

На основу члана 141. став 4, члана 146. став 4. и члана 149. став 3. Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 109/05 – исправка),
Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање, на седници одржаној 11. децембра 2009. године, донео је

ПРАВИЛНИК о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања

И. ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

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

Члан 2.

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

ИИ. УТВРЂИВАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

Члан 3.

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

За осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) и 2), тач. 4)–8), тач. 10), 11) и 13), тач. 15)–18), тачка 21) и тачка 24) Закона, у случају када је место пребивалишта осигураника на подручју једне филијале, а седиште обвезника уплате доприноса на подручју друге филијале, матична филијала је филијала на чијем подручју осигураник има пребивалиште.

За осигуранике из члана 17. став 1. тачка 3) Закона у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса, матична филијала је филијала на чијем подручју је седиште обвезника уплате доприноса.

За осигуранике из члана 17. став 1. тачка 14) Закона у случају када постоји разлика у месту пребивалишта осигураника у односу на седиште обвезника уплате доприноса, матична филијала је филијала на чијем подручју је седиште омладинске, односно студентске задруге.

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

Члан 4.

За осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) и 2), тач. 4)–8), тач. 10), 11) и 13), тач. 15)–18), тачка 21) и тачка 24) Закона, у случају када на подручју филијале постоји разлика у месту пребивалишта осигураника и седишта обвезника уплате доприноса, пријава на обавезно здравствено осигурање подноси се према седишту обвезника уплате

доприноса.

Став 1. овог члана примењује се и код пријаве на обавезно здравствено осигурање за осигураника страног држављанина из члана 17. став 1. тач. 10) и 24) Закона, који нема пребивалиште на територији Републике Србије.

Члан 5.

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

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

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

Члан 6.

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

1) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) и 2), тач. 4)–7), тач. 9)–11), тач. 13) и 14), тачка 16) и тачка 24) Закона, уговор о раду, или акт о заснивању радног односа, односно други одговарајући уговор о обављању одређених послова на основу којих се остварује накнада;

2) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 3) Закона, акт о избору, именовању или постављењу на функцију за чије обављање остварују зараду, односно плату или накнаду зараде;

3) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 8) Закона, решење о неплаћеном одсуству због неге детета до три године живота док му мирују права и обавезе по основу рада у складу са прописима о раду;

4) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 12) Закона, потврду од Националне службе за запошљавање до доношења решења, односно решење Националне службе за запошљавање о утврђивању права на новчану накнаду по основу незапослености и личну изјаву осигураника да ће сносити трошкове здравствене заштите за случај да не оствари право на новчану накнаду;

5) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 15) Закона, отказ уговора о раду или закључену радну књижицу, извештај о повреди на раду, извештај о професионалном обољењу и извештај о привременој спречености за рад;

6) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 17) Закона, акт о упису у регистар надлежног органа и акт о обављању пословодствених овлашћења и послова управљања;

7) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 18) и 19) Закона, акт о регистрацији самосталне делатности, односно акт о упису у регистар надлежног органа, односно потврду одговарајућег удружења;

8) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 20) Закона, акт о избору или постављењу свештеника, односно верског службеника;

9) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 21) Закона, легитимацију носиоца пољопривредног газдинства издату од надлежног органа, или решење о утврђивању пореза на катастарски приход, или уговор о давању, односно узимању у закуп пољопривредног земљишта, или уговор о уступању пољопривредног земљишта, или потврду о пријави Фонду пензијског и инвалидског осигурања или личну изјаву;

10) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 22) Закона решење о утврђивању права на пензију, односно права на новчану накнаду према прописима о пензијском и инвалидском осигурању, односно до доношења решења – потврду Фонда за пензијско и инвалидско осигурање да је поднет захтев за утврђивање права на пензију, односно новчану накнаду и личну изјаву осигураника да ће сносити трошкове здравствене заштите за случај да не оствари право на пензију, односно новчану накнаду;

11) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 23) Закона, акт о утврђивању права на пензију или инвалиднину иностраног носиоца осигурања;

12) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 25) Закона, потврду, односно уверење о школовању или стручном усавршавању.

Члан 7.

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

1) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 1) Закона – пријаву о пребивалишту, извод из матичне књиге рођених, а за децу од 15 до 26 година живота која су на школовању и потврду школе, односно високошколске установе да су на школовању, а за децу и омладину – скитнице из прихватних станица и прихватилишта до 15 година живота – потврду или другу врсту доказа који издаје прихватна станица, односно прихватилиште са утврђеним идентификационим подацима о том лицу;

2) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 2) Закона – пријаву о пребивалишту, потврду изабраног лекара – гинеколога о трудноћи, порођају, материнству до 12 месеци након порођаја, односно о планирању породице;

3) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 3) Закона – фотокопију личне карте;

4) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 4) Закона – пријаву о пребивалишту, акт надлежног органа (решење или потврда) о инвалидитету са оценом лекарске комисије о постојању инвалидитета, односно недовољној менталној развијености, а за осигуранике којима је решењем општинског органа управе надлежног за борачку и инвалидску заштиту утврђен инвалидитет у складу са законом – пријаву о пребивалишту и решење надлежног органа о инвалидитету;

5) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 5) Закона – пријаву о пребивалишту и мишљење лекарске комисије да се осигураник лечи од наведених обољења, односно да је пружена медицинска помоћ била хитна, односно потврду здравствене установе да је лице давалац, односно прималац ткива и органа;

6) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 6) Закона – потврду старешине манастира;

7) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 7) Закона – пријаву о пребивалишту и акт надлежног органа (решење) којим је признато право на материјално обезбеђење по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;

8) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 8) Закона – пријаву о пребивалишту и акт надлежног органа (решење) којим је признато право на сталну новчану помоћ као и помоћ за смештај у установу социјалне заштите или у другу породицу по прописима о социјалној заштити;

9) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 9) Закона – пријаву о пребивалишту, фотокопију радне књижице, изјаву о члановима породице и приходима по члану породице и доказ да је месечни износ прихода подносиоца пријаве испод цензуса прописаног актом из члана 22. став 2. Закона;

10) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 10) Закона – пријаву о пребивалишту и потврду о служењу војног рока храниоца породице, односно потврду надлежног органа да је члан породице корисник помоћи;

11) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 11) Закона – личну изјаву да је лице ромске националности и пријаву боравка;

12) за осигуранике из члана 22. став 4. Закона – фотокопију избегличке легитимације, односно фотокопију легитимације прогнаног лица, изјаву о члановима породице и приходима по члану породице и доказ да је месечни износ прихода подносиоца пријаве испод цензуса прописаног актом из члана 22. став 2. Закона.

Осигураници из става 1. овог члана који имају личну карту, нису дужни да, уз пријаву, подносе и пријаву о пребивалишту.

Изузетно од става 1. овог члана, подносилац пријаве дужан је да, за децу и омладину – скитнице из прихватних станица и прихватилишта старије од 15 година живота, у зависности од основа осигурања из члана 22. Закона, уз пријаву, уместо извода из матичне књиге рођених и пријаве о пребивалишту, односно боравишта, достави потврду или другу врсту доказа који издаје прихватна станица, односно прихватилиште са утврђеним идентификационим подацима о том лицу.

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

Подносилац пријаве из става 1. тач. 1)–12) овог члана, дужан је да уз пријаву достави

и личну изјаву да није остварио право на обавезно здравствено осигурање по члану 17. Закона или као члан породице осигураника.

Члан 8.

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

Члан 9.

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

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

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

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

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

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

Члан 10.

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

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

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

Члан 11.

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

- 1) за лица из члана 28. став 1. тачка 1) – потврду школе, односно високошколске установе да је лице на обавезном производном раду, професионалној пракси или практичној настави;
- 2) за лица из члана 28. став 1. тачка 2) – уговор о волонтерском раду;
- 3) за лица из члана 28. став 1. тачка 3) – уговор о привременим и повременим пословима преко омладинске, односно студентске задруге;
- 4) за лица из члана 28. став 1. тачка 4) – потврду надлежне организације за запошљавање да је лице упућено на додатно образовање и обуку;
- 5) за лица из члана 28. став 1. тачка 5) – потврду организатора јавних радова да је лице учесник организованих јавних радова;
- 6) за лица из члана 28. став 1. тачка 6) – потврду надлежног органа да је лице учесник у акцији спасавања;
- 7) за лица из члана 28. став 1. тачка 7) – потврду ватрогасне службе да је лице ангажовано у ватрогасној служби за гашење пожара или је на обуци у ватрогасној служби;
- 8) за лица из члана 28. став 1. тачка 8) – потврду надлежног органа да је лице на оспособљавању и обучавању за потребе одбране земље;
- 9) за лица из члана 28. став 1. тачка 9) – потврду организатора јавног скупа да је лице ангажовано на обезбеђивању јавног скупа, културних и спортских догађаја и других јавних окупљања грађана;
- 10) за лица из члана 28. став 1. тачка 10) – потврду надлежног органа да лице које је на издржавању казне затвора ради у привредној јединици завода или на другом месту рада.

Члан 12.

Подносилац пријаве из чл. 6, 9, 10. и 11. овог правилника, дужан је да уз пријаву достави и фотокопију личне карте као и личну карту на увид.

Када први пут пријављује осигураника у свакој од филијала Републичког завода, подносилац пријаве на осигурање из члана 6. овог правилника, дужан је да, уз пријаву на осигурање, поднесе образац ОПД за пријаву, промену и одјаву пословања.

Изузетно од става 2. овог члана, за правне субјекте који се региструју код Агенције за привредне регистре, податке садржане у обрасцу ОПД, Републичком заводу доставља Агенција за привредне регистре по службеној дужности.

Члан 13.

На основу пријаве и доказа наведених у члану 6. овог правилника, својство осигураника стиче се:

- 1) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1), 2), тач. 4)–7), тач. 9)–11), тачка 16) и тачка 24) Закона, даном заснивања радног односа;
- 2) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 3) Закона, даном избора, именована или постављења;
- 3) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 8) Закона, даном почетка коришћења неплаћеног одсуства због неге детета до три године живота;
- 4) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 12) Закона, даном утврђивања права на новчану накнаду по основу незапослености од Националне службе за запошљавање;
- 5) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 13) и 14) Закона, даном почетка обављања привремених и повремених послова, односно даном закључења уговора;
- 6) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 15) Закона, наредног дана од дана престанка радног односа;
- 7) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 17) Закона, даном доношења акта о упису у регистар надлежног органа, односно даном доношења акта о обављању пословодствених овлашћења и послова управљања;

8) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 18) и 19) Закона, даном почетка обављања самосталне делатности, односно уписа у одговарајући регистар, односно даном учлађења у одговарајуће удружење;

9) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 20) Закона, даном постављења свештеника, односно верског службеника;

10) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 21) Закона, даном подношења пријаве;

11) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 22) и 23) Закона, даном пензионисања;

12) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 25) Закона, даном почетка школовања, односно стручног усавршавања.

На основу пријаве и доказа наведених у члану 7. овог правилника, својство осигураника из члана 22. Закона, стиче се даном подношења пријаве.

Изузетно од става 2. овог члана, својство осигураника из члана 22. став 1. тачка 5) Закона у вези са пружањем хитне медицинске помоћи, стиче се даном пружања хитне медицинске помоћи.

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

Члан 14.

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

Члан 15.

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

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

1) оцену лекарске комисије матичне филијале да је неспособан за самостални рад и остваривање прихода;

2) потврду фонда пензијског и инвалидског осигурања да није остварио право на пензију;

3) доказ да су приходи осигураника испод прихода утврђених актом из члана 22. став 2. Закона.

Члан 16.

Пријаву, пријаву промене и одјаву са обавезног здравственог осигурања, за осигуранике из члана 3. став 2. овог правилника, подносилац пријаве може да поднесе и филијали на чијем подручју је седиште обвезника уплате доприноса, односно седиште пословне јединице.

Филијала којој је поднета пријава, пријава промене или одјава са обавезног здравственог осигурања из става 1. овог члана, дужна је да истог дана матичној филијали достави пријаву, пријаву промене, односно одјаву са обавезног здравственог осигурања.

ИИИ. ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Остваривање права на здравствену заштиту

Члан 17.

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

Осигурано лице остварује здравствену заштиту и код здравствене установе, односно

код другог даваоца здравствених услуга ван подручја матичне филијале под условима прописаним Законом и овим правилником.

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

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

1.1. Здравствена заштита код давалаца услуга који обављају здравствену делатност на примарном нивоу

Члан 18.

Осигураном лицу обезбеђује се право на слободан избор даваоца услуга са којим је матична филијала закључила уговор о пружању здравствене заштите, односно слободан избор лекара (у даљем тексту: изабрани лекар) у складу са Законом и овим правилником.

Избор изабраног лекара

Члан 19.

Изабрани лекар у смислу члана 18. овог правилника је:

(1) доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста медицине рада,

(2) доктор медицине специјалиста педијатрије,

(3) доктор медицине специјалиста гинекологије,

(4) доктор стоматологије.

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

Осигурано лице бира изабраног лекара, и то:

– осигурано лице женског пола старије од 15 година живота, поред изабраног лекара из става 1. тачка (1), односно тачке (2) овог члана, има и изабраног лекара доктора медицине специјалисту гинекологије;

– дете школског узраста до завршетка средње школе, има изабраног лекара из става 1. тачка (2) овог члана, односно доктора медицине у служби за здравствену заштиту деце школског узраста дома здравља;

– дете до навршених 18 година живота, поред изабраног лекара из става 1. тачка (2) овог члана, има изабраног лекара доктора стоматологије;

– осигурано лице старије од 65 година живота, поред изабраног лекара из става 1. тачка (1), односно тачке (3) овог члана, има изабраног лекара доктора стоматологије;

– жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја; осигурано лице пре трансплантације бубрега, односно операције на срцу; у преоперативном и постоперативном третману малигних болести максилофацијалног предела; осигурано лице са урођеним и стеченим тежим деформитетом лица и вилице у оквиру преоперативног и постоперативног третмана; осигурано лице у оквиру посттуморске рехабилитације и реконструкције, може да има изабраног лекара доктора стоматологије.

Осигурано лице бира изабраног лекара, по правилу, код даваоца услуга на подручју матичне филијале.

Члан 20.

У остваривању права из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица из члана 19. овог правилника, надлежна је лекарска комисија матичне филијале према седишту даваоца услуга у којем осигурано лице има изабраног лекара.

Члан 21.

Изузетно од члана 19. став 4. овог правилника:

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

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

3) осигурана лица – студенти бирају изабраног лекара у дому здравља према свом пребивалишту или у месту студирања код даваоца услуга који обавља здравствену делатност здравствене заштите студената ако такав давалац услуга постоји у месту студирања, а ако такав давалац услуга не постоји у месту студирања, изабраног лекара студенти бирају у дому здравља у месту студирања;

4) осигурана лица – ученици бирају изабраног лекара у служби за здравствену заштиту деце школског узраста дома здравља према свом пребивалишту или у служби за здравствену заштиту деце школског узраста дома здравља у месту школовања.

Осигурана лица – ученици могу да бирају изабраног лекара у лекарској ординацији у школи, уколико је таква ординација организована у оквиру службе за здравствену заштиту деце школског узраста дома здравља.

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

6) осигурана лица – чланови породице и разведени супружник, бирају изабраног лекара у дому здравља према свом пребивалишту,

7) осигурана лица – чланови породице изабраних, именованих или постављених лица која за обављање функције остварују зараду, односно плату или накнаду зараде, бирају изабраног лекара у дому здравља према свом пребивалишту,

8) осигурана лица – чланови породице лица која обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге, бирају изабраног лекара у дому здравља према свом пребивалишту,

9) осигураници – запослени у Министарству унутрашњих послова и Безбедносно-информативној агенцији, за време док привремено раде ван места свог пребивалишта, бирају изабраног лекара код даваоца услуга у месту где раде,

10) осигурана лица – чланови породице запослених у Министарству унутрашњих послова и Безбедносно-информативној агенцији, бирају изабраног лекара у дому здравља према свом пребивалишту.

Члан 22.

У остваривању права из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица из члана 21. овог правилника, надлежна је лекарска комисија према седишту даваоца услуга у којем осигурано лице има изабраног лекара.

Лекарска комисија из става 1. овог члана, о својој оцени, мишљењу и предлогу, дужна је да у року од три дана од дана доношења оцене, мишљења и предлога обавести матичну филијалу осигураног лица.

Члан 23.

Осигурано лице врши избор лекара из члана 19. овог правилника, по правилу, на период од најмање једне календарске године. Осигурано лице може променити изабраног лекара и пре истека периода на који га је изабрало.

Ако осигурано лице из става 1. овог члана, по истеку календарске године, настави да користи здравствену заштиту код истог изабраног лекара, сматра се да је извршило избор лекара за наредну календарску годину, без попуњавања обрасца изјаве из члана 24. овог правилника.

Члан 24.

Осигурано лице врши избор лекара попуњавањем и потписивањем обрасца изјаве о избору и промени изабраног лекара (у даљем тексту: изјава).

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

Члан 25.

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

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

За осигурано лице које није у могућности да попуни и потпише изјаву код даваоца услуга, изјаву може да попуни и потпише друго лице које осигурано лице писмено овласти.

Члан 26.

Изјава из члана 24. став 1. попуњава се у три примерка од којих један примерак остаје код изабраног лекара, други примерак се доставља матичној филијали, а трећи примерак задржава осигурано лице.

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

Давалац услуга дужан је да води евиденцију изјава по сваком изабраном лекару и да евидентира сваку промену изабраног лекара.

Матична филијала, на основу достављених изјава из става 1. овог члана, води евиденцију о изјавама по даваоцу услуга и по изабраном лекару код даваоца услуга. Матична филијала евидентира и сваку промену изабраног лекара код даваоца услуга и промену даваоца услуга.

Члан 27.

Давалац услуга из члана 17. овог правилника дужан је да обезбеди услове за избор лекара тако да истакне на видном месту:

1) списак лекара које осигурано лице може да изабере за свог изабраног лекара. Списак лекара садржи име и презиме лекара, специјалност, ИД број и распоред радног времена;

2) име и презиме лица које ће давати информације осигураним лицима у вези избора лекара са бројевима телефона.

Изабрани лекар, дужан је да прими сва осигурана лица која су га изабрала.

Замена и промена изабраног лекара

Члан 28.

У случају привремене спречености за рад изабраног лекара због болести, коришћења породилског одсуства, стручног усавршавања или других оправданих разлога, давалац услуга, дужан је да осигураном лицу обезбеди лекара који ће привремено заменити изабраног лекара.

Лекар који замењује изабраног лекара мора испуњавати услове прописане Законом и овим правилником за изабраног лекара.

Лекар из става 1. овог члана има сва овлашћења, права и обавезе изабраног лекара.

Ако осигурано лице није задовољно лекаром који замењује изабраног лекара, има право да након три месеца од дана замене лекара, изабере другог изабраног лекара у складу са Законом и овим правилником што се сматра променом изабраног лекара.

Ако замена изабраног лекара из става 1. овог члана, траје дуже од шест месеци, осигурано лице има право да изабере новог изабраног лекара на начин и по поступку који је прописан овим правилником за избор изабраног лекара.

Члан 29.

Промену изабраног лекара осигурано лице врши попуњавањем и потписивањем изјаве.

Осигурано лице које није у могућности да лично изврши промену изабраног лекара, то чини на начин и по поступку који је предвиђен за избор изабраног лекара у члану 25. став 3. овог правилника.

Изјава из става 1. овог члана се попуњава у три примерка од којих један примерак остаје код изабраног лекара, други примерак се доставља матичној филијали, а трећи примерак задржава осигурано лице.

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

Члан 30.

Осигурано лице има право на промену изабраног лекара по истеку календарске године.

Ако осигурано лице мења изабраног лекара по истеку рока из става 1. овог члана, није дужно да у изјави наведе разлог промене изабраног лекара.

Члан 31.

Осигурано лице може да промени изабраног лекара пре истека календарске године:

- 1) у случају престанка радног односа изабраног лекара код даваоца услуга;
- 2) ако осигурано лице промени пребивалиште;
- 3) када је осигурано лице незадовољно лекаром који замењује изабраног лекара, по истеку рока од три месеца од дана обезбеђивања замене лекара;
- 4) када је изабрани лекар одсутан дуже од шест месеци;
- 5) ако је дошло до неспоразума између осигураног лица и изабраног лекара, због чега је осигурано лице изгубило поверење у изабраног лекара;
- 6) из других оправданих разлога.

Оправданост разлога из става 1. тач. 3), 5) и 6) овог члана цени давалац услуга.

Давалац услуга одмах, а најкасније у року од пет дана од подношења захтева за промену изабраног лекара, утврђује све битне околности и чињенице у вези са наводима изнетим у захтеву.

О свом налазу, одмах, а најкасније у року од три дана давалац услуга обавештава осигурано лице.

Члан 32.

Ако изабрани лекар промени организациону јединицу рада код даваоца услуга, здравствени картон осигураног лица остаје у организационој јединици даваоца услуга где се и налазио, док осигурано лице не изврши избор изабраног лекара на начин и по поступку прописаном овим правилником.

Члан 33.

Осигурано лице може да има само један здравствени картон из грана медицине наведених у члану 19. овог правилника.

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

На захтев осигураног лица, давалац услуга дужан је да изда копију здравственог картона.

Здравствена заштита код изабраног лекара

Члан 34.

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

Члан 35.

Изабрани лекар:

- 1) организује и спроводи мере на очувању и унапређењу здравља осигураних лица,

откривању и сузбијању фактора ризика за настанак болести, обавља превентивне прегледе, мере и поступке, укључујући и здравствено васпитање, који су утврђени као право из обавезног здравственог осигурања;

- 2) обавља прегледе и дијагностику;
- 3) одређује начин и врсту лечења, прати ток лечења и усклађује мишљење и предлоге за наставак лечења осигураног лица;
- 4) указује хитну медицинску помоћ;
- 5) упућује осигурано лице на амбулантно-специјалистичке прегледе или у другу одговарајућу здравствену установу, односно код другог даваоца здравствених услуга са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите, према медицинским индикацијама, прати ток лечења и усклађује мишљења и предлоге за наставак лечења осигураног лица и упућује осигурано лице на секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите;
- 6) одређује врсту и дужину кућног лечења и прати спровођење кућног лечења;
- 7) прописује лекове и медицинска средства, као и одређене врсте медицинско-техничких помагала;
- 8) спроводи здравствену заштиту из области менталног здравља;
- 9) води прописану медицинску документацију о лечењу и здравственом стању осигураног лица, у складу са Законом;
- 10) даје оцену о здравственом стању осигураног лица и упућује осигурано лице на оцену радне способности, односно инвалидности, у складу са Законом;
- 11) утврђује дужину привремене спречености за рад због болести и повреде осигураника до 30 дана спречености за рад и предлаже првостепеној лекарској комисији продужење привремене спречености за рад, осим ако Законом није друкчије одређено;
- 12) предлаже првостепеној лекарској комисији да утврди потребу за рад осигураника са скраћеним радним временом у току лечења, у складу са Законом;
- 13) утврђује потребу да осигурано лице има пратиоца за време путовања;
- 14) утврђује потребу одсуствовања осигураника са посла ради неге члана уже породице, у складу са чланом 79. став 1. Закона;
- 15) даје мишљење о томе да ли је осигураник намерно проузроковао неспособност за рад, односно да ли је оздрављење намерно спречио;
- 16) даје налаз и мишљење о здравственом стању осигураног лица на основу чега се издаје потврда о здравственом стању осигураног лица ради коришћења здравствене заштите у иностранству;
- 17) одређује употребу и врсту превозног средства за превоз болесника, с обзиром на његово здравствено стање;
- 18) врши друге послове у вези са остваривањем права из здравственог осигурања, у складу са уговором између Републичког завода, односно филијале и даваоца здравствених услуга.

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

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

Изузетно, ако због објективних околности које нису могле да се предвиде, здравствена заштита не може да се пружи осигураном лицу код даваоца услуга на примарном нивоу код кога има изабраног лекара, изабрани лекар може да упути осигурано лице код другог даваоца услуга на подручју матичне филијале који обавља здравствену делатност на примарном нивоу ради дијагностике, амбулантно-специјалистичких прегледа и медицинске рехабилитације.

Члан 36.

Изабрани лекар на основу мишљења доктора медицине – специјалисте одговарајуће гране медицине, упућује осигурано лице даваоцу услуга који обавља здравствену делатност на терцијарном нивоу.

Члан 37.

Изабрани лекар може овлашћења из члана 35. овог правилника, а која се односе на дијагностику и лечење, укључујући и прописивање лекова на рецепт (за ТБЦ и ХИВ), као и упућивање на стационарно лечење да пренесе на надлежног лекара –специјалисту, ако то захтева здравствено стање осигураног лица и рационалност у пружању здравствене заштите.

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

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

Члан 38.

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

1.2. Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Члан 39.

Специјалистичко-консултативну здравствену заштиту осигурано лице остварује код најближег даваоца услуга на подручју матичне филијале са упутом изабраног лекара који важи најдуже 30 дана од дана издавања.

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

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

Члан 40.

Са упутом лекару специјалисти, осигурано лице остварује право на сву неопходну дијагностику код даваоца услуга која је потребна да би лекар специјалиста поставио дијагнозу, односно сачинио лекарски извештај, као и на контролне прегледе до истека рока важења упута изабраног лекара из члана 39. став 1. овог правилника.

Лекар специјалиста обавезно у свом извештају из става 1. овог члана, доставља изабраном лекару образложен налаз, оцену и мишљење са упутством о даљем лечењу осигураног лица.

Члан 41.

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

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

Члан 42.

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

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

1.3. Здравствена заштита код стационарних давалаца услуга

Члан 43.

Осигурано лице остварује стационарно лечење код најближег стационарног даваоца услуга на подручју матичне филијале, по упућу изабраног лекара који важи најдуже 30 дана од дана издавања, осим у случајевима пружања хитне медицинске помоћи када се ово лечење остварује изузетно и без упута.

Изабрани лекар издаје упут осигураном лицу које се упућује на дијализу код стационарног даваоца услуга, само код првог упућивања на дијализу. Упут за дијализу важи док осигурано лице остварује здравствену услугу дијализе код истог даваоца услуга.

Члан 44.

Давалац услуга је дужан да прими осигурано лице на лечење одмах, без одлагања уколико је у питању пружање хитне медицинске помоћи.

Осигурано лице биће примљено на стационарно лечење код даваоца услуга код кога је упућено само уколико је то медицински неопходно, односно оправдано, а адекватно лечење не може да се пружи у амбулантним или кућним условима.

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

Уколико давалац услуга није могао да прими на лечење осигурано лице које је имало заказан пријем, дужан је да осигураном лицу закаже поновни пријем на лечење најкасније у року од 30 дана од дана отказаног пријема.

Члан 45.

Осигурано лице по завршеном лечењу код стационарног даваоца услуга добија отпусну листу која садржи и исцрпне налазе, одговарајуће савете, упутство изабраном лекару о даљем лечењу.

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

1.4. Здравствена заштита ван подручја матичне филијале

Члан 46.

Када изабрани лекар оцени да осигураном лицу не може да се обезбеди одговарајућа здравствена заштита код даваоца услуга на подручју матичне филијале, дужан је да изда упут за најближег одговарајућег даваоца услуга ван подручја матичне филијале који може да пружи здравствену заштиту осигураном лицу.

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

Са упућом из ст. 1. и 2. овог члана, осигурано лице дужно је да се јави даваоцу услуга ван подручја матичне филијале у року од 30 дана од дана давања сагласности лекарске комисије.

Са упутом из ст. 1. и 2. овог члана, осигурано лице остварује здравствену заштиту код даваоца услуга ван подручја матичне филијале у складу са чланом 40. став 1. овог правилника.

Изузетно од ст. 1. и 2. овог члана осигурано лице може да оствари здравствену заштиту код даваоца услуга на секундарном и терцијарном нивоу ван подручја матичне филијале, ако је давалац услуга на секундарном, односно терцијарном нивоу на подручју друге филијале ближи месту становања осигураног лица у односу на даваоца услуга на подручју матичне филијале.

Здравствену заштиту из става 5. овог члана осигурано лице остварује на основу упута изабраног лекара који претходно оверава лице које овласти директор матичне филијале.

Када осигурано лице остварује здравствену заштиту ван подручја матичне филијале као хитан случај без упута изабраног лекара, односно без сагласности лекарске комисије матичне филијале, односно претходне овере матичне филијале, давалац услуга је дужан у року од три дана од дана пријема осигураног лица на лечење да затражи сагласност лекарске комисије матичне филијале за наставак лечења, а у случају из става 5. овог члана, дужан је да затражи сагласност матичне филијале.

Изузетно од става 7. овог члана, давалац услуга може, у случају постојања оправданих разлога због којих није могао да затражи сагласност за наставак лечења у року од три дана од дана пријема осигураног лица, такав захтев да поднесе и по истеку рока од три дана, чим се стекну објективни услови за подношење захтева.

Лекарска комисија матичне филијале дужна је у року од седам дана од дана пријема захтева из става 7, односно 8. овог члана, да достави даваоцу услуге сагласност, односно оцену о потреби наставка даљег лечења осигураног лица. За случај из става 5. овог члана, матична филијала дужна је да даваоцу услуге достави сагласност, у року од седам дана од дана пријема захтева.

Уколико лекарска комисија матичне филијале, односно матична филијала не достави оцену, односно сагласност у року из става 9. овог члана, осигурано лице има право на накнаду трошкова лечења на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Члан 47.

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

Осигурано лице које привремено борави ван места пребивалишта дуже од 30 дана непрекидно, остварује здравствену заштиту у месту привременог боравка код даваоца услуга на примарном нивоу, без промене изабраног лекара.

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

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

Здравствена заштита на примарном нивоу коју осигурано лице остварује ван места пребивалишта у складу са ставом 2. овог члана, обухвата дијагностику и лечење, укључујући прописивање лекова на рецепт или налог, медицинску рехабилитацију, прописивање медицинско-техничких помагала која се прописују на месечном нивоу и сл.

Здравствену заштиту из става 5. овог члана осигурано лице остварује на основу оверене исправе о осигурању и пријаве привременог боравка. Право на прописивање лекова на рецепт или налог, као и право на медицинско-техничко помагало које се прописује на месечном нивоу, осигурано лице остварује и на основу личне изјаве да му за исти период изабрани лекар није прописао лекове, односно медицинско-техничка помагала.

Члан 48.

Осигурано лице из члана 21. став 1. тач. 6)–8) и тачке 10) овог правилника остварује здравствену заштиту у месту свог пребивалишта ван подручја матичне филијале, а осигурано лице из члана 21. став 1. тачка 9) овог правилника остварује здравствену заштиту у месту где ради ван подручја матичне филијале, на начин и по поступку који се примењује за осигурана лица филијале на чијем се подручју налази давалац услуге који пружа здравствену заштиту.

Уколико осигурано лице из става 1. овог члана треба да буде упућено код даваоца услуга на подручју матичне филијале, здравствену заштиту остварује на основу упута изабраног лекара без претходне сагласности лекарске комисије, осим за упућивање на продужену рехабилитацију.

1.5. Продужена рехабилитација

Члан 49.

Осигураним лицима обезбеђује се медицинска рехабилитација код стационарног даваоца услуга специјализованом за рехабилитацију (продужена рехабилитација) у складу са општим актом Републичког завода којим се уређује продужена рехабилитација.

1.6. Хитна медицинска помоћ

Члан 50.

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

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

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

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

Члан 51.

У случају потребе да се осигурано лице коме је указана хитна медицинска помоћ, ради дефинитивног медицинског збрињавања упуту код другог даваоца услуга, давалац који је указао хитну медицинску помоћ дужан је да организује санитарски превоз са медицинским збрињавањем и пратњом одговарајућег здравственог радника у путу.

Члан 52.

Уколико давалац услуга по добијеном позиву за указивање хитне медицинске помоћи није ову помоћ благовремено указао, односно није благовремено обезбедио превоз санитарским возилом до одговарајућег даваоца услуга, за превоз осигураног лица може да се употреби друго превозно средство до најближег даваоца услуга.

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

Члан 53.

Превоз санитарским колима обезбеђује стационарни давалац услуга осигураном лицу у случају да транспорт другим превозним средством може да угрози живот и здравље осигураног лица.

Члан 54.

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

1.7. Кућно лечење

Члан 55.

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

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

Кућно лечење се спроводи и као наставак стационарног лечења.

Члан 56.

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

1.8. Лечење дијализом у кућним условима

Члан 57.

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

Члан 58.

Лечење хемодијализом у кућним условима осигурано лице остварује:

- 1) на предлог стручног конзилијума даваоца услуга који пружа здравствене услуге хемодијализе;
- 2) када осигурано лице обезбеди апарат за хемодијализу у кућним условима;
- 3) када осигурано лице има обезбеђен наменски простор у кућним условима;
- 4) када је осигурано лице, односно члан његове породице или лице које се стара о њему, обучено за обављање хемодијализе у кућним условима.

Члан 59.

Предлог стручног конзилијума даваоца услуга из члана 58. тачка 1) овог правилника, садржи:

- 1) медицинске индикације утврђене општим актом Републичког завода којим се уређују стандарди за дијализе које се обезбеђују на терет средстава здравственог осигурања;
- 2) мишљење о испуњености услова из члана 58. овог правилника;
- 3) датум почетка лечења хемодијализом у кућним условима.

Давалац услуга из става 1. овог члана доставља матичној филијали предлог стручног конзилијума и спецификацију материјала за лечење хемодијализом у кућним условима, а изабраном понуђачу из члана 60. овог правилника, спецификацију материјала за лечење.

Лекар специјалиста даваоца услуга код кога осигурано лице које се лечи перитонеумском дијализом обавља контролне прегледе, доставља матичној филијали предлог и спецификацију материјала за лечење перитонеумском дијализом, а изабраном понуђачу из члана 60. овог правилника, спецификацију материјала за лечење.

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

До добијања оцене лекарске комисије из става 4. овог члана, давалац услуга је дужан

да осигурано лице лечи хемодијализом, односно перитонеумском дијализом у болничким (стационарним) условима.

Члан 60.

По добијању сагласности лекарске комисије из члана 59. став 4. овог правилника, материјал за лечење хемодијализом, односно перитонеумском дијализом у кућним условима, осигураном лицу обезбеђује изабрани понуђач са којим је Републички завод закључио уговор.

Члан 61.

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

1.9. Превенција, прегледи и лечење болести уста и зуба

Члан 62.

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

Доктор стоматологије упућује осигурано лице код даваоца услуга на подручју, односно ван подручја матичне филијале на начин и по поступку утврђеним чл. 39. и 46. овог правилника.

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

1.10. Медицинско-техничка помагала

Члан 63.

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

1.11. Листа чекања и претходно обавештење осигураном лицу

Члан 64.

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

Листа чекања утврђује се за:

- 1) преглед методом компјутеризоване томографије (ЦТ) и методом магнетне резонанције (МР);
- 2) дијагностичку коронарографију и/или катетеризацију срца;
- 3) реваскуларизацију миокарда;
- 4) уградњу трајног вештачког водича срца (ТВЕС) и кардиовертер дефибрилатора (ИЦД);
- 5) инплантацију вештачких валвула;
- 6) уграђивање графтова од вештачког материјала и ендоваскуларних графт протеза;
- 7) уградњу ендопротеза кука и колена;

- 8) инструменталну сегменталну корекцију деформација кичменог стуба код деце;
- 9) операцију катаракте;
- 10) уградњу интраокуларног сочива.

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

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

Члан 65.

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

Претходно обавештење давалац услуга мора дати и осигураном лицу које ставља на листу чекања.

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

1.12. Заказивање специјалистичко-консултативних прегледа и коришћење здравствене заштите у приватној пракси и допунском раду код даваоца услуга

Члан 66.

Давалац услуга са којим је матична филијала закључила уговор, дужан је да закаже специјалистичко-консултативни и дијагностички преглед за који није прописано утврђивање листе чекања у смислу члана 64. став 2. овог правилника, најкасније у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица даваоцу услуга са лекарским упутом уколико преглед није хитан и ако се код даваоца услуга не може обавити одмах по јављању осигураног лица на преглед.

О заказаним прегледима давалац услуга води књигу заказивања са личним подацима и термином у коме осигурано лице треба да се јави на заказани преглед.

Члан 67.

Давалац услуга који обавља здравствену делатност на примарном нивоу може да заказује, дијагностичке прегледе (лабораторијске анализе, рендген прегледе, ултразвучне прегледе), медицинску рехабилитацију и специјалистичко-консултативне прегледе.

Давалац услуга који обавља здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу може да заказује специјалистичко-консултативне и дијагностичке прегледе.

Члан 68.

Осигураном лицу које не може да буде примљено на заказани преглед у року из члана 66. овог правилника, давалац услуге је дужан да изда писану потврду. Потврда садржи писмену информацију даваоца услуга о разлозима због којих осигурано лице није примљено на преглед, односно медицинску рехабилитацију.

Потврду из става 1. овог члана потписује директор даваоца услуга, односно лице које он овласти.

Давалац услуга води евиденцију о издатим потврдама из става 1. овог члана.

Члан 69.

Осигурано лице коме је издата потврда из члана 68. овог правилника, може да обави потребан преглед или медицинску рехабилитацију у приватној пракси или у допунском раду код даваоца услуга са којим је закључен уговор.

Трошкове прегледа из става 1. овог члана сноси осигурано лице из сопствених средстава.

После обављеног прегледа, односно медицинске рехабилитације, осигурано лице има право да поднесе матичној филијали захтев за рефундацију трошкова за пружене здравствене услуге у приватној пракси, односно допунском раду код даваоца услуга. Захтев се подноси на „Обрасцу РЕФ-1“.

Уз захтев за рефундацију трошкова из става 3. овог члана, осигурано лице подноси:

- упут за преглед код даваоца услуга са евидентираним датумом заказивања прегледа;
- потврду из члана 68. став 1. овог правилника;
- рачун о плаћеном прегледу;
- медицинску документацију (специјалистички налаз и др.);
- фотокопију здравствене књижице.

Уколико матична филијала у спроведеном поступку утврди да је захтев основан, извршиће рефундацију трошкова осигураном лицу у висини стварних трошкова уз умањење за износ партиципације ако осигурано лице има обавезу плаћања партиципације за пружену услугу.

За износ рефундираних трошкова осигураном лицу из става 5. овог члана, матична филијала умањује уговорену накнаду даваоцу услуга који је издао потврду из члана 68. став 1. овог правилника, на основу решења донетог у спроведеном поступку.

1.13. Право на рефундацију трошкова осигураним лицима – трудницама

Члан 70.

Осигурано лице – трудница има право на рефундацију трошкова за здравствену услугу, дијагностику, лек, односно медицинско средство у вези са трудноћом које је платила код даваоца услуга са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите на примарном, секундарном и терцијарном нивоу, односно у приватној пракси због немогућности да јој се код даваоца услуга са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите обезбеди здравствена услуга или дијагностика ради чијег обављања је упућена, односно лек или медицинско средство које јој је прописано.

Трудница има право на рефундацију трошкова из става 1. овог члана, за здравствене услуге, дијагностику, лек, односно медицинско средство ако спадају у обим и садржај здравствене заштите који се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања.

За рефундацију трошкова из става 1. овог члана, трудница подноси захтев матичној филијали уз који прилаже медицинску документацију, рачун о плаћеним трошковима и фотокопију здравствене књижице.

Ако матична филијала у спроведеном поступку утврди да је захтев основан, извршиће рефундацију трошкова трудници у висини стварних трошкова.

1.14. Право на лекове и медицинска средства

Члан 71.

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

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

Члан 72.

Право на медицинска средства, осигураном лицу обезбеђује се у складу са општим актом Републичког завода којим се утврђују врста и стандард медицинских средстава која

се уграђују у организам осигураног лица (у даљем тексту: имплантати), као и друге врсте неопходних медицинских средстава.

Члан 73.

Осигураном лицу лек прописује и лекарски рецепт издаје изабрани лекар из члана 19. овог правилника.

Осигураном лицу лек прописује и лекарски рецепт издаје и лекар специјалиста када му изабрани лекар пренесе овлашћење у складу са чланом 37. овог правилника.

Лекар специјалиста код кога је изабрани лекар упутио осигурано лице ради остваривања специјалистичко-консултативне здравствене заштите, у извештају који се доставља изабраном лекару даје мишљење и предлаже терапију леком.

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

Лекари из ст. 1, 2. и 3. овог члана могу прописивати, односно предлагати прописивање лекова само из свог делокруга рада.

Члан 74.

У току стационарног лечења осигураном лицу стационарни давалац услуга дужан је да обезбеди све неопходне лекове и медицинска средства.

Осигураном лицу на стационарном лечењу, лек који је на Листи лекова прописује лекар стационарног даваоца услуга, при отпусту ради настављања лечења.

Члан 75.

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

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

Члан 76.

У установама социјалне заштите са којима Републички завод има закључен уговор о пружању здравствених услуга, осигураном лицу смештеном у установу социјалне заштите, лек прописује и лекарски рецепт издаје лекар установе социјалне заштите, односно изабран лекар из члана 21. овог правилника.

Члан 77.

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

Члан 78.

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

Члан 79.

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

У случајевима када се здравствена заштита остварује ван подручја матичне филијале и

у случају пружања хитне медицинске помоћи, подаци из става 1. овог члана уписују се у протокол болесника.

ИВ. ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА НА НОВЧАНЕ НАКНАДЕ

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

Члан 80.

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

Накнада зараде исплаћује се на основу поднетих доказа, без подношења захтева. На захтев осигураника, исплатилац новчане накнаде дужан је да му изда решење.

Члан 81.

Исплата накнаде зараде врши се на основу:

- 1) извештаја о привременој спречености за рад (у даљем тексту: дознака) и оцене лекарске комисије;
- 2) потврде о оствареној заради за утврђивање основа за обрачун накнаде зараде;
- 3) потврде о кретању (порасту–смањењу) зарада код послодавца за прво усклађивање основа за накнаду зараде запосленог;
- 4) потврде о кретању (порасту–смањењу) зарада код послодавца за наредна усклађивања основа за накнаду зараде запосленог;
- 5) списка обрачунатих – исплаћених накнада зарада;
- 6) доказа да је доспели допринос плаћен и то:
 - за запослене из члана 17. став 1. тач. 1–7. Закона, изјаве послодавца да је доспели допринос плаћен, Пореске пријаве о обрачунатим и плаћеним доприносима за обавезно социјално осигурање на зараде – образац ПП ОД и Пореске пријаве о обрачунатим и плаћеним доприносима за обавезно социјално осигурање на накнаде зарада на терет других исплатиоца – образац ПП ОД-1;
 - за предузетнике из члана 17. став 1. тачка 18. Закона, уверења пореске управе да је доспели допринос плаћен;
 - за свештенике из члана 17. став 1. тачка 20. Закона, уверења пореске управе да је доспели допринос плаћен;
 - за верске службенике из члана 17. став 1. тачка 20. Закона – изјаве послодавца да је доспели допринос плаћен, Пореске пријаве о обрачунатим и плаћеним доприносима за обавезно социјално осигурање на зараде – образац ПП ОД и Пореске пријаве о обрачунатим и плаћеним доприносима за обавезно социјално осигурање на накнаде зарада на терет других исплатиоца – образац ПП ОД-1;
- 7) доказа да је предата документација за утврђивање радне способности, односно инвалидности по прописима о пензијском и инвалидском осигурању;
- 8) доказа за другог родитеља у случају неге детета, у складу са чланом 80. Закона;
- 9) доказа о претходном стажу осигурања.

Члан 82.

Дознаку издаје изабрани лекар из члана 19. овог правилника.

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

Осигуранику који је привремено спречен за рад због неге члана породице који је војни

осигураник, дознаку издаје његов изабрани лекар из члана 19. став 1. тачка (1), на основу дознаке или извештаја војног лекара.

Члан 83.

Послодавац који исплаћује накнаду зараде која се обезбеђује из средстава Републичког завода, дужан је да матичној филијали достави Списак обрачунатих – исплаћених накнада зарада у два примерка са документацијом из члана 81. овог правилника ради претходне контроле.

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

Члан 84.

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

Члан 85.

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

Члан 86.

За осигуранике који су запослени код више послодаваца, право на накнаду зараде утврђује матична филијала, на основу доказа из члана 81. овог правилника.

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

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

2. Остваривање права на накнаду трошкова превоза

Члан 87.

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

Накнада трошкова превоза исплаћује се на основу поднетих доказа.

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

Члан 88.

Докази за исплату накнаде трошкова превоза из члана 87. став 2. овог правилника јесу:

1) потврда о потреби путовања оверена датумом и печатом даваоца услуга и потписом и факсимилом лекара;

2) превозна карта или доказ о цени превоза (потврда превозника или ценовник превозника).

В. КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ИНОСТРАНСТВУ

Члан 89.

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

ВИ. ДОДЕЉИВАЊЕ, КОРИШЋЕЊЕ И КОНТРОЛА ЈЕДИНСТВЕНОГ ИДЕНТИФИКАЦИОНОГ БРОЈА ЛЕКАРА

Члан 90.

Републички завод јединственим идентификационим бројем лекара (у даљем тексту: ИД број) овлашћује лекара да осигураним лицима Републичког завода обезбеди остваривање права из здравственог осигурања на терет средстава обавезног здравственог осигурања у складу са овим правилником.

ИД број се додељује изабраном лекару који је доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста медицине рада, доктор медицине специјалиста педијатрије, доктор медицине специјалиста гинекологије и доктор стоматологије код даваоца услуга који обавља здравствену делатност на примарном нивоу и у установи социјалне заштите.

ИД број додељује се и лекару у другом облику обављања здравствене службе – приватна пракса са којим је Републички завод закључио уговор о прописивању лекова са Листе лекова – Листа А и Листа А1.

Републички завод додељује ИД број лекару специјалисти коме је изабрани лекар пренео овлашћење у складу са Законом за прописивање лекова на обрасцу лекарског рецепта за ТБЦ и ХИВ.

Републички завод додељује ИД број и лекару специјалисти код даваоца услуга секундарног и терцијарног нивоа само за прописивање лекова на Обрасцу Н1 и Н2 у складу са овим правилником.

Изузетно, од ст. 1–5. овог члана директор Републичког завода, у случају израженог јавног интереса додељује ИД број лекару друге специјалности, о чему се закључује посебан уговор.

ИД број додељује се лекару из ст. 2–6. овог члана који је уговорени радник код тог даваоца услуга у смислу Правилника о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и за утврђивање накнаде за њихов рад.

Један лекар може имати један ИД број, који се лекару додељује на неодређено време, у складу са овим правилником.

ИД број се додељује и лекару који замењује изабраног лекара, уколико му раније није додељен ИД број у смислу одредаба овог правилника, ради привременог коришћења за време док замењује изабраног лекара.

1. Додељивање ИД броја

Члан 91.

Захтев за доделу и одјаву ИД броја, и промену података, подноси се на обрасцу „ПРИЈАВА/ПРОМЕНА/ОДЈАВА У ЕВИДЕНЦИЈИ ИД БРОЈЕВА ЛЕКАРА“ (у даљем тексту: Образац ИД броја).

Републички завод на основу Обрасца ИД броја додељује ИД број лекара, односно даје овлашћења лекару из члана 90. овог правилника, води евиденције додељених ИД бројева, привремено или трајно одузима овлашћења за коришћење ИД броја и врши одјаву ИД броја.

Образац ИД броја одштампан је уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 92.

Лекар подноси Образац ИД броја филијали Републичког завода на чијем подручју је седиште даваоца услуге код кога је запослен. Образац ИД броја се подноси читко попуњен у три примерка, у оригиналу.

Уколико је Образац ИД броја непотпун, нејасан или нечитак, Филијала враћа лекару сва три примерка на исправку или допуну.

Уз Образац ИД броја лекар доставља потписан Уговор о коришћењу јединственог

идентификационог броја лекара (у даљем тексту: уговор) и другу одговарајућу документацију (записник, изјава о губитку печата и др.).

Члан 93.

Лекар користи додељени ИД број и за рад код више давалаца услуга.

У случају из става 1. овог члана евиденција коришћења ИД броја спроводи се подношењем Обрасца ИД броја у складу са чланом 91. овог правилника за сваког даваоца услуга код кога лекар ради.

Лекар не може да користи ИД број за рад код даваоца услуга који није у евиденцији ИД бројева лекара, у смислу става 2. овог члана.

2. Евиденција додељених ИД бројева

Члан 94.

Републички завод води евиденцију додељених ИД бројева, у електронској форми, која садржи податке из Обрасца ИД броја.

Директор Републичког завода посебним актом ближе уређује вођење евиденције дељених ИД бројева.

Члан 95.

Лекар којем је додељен ИД број, дужан је да обавести филијалу о свакој промени података садржаних у евиденцији додељених ИД бројева и о наступању разлога за одјаву ИД броја, у року од три дана од дана настале промене, односно разлога за одјаву, подношењем Обрасца ИД броја.

3. Одређивање ИД броја

Члан 96.

ИД број се састоји од:

- редног броја лекара (7 цифара) и
- контролног броја по Луновом алгоритму (1 цифра).

За ИД бројеве који се додељују по ступању на снагу овог правилника редни број ИД броја се одређује растућим редоследом почев од броја 3100001.

4. Штамбиљ ИД броја

Члан 97.

Штамбиљ ИД броја је облика елипсе, димензија 47 x 18 мм, исписан ћириличним писмом, у фонту Тимес Нев Роман и садржи следеће елементе:

1. први ред: др медицине или др стоматологије,
2. други ред: име и презиме,
3. трећи ред: тип и ИД број.

Тип штамбиља одређује обим овлашћења лекара за коришћење ИД броја и обележава се римским бројем, према следећој табели:

И – доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста медицине рада;

ИИ – доктор медицине специјалиста педијатрије;

ИИИ – доктор медицине специјалиста гинекологије;

ИВ – доктор стоматологије;

В – лекар специјалиста на кога је изабрани лекар пренео овлашћења за прописивање лекова на рецепт (за ТБЦ и ХИВ);

ВИ – лекар специјалиста за прописивање лекова на Обрасцу Н1 и Н2.

Члан 98.

Штамбиљ ИД броја лекара, промену текста штамбиља и замену оштећеног штамбиља израђује по Закону овлашћени привредни субјект, искључиво на основу оригиналног примерка Обрасца ИД броја, који је оверен печатом Републичког завода.

Трошкове израде, као и замене или поправке штамбиља сноси давалац услуга.

5. Уговор о коришћењу ИД броја

Члан 99.

Уговор о коришћењу ИД броја закључују с једне стране Републички завод и с друге стране, лекар и давалац услуга.

Уговором из става 1. овог члана утврђују се права и обавезе лекара и даваоца услуга у вези са коришћењем ИД броја.

Члан 100.

Лекар је дужан да додељени ИД број користи искључиво на начин прописан овим правилником и уговором из члана 99. овог правилника.

Изабрани лекар код даваоца услуга који обавља здравствену делатност на примарном нивоу и установи социјалне заштите користи ИД број за прописивање лекова на лекарски рецепт на обрасцу лекарског рецепта и на обрасцу налога за давање ињекција, за прописивање медицинско-техничких помагала која се обезбеђују на терет средстава обавезног здравственог осигурања и за остваривање других права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања, само у оквиру делокруга рада за који му је додељен ИД број.

Лекар у другом облику обављања здравствене службе – приватној пракси користи ИД број само за прописивање лекова на рецепт, у складу са закљученим уговором о прописивању лекова утврђених Листом лекова – Листа А и Листа А1.

Лекар специјалиста коме је изабрани лекар пренео овлашћења у складу са Законом, може да користи ИД број само за прописивање лекова на обрасцу лекарског рецепта за ТБЦ и ХИВ.

Лекар код даваоца услуга секундарног и терцијарног нивоа користи ИД број само за прописивање лекова на Обрасцу Н1 и Н2.

Лекар из члана 90. став 6. овог правилника користи ИД број искључиво у складу са уговором.

6. Одјава ИД броја

Члан 101.

ИД број се може одјавити привремено и трајно.

ИД број се привремено се одјављује у случају:

1) да лекар привремено одсуствује са рада у смислу прописа о раду (удаљење са рада у смислу прописа о раду, породично одсуство, неплаћено одсуство, специјализација и стручно усавршавање и др.) или му мирују права и обавезе из радног односа,

2) да дође до промене у радном односу лекара (промена радног места, стицање звања специјалисте, и др.),

3) да је лекару изречена мера забране обављања делатности као мера безбедности,

4) да је лекару одузета лиценца,

5) да лекару престане радни однос у смислу прописа којима се уређује рад,

6) губитка радне способности лекара у смислу прописа о пензијском и инвалидском осигурању,

7) да се раскине уговор о пружању здравствене заштите са даваоцем услуга или обављању послова изабраног лекара са лекаром,

8) да је лекару изречена казна за прекршај из члана 244. Закона,

9) да се у поступку контроле извршавања уговорних обавеза или на други начин утврди да је лекар користио ИД број у супротности са одредбама овог правилника и Уговора из члана 99. овог правилника.

У случајевима из тач. 1)–7) одјава ИД броја која траје најкраће док траје разлог за одјаву, а у случајевима из тач. 8) и 9) одјава ИД броја траје три месеца.

Члан 102.

ИД број се одјављује трајно у случајевима:

- 1) губитка или крађе штампбиља ИД броја,
- 2) смрти лекара.

Члан 103.

Лекар је дужан да изврши одјаву ИД броја на Обрасцу ИД броја у случајевима из члана 101. став 2. тач. 1)–6) и члана 102. тачка 1) овог правилника. Даном одјаве сматра се датум који је лекар уписао у Обрасцу ИД броја. Лекар је дужан да достави изјаву о губитку, односно крађи штампбиља уз Образац ИД броја.

Лекар је дужан да Републичком заводу надокнади штету која настане због неблаговремене одјаве ИД броја.

Члан 104.

Републички завод, односно филијала по службеној дужности врши одјаву ИД броја у случају из члана 101. став 1. тач. 7)–9) овог правилника.

Републички завод, односно филијала утврђује дан престанка коришћења ИД броја и о томе доставља обавештење лекару и даваоцу услуга на Обрасцу ИД броја.

Изузетно, у случају смрти лекара одјаву ИД броја врши давалац услуга у року од три дана.

Члан 105.

У случају привремене одјаве ИД броја из члана 101. овог правилника, давалац услуга се обавезује да чува штампбиљ.

Лекар и давалац услуга дужни су да Републичком заводу накнаде штету која настане због неовлашћеног коришћења ИД броја у периоду за који је ИД број одјављен .

7. Уништавање штампбиља

Члан 106.

У случају смрти лекара давалац услуга је дужна да уништи штампбиљ ИД броја и да доказ о томе уз Образац ИД броја достави филијали.

Доказ о уништавању штампбиља је записник у коме се обавезно наводи: назив даваоца услуга, име и презиме лекара, ЈМБГ лекара, ЛБО лекара, ИД број, разлог уништавања. Записник обавезно мора да садржи и отисак штампбиља који је предмет уништавања. Записник мора бити оверен потписима три члана комисије.

Члан 107.

Лекар који у складу са одредбама овог правилника задржава право на коришћење ИД броја, дужан је да поднесе захтев филијали, на Обрасцу ИД броја у складу са чланом 91. овог правилника.

Лекар може да задржи само један ИД број, ако испуњава услове прописане овим правилником.

Давалац услуга је дужан да за сваког лекара појединачно који не испуњава услове за коришћење ИД броја по овом правилнику, поднесе захтев филијали за одјаву ИД броја, на Обрасцу ИД броја.

Члан 108.

Филијала ће извршити одјаву ИД броја по службеној дужности за све лекаре који су уведени у Регистар додељених ИД бројева који не испуњавају услове за доделу ИД броја у складу са овим правилником.

Филијала ће о одјави ИД броја по службеној дужности, обавестити даваоца услуга и

лекара који не испуњава услове за коришћење ИД броја.

На основу добијеног обавештења, лекар је дужан да одмах достави штамбиљ ИД броја даваоцу услуга, ради уништавања. Давалац услуга је дужан да спроведе поступак уништавања штамбиља ИД броја у складу са чланом 106. овог правилника и наредног дана достави доказ филијали уз Образац ИД броја.

Лекар који буде користио ИД број по пријему обавештења филијале, дужан је да Републичком заводу надокнади штету насталу неовлашћеним коришћењем ИД броја.

ВИИ. ОБРАСЦИ ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 109.

Обрасци за остваривање права из обавезног здравственог осигурања јесу:

1. Изјава о избору и промени изабраног лекара – Образац ИЛ;
2. Упут за лабораторију – Образац ОЗ-1;
3. Упут амбулантно-специјалистички преглед – Образац ОЗ-2;
4. Упут за стационарно лечење – Образац ОЗ-3;
5. Упут лекарској комисији – Образац ОЗ-4;
6. Лекарски рецепт – Образац ЛР-1;
7. Налог за прописивање и издавање лекова са Листе лекова под посебним режимом издавања – Образац Н-1;
8. Налог за прописивање и издавање лекова који се не налазе на Листи лекова – Образац Н-2;
9. Налог за давање ињекција – Образац ОЗ-5;
10. Извештај о привременој спречености за рад – Образац ОЗ-6;
11. Потврда о оствареној заради за утврђивање основа за обрачун накнаде зараде – Образац ОЗ-7;
12. Потврда о кретању (порасту–смањењу) зарада код послодавца за прво усклађивање основа за накнаду зараде – Образац ОЗ-8;
13. Потврда о кретању (порасту–смањењу) зарада код послодавца за наредна усклађивања основа за накнаду зараде – Образац ОЗ-9;
14. Списак обрачунатих – исплаћених накнада зарада – Образац ОЗ-10;
15. Потврда о потреби путовања у циљу остваривања здравствене заштите – Образац ОЗ-11;
16. Потврда о коришћењу здравствене заштите у иностранству – Образац ОЗ-12;
17. Сагласност матичне филијале за наставак лечења осигураног лица – Образац ОЗ-13;
18. Потврда даваоца услуга о разлозима због којих осигурано лице није примљено на преглед, односно медицинску рехабилитацију – Образац-ПЗ;
19. Захтев за рефундацију трошкова пружених здравствених услуга – Образац РЕФ-1;
20. Изјава о члановима породице и приходима по члану породице – Образац- ЦЗ;
21. Пријава/промена/одјава у евиденцији ИД бројева лекара – Образац ИД броја;
22. Оцене и мишљења првостепене и другостепене лекарске комисије у вези остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања – Обрасци од ОЛК-1 до ОЛК-34;
23. Здравствени лист – Образац ИНО-1;
24. Обавештење о болничком лечењу иностраног осигураника – Образац ИНО-2;
25. Изјава – Образац ИНО-3.

Обрасци из става 1. овог члана, одштампани су уз овај правилник и чине његов саставни део.

Члан 110.

Изјава о избору и промени изабраног лекара даје се на обрасцу Изјаве о избору и промени изабраног лекара – Образац ИЛ.

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

Члан 111.

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

- 1) Упута за лабораторију – Образац ОЗ-1;
- 2) Упута амбулантно-специјалистички преглед – Образац ОЗ-2;
- 3) Упута за стационарно лечење – Образац ОЗ-3.

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

Члан 112.

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

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

Члан 113.

Право на лекове остварује се на основу образаца:

- 1) Лекарски рецепт – Образац ЛР-1 (у даљем тексту: лекарски рецепт);
- 2) Налог за прописивање и издавање лекова са Листе лекова под посебним режимом издавања – Образац Н-1 (у даљем тексту: налог Н-1);
- 3) Налог за прописивање и издавање лекова који се не налазе на Листи лекова – Образац Н-2 (у даљем тексту: налог Н-2);
- 4) Налог за давање ињекција – Образац ОЗ-5.

Члан 114.

Лекарски рецепт је образац правоугаоног облика, ширине 97 мм, дужине 200 мм (блок 100 листова).

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

Изузетно од става 2. овог члана, лекови са Листе лекова који садрже опојне дроге или психотропне супстанце за које је прописан режим издавања лека на лекарски рецепт у два примерка, прописују се на два обрасца лекарског рецепта, тако да други образац лекарског рецепта садржи ознаку „копија“ и редни број из књиге евиденције о издатим рецептима за наведене лекове.

Лекарски рецепт важи 15 дана од дана прописивања од стране изабраног лекара.

Изузетно од става 4. овог члана, лекарски рецепт важи:

- три дана од дана прописивања ако је прописан антибиотик;
- седам дана од дана прописивања ако је прописан лек за лечење акутних обољења;
- седам дана од дана прописивања ако су прописани лекови који садрже опојне дроге или психотропне супстанце за које је прописан режим издавања лека на лекарски рецепт у два примерка;
- 30 дана од дана прописивања ако је прописан лек са Листе Д.

Члан 115.

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

На налогу Н-1 у горњем левом углу налази се јединствени осмоцифрени број који служи за идентификацију референтног даваоца услуга, у средини се налази текст „Републички завод за здравствено осигурање“ и у горњем десном углу је ознака Н-1.

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

Налог Н-1 има три карбонизирана примерка (оригинал и две копије). Оригинал се

доставља надлежној филијали Републичког завода, једна копија остаје у болничкој апотеци, а другу копију задржава лекар који је прописао лек.

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

На налогу Н-1 лекови се издају само у болничким апотекама референтних давалаца услуга.

Члан 116.

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

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

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

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

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

На налогу Н-2 лекови се издају само у болничким апотекама давалаца услуга.

Члан 117.

Лекарски рецепт, налог Н-1 и налог Н-2 из члана 115. овог правилника, штампа искључиво понуђач кога у складу са Законом о јавним набавкама изабере и овласти Републички завод.

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

Члан 118.

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

На налогу за давање ињекција – Образац ОЗ-5 прописују се ампулирани лекови са Листе лекова код даваоца услуга примарне здравствене заштите.

Члан 119.

Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураник остварује на основу обрасца Извештај о привременој спречености за рад (дознака) – Образац ОЗ-6.

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

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

Члан 120.

Обрачун накнаде зараде врши се на основу обрасца Потврда о оствареној заради за утврђивање основа за обрачун накнаде зараде – Образац ОЗ-7.

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

Члан 121.

Усклађивање основа за накнаду зараде врши се на основу образаца:

1) Потврде о кретању (порасту–смањењу) зарада код послодавца за прво усклађивање основа за накнаду зараде – Образац ОЗ-8;

2) Потврде о кретању (порасту–смањењу) зарада код послодавца за наредна усклађивања основа за накнаду зараде – Образац ОЗ-9.

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

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

Члан 122.

Евиденција исплаћених накнада зарада води се на обрасцу Списак обрачунатих – исплаћених накнада зарада – Образац ОЗ-10.

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

Члан 123.

Накнаду трошкова превоза у вези са остваривањем здравствене заштите осигурано лице и пратилац осигураног лица остварују на основу обрасца Потврда о потреби путовања у циљу остваривања здравствене заштите – Образац ОЗ-11.

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

Члан 124.

Право на коришћење здравствене заштите у иностранству на терет средстава обавезног здравственог осигурања у земљама са којима није закључен међународни уговор о социјалном осигурању, осигурано лице остварује на основу обрасца Потврда о коришћењу здравствене заштите у иностранству – Образац ОЗ-12.

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

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

Члан 125.

На обрасцу Сагласност матичне филијале за наставак лечења осигураног лица – Образац ОЗ-13, даје се сагласност матичне филијале када осигурано лице остварује здравствену заштиту ван подручја матичне филијале, без упута изабраног лекара, односно без овере лица које је овластио директор матичне филијале.

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

Члан 126.

Потврда-ПЗ је образац правоугаоног облика, ширине 145 мм и дужине 210 мм, боја штампе црна на папиру беле боје.

Потврда из става 1. овог члана издаје се у два примерка од којих један примерак за осигурано лице, а други примерак задржава издавалац потврде.

Члан 127.

Захтев РЕФ-1 је образац правоугаоног је облика, ширине 145 мм и дужине 210 мм, боја штампе црна на папиру беле боје.

Захтев из става 1. овог члана попуњава осигурано лице у два примерка, од којих један примерак подноси матичној филијали, а други примерак задржава за себе.

Члан 128.

Изјава о члановима породице и приходима по члану породице – Образац-ЦЗ служи за утврђивање месечног износа прихода као цензуса за стицање својства осигураника као незапосленог лица, социјално угроженог лица и избеглог, односно прогнаног лица коме је надлежни републички орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ.

Образац-ЦЗ састоји се од три листа формата А4 (димензије 210 мм x 297 мм) боја штампе црна на хартији беле боје.

На првом и другом листу Обрасца-ЦЗ попуњавају се подаци о члановима породице и врсти и висини приход. Трећа страна Обрасца-ЦЗ садржи упутство о доказима који се подносе уз попуњени образац за утврђивање висине прихода.

Члан 129.

Пријава/промена/одјава у евиденцији ИД бројева лекара – Образац ИД броја је лист формата А4 (димензије 210 мм x 297 мм) боја штампе црна на хартији беле боје.

На полеђини обрасца из става 1. овог члана одштампан је шифарник специјалности и упутство за попуњавање обрасца.

Члан 130.

На Обрасцу ОЛК-1 и ОЛК-2 даје се оцена првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на амбулантно-специјалистички преглед ван подручја филијале.

Члан 131.

На Обрасцу ОЛК-3 и ОЛК-4 даје се оцена првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на стационарно лечење ван подручја филијале.

Члан 132.

На Обрасцу ОЛК-5, ОЛК-6, ОЛК-7 и ОЛК-8 даје се оцена првостепене лекарске комисије о привременој спречености за рад осигураника.

Члан 133.

На Обрасцу ОЛК-9 даје се оцена првостепене лекарске комисије о праву на рад са скраћеним радним временом у току лечења, ради бржег успостављања пуне радне способности.

Члан 134.

На Обрасцу ОЛК-10 даје се оцена првостепене лекарске комисије којом се одобрава пратилац осигураном лицу за време стационарног лечења или продужене рехабилитације.

Члан 135.

На Обрасцу ОЛК-11, ОЛК-12 и ОЛК-13 даје се оцена првостепене лекарске комисије у вези са вантелесном оплодњом.

Члан 136.

На Обрасцу ОЛК-14 и ОЛК-15 даје се оцена првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на продужену рехабилитацију.

Члан 137.

На Обрасцу ОЛК-16 даје се оцена првостепене лекарске комисије о упућивању осигураног лица на продужену рехабилитацију као превенцију погоршања, односно настанка компликација болести.

Члан 138.

На Обрасцу ОЛК-17 и ОЛК-18 даје се оцена првостепене лекарске комисије о повреди на раду, односно професионалном обољењу који су утврђени у складу са прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

Члан 139.

На Обрасцу ОЛК-19 и ОЛК-20 даје се оцена првостепене лекарске комисије о способности осигураника – пољопривредника за самостални рад и остваривање прихода у смислу члана 21. став 1. тачка 1. Закона.

Члан 140.

На Обрасцу ОЛК-21, ОЛК-22, ОЛК-23 и ОЛК-24 даје се оцена другостепене лекарске комисије у складу са чланом 158. Закона.

Члан 141.

На Обрасцу ОЛК-25 и ОЛК-26 даје се оцена даје се оцена првостепене лекарске комисије о сагласности за наставак лечења у случају када је осигурано лице примљено као хитан случај код даваоца услуга ван подручја филијале.

Члан 142.

На Обрасцу ОЛК-27 првостепена лекарска комисија даје оцену од које болести се лечи осигурано лице ради утврђивања основа за обавезно здравствено осигурање и за оверу здравствене књижице.

Члан 143.

На Обрасцу ОЛК-27 и ОЛК-29 првостепена лекарска комисија даје оцену да ли је здравствена заштита пружена у приватној пракси са којом Републички завод није закључио уговор, била хитна.

Члан 144.

На Обрасцу ОЛК-30 и ОЛК-31 првостепена лекарска комисија даје оцену о накнади трошкова превоза у складу са чланом 104. став 3. Закона.

Члан 145.

На Обрасцу ОЛК-32 и ОЛК-33 другостепена лекарска комисија даје оцену о продужењу права на накнаду зараде у складу са чланом 79. став 3. Закона.

Члан 146.

На Обрасцу ОЛК-34 првостепена лекарска комисија даје оцену о коришћењу здравствене заштите осигураних лица у иностранству.

Члан 147.

Обрасци ОЛК-1 до ОЛК-34 из чл. 130–146. овог правилника, попуњавају се и штампају се преузимањем електронским путем из Матичне евиденције о остваривању права осигураних лица (МЕОП-а), коју води Републички завод.

ВИИИ. КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ИНОСТРАНИХ ОСИГУРАНИКА И ЧЛАНОВА ЊИХОВИХ ПОРОДИЦА

Члан 148.

Обрасци за коришћење здравствене заштите иностраних осигураника јесу:

1. Здравствени лист – Образац ИНО-1;
2. Обавештење о болничком лечењу иностраног осигураника – Образац ИНО-2;
3. Изјава – Образац ИНО-3.

Обрасци из става 1. овог члана употребљавају се и за коришћење здравствене заштите чланова породице иностраних осигураника.

Члан 149.

За коришћење здравствене заштите иностраних осигураника за време привременог боравака у Републици Србији, филијала на чијем подручју имају привремени боравак, издаје Здравствени лист – Образац ИНО-1 на основу потврде иностраног носиоца социјалног осигурања, издате на одговарајућем обрасцу.

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

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

Члан 150.

Обавештење о болничком лечењу иностраног осигураника – Образац ИНО-2 попуњава давалац услуга који је примио на лечење иностраног осигураника, а оверава филијала која је издала Здравствени лист – Образац ИНО-1.

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

Члан 151.

Изјаву на Обрасцу ИНО-3, даје инострани осигураник у случају да не поседује доказ о праву из здравственог осигурања – потврду иностраног носиоца социјалног осигурања на основу закљученог међународног споразума, као и у случају да давалац услуга није наплатио трошкове лечења, а оверава је овлашћено лице даваоца услуге.

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

ИХ. ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 152.

Даном почетка примене овог правилника престаје да важи Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (пречишћен текст) („Службени гласник РС”, бр. 108/08, 112/08 – исправка, 11/09, 24/09, 56/09 и 80/09).

Члан 153.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику РС”, осим одредаба чл. 110–112, члана 113. тач. 2), 3) и 4) и чл. 115–151. које ступају на снагу 1. априла 2010. године, и одредбе члана 113. тачка 1) и члана 114. које ступају на снагу 1. маја 2010. године.

01/2 број 54-3674/09
У Београду, 11. децембра 2009. године
Управни одбор Републичког завода
за здравствено осигурање
Председник,
др Рајко Косановић, с.р.