovima.

Član 59.

Predlog stručnog konzilijuma zdravstvene ustanove iz člana 58. tačka 1) ovog pravilnika, sadrži:

- 1) medicinske indikacije utvrđene opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuju standardi za dijalizu koje se obezbeđuju na teret sredstava zdravstvenog osiguranja;
- 2) mišljenje o ispunjenosti uslova iz člana 58. ovog pravilnika;
- 3) datum početka lečenja hemodijalizom u kućnim uslovima.

Zdravstvena ustanova iz stava 1. ovog člana dostavlja matičnoj filijali predlog stručnog konzilijuma i specifikaciju materijala za lečenje hemodijalizom u kućnim uslovima, a izabranom ponuđaču iz člana 60. ovog pravilnika, specifikaciju materijala za lečenje.

Lekar specijalista zdravstvene ustanove kod koje osigurano lice koje se leči peritoneumskom dijalizom obavlja kontrolne preglede, dostavlja matičnoj filijali predlog i specifikaciju materijala za lečenje peritoneumskom dijalizom, a izabranom ponuđaču iz člana 60. ovog pravilnika, specifikaciju materijala za lečenje.

Lekarska komisija matične filijale daje ocenu o predlogu stručnog konzilijuma iz stava 1. ovog člana i lekara specijaliste iz stava 3. ovog člana i o svojoj oceni obaveštava zdravstvenu ustanovu u roku od 5 dana od dana dobijanja predloga.

Do dobijanja ocene lekarske komisije iz stava 4. ovog člana, zdravstvena ustanova je dužna da osigurano lice leči hemodijalizom, odnosno peritoneumskom dijalizom u bolničkim (stacionarnim) uslovima.

Član 60.

Po dobijanju saglasnosti lekarske komisije iz člana 59. stav 4. ovog pravilnika, materijal za lečenje hemodijalizom, odnosno peritoneumskom dijalizom u kućnim uslovima, osiguranom licu obezbeđuje izabrani ponuđač sa kojim je Republički fond zaključio ugovor.

Član 61.

U slučaju da se zdravstveno stanje osiguranog lica promeni u meri da nije moguće lečenje hemodijalizom odnosno peritoneumskom dijalizom, ili osigurano lice ne saraduje u lečenju i neopravdano ne dolazi na kontrole kod nadležne zdravstvene ustanove, stručni konzilijum odnosno lekar specijalista nadležne zdravstvene ustanove daje predlog, sa obrazloženjem, za prekid i prestanak lečenja hemodijalizom odnosno peritoneumskom dijalizom u kućnim uslovima, o čemu ocenu daje lekarska komisija matične filijale.

Lekarski recept je obrazac pravougaonog oblika, širine 97 mm, dužine 200 mm (blok 100 listova).

Lekarski recept se koristi za propisivanje i izdavanje lekova sa Liste lekova. Na jednom obrascu lekarskog recepta može se propisati samo jedan lek za jedno osigurano lice.

Izuzetno od stava 2. ovog člana, lekovi sa Liste lekova koji sadrže opojne droge ili psihotropne supstance za koje je propisan režim izdavanja leka na lekarski recept u dva primerka, propisuju se na dva obrasca lekarskog recepta, tako da drugi obrazac lekarskog recepta sadrži oznaku "kopija" i redni broj iz knjige evidencije o izdatim receptima za navedene lekove.

Lekarski recept važi 15 dana od dana propisivanja od strane izabranog lekara.

Izuzetno od stava 4. ovog člana, lekarski recept važi:

- tri dana od dana propisivanja ako je propisan antibiotik;
- sedam dana od dana propisivanja ako je propisan lek za lečenje akutnih oboljenja;
- sedam dana od dana propisivanja ako su propisani lekovi koji sadrže opojne droge ili psihotropne supstance za koje je propisan režim izdavanja leka na lekarski recept u dva primerka;
- 30 dana od dana propisivanja ako je propisan lek sa Liste D;
- najduže do šest meseci ako je lek propisan na lekarskom receptu koji je obnovljiv u smislu zakona kojim se uređuju lekovi i medicinska sredstva, u delu koji se odnosi na obrazac i sadržinu recepta za lekove koji se izdaju uz lekarski recept kao i način izdavanja i propisivanja lekova.

Lekove propisane na lekarskom receptu iz stava 5. alineja peto ovog člana, osigurano lice može odjednom da preuzme najviše u količini potrebnoj za jedno ponovljeno izdavanje leka, odnosno u količini potrebnoj najviše za 30 dana i to najranije sedam dana pre početka perioda za koji je propisan lek, odnosno najkasnije sedam dana od početka perioda za koji je lek propisan.

Napomena Redakcije: ova verzija člana se primenjuje u zdravstvenim ustanovama u kojima postoje odgovarajući tehnički uslovi za primenu obnovljivog propisivanja lekova.

+

Član 115.

Nalog N-1 je obrazac pravougaonog oblika, širine 190 mm i dužine 120 mm, boja štampe roze, tamno roze i crna na hartiji bele boje.

Na nalogu N-1 u gornjem levom uglu nalazi se jedinstveni osmocifreni broj koji služi za identifikaciju referentne zdravstvene ustanove, u sredini se nalazi tekst "Republički fond za zdravstveno osiguranje" i u gornjem desnom uglu je oznaka N-1.

Na nalogu N-1 propisuju se i izdaju lekovi sa Liste lekova sa posebnim režimom izdavanja.

Nalog N-1 ima tri karbonizirana primerka (original i dve kopije). Original se dostavlja nadležnoj filijali Republičkog fonda, jedna kopija ostaje u bolničkoj apoteci, a drugu kopiju zadržava lekar koji je propisao lek.

Na nalogu N-1 može da se propiše samo jedan lek za jedno osigurano lice.

+

Član 116.

Nalog N-2 je obrazac pravougaonog oblika, širine 190 mm i dužine 120 mm, boja štampe svetlo plava, plava i crna na hartiji bele boje.

Na nalogu N-2 u gornjem levom uglu nalazi se jedinstveni osmocifreni broj koji služi za identifikaciju zdravstvenih ustanova, u sredini se nalazi tekst "Republički fond za zdravstveno osiguranje" i u gornjem desnom uglu je oznaka N-2.

Na nalogu N-2 propisuju se i izdaju lekovi koji se ne nalaze na Listi lekova u skladu sa opštim aktom Republičkog zavoda.

Nalog N-2 ima tri karbonizirana primerka (original i dve kopije). Original se dostavlja nadležnoj filijali Republičkog fonda, jedna kopija ostaje u bolničkoj apoteci, a drugu kopiju zadržava lekar koji je propisao lek.

Na nalogu N-2 može da se propiše samo jedan lek za jedno osigurano lice.

Na nalogu N-2 lekovi se izdaju samo u bolničkim apotekama zdravstvenih ustanova.

+

Član 117.

Lekarski recept, nalog N-1 i nalog N-2 iz člana 115. ovog pravilnika, štampa isključivo ponuđač koga u skladu sa Zakonom o javnim nabavkama izabere i ovlasti Republički fond.

Zdravstvene ustanove obrasce lekarskog recepta, naloga N-1 i naloga N-2 mogu da naručuju i preuzimaju isključivo kod ponuđača iz stava 1. ovog člana, što se bliže reguliše ugovorom o sprovođenju i finansiranju zdravstvene zaštite između filijale i zdravstvenih ustanova.

+

Član 118.

Nalog za davanje injekcija je obrazac pravougaonog oblika, širine 120 mm i dužine 170 mm (blok 100 listova), boja štampe crna na hartiji bele boje.

Na nalogu za davanje injekcija - Obrazac OZ-5 propisuju se ampulirani lekovi sa Liste lekova kod zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite.

+

Član 119.

Pravo na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad osiguranik ostvaruje na osnovu obrasca Izveštaj o privremenoj sprečenosti za rad (doznaka) -

Obrazac OZ-6.

Obrazac iz stava 1. ovog člana je list formata A4 (dimenzije 210mm x 297 mm) boja štampe crna na hartiji bele boje.

Obrazac iz stava 1. ovog člana popunjava se u tri primerka.

Član 120.

Obračun naknade zarade vrši se na osnovu obrasca Potvrda o ostvarenoj zaradi za utvrđivanje osnova za obračun naknade zarade - Obrazac OZ-7.

Obrazac iz stava 1. ovog člana je list formata A4 (dimenzije 210 mm x 297 mm) boja štampe crna na hartiji bele boje.

Član 121.

Usklađivanje osnova za naknadu zarade vrši se na osnovu obrazaca:

- 1) Potvrde o kretanju (porastu-smanjenju) zarada kod poslodavca za prvo usklađivanje osnova za naknadu zarade - Obrazac OZ-8;
- 2) Potvrde o kretanju (porastu-smanjenju) zarada kod poslodavca za naredna usklađivanja osnova za naknadu zarade - Obrazac OZ-9.

Obrazci iz stava 1. ovog člana su listovi formata A4 (dimenzije 210 mm x 297 mm), boja štampe crna na hartiji bele boje.

Potvrde iz stava 1. ovog člana popunjava poslodavac i dostavlja matičnoj filijali osiguranika.

Član 122.

Evidencija isplaćenih naknada zarada vodi se na obrascu Spisak obračunatih - isplaćenih naknada zarada - Obrazac OZ-10.

Obrazac iz stava 1. ovog člana je pravougaonog oblika, širine 245 mm i dužine 320 mm (blok 100 listova), boja štampe crna na hartiji bele boje.

Član 123.

Naknadu troškova prevoza u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite osigurano lice i pratilac osiguranog lica ostvaruju na osnovu obrasca Potvrda o potrebi putovanja u cilju ostvarivanja zdravstvene zaštite - Obrazac OZ-11 i OZ-11-LK.

Obrasci iz stava 1. ovog člana su listovi formata A4 (dimenzije 210 mm x 297 mm) boja štampe crna na hartiji bele boje.

Obrazac OZ-11-LK iz stava 1. ovog člana popunjava se i štampa preuzimanjem elektronskim putem iz Matične evidencije o ostvarivanju prava osiguranih lica (MEOP-a), koju vodi Republički fond.

+

Član 124.

Pravo na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u zemljama sa kojima nije zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju, osigurano lice ostvaruje na osnovu obrasca Potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite u inostranstvu - Obrazac OZ-12.

Na poledini obrasca iz stava 1. ovog člana odštampano je objašnjenje o načinu, postupku i uslovima za korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu.

Obrazac iz stav 1. ovog člana je list formata A4 (dimenzije 210 mm x 297 mm) boja štampe crna na hartiji bele boje.

Član 125.

Na obrascu Saglasnost matične filijale za nastavak lečenja osiguranog lica - Obrazac OZ-13, daje se saglasnost matične filijale kada osigurano lice ostvaruje zdravstvenu zaštitu van područja matične filijale, bez uputa izabranog lekara, odnosno bez overe lica koje je ovlastio direktor matične filijale.

Obrazac iz stava 1. ovog člana je list formata A4 (dimenzije 210 mm x 297 mm) boja štampe crna na hartiji bele boje.

Član 126.

Potvrda-PZ je obrazac pravougaonog oblika, širine 145 mm i dužine 210 mm, boja štampe crna na papiru bele boje.

Potvrda iz stava 1. ovog člana izdaje se u dva primerka od kojih jedan primerak za osigurano lice, a drugi primerak zadržava izdavalac potvrde.

Član 127.

Zahtev REF-1 je obrazac pravougaonog je oblika, širine 145 mm i dužine 210 mm, boja štampe crna na papiru bele boje.

Zahtev iz stava 1. ovog člana popunjava osigurano lice u dva primerka, od kojih jedan primerak podnosi matičnoj filijali, a drugi primerak zadržava za sebe.

Član 128.

Izjava o članovima porodice i prihodima po članu porodice - Obrazac-CZ služi za utvrđivanje mesečnog iznosa prihoda kao cenzusa za sticanje svojstva osiguranika kao nezaposlenog lica, socijalno ugroženog lica i izbeglog, odnosno prognanog lica kome je nadležni republički organ utvrdio status izbeglog, odnosno prognanog lica iz bivših republika SFRJ.

Obrazac-CZ sastoji se od tri lista formata A4 (dimenzije 210 mm x 297 mm) boja štampe crna na hartiji bele boje.

Na prvom i drugom listu Obrasca-CZ popunjavaju se podaci o članovima porodice i vrsti i visini prihoda. Treća strana Obrasca-CZ sadrži uputstvo o dokazima koji se podnose uz popunjeni obrazac za utvrđivanje visine prihoda.

Član 129.

Prijava/promena/odjava u evidenciji ID brojeva lekara - Obrazac ID broja je list formata A4 (dimenzije 210 mm x 297 mm) boja štampe crna na hartiji bele boje.

Na poledini obrasca iz stava 1. ovog člana odštampan je šifarnik specijalnosti i uputstvo za popunjavanje obrasca.

Čl. 130 - 135.

- prestali da važe -

+

Član 136.

- prestao da važi -

+

Čl. 137-138.

- prestali da važe -

+

Član 139.

- prestao da važi -

+

Član 140.

- prestao da važi -

+

Član 141.

- prestao da važi -

+

Član 142.

- prestao da važi -

+

Član 143.

- prestao da važi -

+

Član 144.

- prestao da važi -

+

Član 145.

- prestao da važi -

+

Član 146.

- prestao da važi -

+

Član 146a

- prestao da važi -

+

Član 146b

- prestao da važi -

+

Član 147.

- prestao da važi -

+

Član 147a

Na Obrascu TP Komisija daje stručno mišljenje o ispunjenosti kriterijuma i standarda za promenu pola iz medicinskih razloga koje je utvrdila republička stručna komisija za oblast transrodnih stanja.

Obrazac iz stava 1. ovog člana je list formata A4 (dimenzije 210 mm H 297 mm) boja štampe crna na hartiji bele boje.

+

VIII. KORIŠĆENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE INOSTRANIH OSIGURANIKA I ČLANOVA NJIHOVIH PORODICA

Član 148.

Obrasci za korišćenje zdravstvene zaštite inostranih osiguranika jesu:

1. Zdravstveni list - Obrazac INO-1;
2. Obaveštenje o bolničkom lečenju inostranog osiguranika - Obrazac INO-2;
3. Izjava - Obrazac INO-3.

Obrasci iz stava 1. ovog člana upotrebljavaju se i za korišćenje zdravstvene zaštite članova porodice inostranih osiguranika.

Član 149.

Za korišćenje zdravstvene zaštite inostranih osiguranika za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji, filijala na čijem području imaju privremeni boravak, izdaje Zdravstveni list - Obrazac INO-1 na osnovu potvrde inostranog nosioca socijalnog osiguranja, izdate na odgovarajućem obrascu.

Na poledini obrasca iz stava 1. ovog člana odštampano je objašnjenje o načinu, postupku i uslovima za korišćenje zdravstvene zaštite.

Obrazac iz stava 1. ovog člana je list formata A4 (dimenzije 210 mm x 297 mm), boja štampe crna na hartiji bele boje.

Član 150.

Obaveštenje o bolničkom lečenju inostranog osiguranika - Obrazac INO-2 popunjava zdravstvena ustanova koja je primila na lečenje inostranog osiguranika, a overava filijala koja je izdala Zdravstveni list - Obrazac INO-1.

Obrazac iz stava 1. ovog člana je list formata A4 (dimenzije 210 mm x 297 mm), boja štampe crna na hartiji bele boje.

Član 151.

Izjavu na Obrascu INO-3, daje inostrani osiguranik u slučaju da ne poseduje dokaz o pravu iz zdravstvenog osiguranja - potvrdu inostranog nosioca socijalnog osiguranja na osnovu zaključenog međunarodnog sporazuma, kao i u slučaju da zdravstvena ustanova nije naplatila troškove lečenja, a overava je ovlašćeno lice zdravstvene ustanove.

Obrazac iz stava 1. ovog člana je list formata A4 (dimenzije 210 mm x 297 mm), boja štampe crna na hartiji bele boje.

IX. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 152.

Danom početka primene ovog pravilnika prestaje da važi Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (prečšćen tekst) ("Službeni glasnik RS", br. 108/08, 112/08 - ispravka, 11/09, 24/09, 56/09 i 80/09).

Član 153.

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku RS", osim odredaba čl. 110-112, člana 113. tač. 2), 3) i 4) i čl. 115-151. koje stupaju na snagu 1. aprila 2010. godine, i odredbe člana 113. tačka 1) i člana 114. koje stupaju na snagu 1. maja 2010. godine.

ИЗЈАВА О ИЗБОРУ И ПРОМЕНИ
ИЗБРАНОГ ЛЕКАРА



ОБРАЗАЦ ИЛ

ИЗБОР ПРОМЕНА

А. ЛИЧНИ ПОДАЦИ

1. Презиме		2. Име		3. Датум рођења	
				Д М Г	
4. ЛБО		5. Број телефона		6. Пол	
				<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
7. Улица		8. Поштански број		9. Општина	
Број		Стан		10. Место	

11. НАПОМЕНА: Попуњава само осигурано лице које бира изабраног лекара ван подручја матичне филијале

лице смештено у установу социјалне заштите _____ (назив и адреса установе социјалне заштите)

студент односно ђак _____ (назив и адреса факултета односно школе)

лице смештено у хранитељску породицу _____ (име, презиме и адреса хранитеља)

запослени у МУП и БИА док ради ван пребивалишта _____ (назив места привременог рада)

Б. ПОДАЦИ О ИЗБРАНОМ ЛЕКАРУ

12. Презиме		13. Име		14. ИД број лекара	
15. Назив здравствене установе					
16. Област здравствене заштите					
<input type="checkbox"/> Одраслих <input type="checkbox"/> Деце <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Стоматологија					
17. Специјалност лекара *					
<input type="checkbox"/> Доктор медицине <input type="checkbox"/> Доктор специјалиста опште медицине <input type="checkbox"/> Доктор специјалиста медицине рада <input type="checkbox"/> Доктор специјалиста педијатрије					
<input type="checkbox"/> Доктор специјалиста гинекологије <input type="checkbox"/> Доктор стоматологије <input type="checkbox"/> Остало **					

В. РАЗЛОЗИ ПРОМЕНЕ ПРЕТХОДНО ИЗБРАНОГ ЛЕКАРА

18. Разлог промене изабраног лекара _____ Име и презиме претходно изабраног лекара

Престанак радног односа изабраног лекара

Промена пребивалишта осигураног лица _____ Здравствена установа претходно изабраног лекара

Осигурано лице је незадовољно лекаром који замењује изабраног лекара по истеку рока од 3 месеца _____

Изабрани лекар је одсутан дуже од 6 месеци

Неспоразум између осигураног лица и изабраног лекара

Други разлози (ако је од избора лекара прошло више од годину дана)

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.

Напомене:

* Специјалности лекара одређене су у складу са одредбом члана 146. Закона о здравственом осигурању (поље 17)

** Избор опције "Остало" у специјалности лекара (поље 17) обележава се само у случају преноса овлашћења на надлежног лекара специјалисту у складу са чланом 37. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Изјава се попуњава у 2 (два) примерка

Датум | | | | | | | | | |

Потпис осигураног лица или овлашћеног лица

Потпис здравственог радника
(М.П.)

UPUT ZA LABORATORIJU

Образак ОЗ-1

Здравствена установа		Здравственој установи	
Број здравственог картона - протокола			

Потпис са

Upućuje se	(prezime i ime lica osiguranog lica)	(ime jednog roditelja)
JMBG	<input type="text"/>	LBO <input type="text"/>
član je porodice	_____	_____ (prezime i ime nosioca osiguranja)
	srodstvo	
reg. br.	<input type="text"/>	_____ (osnov osiguranja)

Klinička dijagnoza	
Kad je uzet materijal	
Ko šalje materijal	
Ko šalje na pregled	
KAKAV SE PREGLED TRAŽI	
_____ 20 __ god.	MP _____ (potpis i faksimil doktora medicine)

UPUT ZA AMBULANTNO-SPECIJALISTIČKI PREGLED	Obrazac OZ-2
---	---------------------

Zdravstvena ustanova	Zdravstvenoj ustanovi
Broj zdravstvenog kartona - protokola	lekaru specijalisti za: _____

Upućuje se	(prezime i ime)	(ime jednog roditelja)
JMBG	<input type="text"/>	LBO <input type="text"/>
član je porodice	_____	_____ (prezime i ime nosioca osiguranja)
	srodstvo	
reg. br.	<input type="text"/>	_____ (osnov osiguranja)
upućuje se na specijalistički pregled radi:		
_____ 20 __ god.	MP _____ (potpis i faksimil doktora medicine)	
Zdravstvena ustanova	Prijavio se dana _____ 20 __ u __ čas.	
	Pregled završen _____ 20 __ u __ čas.	
	Broj protokola - evidencije _____	

IZVEŠTAJ LEKARA SPECIJALISTE

Prezime i ime osiguranika	
Našao sam da boluje od	
Nalaz i mišljenje	

_____ 20 ____ god.		MP	_____ (potpis i faksimil lekara specijaliste)
--------------------	--	----	---

UPUT ZA STACIONARNO LEČENJE	Obrazac OZ-3
------------------------------------	---------------------

Zdravstvena ustanova	Zdravstvenoj ustanovi
Broj zdravstvenog kartona - protokola	

Upućuje se	_____ (prezime i ime)	_____ (ime jednog roditelja)
JMBG	<input type="text"/>	LBO
član je porodice	_____ srodstvo	_____ (prezime i ime nosioca osiguranja)
reg. br.	<input type="text"/>	_____ (osnov osiguranja)
Dijagnoza	_____	
_____ 20 ____ god.		MP _____ (potpis i faksimil izabranog lekara)

IZVEŠTAJ STACIONARNE ZDRAVSTVENE USTANOVE
--

Zdravstvena ustanova	Prijavio se dana _____ 20 ____ u ____ čas.
	Broj protokola - evidencije _____

Prezime i ime osiguranog lica	_____
Našao sam da boluje od	_____
Nalaz i mišljenje	_____
Razlog zbog kojeg nije zadržan na lečenju	

_____ 20 ____ god.	
Mesto _____	MP _____ (potpis i faksimil lekara specijaliste)

UPUT LEKARSKOJ KOMISIJI	Obrazac OZ-4
--------------------------------	---------------------

Zdravstvena ustanova	Republički zavod za zdravstveno osiguranje
Broj zdravstvenog kartona - protokola	Filijala
	Ispostava

Upućuje se	_____ (prezime i ime)	_____ (ime jednog roditelja)
JMBG	<input type="text"/>	LBO
iz _____, ul. _____, br. _____		
zaposlen kod _____	reg. broj	<input type="text"/>

Šifra delatnosti	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
na poslovima - radnim zadacima									
privremeno sprečen za rad									
upućuje se radi ocene privremene sprečenosti za rad, odnosno radi									
Radi puno - skraćeno radno vreme od ____ časova	Invalid je - nije invalid rada ____ kategorije								
Klinički, laboratorijski i drugi nalazi od značaja za ocenu privremene sprečenosti za rad:									
Dosadašnja terapija:									
Dijagnoza:									
MIŠLJENJE I PREDLOG DOKTORA MEDICINE - na osnovu dosadašnjih nalaza predlažem									
_____ 20 ____ god.	MP								
Mesto _____	_____ (potpis i faksimil izabranog lekara)								

000000010025

1. _____
NAZIV ZDRAVSTVENE USTANOVE

2. _____
PREZIME I IME OSIGURANOG LICA

3. _____
DATUM ROĐENJA OSIGURANOG LICA

4. _____
OSNOV OSLOBODIŠTA OD PARTIJIFIKACIJE

5. _____
BROJ ZDRAVSTVENE KARTONICE

6. _____
DRŽAVA

7. _____
DATUM PROGLASIVANJA LEKA

8. _____
BROJ KARTONA / PROTOKOLA

9. _____
ID BROJ LEKARA

10. _____
ŠIFRA PROGLASANOG LEKA

11. _____
DIJAGNOZA

Rp.

|

12. _____
M.P. ZDRAVSTVENE USTANOVE POTPIS I ŠTAMPENJE LEKARA

13. _____
DATUM IZDABANJA LEKA

14. _____
ŠIFRA IZDATOG LEKA

15. _____
REĐNI BROJ

16. _____
KOLIČINA

17. _____
POTPIS FARMACEUTA

18. _____
M.P. APOTEKE LEK PRIMIO

Сл. бр. _____ ШТАМП. НСБ - ЗН Збирница рецепата

Šifra i naziv zdravstvene ustanove: <input type="text"/>					M.P. Zdravstvene ustanove		1
JMBG, ime i prezime osiguranika: <input type="text"/>							
Adresa osiguranika:				Kontakt telefon osiguranika:			Šifra filijale osiguranika: <input type="text"/>
Registarski broj: <input type="text"/>	Broj knjižice: <input type="text"/>	Broj istorije bolesti: <input type="text"/>	Šifra osnova osiguranja: <input type="text"/>	Broj i datum donošenja konzilijarnog mišljenja: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm gggg			
Šifra propisanog leka: <input type="text"/>	Količina: <input type="text"/> komada (ampula, tableta, bočica,...)	Indikacije:		Šifra dijagnoze (MKB10): <input type="text"/>			
Zaštićeno ime leka, oblik, doza i pakovanje:				ID broj lekara: <input type="text"/>	Potpis i pečat lekara: _____		
Šifra izdatog leka: <input type="text"/>	Količina: <input type="text"/> komada (ampula, tableta, bočica,...)	Datum izdavanja: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm gggg		Potpis farmaceuta: _____			

+

Šifra i naziv zdravstvene ustanove: <input type="text"/>					M.P. Zdravstvene ustanove		1
JMBG, ime i prezime osiguranika: <input type="text"/>							
Adresa osiguranika:				Kontakt telefon osiguranika:			Šifra filijale osiguranika: <input type="text"/>
Registarski broj: <input type="text"/>	Broj knjižice: <input type="text"/>	Broj istorije bolesti: <input type="text"/>	Šifra osnova osiguranja: <input type="text"/>	Broj i datum donošenja konzilijarnog mišljenja: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm gggg			
Šifra propisanog leka: <input type="text"/>	Količina: <input type="text"/> komada (ampula, tableta, bočica,...)	Indikacije:		Šifra dijagnoze (MKB10): <input type="text"/>			
Zaštićeno ime leka, oblik, doza i pakovanje:				ID broj lekara: <input type="text"/>	Potpis i pečat lekara: _____		
Šifra izdatog leka: <input type="text"/>	Količina: <input type="text"/> komada (ampula, tableta, bočica,...)	Datum izdavanja: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm gggg		Potpis farmaceuta: Lek primio: _____			

+

U _____

Назив здравствене установе _____

Prezime i ime osiguranog lica _____

Adresa _____

Srodstvo sa nosiocem osiguranja _____

reg. broj

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Starost (za decu do 15 godina) _____

Broj zdravstvenog kartona _____

Broj zdravstvene knjižice _____

JMBG

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LBO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NALOG ZA IZDAVANJE INJEKCIJA

Osiguranom licu potrebno je da se daju sledeće injekcije

Ampulirani lekovi (naziv i jačina)	Propisano ampula	Dato ampula

NAČIN DAVANJA:

(POTKOŽNO - INTRAMUSKULARNO - INTRAVENOZNO)

U razmaku vremena _____

U zdravstvenoj ustanovi _____

U stanu osiguranog lica _____

Datum: _____

M.P. _____

(potpis i faksimil doktora medicine)

NAPOMENA: Na jednom nalogu može da se propiše samo jedna vrsta ampuliranog leka ili više vrsta ako se daju putem jedne injekcije.

PODACI O DAVANJU INJEKCIJA

(zdravstvena ustanova u kojoj se daje injekcije - štambilj)

Red. br.	Datum intervencije	Potpis zdravstvenog radnika	Potpis osiguranog lica
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Ukupan broj datih injekcija datih u ambulanti

Ukupan broj datih injekcija datih u stanu osiguranog lica

PRIMEDBA:

(datum)

Zdravstveni radnik

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	6
Повреда на раду	Повреда ван рада	Професионално обољење	Нега детета до 3 године	Нега другог оболелог члана	Породиљско одсуство
6	7	8	9	10	11
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					
..... и оболелог члана					
(Име)			(Датум рођења)		

ИЗВЕШТАЈ О ПРИВРЕМЕНОЈ СПРЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

Шифра Здравствене установе	
Презиме и име	Датум рођења
М Ж	
Матични број	
ЛБО	
Посао који обавља	
Послодавац	
Шифра делатности	Регистарски број
Место и адреса становања	
Први дан привремене спречености за рад	
Последњи дан привремене спречености за рад	
Укупан број радних дана привремене спречености за рад	
Дана 20 год. (М.П.)	
Потпис и фискални изабраниг лекара	

НАЛОГ ЗА ISPLATU - DOZNAKU

Isplati - doznačiti napred navedenom osiguraniku na ime naknade zarade

za vreme od do za dana u visini % od osnova

Potpis			Укупно dinara
likvidatora	kontrolora	blagajnika	slovima dinara:
Doznačeno preko - banke na tekući račun			Dana 20 godine
dan			

Образац ОЗ - 7

Naziv i sedište poslodavca	_____
Registarski broj	_____
Poseban tekući račun	_____
Telefon	_____

P O T V R D A O OSTVARENOJ ZARADI ZA UTVRĐIVANJE OSNOVA ZA OBRAČUN NAKNADE ZARADE

I Zaposleni _____, broj zdravstvene knjižice _____,		
JMBG	_____	LBO
Ostvario je zarade* u tri meseca koja prethode mesecu u kome je nastupila privremena sprečenost za rad i to:		
1. MESEC/GODINA	2. UKUPAN BROJ EFEKTIVNIH ČASOVA ZA KOJE JE ZAPOSLENI OSTVARIO ZARADU	3. IZNOS OSTVARENE ZARADE ZA EFEKTIVNE ČASOVE

Ukupno:	_____	Ukupno:
Prosek:	_____	Prosek:
Prosečan iznos ostvarene zarade po času = ukupno red. br. 3: ukupno red. br. 2 * pod ostvarenom zaradom podrazumeva se osnovna zarada zaposlenog uvećana za minuli rad. U zaradu ne ulazi: - uvećana zarada zaposlenog iz člana 108. tačka 1., 2. i 3. Zakona o radu - naknada troškova iz člana 118. Zakona o radu - druga primanja iz člana 119. i 120. Zakona o radu - naknada zarade po propisima o penzijsko-invalidskom osiguranju II Zaposleni ima - nema prethodni staž zdravstvenog osiguranja u trajanju od najmanje tri meseca neprekidno ili šest meseci sa prekidima u poslednjih osamnaest meseci pre početka korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. U _____ POTPIS OVLAŠĆENOG Dana _____ M.P. LICA KOD POSLODAVCA		

Образац ОЗ - 8	
Назив и седиште послодавца	_____
Регистарски број	_____
Посебан текући рачун	_____
Телефон	_____

P O T V O R D A	
O KRETANJU (PORASTU-SMANJENJU) ZARADA KOD POSLODAVCA ZA PRVO USKLADIVANJE OSNOVA ZA NAKNADU ZARADE	
PRVO USKLADIVANJE	
Meseci _____ 20 _____	Mesec _____ 20 _____
KOLONA 1	KOLONA 2
Red. broj 1: ukupna zarada za efektivne sate na nivou poslodavca za tri kalendarska meseca koja prethode mesecu u kome je nastupila privremena sprečenost za rad zaposlenog	Red. broj 1: ukupna zarada za efektivne sate na nivou poslodavca za kalendarski mesec koji prethodi mesecu za koji se vrši usklađivanje
Red. broj 2: ukupan broj efektivnih sati rada za koji je isplaćena zarada pod rednim brojem 1	Red. broj 2: ukupan broj efektivnih sati rada za koji je isplaćena zarada pod rednim brojem 1
Red. broj 3: ostvarena zarada po satu (red. broj 1 podeljen red. broj 2)	Red. broj 3: ostvarena zarada po satu (red. broj 1 podeljen red. broj 2)
Red. broj 4: prosečni mesečni mogući broj sati po radniku (zbir mogućeg fonda sati podeljen sa 3)	Red. broj 4: mogući mesečni fond sati po radniku
Red. broj 5: prosečna mesečna zarada (red. broj 3 h red. broj 4)	Red. broj 5: prosečna mesečna zarada (red. broj 3 h red. broj 4)
Koeficijent kretanja prosečne zarade kod poslodavca: (red. br. 5 kolone 2 podeljen sa red. broj 5 kolone 1) _____	
U _____	POTPIS OVLAŠĆENOG
Dana _____	LICA KOD POSLODAVCA
	M.P. _____

Образац ОЗ - 9	
Назив и седиште послодавца _____	
Registarski broj	_____
Poseban tekući račun	_____
Telefon	_____
P O T V O R D A	

**O KRETANJU (PORASTU-SMANJENJU) ZARADA KOD POSLODAVCA
ZA NAREDNA USKLADIVANJA OSNOVA ZA NAKNADU ZARADE**

NAREDNA USKLADIVANJA: Usklađivanje naknade zarade za zaposlenog na bolovanju posle sprovedenog prvog usklađivanja se vrši prema kretanju prosečne mesečne zarade kod poslodavca i to: u kolonu 2 se unose podaci na nivou poslodavca za mesec koji prethodi mesecu za koji se vrši usklađivanje, a u kolonu 1 se unose podaci na nivou poslodavca za mesec koji prethodi mesecu iskazanom u koloni 2.

NAREDNA USKLADIVANJA

Meseci _____ 20 _____	Mesec _____ 20 _____
KOLONA 1	KOLONA 2
Red. broj 1: ukupna zarada za efektivne sate na nivou poslodavca za mesec koji prethodi mesecu iskazanom u kol. 2 _____	Red. broj 1: ukupna zarada za efektivne sate na nivou poslodavca za kalendarski mesec koji prethodi mesecu za koji se vrši usklađivanje _____
Red. broj 2: ukupan broj efektivnih sati rada za koji je isplaćena zarada pod rednim brojem 1 _____	Red. broj 2: ukupan broj efektivnih sati rada za koji je isplaćena zarada pod rednim brojem 1 _____
Red. broj 3: ostvarena zarada po satu (red. broj 1 podeljen red. broj 2) _____	Red. broj 3: ostvarena zarada po satu (red. broj 1 podeljen red. broj 2) _____
Red. broj 4: mogući mesečni fond sati po zaposlenom _____	Red. broj 4: prosečna mesečna zarada (red. broj 3 x red. broj 4) _____
Red. broj 5: prosečna mesečna zarada (red. broj 3 h red. broj 4) _____	Red. broj 5: prosečna mesečna zarada (red. broj 3 h red. broj 4) _____
Koeficijent porasta ili smanjenja prosečne zarade kod poslodavca: (red. br. 5 kolone 2 podeljen sa red. broj 5 kolone 1) _____	
U _____	POTPIS OVLAŠĆENOG LICA KOD POSLODAVCA
Dana _____	M.P. _____

SPISAK OBRAČUNATIH - ISPLAĆENIH NAKNADA ZARADA

Obrazac OZ-10	
(naziv poslodavca) _____	
Broj: _____ Datum: _____	Sedište: _____
Poseban račun poslodavca	
Registarski broj <input style="width: 50px;" type="text"/>	Šifra delatnosti <input style="width: 50px;" type="text"/> PIB <input style="width: 50px;" type="text"/> broj: _____

Redni broj	PREZIME I IME OSIGURANIKA	Pol osiguranika	Da li je prva isplata*	Naknada obračunata za vreme		Broj dana za koje je isplaćena naknada zbog							bruto naknada (14+16+17)	Doprinosi		porez	neto naknada	za isplatu (14+15+16+17)
				od	do	bolesti	povrede na radu	profesionalne bolesti	nege člana porodice	izolacije i praćenja	davalac tkiva i organa	održavanje trudnoće		iz naknade	na naknadu			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

*Ako se radi o prvom isplati iz sredstava zavoda upisuje se "da", u ostalim slučajevima upisuje se "-".

Republički fond - filijala - _____

Pravo, visinu i kontrolu obračuna naknade zarade izvršio:

Obračun izvršio:

Finansijski rukovodilac

Broj: _____ Datum: _____

(M.P.)

(Prezime i ime)

(Prezime i ime)

(M.P.)

(Prezime i ime)

Назив здравствене установе

Образац ОЗ - 11

Број здравственог картона - протокола **П О Т В Р Д А**
Дана _____ 20 _____ године

**О ПОТРЕБИ ПУТОВАЊА У ЦИЈУ ОСТВАРИВАЊА
ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

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

Број здравствене књижице _____

у

JMBG

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LBO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

здравствену установу _____ у _____

RADI:*

- a) AMBULANTNO - SPECIJALISTIČKOG PREGLEDA
- b) STACIONARNOG LEČENJA
- c) PRODUŽENE REHABILITACIJE
- d) KOMISIJSKOG PREGLEDA

S obzirom na prirodu bolesti potreban je prevoz sledećim prevoznim sredstvom _____

Pratilac je - nije potreban _____

Potpis i faksimil
izabranog lekara

*)Odgovarajuće podatke zaokružiti

MP

PODACI O IZVRŠENOM PREGLEDU - LEČENJU

1. Datum _____	2. Datum _____	3. Datum _____	4. Datum _____
Vreme _____	Vreme _____	Vreme _____	Vreme _____
_____ (potpis, faksimil i pečat)	_____ (potpis, faksimil i pečat)	_____ (potpis, faksimil i pečat)	_____ (potpis, faksimil i pečat)
5. Datum _____	6. Datum _____	7. Datum _____	8. Datum _____
Vreme _____	Vreme _____	Vreme _____	Vreme _____
_____ (potpis, faksimil i pečat)	_____ (potpis, faksimil i pečat)	_____ (potpis, faksimil i pečat)	_____ (potpis, faksimil i pečat)
9. Datum _____	10. Datum _____	11. Datum _____	12. Datum _____
Vreme _____	Vreme _____	Vreme _____	Vreme _____
_____ (potpis, faksimil i pečat)	_____ (potpis, faksimil i pečat)	_____ (potpis, faksimil i pečat)	_____ (potpis, faksimil i pečat)

OBRAČUN TROŠKOVA PREVOZA

Za osigurano lice: 1. prevoz od _____ do _____ i natrag din. _____

Za pratioca: 1. prevoz od _____ do _____ i natrag din. _____

Ukupno din. _____
Za isplatu din. _____

(slovima dinara: _____)

_____ (ime i prezime)

Datum _____ 20 _____ godine

_____ POTPIS LIKVIDATORA

_____ POTPIS KONTROLORA

Napomena: Saglasan sam da se troškovi prevoza isplate na tekući račun broj _____

-Првостепена лекарска комисија-

Број: _____

Дана : _____ 20 ____ .г.

P O T V R D A

**O POTREBI PUTOVANJA U CILJU OSTVARIVANJA
 ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Упућује се _____,

(презиме и име осигураног лица које се упућује)

Број здравствене књижнице _____

LBO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

JMBG

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

u _____

(назив здравствене организације)

RADI:*

a) AMBULANTNO-SPECIJALISTIČKOG PREGLEDA

b) STACIONARNOG LEČENJA

S obzirom na prirodu bolesti potreban je prevoz sledećim prevoznim sredstvom _____

Pratilac je - nije potreban _____

*) Odgovarajuće podatke zaokružiti

MP

Potpis i faksimil
 predsednika lekarske komisije

PODACI O IZVRŠENOM PREGLEDU - LEČENJU

1. Datum _____ 2. Datum _____ 3. Datum _____ 4. Datum _____

Vreme _____ Vreme _____ Vreme _____ Vreme _____

(potpis, faksimil i pečat)

(potpis, faksimil i pečat)

(potpis, faksimil i pečat)

(potpis, faksimil i pečat)

5. Datum _____ 6. Datum _____ 7. Datum _____ 8. Datum _____

Vreme _____ Vreme _____ Vreme _____ Vreme _____

(potpis, faksimil i pečat)

(potpis, faksimil i pečat)

(potpis, faksimil i pečat)

(potpis, faksimil i pečat)

9. Datum _____ 10. Datum _____ 11. Datum _____ 12. Datum _____

Vreme _____ Vreme _____ Vreme _____ Vreme _____

(potpis, faksimil i pečat)

(potpis, faksimil i pečat)

(potpis, faksimil i pečat)

(potpis, faksimil i pečat)

OBRAČUN TROŠKOVA PREVOZA

Za osigurano lice: 1. prevoz od _____ do _____ i natrag din. _____

Za pratioca: 1. prevoz od _____ do _____ i natrag din. _____

Ukupno din. _____

Za isplatu din. _____

(slovima dinara: _____)

(ime i prezime)

Datum _____ 20 ____ godine

POTPIS LIKVIDATORA

POTPIS KONTROLORA

Napomena: Saglasan sam da se troškovi prevoza isplate na tekući račun broj

POTVRDA O KORIŠĆENJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U INOSTRANSTVU

1. Osiguranik	JMBG										
	LBO										
1.1. Prezime	Ime										
1.2. Datum rođenja											
1.3. Adresa u Republici Srbiji											
2. Član porodice	JMBG										
	LBO										
2.1. Prezime	Ime										
2.2. Datum rođenja											
2.3. Srodstvo sa nosiocem Osiguranja											
2.4. Adresa u Republici Srbiji											
3. Osnov boravka u inostranstvu											
3.1. Detaširani radnik											
3.2. Zaposlen u domaćinstvu domaćeg državljanina na službi u toj zemlji, kod međunarodnih i stranih organizacija, odnosno poslodavaca, upućen na rad											
3.3. Upućen na školovanje, stručno usavršavanje i specijalizaciju											
3.4. Službeni put											
3.5. Privatni boravak											
4. Ova potvrda važi	za osiguranika	1. <input type="checkbox"/>									
	za člana porodice	2. <input type="checkbox"/>									
Za period	od		do								
5. Nadležna Filijala zdravstvenog osiguranja											
Naziv											
Adresa											
Broj	Pečat					Potpis					
Datum											

OBJAŠNENJE

Ova potvrda se izdaje shodno članu 63.-67. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Sl. glasnik RS" br. 107/05 i 109/05-ispavka).

Osiguranik za vreme boravka u inostranstvu ima pravo na korišćenje zdravstvene zaštite samo u slučaju hitne medicinske pomoći kako bi se otklonila neposredna opasnost po život i zdravlje osiguranog lica.

Ukoliko osigurano lice za vreme boravka u inostranstvu koristi hitnu medicinsku pomoć u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, može je koristiti u inostranstvu samo onoliko vremena koliko je potrebno da se osposobi za zdravstveno bezbedan povratak u zemlju.

Za vreme boravka u inostranstvu osigurano lice može koristiti zdravstvenu zaštitu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja samo u zdravstvenim ustanovama koje su u sistemu javnog zdravlja strane države.

Ukoliko osigurano lice koristi zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, po povratku u zemlju obraća se Direkciji Republičkog fonda sa zahtevom za naknadu troškova. Uz zahtev osigurana lica su u obavezi da prilože: dokaz o osiguranju (kopiju ove potvrde) originalnu medicinsku i računsku dokumentaciju (dokaz o plaćanju zdravstvenih usluga u inostranstvu).

Број: _____
Дана _____ 20____ .г. _____ округ, решавајући по захтеву здравствене установе

(naziv i adresa zdravstvene ustanove)	
broj _____ od _____	za saglasnost na nastavak lečenja osiguranog
lica _____	
(ime i prezime)	
JMBG	LBO
primjenog dana _____ kao hitan slučaj, van područja matične filijale, bez uputa izabranog lekara, odnosno bez	
overe lica koje je ovlastio direktor matične filijale, sa dijagnozom _____	

O B A V E Š T A
zdravstvenu ustanovu

1. Da je saglasna sa nastavkom lečenja osiguranog lica _____

2. Da nije saglasna sa nastavkom lečenja osiguranog lica iz sledećih razloga:

M.P. _____ (ime, prezime i potpis ovlašćenog lica u Filijali)

_____ (zdravstvena ustanova)	Образац PZ
_____ (mesto)	
_____ (broj i datum)	
P O T V R D A	
Osiguranom licu _____ (ime i prezime)	iz _____ (mesto),
_____ (adresa),	LBO _____,
broj zdravstvene knjižice/potvrde _____,	
zdravstvena ustanova _____ nije mogla	(naziv zdravstvene usluge)
od 30 dana od dana javljanja sa lekarskim uputom izabranog lekara iz sledećih razloga: _____	
Potvrda se izdaje na osnovu Pravilnika o načinu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ("Službeni glasnik RS" _____).	
M.P. _____	(potpis direktora zdravstvene ustanove, odnosno ovlašćenog lica)

Образац REF1

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА

ИСПОСТАВА

**ZAHTEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA
PRUŽENIH ZDRAVSTVENIH USLUGA**

PODNOŠILAC ZAHTEVA (OSIGURANO LICE)

Prezime i ime	
Adresa	
Broj telefona	
LBO osiguranog lica	

PODACI O NAPLAĆENOJ ZDRAVSTVENOJ USLUZI

Naziv zdravstvene ustanove	
Iznos (u dinarima)	
Naziv zdravstvene ustanove ili privatne prakse koja je pružila i naplatila zdravstvenu uslugu	
Ime, prezime i specijalnost lekara koji je pružio zdravstvenu uslugu	

Prilozi (zaokružiti broj za dokumentaciju koja se podnosi):

- 1) uput za pregled za zdravstvenu ustanovu sa evidentiranim datumom zakazivanja pregleda;
- 2) potvrda zdravstvene ustanove (Obrazac PZ);
- 3) račun o plaćenju zdravstvenoj ustanovi;
- 4) medicinska dokumentacija - fotokopija (specijalistički nalaz i dr. o pruženoj zdravstvenoj usluzi za koju se podnosi zahtev za refundaciju);
- 5) fotokopija zdravstvene knjižice ili original na uvid.

Mesto, datum _____

Potpis osiguranog lica _____

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____

Испостава _____

Број: _____

Датум: _____ 20 ____ .г.

Образац ЦЗ

**IZJAVA O ČLANOVIMA PORODICE I
PRIHODIMA PO ČLANU PORODICE**

1. Radi izdavanja, odnosno overe zdravstvene knjižice na osnovu člana 9. Prvilnika o mesečnom iznosu prihoda kao cenzusu za sticanje svojstva osiguranika ("Službeni glasnik Srbije", br. 112/06 i 5/09), izjavljujem pod moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću, da sam:

- 1.1 nezaposleno lice
- 1.2 socijalno ugroženo lice
- 1.3 izbeglo, odnosno prognano lice kome je nadležni republički organ utvrdio status izbeglog, odnosno prognanog lica iz bivših republika SFRJ sa boravištem na teritoriji Republike Srbije.
(zaokružiti odgovarajući broj)

2. Izjavljujem da:

2.1 živim sam i ne ostvarujem prihode

2.2 živim u zajedničkom domaćinstvu sa članovima porodice koji:

1) ostvaruju prihode

2) ne ostvaruju prihode

(zaokružiti odgovarajući broj, odnosno popuniti odgovarajuće podatke)

Red. br	IME I PREZIME	JMBG	SRODSTVO	PRIHOD OD (zarada, penzija, ug. naknada)	IZNOS U DINARIMA
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

NAPOMENA:

- **članovi porodice** su: SUPRUŽNIK ili vanbračni partner ako vanbračna zajednica traje najmanje dve godine, DECA rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad i deca uzeta na izdržavanje, kao i RODITELJI pod uslovom da žive u zajedničkom domaćinstvu

- **prihode od poljoprivrede i šumarstva, samostalne delatnosti, kapitala, nepokretnosti i kapitalne dobiti ostvarene u prethodnoj kalendarskoj godini pre podnošenja izjave, odnosno poslednji poznat podatak o tom prihodu koji se vodi kod uprave javnih prihoda, prijavlja Republički fond za zdravstveno osiguranje po službenoj dužnosti.**

Ime i prezime _____

JMBG _____

Br. LK _____ Izdata od _____

Datum _____

U _____

Mesto, ulica i broj _____

potpis

POTREBNI DOKAZI KOJI SE PODNOSE UZ IZJAVU

I

1. Fotokopija lične karte za podnosioca izjave i članove porodice
2. Svojstvo člana porodice dokazuje se:
 - za supružnika izvodom iz matičnih knjiga venčanih,
 - za vanbračnog partnera izjavom vanbračnih partnera da zajednica života traje najmanje dve godine i izjavom dva svedoka o postojanju vanbračne zajednice, koje su overene kod nadležnog opštinskog organa, odnosno suda,
 - za decu rođenu u braku ili van braka i pastorčad izvodom iz matične knjige rođenih,
 - za usvojenu decu odlukom nadležnog organa o usvojenju,
 - za decu uzetu na izdržavanje odlukom nadležnog organa o utvrđivanju obaveze izdržavanja,
 - za roditelje izvodom iz matične knjige rođenih za podnosioca izjave i roditelje.

II

1. Zarada ostvarena u prethodnom kalendarskom mesecu pre podnošenja izjave dokazuje se potvrdom poslodavca o visini isplaćene zarade.
2. Penzija ostvarena u prethodnom kalendarskom mesecu pre podnošenja ove izjave dokazuje se čekom o isplaćenju penziji, odnosno potvrdom banke.
3. Ugovorena naknada ostvarena u prethodnom kalendarskom mesecu pre podnošenja ove izjave dokazuje se potvrdom isplatioca o visini ugovorene naknade.

III

Ukoliko podnosilac izjave i članovi njegove porodice ne ostvaruju zaradu, penziju kao i ugovorenu naknadu, to se dokazuje overenom fotokopijom radne knjižice ili izvodom iz matične evidencije Republičkog fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje, osim za decu do kraja propisanog školovanja.

1. ИД број лекара

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*попуњава филијала РФЗО/лекар

А Попуњава лекар

2. <input type="checkbox"/> ПРИЈАВА <input type="checkbox"/> ПРОМЕНА		ОДЈАВА: <input type="checkbox"/> ПРИВРЕМЕНА <input type="checkbox"/> ТРАЈНА		3. Датум 	
5. Име лекара:		6. Презиме лекара:		7. ЈМБГ лекара 	
8. ЛБО лекара 		9. Број телефона лекара:		10. Адреса лекара на којој прима пошту:	
11. Е-mail адреса лекара:		12. Број лиценце: 		13. Радно место лекара:	
14. Врста радног односа: <input type="checkbox"/> неодређено време <input type="checkbox"/> одређено време				14.1. Датум престанка радног односа: 	
15. Тип ИД броја <input type="checkbox"/> I - др мед./др мед. спец. опште медицине, односно спец. мед. рада <input type="checkbox"/> II - др мед. спец. педијатрије <input type="checkbox"/> III - др мед. спец. гинекологије <input type="checkbox"/> IV - доктор стоматологије <input type="checkbox"/> V - за прописивање лекова на рецепт (за ТБЦ и ХИВ) <input type="checkbox"/> VI - за прописивање лекова на обрасцима N1 и N2		16. Изабрани лекар 16.1. <input type="checkbox"/> ДА 16.2. <input type="checkbox"/> НЕ		17. Звање након завршених основних студија <input type="checkbox"/> доктор медицине <input type="checkbox"/> доктор стоматологије	
		18. Назив специјалности:		18.1. Шифра специјалности 	
		19. Отисак штамбиља ИД броја		20. Потпис лекара: 	
				*потпис не сме прелазити оквир	

Б Попуњава давалац услуга

21. Назив даваоца услуга код којег је лекар запослен:		22. ПИБ даваоца услуга: 	
23. Матични број даваоца услуга (здравствене установе): 		24. Датум 	
25. Одговорно лице даваоца услуга:			
Потпис 		(М.П.)	
*потпис не сме прелазити оквир			

В Попуњава Републички фонд за здравствено осигурање

26. Републички фонд / филијала: Шифра филијале РФЗО		26.1.		27. Усагласити штамбиљ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
28. Захтев одбачен - разлог <input type="checkbox"/> непотпун <input type="checkbox"/> нејасан <input type="checkbox"/> нечитак		29. Захтев одобрен <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ		30. Датум 	
31. Одговорно лице филијале РФЗО:			32. Одговорно лице дирекције РФЗО:		
Потпис 			Потпис 		
*потпис не сме прелазити оквир			*потпис не сме прелазити оквир		
(М.П.)			(М.П.)		

Шифарик специјалности

01 interna medicina	25 patološka anatomija
02 infektologija	26 sudska medicina
03 pedijatrija	27 higijena
04 pneumofiziologija	28 epidemiologija
05 neurologija	29 mikrobiologija sa parazitologijom
06 psihijatrija	30 socijalna medicina
07 dečja neurologija	31 medicina rada
08 dečja psihijatrija	32 opšta medicina

09 opšta hirurgija	33 klinička fiziologija
10 dečja hirurgija	34 medicina sporta
11 neurohirurgija	35 transfuziologija
12 anesteziologija sa reanimatologijom	36 klinička bihemija
123 medicinska biohemija	37 klinička farmakologija
13 urologija	38 imunologija
14 ortopedija	39 urgentna medicina
15 plastična i rekonstruktivna hirurgija	40 medicinska statistika i informatika
16 maksilofacijalna hirurgija	41 neuropsihijatrija
17 ginekologija i akušerstvo	42 dečja i preventivna stomatologija
18 otorinolaringologija	43 bolesti zuba i endodoncija
19 oftalmologija	44 parodontologija i oralna medicina
20 dermatovenerologija	45 ortopedija vilica
21 fizikalna medicina i rehabilitacija	46 stomatološka protetika
22 radiologija	47 oralna hirurgija
23 grudna hirurgija	48 stomatologija
24 nuklearna medicina	

Uputstvo za popunjavanje obrasca

Svi uneti podaci moraju biti tačni. Za tačnost podataka solidarno odgovaraju lekar i davalac usluga.

Podnosilac je dužan da na zahtev Republičkog fonda / filijale podnese sva dokumenta kojima dokazuje tačnost unetih podataka.

U polju 1., ID broj upisuje filijala pri dodeli ID broja. Podnosilac upisuje ID broj u polje 1. prilikom odjave ili promene podataka u Evidenciji.

Uz zahtev za dodelu ID broja, podnosilac dostavlja potpisani ugovor o korišćenju ID broja.

Zahtev za odjavu ID broja ili promenu podataka u Evidenciji, podnosi se u roku od tri dana od dana nastanka razloga za odjavu ili promenu.

Uz zahtev za odjavu ID broja, podnosilac dostavlja izjavu lekara da je pečat ukraden ili izgubljen ili zapisnik o uništenju pečata.

U slučaju da je obrazac nepotpun, nejasan ili nečitak, filijala vraća sva tri primerka podnosiocu radi ispravke i dopune. Ako podnosilac ne vrati ispravljene primerke zahteva, smatraće se da zahtev nije ni podnošen.

Napomena* U slučaju krađe ili gubitka štambilja, lekar je dužan da odjavu štambilja izvrši odmah.

Obrasci OLK-1 do OLK-40

- brisani -

Obrazac INO - 1

REPUBLIČKI FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE Filijala za _____ Ispostava _____ ZDRAVSTVENA ZAŠTITA PO OSNOVU SPORAZUMA/ KONVENCIJE SA _____ Broj: _____	ZDRAVSTVENI LIST VAŽI OD 20 DO 20
---	---

ZDRAVSTVENI LIST

za inostranog osiguranika i članove njegove porodice

Prezime i ime inostranog osiguranika _____ ime oca _____, rođen-a _____ godine u _____, broj pasoša i datum izdavanja _____ stalna adresa u inostranstvu _____, privremena adresa u Republici Srbiji _____ zaposlen-a kod _____ ima pravo korišćenja zdravstvene zaštite po osnovu potvrde broj _____ od _____ 20 ____ koju je izdao inostrani nosilac socijalnog osiguranja (naziv izdavaoca-inostranog nosioca) a koja se nalazi kod Filijale _____ Ispostave _____ Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje. Pravo korišćenja zdravstvene zaštite imaju i članovi porodice inostranog osiguranika:

Prezime i ime	Datum rođenja	Broj osiguranja	Srodstvo

U _____
 Dana _____ 20__ godine M.P. _____
 (potpis ovlašćenog lica)

O B J A Š N j E N

Zdravstveni list izdaje filijala/ispostava RFZO na čijem području inostrani osiguranik ima privremeni boravak, i to na osnovu potvrde inostranog nosioca socijalnog osiguranja o pravu na korišćenje zdravstvene zaštite (davanja u naturi), na odgovarajućem obrascu, koji se zadržava kod filijale/ispostave, izdavaoca zdravstvenog lista.

Zdravstvena zaštita pruža inostranom osiguraniku ili članu njegove porodice zdravstvenu zaštitu na osnovu ove isprave, koja obuhvata lečenje u zdravstvenim ustanovama na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou pod uslovima, na način i u obimu kao i osiguraniku RFZO, samo u slučaju pružanja hitne medicinske pomoći i u slučaju privremene nesposobnosti za rad, dok traju takve okolnosti po mišljenju nadležnog organa za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja.

Na osnovu zdravstvenog lista može se koristiti zdravstvena zaštita i van područja filijale/ispostave RFZO koja je isti izdala pod uslovima, na način i u obimu kao i osiguranik RFZO.

j E

	Obrazac INO - 2
--	------------------------

Naziv zdravstvene ustanove	Filijala/ispostava RFZO
Br. zdrav. kartona/istorija bolesti	Obrazac po Sporazumu
(Broj osiguranja ili drugi identifikacioni broj)	
OBAVEŠTENJE O BOLNIČKOM LEČENJU INOSTRANOG OSIGURANIKA	
(ime i prezime inostranog osiguranika ili člana porodice)	

(srodstvo)	
_____ rod. _____ u _____	
(ime i prezime inostranog osiguranika)	(datum) (mesto rođenja)
nalazi se na lečenju u _____	
(naziv zdravstvene ustanove)	
zbog (djagnoze) _____	
U _____ 20__ _____	
(potpis lekara)	
M.P. _____	
Naziv zdravstvene ustanove	Mat. br.
FILIJALA / ISPOSTAVA REPUBLIČKOG FONDA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	
(ime i prezime inostranog osiguranika ili člana porodice)	
primjen-a je na lečenje dana _____ 20__ sa predviđenim trajanjem lečenja od _____	
(dana, nedelja, meseci)	
U _____ 20__ M.P. _____	
(potpis ovlašćenog lica)	

	Obrazac INO - 3
--	------------------------

Podaci o inostranom osiguraniku kada ne poseduje dokaz o pravu iz zdravstvenog osiguranja
 1. Zaposlen kod _____

2. Zdravstveno osiguran kod _____
3. Privremena adresa u Republici Srbiji _____
4. Stalna adresa u inostranstvu _____

IZJAVA - DECLARATION - ERKLÄRUNG - DECLARATION

Pošto nemam dokaza o pravu iz zdravstvenog osiguranja za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji, izjavljujem da ću snositi troškove zdravstvene zaštite koju koristim u
I declare that I shall pay all costs of health protection which I use in
Ich erkläre hiermit, dass ich sämtliche Kosten des Gesundheitsschutzes, den ich bei
Je declare par cela que je payerai tous les frais de la protection de ma sante, usee chez

(naziv zdravstvene ustanove)
(name of health care institution)
(Benennung der gesundheitlichen Organisation)
(nom de l'organisation sanitaire)

ako nadležni nosilac socijalnog osiguranja u zemlji u kojoj sam zdravstveno osiguran ne preuzme obavezu plaćanja tih troškova.

if competent authority of social insurance in a country where I am entitled to the health insurance, do not undertake payment of those costs

geniesse, selbst tragen sverde, falls der zuständige Trager der Sozialversicherung in meine Land die Bezahlung dieser Kosten, nicht auf sich nimmt.

si le porteur legal de l'assurance sociale dans le pays ou j'ai l'assurance maladie ne prendra pas l'obligation du payement de ces frais.

U _____, 20 __

(potpis inostranog osiguranika)

In

(foreign insured person's signature)

A

(Unterschrift des Versicherten)
(signature de l'assure)

br. pasoša, passport No., passnummer, nro. du passport

Potvrđuje se da je ovu izjavu svojeručno potpisao

We confirm that this declaration is undesigned by

Es wird bestätigt, dass diese Erklärung eigenhändig unterschrieben wurde von

Nous confirmons que cette declaration est signee par la propre main de

U _____, 20 __

In

A

In

PEČAT-STAMP-SIEGEL-SCEAU

(potpis ovlašćenog lica - authorised person's signature -
unterschrift ferantwortlichen person - signature du person autorise)

- Podatke o inostranom osiguraniku upisuje ovlašćeno lice koje izdaje Obaveštenje o bolničkom lečenju inostranog osiguranika.

- Izjava se daje samo u slučaju kada lice ne poseduje dokaz o pravu iz zdravstvenog osiguranja (obrazac po zaključenom međunarodnom sporazumu) a overava je ovlašćeno lice zdravstvene ustanove