PRAVILNIK O NAČINU I POSTUPKU OSTVARIVANJA PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

("Službeni glasnik RS", broj 10/10, 18/10 - ispravka, 46/2010, 52/10 - ispravka, 80/10, 60/11 - odluka US, 1/13, 108/17, 82/19 - dr. pravilnik, 31/21 - dr. pravilnik i 4/24 - dr. pravilnik)

OSNOV DONOŠENJA: član 141. stav 4, član 146. stav 4. i član 149. stav 3. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS”, br. 107/05 i 109/05 – ispravka)

DONOSILAC: Upravni odbor Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje

OVA VERZIJA PRAVILNIKA U PRIMENI JE OD 27. 01. 2024.

I OPŠTE ODREDBE

Član 1

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

Član 2

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

II UTVRĐIVANJE SVOJSTVA OSIGURANOG LICA

Član 3*

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

* Odredbe člana 3. st. 2. do 5. Pravilnika prestale su da važe na osnovu Odluke Ustavnog suda IUo broj 1640/2010 (16. avgusta 2011. godine).

Član 4

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

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

Član 5

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

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

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

Član 6

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

1. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 1) i 2), tač. 4)-7), tač. 9)-11), tač. 13) i 14), tačka 16) i tačka 24) Zakona, ugovor o radu, ili akt o zasnivanju radnog odnosa, odnosno drugi odgovarajući ugovor o obavljanju određenih poslova na osnovu kojih se ostvaruje naknada;
2. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 3) Zakona, akt o izboru, imenovanju ili postavljenju na funkciju za čije obavljanje ostvaruju zaradu, odnosno platu ili naknadu zarade;
3. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 8) Zakona, rešenje o neplaćenom odsustvu zbog nege deteta do tri godine života dok mu miruju prava i obaveze po osnovu rada u skladu sa propisima o radu;
4. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 12) Zakona, potvrdu od Nacionalne službe za zapošljavanje do donošenja rešenja, odnosno rešenje Nacionalne službe za zapošljavanje o utvrđivanju prava na novčanu naknadu po osnovu nezaposlenosti i ličnu izjavu osiguranika da će snositi troškove zdravstvene zaštite za slučaj da ne ostvari pravo na novčanu naknadu;
5. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 15) Zakona, otkaz ugovora o radu ili zaključenu radnu knjižicu, izveštaj o povredi na radu, izveštaj o profesionalnom oboljenju i izveštaj o privremenoj sprečenosti za rad;
6. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 17) Zakona, akt o upisu u registar nadležnog organa i akt o obavljanju poslovodstvenih ovlašćenja i poslova upravljanja;
7. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 18) i 19) Zakona, akt o registraciji samostalne delatnosti, odnosno akt o upisu u registar nadležnog organa, odnosno potvrdu odgovarajućeg udruženja;
8. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 20) Zakona, akt o izboru ili postavljenju sveštenika, odnosno verskog službenika;
9. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 21) Zakona, legitimaciju nosioca

poljoprivrednog gazdinstva izdatu od nadležnog organa, ili rešenje o utvrđivanju poreza na katastarski prihod, ili ugovor o davanju, odnosno uzimanju u zakup poljoprivrednog zemljišta, ili ugovor o ustupanju poljoprivrednog zemljišta, ili potvrdu o prijavi Fondu penzijskog i invalidskog osiguranja ili ličnu izjavu;

za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 22) Zakona rešenje o utvrđivanju prava na penziju, odnosno prava na novčanu naknadu prema propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju, odnosno do donošenja rešenja - potvrdu Fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje da je podnet zahtev za utvrđivanje prava na penziju, odnosno novčanu naknadu i ličnu izjavu osiguranika da će snositi troškove zdravstvene zaštite za slučaj da ne ostvari pravo na penziju, odnosno novčanu naknadu;

za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 23) Zakona, akt o utvrđivanju prava na penziju ili invalidninu inostranog nosioca osiguranja;

za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 25) Zakona, potvrdu, odnosno uverenje o školovanju ili stručnom usavršavanju.

Član 7

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

za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 1) Zakona - prijavu o prebivalištu, izvod iz matične knjige rođenih, a za decu od 15 do 26 godina života koja su na školovanju i potvrdu škole, odnosno visokoškolske ustanove da su na školovanju, a za decu i omladinu - skitnice iz prihvatnih stanica i prihvatilišta do 15 godina života - potvrdu ili drugu vrstu dokaza koji izdaje prihvatna stanica, odnosno prihvatilište sa utvrđenim identifikacionim podacima o tom licu;

za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 2) Zakona - prijavu o prebivalištu, potvrdu izabranog lekara - ginekologa o planiranju porodice, trudnoći i porođaju, a za materinstvo do 12 meseci nakon porođaja - izvod iz matične knjige rođenih za dete;

za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 3) Zakona - fotokopiju lične karte;

za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 4) Zakona - prijavu o prebivalištu, akt nadležnog organa (rešenje ili potvrda) o invaliditetu sa ocenom lekarske komisije o postojanju invaliditeta, odnosno nedovoljnoj mentalnoj razvijenosti, a za osiguranike kojima je rešenjem opštinskog organa uprave nadležnog za boračku i invalidsku zaštitu utvrđen invaliditet u skladu sa zakonom - prijavu o prebivalištu i rešenje nadležnog organa o invaliditetu;

za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 5) Zakona - prijavu o prebivalištu i mišljenje lekarske komisije da se osiguranik leči od navedenih oboljenja, odnosno da je pružena medicinska pomoć bila hitna, odnosno potvrdu zdravstvene ustanove da je lice davalac, odnosno primalac tkiva i organa;

za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 6) Zakona - potvrdu starešine manastira;

za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 7) Zakona - prijavu o prebivalištu i akt nadležnog organa (rešenje) kojim je priznato pravo na materijalno obezbeđenje po propisima o socijalnoj zaštiti, odnosno po propisima o zaštiti boraca, vojnih invalida i civilnih invalida rata;

za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 8) Zakona - prijavu o prebivalištu i akt nadležnog organa (rešenje) kojim je priznato pravo na stalnu novčanu pomoć kao i pomoć za smeštaj u ustanovu socijalne zaštite ili u drugu porodicu po propisima o socijalnoj zaštiti, a za decu bez roditeljskog staranja, za koju nadležni organ nije doneo akt (rešenje) o smeštaju u ustanovu socijalne zaštite ili u drugu porodicu - potvrdu ili drugu vrstu dokaza nadležnog organa sa utvrđenim identifikacionim podacima o detetu, do donošenja rešenja;

za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 9) Zakona - prijavu o prebivalištu, fotokopiju

radne knjižice, izjavu o članovima porodice i prihodima po članu porodice i dokaz da je mesečni iznos prihoda podnosioca prijave ispod cenzusa propisanog aktom iz člana 22. stav 2. Zakona;
10) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 10) Zakona - prijavu o prebivalištu i potvrdu o služenju vojnog roka hranioca porodice, odnosno potvrdu nadležnog organa da je član porodice korisnik pomoći;
11) za osiguranike iz člana 22. stav 1. tačka 11) Zakona - ličnu izjavu da je lice romske nacionalnosti i prijavu boravka, odnosno ličnu izjavu o mestu privremenog boravka;
12) za osiguranike iz člana 22. stav 4. Zakona - fotokopiju izbegličke legitimacije, odnosno fotokopiju legitimacije prognanog lica, izjavu o članovima porodice i prihodima po članu porodice i dokaz da je mesečni iznos prihoda podnosioca prijave ispod cenzusa propisanog aktom iz člana 22. stav 2. Zakona.

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

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

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

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

Član 8

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

Član 9

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

1) za supružnika - izvod iz matične knjige venčanih, a za razvedenog supružnika - sudsku odluku kojom je utvrđeno pravo na izdržavanje;
2) za vanbračnog supružnika - overenu izjavu vanbračnih partnera da postoji trajnija zajednica života između njih (dve i više godina), kao i da ne postoje zakonom propisane bračne smetnje, overenu izjavu dva svedoka da vanbračna zajednica traje duže od dve godine, datu pred nadležnim organom, overenu fotokopiju lične karte iz koje se može videti da je prijava prebivališta za oba vanbračna partnera na zajedničkoj adresi;
3) za dete rođeno u braku ili van braka - izvod iz matične knjige rođenih;
4) za usvojeno dete - odluku nadležnog organa o usvojenju;
5) za pastorka - izvod iz matične knjige rođenih za dete i izvod iz matične knjige venčanih

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

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

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

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

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

Član 10

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

1. za roditelje - izvod iz matične knjige rođenih za osiguranika preko kog treba da ostvare prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
2. za očuha, maćehu - izvod iz matične knjige rođenih za osiguranika preko kojeg treba da ostvare prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i izvod iz matične knjige venčanih za roditelja;
3. za usvojitelja - akt o usvojenju, odnosno izvod iz matične knjige rođenih;
4. za dedu i babu - izvod iz matične knjige rođenih za osiguranika preko kojeg treba da ostvare prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i izvod iz matične knjige rođenih roditelja osiguranika;
5. za unučad - izvode iz matičnih knjiga rođenih kao dokaze o srodstvu;
6. za braću i sestre - izvode iz matičnih knjiga rođenih kao dokaze o srodstvu i akt o izdržavanju u smislu propisa o porodičnoj zaštiti, nalaz organa veštačenja po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju.

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

Član 11

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

1. za lica iz člana 28. stav 1. tačka 1) - potvrdu škole, odnosno visokoškolske ustanove da je lice na obaveznom proizvodnom radu, profesionalnoj praksi ili praktičnoj nastavi;
2. za lica iz člana 28. stav 1. tačka 2) - ugovor o volonterskom radu;
3. za lica iz člana 28. stav 1. tačka 3) - ugovor o privremenim i povremenim poslovima preko omladinske, odnosno studentske zadruge;
4. za lica iz člana 28. stav 1. tačka 4) - potvrdu nadležne organizacije za zapošljavanje da je lice upućeno na dodatno obrazovanje i obuku;

za lica iz člana 25. stav 1. tačka 5) - potvrdu organizatora javnih radova da je lice učesnik organizovanih javnih radova;
za lica iz člana 26. stav 1. tačka 6) - potvrdu nadležnog organa da je lice učesnik u akciji spasavanja;
za lica iz člana 27. stav 1. tačka 7) - potvrdu vatrogasne službe da je lice angažovano u vatrogasnoj službi za gašenje požara ili je na obuci u vatrogasnoj službi;
za lica iz člana 28. stav 1. tačka 8) - potvrdu nadležnog organa da je lice na osposobljavanju i obučavanju za potrebe odbrane zemlje;
za lica iz člana 29. stav 1. tačka 9) - potvrdu organizatora javnog skupa da je lice angažovano na obezbeđivanju javnog skupa, kulturnih i sportskih događaja i drugih javnih okupljanja građana;
za lica iz člana 108. stav 1. tačka 10) - potvrdu nadležnog organa da lice koje je na izdržavanju kazne zatvora radi u privrednoj jedinici zavoda ili na drugom mestu rada.

Član 12

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

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

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

Član 13

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

1. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 1), 2), tač. 4)-7), tač. 9)-11), tačka 16) i tačka 24) Zakona, danom zasnivanja radnog odnosa;
2. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 3) Zakona, danom izbora, imenovanja ili postavljenja;
3. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 8) Zakona, danom početka korišćenja neplaćenog odsustva zbog nege deteta do tri godine života;
4. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 12) Zakona, danom utvrđivanja prava na novčanu naknadu po osnovu nezaposlenosti od Nacionalne službe za zapošljavanje;
5. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 13) i 14) Zakona, danom početka obavljanja privremenih i povremenih poslova, odnosno danom zaključenja ugovora;
6. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 15) Zakona, narednog dana od dana prestanka radnog odnosa;
7. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 17) Zakona, danom donošenja akta o upisu u registar nadležnog organa, odnosno danom donošenja akta o obavljanju poslovodstvenih ovlašćenja i poslova upravljanja;
8. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 18) i 19) Zakona, danom početka obavljanja samostalne delatnosti, odnosno upisa u odgovarajući registar, odnosno danom učlanjenja u odgovarajuće udruženje;
9. za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 20) Zakona, danom postavljenja sveštenika, odnosno verskog službenika;

10) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 21) Zakona, danom podnošenja prijave;
11) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tač. 22) i 23) Zakona, danom penzionisanja;
12) za osiguranike iz člana 17. stav 1. tačka 25) Zakona, danom početka školovanja, odnosno stručnog usavršavanja.

Na osnovu prijave i dokaza navedenih u članu 7. ovog pravilnika, svojstvo osiguranika iz člana 22. Zakona, stiče se danom podnošenja prijave.

Izuzetno od stava 2. ovog člana, svojstvo osiguranika iz člana 22. stav 1. tačka 5) Zakona u vezi sa pružanjem hitne medicinske pomoći, stiče se danom pružanja hitne medicinske pomoći.

Svojstvo člana porodica osiguranika iz st. 1. i 2. ovog člana, stiče se danom podnošenja prijave.

Član 14

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

Član 15

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

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

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

Član 16

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

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

III OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu

Član 17

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

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

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

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

1.1. Zdravstvena zaštita u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju zdravstvenu delatnost na primarnom nivou

Član 18

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

Izbor izabranog lekara

Član 19

Izabrani lekar u smislu člana 18. ovog pravilnika je:

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

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

Osigurano lice bira izabranog lekara, i to:

- osigurano lice ženskog pola starije od 15 godina života, pored izabranog lekara iz stava 1. tačka (1), odnosno tačke (2) ovog člana, ima i izabranog lekara doktora medicine specijalistu ginekologije;
- dete školskog uzrasta do završetka srednje škole, ima izabranog lekara iz stava 1. tačka (2) ovog člana, odnosno doktora medicine u službi za zdravstvenu zaštitu dece školskog uzrasta doma zdravlja;
- dete do navršenih 18 godina života, pored izabranog lekara iz stava 1. tačka (2) ovog člana, ima izabranog lekara doktora stomatologije;

- osigurano lice starije od 65 godina života, pored izabranog lekara iz stava 1. tačka (1), odnosno tačke (3) ovog člana, ima izabranog lekara doktora stomatologije;
- žena u vezi sa trudnoćom i 12 meseci posle porođaja; osigurano lice pre transplantacije bubrega, odnosno operacije na srcu; u preoperativnom i postoperativnom tretmanu malignih bolesti maksilofacijalnog predela; osigurano lice sa urođenim i stečenim težim deformitetom lica i vilice u okviru preoperativnog i postoperativnog tretmana; osigurano lice u okviru posttumorske rehabilitacije i rekonstrukcije, može da ima izabranog lekara doktora stomatologije;
- osigurano lice koje je u terminalnoj fazi bolesti, nepokretno, odnosno pokretno uz pomoć drugih lica, u zavisnosti od godina života, ima izabranog lekara iz stava 1. tač. (1) ili (2) ovog člana u službi kućnog lečenja, ako je služba kućnog lečenja organizovana u zdravstvenoj ustanovi koja obavlja zdravstvenu delatnost na primarnom nivou.

Lekar iz stava 1. ovog člana kao osigurano lice dužan je da izabere drugog lekara kao svog izabranog lekara u skladu sa Zakonom i ovim pravilnikom.

Osigurano lice bira izabranog lekara, po pravilu, u zdravstvenoj ustanovi na području matične filijale.

Član 20

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

Član 21

Izuzetno od člana 19. stav 5. ovog pravilnika:

1. osigurano lice smešteno u ustanovu socijalne zaštite bira izabranog lekara u ustanovi socijalne zaštite u kojoj je organizovano obavljanje zdravstvene delatnosti;
2. osigurano lice smešteno u ustanovu socijalne zaštite u kojoj ne može da se obezbedi izabrani lekar, bira izabranog lekara u domu zdravlja koji je najbliži ustanovi socijalne zaštite u kojoj je smešteno;
3. osigurana lica - studenti biraju izabranog lekara u domu zdravlja prema svom prebivalištu ili u mestu studiranja u zdravstvenoj ustanovi koja obavlja zdravstvenu delatnost zdravstvene zaštite studenata ako takva zdravstvena ustanova postoji u mestu studiranja, a ako takva zdravstvena ustanova ne postoji u mestu studiranja, izabranog lekara studenti biraju u domu zdravlja u mestu studiranja;
4. osigurana lica - učenici biraju izabranog lekara u službi za zdravstvenu zaštitu dece školskog uzrasta doma zdravlja prema svom prebivalištu ili u službi za zdravstvenu zaštitu dece školskog uzrasta doma zdravlja u mestu školovanja.
   Osigurana lica - učenici mogu da biraju izabranog lekara u lekarskoj ordinaciji u školi, ukoliko je takva ordinacija organizovana u okviru službe za zdravstvenu zaštitu dece školskog uzrasta doma zdravlja.
5. osigurana lica - deca za vreme privremenog boravka u hraniteljskoj porodici, biraju izabranog lekara u domu zdravlja prema prebivalištu hranitelja,
6. osigurana lica - članovi porodice i razvedeni supružnik, biraju izabranog lekara u domu zdravlja prema svom prebivalištu,
7. osigurana lica - članovi porodice izabranih, imenovanih ili postavljenih lica koja za obavljanje funkcije ostvaruju zaradu, odnosno platu ili naknadu zarade, biraju

izabranog lekara u domu zdravlja prema svom prebivalištu,
8. osigurana lica - članovi porodice lica koja obavljaju privremene i povremene poslove preko omladinske, odnosno studentske zadruge, biraju izabranog lekara u domu zdravlja prema svom prebivalištu,
9. osiguranici - zaposleni u Ministarstvu unutrašnjih poslova i Bezbednosno-informativnoj agenciji, za vreme dok privremeno rade van mesta svog prebivališta, biraju izabranog lekara u zdravstvenoj ustanovi u mestu gde rade,
10. osigurana lica - članovi porodice zaposlenih u Ministarstvu unutrašnjih poslova i Bezbednosno-informativnoj agenciji, biraju izabranog lekara u domu zdravlja prema svom prebivalištu.

Član 22

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

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

Član 23

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

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

Član 24

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

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

Član 25

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

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

Za osigurano lice koje nije u mogućnosti da popuni i potpiše izjavu u zdravstvenoj ustanovi, izjavu može da popuni i potpiše drugo lice koje osigurano lice pismeno ovlasti.

Član 26

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

osigurano lice.

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

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

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

Član 27

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

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

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

Zamena i promena izabranog lekara

Član 28

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

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

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

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

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

Član 29

Promenu izabranog lekara osigurano lice vrši popunjavanjem i potpisivanjem izjave.

Osigurano lice koje nije u mogućnosti da lično izvrši promenu izabranog lekara, to čini na

način i po postupku koji je predviđen za izbor izabranog lekara u članu 25. stav 3. ovog pravilnika.

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

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

Član 30

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

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

Član 31

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

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

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

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

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

Član 32

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

Član 33

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

Kod promene izabranog lekara, zdravstveni karton osiguranog lica dostavlja se

novoizabranom lekaru službenim putem.

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

Zdravstvena zaštita kod izabranog lekara

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

Član 34

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

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

Član 35

Izabrani lekar:

1. organizuje i sprovodi mere na očuvanju i unapređenju zdravlja osiguranih lica, otkrivanju i suzbijanju faktora rizika za nastanak bolesti, obavlja preventivne preglede, mere i postupke, uključujući i zdravstveno vaspitanje, koji su utvrđeni kao pravo iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
2. obavlja preglede i dijagnostiku;
3. određuje način i vrstu lečenja, prati tok lečenja i usklađuje mišljenje i predloge za nastavak lečenja osiguranog lica;
4. ukazuje hitnu medicinsku pomoć;
5. upućuje osigurano lice na ambulantno-specijalističke preglede ili u drugu odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga sa kojim je zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, prema medicinskim indikacijama, prati tok lečenja i usklađuje mišljenja i predloge za nastavak lečenja osiguranog lica i upućuje osigurano lice na sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite;
6. određuje vrstu i dužinu kućnog lečenja i prati sprovođenje kućnog lečenja;
7. propisuje lekove i medicinska sredstva, kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala;
8. sprovodi zdravstvenu zaštitu iz oblasti mentalnog zdravlja;
9. vodi propisanu medicinsku dokumentaciju o lečenju i zdravstvenom stanju osiguranog lica, u skladu sa Zakonom;
10. daje ocenu o zdravstvenom stanju osiguranog lica i upućuje osigurano lice na ocenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti, u skladu sa Zakonom;
11. utvrđuje dužinu privremene sprečenosti za rad zbog bolesti i povrede osiguranika do 30 dana sprečenosti za rad i predlaže prvostepenoj lekarskoj komisiji produženje privremene sprečenosti za rad, osim ako Zakonom nije drukčije određeno;
12. predlaže prvostepenoj lekarskoj komisiji da utvrdi potrebu za rad osiguranika sa skraćenim radnim vremenom u toku lečenja, u skladu sa Zakonom;
13. utvrđuje potrebu da osigurano lice ima pratioca za vreme putovanja;

14. utvrđuje potrebu odsustvovanja osiguranika sa posla radi nege člana uže porodice, u skladu sa članom 79. stav 1. Zakona;
15. daje mišljenje o tome da li je osiguranik namerno prouzrokovao nesposobnost za rad, odnosno da li je ozdravljenje namerno sprečio;
16. daje nalaz i mišljenje o zdravstvenom stanju osiguranog lica na osnovu čega se izdaje potvrda o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu;
17. određuje upotrebu i vrstu prevoznog sredstva za prevoz bolesnika, s obzirom na njegovo zdravstveno stanje;
18. vrši druge poslove u vezi sa ostvarivanjem prava iz zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ugovorom između Republičkog fonda, odnosno filijale i davaoca zdravstvenih usluga.

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

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

Član 36

(Brisan)

Član 37

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

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

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

Član 38

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

Lekar u privatnoj praksi

Član 38a

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

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

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

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

Član 38b

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

1. uputi osigurano lice, prema medicinskim indikacijama na ambulantno-specijalističke preglede u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, odnosno kod drugog pravnog subjekata sa kojima su Republički fond, odnosno filijala zaključili ugovor o pružanju zdravstvene zaštite, i na osnovu toka lečenja uskladi mišljenje i predloge za nastavak lečenja osiguranog lica, kao i da uputi osigurano lice u zdravstvenu ustanovu, odnosno kod drugog pravnog subjekta na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, sa kojim su Republički fond, odnosno filijala zaključili ugovor o pružanju zdravstvene zaštite;
2. uputi osigurano lice na stacionarno lečenje, odnosno na specijalizovanu rehabilitaciju, kada je to opravdano i medicinski neophodno u zdravstvene ustanove na području matične filijale, odnosno van područja matične filijale sa kojima je Republički fond zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite;
3. propiše lekove i medicinska sredstva kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala;
4. utvrdi dužinu privremene sprečenosti za rad zbog bolesti i povrede osiguranika do 30 dana sprečenosti za rad i predloži prvostepenoj lekarskoj komisiji produženje privremene sprečenosti za rad, osim ako zakonom nije drukčije određeno;
5. predloži prvostepenoj lekarskoj komisiji da utvrdi potrebu za rad osiguranika sa skraćenim radnim vremenom u toku lečenja;
6. utvrdi potrebu da osigurano lice ima pratioca za vreme putovanja;
7. utvrdi potrebu odsustvovanja osiguranika sa posla radi nege člana uže porodice u skladu sa članom 79. stav 1. zakona kojim se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje;

8) da mišljenje o tome da li je osiguranik namerno prouzrokovao nesposobnost za rad, odnosno da li je ozdravljenje namerno sprečio;
9) da mišljenje o zdravstvenom stanju osiguranog lica na osnovu čega se izdaje potvrda o zdravstvenom stanju osiguranog lica radi korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu;
10) odredi upotrebu i vrstu prevoznog sredstva za prevoz osiguranog lica radi ostvarivanja zdravstvene zaštite, s obzirom na njegovo zdravstveno stanje.

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

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

Član 38v

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

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

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

Član 38g

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

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

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

Član 38d

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

1.2. Specijalističko-konsultativna zdravstvena zaštita

Član 39

Specijalističko-konsultativnu zdravstvenu zaštitu osigurano lice ostvaruje u najbližoj zdravstvenoj ustanovi na području matične filijale sa uputom izabranog lekara.

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

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

Član 39a

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

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

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

Član 40

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

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

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

Član 41

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

javljanja i vraća izveštaj lekara specijaliste osiguranom licu.

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

Član 42

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

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

1.2a Promena pola iz medicinskih razloga

Član 42a

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

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

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

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

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

Član 42b

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

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

1.3. Zdravstvena zaštita u stacionarnim zdravstvenim ustanovama

Član 43

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

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

Izabrani lekar izdaje uput osiguranom licu koje se upućuje na dijalizu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu, samo kod prvog upućivanja na dijalizu. Uput za dijalizu važi dok osigurano lice ostvaruje zdravstvenu uslugu dijalize u istoj zdravstvenoj ustanovi.

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

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

Član 44

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

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

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

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

Član 44a

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

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

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

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

Član 44b

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

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

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

Član 45

Osigurano lice po završenom lečenju u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi dobija otpusnu listu koja sadrži i iscrpne nalaze, odgovarajuće savete, uputstvo izabranom lekaru o daljem lečenju.

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

1.4. Zdravstvena zaštita van područja matične filijale

Član 46

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

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

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

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

području matične filijale.

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

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

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

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

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

1.4a Zdravstvena zaštita van mesta prebivališta

Član 47

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

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

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

Član 47a

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

pogoršanja hronične bolesti osiguranog lica.

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

Član 47b

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

Član 47v

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

Član 48

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

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

1.5. Produžena rehabilitacija

Član 49

Osiguranim licima obezbeđuje se medicinska rehabilitacija u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi specijalizovanoj za rehabilitaciju (produžena rehabilitacija) u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuje produžena rehabilitacija.

1.6. Hitna medicinska pomoć

Član 50

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

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

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

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

Član 51

U slučaju potrebe da se osigurano lice kome je ukazana hitna medicinska pomoć, radi definitivnog medicinskog zbrinjavanja uputi u dugu zdravstvenu ustanovu, davalac koji je ukazao hitnu medicinsku pomoć dužan je da organizuje sanitetski prevoz sa medicinskim zbrinjavanjem i pratnjom odgovarajućeg zdravstvenog radnika u putu.

Član 52

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

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

1.6.a Prevoz sanitetskim vozilom

Član 52a

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

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

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

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

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

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

Član 53

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

lica.

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

Član 53a

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

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

Član 54

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

1.7. Kućno lečenje

Član 55

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

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

Kućno lečenje se sprovodi i kao nastavak stacionarnog lečenja.

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

Član 56

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

Član 56a

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

podatke o lečenju i pruženim zdravstvenim uslugama, izdaje naloge za medicinsko-tehnička pomagala i sl.

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

Član 56b

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

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

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

Čl. 57-61*

*Prestalo da važi danom stupanja na snagu Pravilnika o bližim uslovima i načinu ostvarivanja prava na dijalize koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (27. januara 2024. godine).

1.8.a Transplantacija organa i tkiva

Član 61a

Davalac organa ili tkiva ima pravo na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ako je dao organ ili tkivo za onu vrstu transplantacije koja se kao pravo obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja kao i u toku pripreme za transplantaciju i oporavka posle obavljene transplantacije.

Zdravstvenu zaštitu iz stava 1. ovog člana davalac organa ili tkiva, ostvaruje u zdravstvenoj ustanovi u ambulantno-polikliničkim ili stacionarnim uslovima, bez uputa izabranog lekara, u okviru zdravstvene zaštite osiguranog lica koje je primalac organa ili tkiva.

Davalac organa ili tkiva za potrebe transplantacije organa ili tkiva osiguranom licu, ostvaruje prava iz st. 1. i 2. ovog člana, bez obzira da li ima svojstvo osiguranog lica.

Član 61b

Troškovi zdravstvene zaštite davaoca organa ili tkiva iz člana 61a stav 1. ovog pravilnika posebno se iskazuju u okviru fakture za troškove zdravstvene zaštite primaoca organa ili tkiva.

Član 61v

Davalac organa ili tkiva ima pravo na troškove prevoza u vezi sa zdravstvenom zaštitom iz člana 61a ovog pravilnika, u okviru zdravstvene zaštite osiguranog lica koje je primalac organa ili tkiva, bez obzira da li ima svojstvo osiguranog lica.

1.9. Prevencija, pregledi i lečenje bolesti usta i zuba

Član 62

Prevenciju, preglede i lečenje bolesti usta i zuba osigurano lice ostvaruje neposredno kod izabranog lekara - doktora stomatologije (u daljem tekstu: doktor stomatologije) u zdravstvenoj ustanovi na području matične filijale.

Doktor stomatologije upućuje osigurano lice u zdravstvenu ustanovu na području, odnosno van područja matične filijale na način i po postupku utvrđenim čl. 39. i 46. ovog pravilnika.

Stomatološke nadoknade osigurano lice ostvaruje na način i po postupku propisanim opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuju medicinsko-tehnička pomagala.

1.10. Medicinsko-tehnička pomagala

Član 63

Osiguranim licima obezbeđuju se medicinsko-tehnička pomagala u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuju medicinsko-tehnička pomagala.

1.11. Lista čekanja i prethodno obaveštenje osiguranom licu

Član 64

Za određene vrste zdravstvenih usluga koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i koje nisu hitne, može se utvrditi redosled korišćenja, u zavisnosti od medicinskih indikacija i zdravstvenog stanja osiguranog lica, kao i datuma javljanja zdravstvenoj ustanovi, s tim da vreme čekanja ne može da bude takvo da ugrozi zdravlje ili život osiguranog lica (u daljem tekstu: lista čekanja).

Zdravstvena usluga za koju se u zdravstvenoj ustanovi utvrđuje lista čekanja, osiguranom licu se pruža na osnovu istog uputa izabranog lekara, odnosno ocene lekarske komisije filijale, na osnovu kojeg je osigurano lice stavljeno na listu čekanja, bez obzira na vreme pružanja zdravstvene usluge.

Lista čekanja utvrđuje se za:

1. pregled metodom kompjuterizovane tomografije (CT) i metodom magnetne rezonancije (MR);
2. dijagnostičku koronarografiju i/ili kateterizaciju srca;
3. revaskularizaciju miokarda;
4. ugradnju trajnog veštačkog vodiča srca (TVES) i kardioverter defibrilatora (ICD);
5. inplantaciju veštačkih valvula;
6. ugrađivanje graftova od veštačkog materijala i endovaskularnih graft proteza;

7. ugradnju endoproteza kuka i kolena;
8. instrumentalnu segmentalnu korekciju deformacija kičmenog stuba kod dece;
9. operaciju katarakte;
10. ugradnju intraokularnog sočiva.

Listu čekanja iz stava 3. ovog člana zdravstvena ustanova utvrđuje prema "Kliničkim kriterijumima i metodologiji za utvrđivanje liste i vremena čekanja za zdravstvene usluge u zdravstvenim ustanovama", iz akta koji je doneo ministar zdravlja za praćenje kvaliteta rada u zdravstvenoj ustanovi.

Ukoliko osigurano lice koristi zdravstvene usluge mimo liste čekanja, troškovi padaju na njegov teret i ne mogu se naknaditi iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 65

Ako zdravstvena ustanova sa kojom je Republički fond, odnosno matična filijala zaključila ugovor utvrdi da zdravstvena usluga nije medicinski neophodna, odnosno opravdana za zdravstveno stanje osiguranog lica, dužna je da o tome izda pismeno obaveštenje osiguranom licu pre pružanja zdravstvene zaštite (u daljem tekstu: prethodno obaveštenje).

Prethodno obaveštenje zdravstvena ustanova mora dati i osiguranom licu koje stavlja na listu čekanja.

Ako se osiguranom licu pored prethodnog obaveštenja iz stava 1. ovog člana, zdravstvena usluga pruža na lični zahtev osiguranog lica, troškovi zdravstvene usluge padaju na teret osiguranog lica.

1.12. Zakazivanje specijalističko-konsultativnih pregleda i korišćenje zdravstvene zaštite u privatnoj praksi i dopunskom radu u zdravstvenoj ustanovi

Član 66

Zdravstvena ustanova sa kojom je matična filijala zaključila ugovor, dužna je da zakaže specijalističko-konsultativni i dijagnostički pregled za koji nije propisano utvrđivanje liste čekanja u smislu člana 64. stav 3. ovog pravilnika, najkasnije u roku od 30 dana od dana javljanja osiguranog lica zdravstvenoj ustanovi sa lekarskim uputom ukoliko pregled nije hitan i ako se u zdravstvenoj ustanovi ne može obaviti odmah po javljanju osiguranog lica na pregled.

O zakazanim pregledima zdravstvena ustanova vodi knjigu zakazivanja sa ličnim podacima i terminom u kome osigurano lice treba da se javi na zakazani pregled.

Član 67

Zdravstvena ustanova koja obavlja zdravstvenu delatnost na primarnom nivou može da zakazuje, dijagnostičke preglede (laboratorijske analize, rendgen preglede, ultrazvučne preglede), medicinsku rehabilitaciju i specijalističko-konsultativne preglede.

Zdravstvena ustanova koja obavlja zdravstvenu delatnost na sekundarnom i tercijarnom nivou može da zakazuje specijalističko-konsultativne i dijagnostičke preglede.

Član 68

Osiguranom licu koje ne može da bude primljeno na zakazani pregled u roku iz člana 66. ovog pravilnika, zdravstvena ustanova je dužna da na lekarskom uputu upiše i pečatom overi datum zakazanog pregleda ili da mu izda pisanu potvrdu. Potvrda sadrži pismenu informaciju zdravstvene ustanove o razlozima zbog kojih osigurano lice nije primljeno na pregled, odnosno medicinsku rehabilitaciju.

Potvrdu iz stava 1. ovog člana potpisuje direktor zdravstvene ustanove, odnosno lice koje on ovlasti.

Zdravstvena ustanova vodi evidenciju o izdatim potvrdama iz stava 1. ovog člana.

Član 69

Osigurano lice kome je na lekarskom uputu upisan datum zakazanog pregleda, odnosno izdata potvrda u smislu člana 68. stav 1. ovog pravilnika, može da obavi potreban pregled ili medicinsku rehabilitaciju u privatnoj praksi ili u dopunskom radu u zdravstvenoj ustanovi sa kojom je zaključen ugovor.

Troškove pregleda iz stava 1. ovog člana snosi osigurano lice iz sopstvenih sredstava.

Posle obavljenog pregleda, odnosno medicinske rehabilitacije, osigurano lice ima pravo da podnese matičnoj filijali zahtev za refundaciju troškova za pružene zdravstvene usluge u privatnoj praksi, odnosno dopunskom radu u zdravstvenoj ustanovi. Zahtev se podnosi na "Obrascu REF-1".

Uz zahtev za refundaciju troškova iz stava 3. ovog člana, osigurano lice podnosi:

- uput za pregled u zdravstvenoj ustanovi sa evidentiranim datumom zakazivanja pregleda ili uput za pregled u zdravstvenoj ustanovi sa potvrdom iz člana 68. stav 1. ovog pravilnika;
- račun o plaćenom pregledu;
- medicinsku dokumentaciju (specijalistički nalaz i dr.);
- fotokopiju zdravstvene knjižice.

Ukoliko matična filijala u sprovedenom postupku utvrdi da je zahtev osnovan, izvršiće refundaciju troškova osiguranom licu u visini stvarnih troškova uz umanjenje za iznos participacije ako osigurano lice ima obavezu plaćanja participacije za pruženu uslugu.

Za iznos refundiranih troškova osiguranom licu iz stava 5. ovog člana, matična filijala umanjuje ugovorenu naknadu zdravstvenoj ustanovi koja je izdala potvrdu iz člana 68. stav 1. ovog pravilnika, na osnovu rešenja donetog u sprovedenom postupku.

1.13. Pravo na refundaciju troškova osiguranim licima - trudnicama

Član 70

Osigurano lice - trudnica ima pravo na refundaciju troškova za zdravstvenu uslugu, dijagnostiku, lek, odnosno medicinsko sredstvo u vezi sa trudnoćom koje je platila u zdravstvenoj ustanovi sa kojom je zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou, odnosno u privatnoj praksi zbog nemogućnosti da joj se u zdravstvenoj ustanovi sa kojom je zaključen ugovor o pružanju zdravstvene zaštite obezbedi zdravstvena usluga ili dijagnostika radi čijeg obavljanja je

upućena, odnosno lek ili medicinsko sredstvo koje joj je propisano.

Trudnica ima pravo na refundaciju troškova iz stava 1. ovog člana, za zdravstvene usluge, dijagnostiku, lek, odnosno medicinsko sredstvo ako joj nisu obezbeđeni u roku od tri dana od dana javljanja zdravstvenoj ustanovi, a spadaju u obim i sadržaj zdravstvene zaštite koji se obezbeđuje iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Za refundaciju troškova iz stava 1. ovog člana, trudnica podnosi zahtev matičnoj filijali uz koji prilaže medicinsku dokumentaciju, račun o plaćenim troškovima i fotokopiju zdravstvene knjižice.

Ako matična filijala u sprovedenom postupku utvrdi da je zahtev osnovan, izvršiće refundaciju troškova trudnici u visini stvarnih troškova.

1.14. Pravo na lekove i medicinska sredstva

Član 71

Pravo na lekove osiguranom licu obezbeđuje se u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuje Lista lekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Lista lekova).

Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguranom licu se obezbeđuje i lek koji nije na Listi lekova, a medicinski je neophodan za lečenje, pod uslovima utvrđenim opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuje sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu.

Član 72

Pravo na medicinska sredstva, osiguranom licu obezbeđuje se u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se utvrđuju vrsta i standard medicinskih sredstava koja se ugrađuju u organizam osiguranog lica (u daljem tekstu: implantati), kao i druge vrste neophodnih medicinskih sredstava.

Član 73

Osiguranom licu lek propisuje i lekarski recept izdaje izabrani lekar iz člana 19. ovog pravilnika.

Osiguranom licu lek propisuje i lekarski recept izdaje i lekar specijalista kada mu izabrani lekar prenese ovlašćenje u skladu sa članom 37. ovog pravilnika.

Lekar specijalista kod koga je izabrani lekar uputio osigurano lice radi ostvarivanja specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite, u izveštaju koji se dostavlja izabranom lekaru daje mišljenje i predlaže terapiju lekom.

Na osnovu izveštaja lekara specijaliste iz stava 3. ovog člana, osiguranom licu lekarski recept za predloženi lek izdaje izabrani lekar.

Lekari iz st. 1, 2. i 3. ovog člana mogu propisivati, odnosno predlagati propisivanje lekova samo iz svog delokruga rada.

Član 74

U toku stacionarnog lečenja osiguranom licu stacionarna zdravstvena ustanova dužna je da obezbedi sve neophodne lekove i medicinska sredstva.

Osiguranom licu na stacionarnom lečenju, lek koji je na Listi lekova propisuje lekar stacionarne zdravstvene ustanove, pri otpustu radi nastavljanja lečenja.

Posle završenog stacionarnog lečenja, prilikom otpusta, stacionarna zdravstvena ustanova dužna je da osiguranom licu obezbedi lekove u količini potrebnoj do prvog javljanja izabranom lekaru, a najduže za period od pet dana.

Član 75

Stacionarna zdravstvena ustanova obezbeđuje osiguranom licu lek koji nije na Listi lekova, pod uslovima propisanim opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuje sadržaj i obim zdravstvene zaštite i to za vreme:

1) stacionarnog lečenja;
2) lečenja u dnevnoj bolnici;
3) ambulantno-poliklinič kog lečenja.

Član 76

U ustanovama socijalne zaštite sa kojima Republički fond ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga, osiguranom licu smeštenom u ustanovu socijalne zaštite, lek propisuje i lekarski recept izdaje lekar ustanove socijalne zaštite, odnosno izabran lekar iz člana 21. ovog pravilnika.

Član 77

U drugim oblicima obavljanja zdravstvene delatnosti - privatna praksa, sa kojima Republički fond ima zaključen ugovor, osiguranom licu lek propisuje i lekarski recept izdaje lekar iz oblasti: opšte medicine, ginekologije, pedijatrije i stomatologije.

Član 78

Izuzetno, osiguranom licu se naknađuju troškovi nabavke leka sa Liste lekova u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuje sadržaj i obim prava na zdravstvenu zaštitu.

Član 79

Lekar je dužan da svaki propisani lek upiše u zdravstveni karton osiguranog lica i pri tome navede naziv leka, farmaceutski oblik leka, njegovu količinu, jačinu i način primene.

U slučajevima kada se zdravstvena zaštita ostvaruje van područja matične filijale i u slučaju pružanja hitne medicinske pomoći, podaci iz stava 1. ovog člana upisuju se u protokol bolesnika.

IV OSTVARIVANJE PRAVA NA NOVČANE NAKNADE

1. Ostvarivanje prava na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad

osiguranika

Član 80

O pravu na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad (u daljem tekstu: naknada zarade) rešava poslodavac, ako se naknada zarade isplaćuje na teret poslodavca, a matična filijala, ako se naknada isplaćuje na teret te filijale.

Naknada zarade isplaćuje se na osnovu podnetih dokaza, bez podnošenja zahteva.

Na zahtev osiguranika, isplatilac novčane naknade dužan je da mu izda rešenje.

Član 81

Isplata naknade zarade vrši se na osnovu:

1. izveštaja o privremenoj sprečenosti za rad (u daljem tekstu: doznaka) i ocene lekarske komisije;
2. potvrde o ostvarenoj zaradi za utvrđivanje osnova za obračun naknade zarade;
3. potvrde o kretanju (porastu-smanjenju) zarada kod poslodavca za prvo usklađivanje osnova za naknadu zarade zaposlenog;
4. potvrde o kretanju (porastu-smanjenju) zarada kod poslodavca za naredna usklađivanja osnova za naknadu zarade zaposlenog;
5. spiska obračunatih - isplaćenih naknada zarada;
6. dokaza da je dospeli doprinos plaćen i to:

- za zaposlene iz člana 17. stav 1. tač. 1-7. Zakona, izjave poslodavca da je dospeli doprinos plaćen, Poreske prijave o obračunatim i plaćenim doprinosima za obavezno socijalno osiguranje na zarade - obrazac PP OD i Poreske prijave o obračunatim i plaćenim doprinosima za obavezno socijalno osiguranje na naknade zarada na teret drugih isplatioca - obrazac PP OD-1;

- za preduzetnike iz člana 17. stav 1. tačka 18. Zakona, uverenja poreske uprave da je dospeli doprinos plaćen;

- za sveštenike iz člana 17. stav 1. tačka 20. Zakona, uverenja poreske uprave da je dospeli doprinos plaćen;

- za verske službenike iz člana 17. stav 1. tačka 20. Zakona - izjave poslodavca da je dospeli doprinos plaćen, Poreske prijave o obračunatim i plaćenim doprinosima za obavezno socijalno osiguranje na zarade - obrazac PP OD i Poreske prijave o obračunatim i plaćenim doprinosima za obavezno socijalno osiguranje na naknade zarada na teret drugih isplatioca - obrazac PP OD-1;

7. dokaza da je predata dokumentacija za utvrđivanje radne sposobnosti, odnosno invalidnosti po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;
8. dokaza za drugog roditelja u slučaju nege deteta, u skladu sa članom 80. Zakona;
9. dokaza o prethodnom stažu osiguranja.

Član 82

Doznaku izdaje izabrani lekar iz člana 19. ovog pravilnika.

Ukoliko doznaku izdaje osiguraniku izabrani lekar iz oblasti ginekologije, pedijatrije ili stomatologije, dužan je da o tome obavesti izabranog lekara iz oblasti opšte medicine, odnosno medicine rada, zbog povezivanja privremene sprečenosti za rad u skladu sa Zakonom.

Osiguraniku koji je privremeno sprečen za rad zbog nege člana porodice koji je vojni osiguranik, doznaku izdaje njegov izabrani lekar iz člana 19. stav 1. tačka (1), na osnovu doznake ili izveštaja vojnog lekara.

Član 83

Poslodavac koji isplaćuje naknadu zarade koja se obezbeđuje iz sredstava Republičkog fonda, dužan je da matičnoj filijali dostavi Spisak obračunatih - isplaćenih naknada zarada u dva primerka sa dokumentacijom iz člana 81. ovog pravilnika radi prethodne kontrole.

Matična filijala je dužna da izvrši kontrolu dokumentacije i obračuna, odnosno utvrdi pravo na naknadu i visinu naknade i najkasnije u roku od 30 dana od dana prijema obračuna od poslodavca izvrši prenos odgovarajućeg iznosa sredstava na poseban račun poslodavca.

Član 84

Matična filijala zadržava u svojoj evidenciji jedan primerak Spiska obračunatih - isplaćenih naknada zarada sa dokazima na osnovu kojih je izvršen obračun naknade zarade. Drugi primerak Spiska obračunatih - isplaćenih naknada zarada overava se potpisom ovlašćenog lica i pečatom filijale i vraća se poslodavcu.

Član 85

Preduzetnicima i zaposlenima kod preduzetnika, pod uslovom da preduzetnici nemaju poseban račun, kao i sveštenicima i verskim službenicima, naknadu zarade koja se obezbeđuje iz sredstava matične filijale, obračunava i isplaćuje matična filijala.

Član 86

Za osiguranike koji su zaposleni kod više poslodavaca, pravo na naknadu zarade utvrđuje matična filijala, na osnovu dokaza iz člana 81. ovog pravilnika.

Matičnoj filijali obračun podnosi poslodavac na osnovu čije prijave je utvrđeno svojstvo osiguranika, uz dostavljanje dokaza od svih poslodavaca.

Matična filijala je dužna da izvrši kontrolu dokumentacije i obračuna, odnosno utvrdi pravo na naknadu i visinu naknade i najkasnije u roku od 30 dana od dana prijema obračuna od poslodavca, izvrši prenos odgovarajućeg iznosa sredstava na posebni račun onog poslodavca koji je dostavio obračun.

2. Ostvarivanje prava na naknadu troškova prevoza

Član 87

O pravu na naknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite rešava matična filijala.

Naknada troškova prevoza isplaćuje se na osnovu podnetih dokaza.

Na zahtev osiguranog lica matična filijala dužna je da izda rešenje.

Član 88

Dokazi za isplatu naknade troškova prevoza iz člana 87. stav 2. ovog pravilnika jesu:

1) potvrda o potrebi putovanja overena datumom i pečatom zdravstvene ustanove i potpisom i faksimilom lekara;
2) prevozna karta ili dokaz o ceni prevoza (potvrda prevoznika ili cenovnik prevoznika).

Izuzetno od stava 1. ovog člana, u slučaju da potvrda o potrebi putovanja nije overena pečatom zdravstvene ustanove, potpisom i faksimilom lekara, dokazi za isplatu naknade troškova prevoza iz člana 87. stav 2. ovog pravilnika jesu:

1) potvrda o zakazivanju zdravstvene usluge i druga medicinska dokumentacija o pruženoj zdravstvenoj usluzi;
2) prevozna karta ili dokaz o ceni prevoza (potvrda prevoznika ili cenovnik prevoznika).

V KORIŠĆENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U INOSTRANSTVU

Član 89

Radi korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu u skladu sa Zakonom, matična filijala izdaje osiguranom licu potvrdu o korišćenju zdravstvene zaštite.

VI DODELJIVANJE, KORIŠĆENJE I KONTROLA JEDINSTVENOG IDENTIFIKACIONOG BROJA LEKARA

Član 90

Republički fond jedinstvenim identifikacionim brojem lekara (u daljem tekstu: ID broj) ovlašćuje lekara da osiguranim licima Republičkog fonda obezbedi ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim pravilnikom.

ID broj se dodeljuje izabranom lekaru koji je doktor medicine ili doktor medicine specijalista za oblast opšte medicine, odnosno specijalista medicine rada, doktor medicine specijalista pedijatrije, doktor medicine specijalista ginekologije i doktor stomatologije u zdravstvenoj ustanovi koja obavlja zdravstvenu delatnost na primarnom nivou i u ustanovi socijalne zaštite.

ID broj dodeljuje se lekaru u privatnoj praksi u domu zdravlja osnovanom sredstvima u privatnoj svojini, odnosno u određenom obliku privatne prakse sa kojima je Republički fond zaključio ugovor.

ID broj dodeljuje se lekaru u drugom obliku obavljanja zdravstvene službe - privatna praksa sa kojim je Republički fond zaključio ugovor o propisivanju lekova sa Liste lekova - Lista A i Lista A1.

ID broj dodeljuje se lekaru specijalisti kome je izabrani lekar preneo ovlašćenje u skladu sa Zakonom za propisivanje lekova na obrascu lekarskog recepta za TBC i HIV.

ID broj dodeljuje se lekaru specijalisti u zdravstvenoj ustanovi sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite samo za propisivanje lekova na Obrascu N1 i N2 u skladu sa ovim pravilnikom.

ID broj dodeljuje se lekaru specijalisti za propisivanje medicinsko-tehničkih pomagala u skladu sa opštim aktom Republičkog fonda kojim se uređuju medicinsko-tehnička pomagala.

Izuzetno, od st. 1 - 7. ovog člana direktor Republičkog fonda, u slučaju izraženog javnog interesa dodeljuje ID broj lekaru druge specijalnosti, o čemu se zaključuje poseban ugovor.

ID broj dodeljuje se lekaru iz st. 2, 5. i 6. ovog člana koji je ugovoreni radnik u toj zdravstvenoj ustanovi u smislu Pravilnika o uslovima, kriterijumima i merilima za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga i za utvrđivanje naknade za njihov rad.

Jedan lekar može imati jedan ID broj, koji se lekaru dodeljuje na neodređeno vreme, u skladu sa ovim pravilnikom.

ID broj se dodeljuje i lekaru koji zamenjuje izabranog lekara, ukoliko mu ranije nije dodeljen ID broj u smislu odredaba ovog pravilnika, radi privremenog korišćenja za vreme dok zamenjuje izabranog lekara.

1. Dodeljivanje ID broja

Član 91

Zahtev za dodelu i odjavu ID broja, i promenu podataka, podnosi se na obrascu "PRIJAVA/PROMENA/ODJAVA U EVIDENCIJI ID BROJEVA LEKARA" (u daljem tekstu: Obrazac ID broja).

Republički fond na osnovu Obrasca ID broja dodeljuje ID broj lekara, odnosno daje ovlašćenja lekaru iz člana 90. ovog pravilnika, vodi evidencije dodeljenih ID brojeva, privremeno ili trajno oduzima ovlašćenja za korišćenje ID broja i vrši odjavu ID broja.

Obrazac ID broja odštampan je uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni deo.

Član 92

Lekar podnosi Obrazac ID broja filijali Republičkog fonda na čijem području je sedište zdravstvene ustanove u kojoj je zaposlen. Obrazac ID broja se podnosi čitko popunjen u tri primerka, u originalu.

Ukoliko je Obrazac ID broja nepotpun, nejasan ili nečitak, Filijala vraća lekaru sva tri primerka na ispravku ili dopunu.

Uz Obrazac ID broja lekar dostavlja potpisan Ugovor o korišćenju jedinstvenog identifikacionog broja lekara (u daljem tekstu: ugovor) i drugu odgovarajuću dokumentaciju (zapisnik, izjava o gubitku pečata i dr.).

Član 93

Lekar koristi dodeljeni ID broj i za rad u više zdravstvenih ustanova.

U slučaju iz stava 1. ovog člana evidencija korišćenja ID broja sprovodi se podnošenjem Obrasca ID broja u skladu sa članom 91. ovog pravilnika za svaku zdravstvenu ustanovu u kojoj lekar radi.

Lekar ne može da koristi ID broj za rad u zdravstvenoj ustanovi koji nije u evidenciji ID brojeva lekara, u smislu stava 2. ovog člana.

2. Evidencija dodeljenih ID brojeva

Član 94

Republički fond vodi evidenciju dodeljenih ID brojeva, u elektronskoj formi, koja sadrži podatke iz Obrasca ID broja.

Direktor Republičkog fonda posebnim aktom bliže uređuje vođenje evidencije deljenih ID brojeva.

Član 95

Lekar kojem je dodeljen ID broj, dužan je da obavesti filijalu o svakoj promeni podataka sadržanih u evidenciji dodeljenih ID brojeva i o nastupanju razloga za odjavu ID broja, u roku od tri dana od dana nastale promene, odnosno razloga za odjavu, podnošenjem Obrasca ID broja.

3. Određivanje ID broja

Član 96

ID broj se sastoji od:

- rednog broja lekara (7 cifara) i
- kontrolnog broja po Lunovom algoritmu (1 cifra).

Za ID brojeve koji se dodeljuju po stupanju na snagu ovog pravilnika redni broj ID broja se određuje rastućim redosledom počev od broja 3100001.

4. Štambilj ID broja

Član 97

Štambilj ID broja je oblika elipse, dimenzija 47 x 18 mm, ispisan ćiriličnim pismom, u fontu *Times New Roman* i sadrži sledeće elemente:

1. prvi red: dr medicine ili dr stomatologije,
2. drugi red: ime i prezime,
3. specijalizacija i druge akademske titule,
4. treći red: tip i ID broj.

- I - doktor medicine ili doktor medicine specijalista za oblast opšte medicine, odnosno

specijalista medicine rada;
- II - doktor medicine specijalista pedijatrije;
- III - doktor medicine specijalista ginekologije;
- IV - doktor stomatologije;
- V - lekar specijalista na koga je izabrani lekar preneo ovlašćenja za propisivanje lekova na recept (za TBC i HIV);
- VI - lekar specijalista za propisivanje lekova na Obrascu N1 i N2;
- VII - lekar u privatnoj praksi;
- VIII - lekar specijalista za propisivanje medicinsko-tehničkih pomagala.

Član 98

Štambilj ID broja lekara, promenu teksta štambilja i zamenu oštećenog štambilja izrađuje po Zakonu ovlašćeni privredni subjekt, isključivo na osnovu originalnog primerka Obrasca ID broja, koji je overen pečatom Republičkog fonda.

Troškove izrade, kao i zamene ili popravke štambilja snosi davalac usluga.

5. Ugovor o korišćenju ID broja

Član 99

Ugovor o korišćenju ID broja zaključuju s jedne strane Republički fond i s druge strane, lekar i zdravstvena ustanova.

Ugovorom iz stava 1. ovog člana utvrđuju se prava i obaveze lekara i zdravstvene ustanove u vezi sa korišćenjem ID broja.

Član 100

Lekar je dužan da dodeljeni ID broj koristi isključivo na način propisan ovim pravilnikom i ugovorom iz člana 99. ovog pravilnika.

Izabrani lekar u zdravstvenoj ustanovi koji obavlja zdravstvenu delatnost na primarnom nivou i ustanovi socijalne zaštite koristi ID broj za propisivanje lekova na lekarski recept na obrascu lekarskog recepta i na obrascu naloga za davanje injekcija, za propisivanje medicinsko-tehničkih pomagala koja se obezbeđuju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i za ostvarivanje drugih prava osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, samo u okviru delokruga rada za koji mu je dodeljen ID broj.

Lekar u drugom obliku obavljanja zdravstvene službe - privatnoj praksi koristi ID broj samo za propisivanje lekova na recept, u skladu sa zaključenim ugovorom o propisivanju lekova utvrđenih Listom lekova - Lista A i Lista A1.

Lekar specijalista kome je izabrani lekar preneo ovlašćenja u skladu sa Zakonom, može da koristi ID broj samo za propisivanje lekova na obrascu lekarskog recepta za TBC i HIV.

Lekar u zdravstvenoj ustanovi sekundarnog i tercijarnog nivoa koristi ID broj samo za propisivanje lekova na Obrascu N1 i N2.

Lekar u privatnoj praksi koristi ID broj samo za ostvarivanje prava osiguranih lica iz zdravstvenog osiguranja iz člana 38b ovog pravilnika.

Lekar specijalista iz člana 90. stav 7. ovog pravilnika, koristi ID broj samo za propisivanje medicinsko-tehničkih pomagala.

Lekar iz člana 90. stav 6. ovog pravilnika koristi ID broj isključivo u skladu sa ugovorom.

6. Odjava ID broja

Član 101

ID broj se može odjaviti privremeno i trajno.

ID broj se privremeno se odjavljuje u slučaju:

1. da lekar privremeno odsustvuje sa rada u smislu propisa o radu (udaljenje sa rada u smislu propisa o radu, porodiljsko odsustvo, neplaćeno odsustvo, specijalizacija i stručno usavršavanje i dr.) ili mu miruju prava i obaveze iz radnog odnosa,
2. da dođe do promene u radnom odnosu lekara (promena radnog mesta, sticanje zvanja specijaliste, i dr.),
3. da je lekaru izrečena mera zabrane obavljanja delatnosti kao mera bezbednosti,
4. da je lekaru oduzeta licenca,
5. da lekaru prestane radni odnos u smislu propisa kojima se uređuje rad,
6. gubitka radne sposobnosti lekara u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju,
7. da se raskine ugovor o pružanju zdravstvene zaštite sa zdravstvenom ustanovom ili obavljanju poslova izabranog lekara sa lekarom,
8. da je lekaru izrečena kazna za prekršaj iz člana 244. Zakona,
9. da se u postupku kontrole izvršavanja ugovornih obaveza ili na drugi način utvrdi da je lekar koristio ID broj u suprotnosti sa odredbama ovog pravilnika i Ugovora iz člana 99. ovog pravilnika.

U slučajevima iz tač. 1)-7) odjava ID broja koja traje najkraće dok traje razlog za odjavu, a u slučajevima iz tač. 8) i 9) odjava ID broja traje tri meseca.

Član 102

ID broj se odjavljuje trajno u slučajevima:

1. gubitka ili krađe štambilja ID broja,
2. smrti lekara.

Član 103

Lekar je dužan da izvrši odjavu ID broja na Obrascu ID broja u slučajevima iz člana 101. stav 2. tač. 1)-6) i člana 102. tačka 1) ovog pravilnika. Danom odjave smatra se datum koji je lekar upisao u Obrascu ID broja. Lekar je dužan da dostavi izjavu o gubitku, odnosno krađi štambilja uz Obrazac ID broja.

Lekar je dužan da Republičkom fondu nadoknadi štetu koja nastane zbog neblagovremene odjave ID broja.

Član 104

Republički fond, odnosno filijala po službenoj dužnosti vrši odjavu ID broja u slučaju iz člana 101. stav 1. tač. 7)-9) ovog pravilnika.

Republički fond, odnosno filijala utvrđuje dan prestanka korišćenja ID broja i o tome dostavlja obaveštenje lekaru i zdravstvenoj ustanovi na Obrascu ID broja.

Izuzetno, u slučaju smrti lekara odjavu ID broja vrši zdravstvena ustanova u roku od tri dana.

Član 105

U slučaju privremene odjave ID broja iz člana 101. ovog pravilnika, zdravstvena ustanova se obavezuje da čuva štambilj.

Lekar i zdravstvena ustanova dužni su da Republičkom fondu naknade štetu koja nastane zbog neovlašćenog korišćenja ID broja u periodu za koji je ID broj odjavljen.

7. Uništavanje štambilja

Član 106

U slučaju smrti lekara zdravstvena ustanova je dužna da uništi štambilj ID broja i da dokaz o tome uz Obrazac ID broja dostavi filijali.

Dokaz o uništavanju štambilja je zapisnik u kome se obavezno navodi: naziv zdravstvene ustanove, ime i prezime lekara, JMBG lekara, LBO lekara, ID broj, razlog uništavanja. Zapisnik obavezno mora da sadrži i otisak štambilja koji je predmet uništavanja. Zapisnik mora biti overen potpisima tri člana komisije.

Član 107

Lekar koji u skladu sa odredbama ovog pravilnika zadržava pravo na korišćenje ID broja, dužan je da podnese zahtev filijali, na Obrascu ID broja u skladu sa članom 91. ovog pravilnika.

Lekar može da zadrži samo jedan ID broj, ako ispunjava uslove propisane ovim pravilnikom.

Zdravstvena ustanova je dužna da za svakog lekara pojedinačno koji ne ispunjava uslove za korišćenje ID broja po ovom pravilniku, podnese zahtev filijali za odjavu ID broja, na Obrascu ID broja.

Član 108

Filijala će izvršiti odjavu ID broja po službenoj dužnosti za sve lekare koji su uvedeni u Registar dodeljenih ID brojeva koji ne ispunjavaju uslove za dodelu ID broja u skladu sa ovim pravilnikom.

Filijala će o odjavi ID broja po službenoj dužnosti, obavestiti zdravstvenu ustanovu i lekara koji ne ispunjava uslove za korišćenje ID broja.

Na osnovu dobijenog obaveštenja, lekar je dužan da odmah dostavi štambilj ID broja zdravstvene ustanove, radi uništavanja. Zdravstvena ustanova je dužna da sprovede postupak uništavanja štambilja ID broja u skladu sa članom 106. ovog pravilnika i narednog

dana dostavi dokaz filijali uz Obrazac ID broja.

Lekar koji bude koristio ID broj po prijemu obaveštenja filijale, dužan je da Republičkom fondu nadoknadi štetu nastalu neovlašćenim korišćenjem ID broja.

VII OBRASCI ZA OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 109*

Obrasci za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja jesu:

1. Izjava o izboru i promeni izabranog lekara - Obrazac IL;

Tač. 2. -5.*

Lekarski recept - Obrazac LR-1;

7. Nalog za propisivanje i izdavanje lekova sa Liste lekova pod posebnim režimom izdavanja - Obrazac N-1;

8. Nalog za propisivanje i izdavanje lekova koji se ne nalaze na Listi lekova - Obrazac N-2;

9. Nalog za davanje injekcija - Obrazac OZ-5;

10.*

11. Potvrda o ostvarenoj zaradi za utvrđivanje osnova za obračun naknade zarade - Obrazac OZ-7;

12. Potvrda o kretanju (porastu-smanjenju) zarada kod poslodavca za prvo usklađivanje osnova za naknadu zarade - Obrazac OZ-8;

13. Potvrda o kretanju (porastu-smanjenju) zarada kod poslodavca za naredna usklađivanja osnova za naknadu zarade - Obrazac OZ-9;

14. Spisak obračunatih - isplaćenih naknada zarada - Obrazac OZ-10;

15. Potvrda o potrebi putovanja u cilju ostvarivanja zdravstvene zaštite - Obrazac OZ-11;

15a Potvrda o potrebi putovanja u cilju ostvarivanja zdravstvene zaštite - Obrazac OZ-11-LK;

16. Potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite u inostranstvu - Obrazac OZ-12;

17. Saglasnost matične filijale za nastavak lečenja osiguranog lica - Obrazac OZ-13;

18. Potvrda davaoca usluga o razlozima zbog kojih osigurano lice nije primljeno na pregled, odnosno medicinsku rehabilitaciju - Obrazac-PZ;

19. Zahtev za refundaciju troškova pruženih zdravstvenih usluga - Obrazac REF-1;

20. Izjava o članovima porodice i prihodima po članu porodice - Obrazac- CZ;

21. Prijava/promena/odjava u evidenciji ID brojeva lekara - Obrazac ID broja;

22. Ocene i mišljenja prvostepene i drugostepene lekarske komisije u vezi ostvarivanja prava osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja - Obrasci od OLK-1 do OLK-40;

22a Obrazac o ispunjenosti uslova za promenu pola - Obrazac TP;

23. Zdravstveni list - Obrazac INO-1;

24. Obaveštenje o bolničkom lečenju inostranog osiguranika - Obrazac INO-2;

25. Izjava - Obrazac INO-3.

Obrasci iz stava 1. ovog člana, odštampani su uz ovaj pravilnik i čine njegov sastavni deo.

* Prestali su da važe danom stupanja na snagu Pravilnika o obrascima u sistemu zdravstvene zaštite (8. aprila 2021. godine).

Član 110

Izjava o izboru i promeni izabranog lekara daje se na obrascu Izjave o izboru i promeni izabranog lekara - Obrazac IL.

Obrazac iz stava 1. ovog člana je list formata A4 (dimenzije 210 mm x 297 mm) štampan crnom bojom na hartiji bele boje.

Čl. 111 i 112*

* Prestali su da važe danom stupanja na snagu Pravilnika o obrascima u sistemu zdravstvene zaštite (8. aprila 2021. godine).

Član 113

Pravo na lekove ostvaruje se na osnovu obrazaca:

1. Lekarski recept - Obrazac LR-1 (u daljem tekstu: lekarski recept);
2. Nalog za propisivanje i izdavanje lekova sa Liste lekova pod posebnim režimom izdavanja - Obrazac N-1 (u daljem tekstu: nalog N-1);
3. Nalog za propisivanje i izdavanje lekova koji se ne nalaze na Listi lekova - Obrazac N-2 (u daljem tekstu: nalog N-2);
4. Nalog za davanje injekcija - Obrazac OZ-5.

Član 114

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

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

Izuzetno od stava 2. ovog člana, lekovi sa Liste lekova koji sadrže opojne droge ili psihotropne supstance za koje je propisan režim izdavanja leka na lekarski recept u dva

primerka, propisuju se na dva obrasca lekarskog recepta, tako da drugi obrazac lekarskog recepta sadrži oznaku "kopija" i redni broj iz knjige evidencije o izdatim receptima za navedene lekove.

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

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

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

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

Član 115

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

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

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

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

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

Član 116

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

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

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

aktom Republičkog fonda.

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

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

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

Član 117

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

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

Član 118

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

Na nalogu za davanje injekcija - Obrazac OZ-5 propisuju se ampulirani lekovi sa Liste lekova u zdravstvenoj ustanovi primarne zdravstvene zaštite.

Član 119

Pravo na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad osiguranik ostvaruje na osnovu obrasca Izveštaj o privremenoj sprečenosti za rad (doznaka) - Obrazac OZ-6.

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

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

Član 120

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

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

Član 121

Usklađivanje osnova za naknadu zarade vrši se na osnovu obrazaca:

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

usklađivanja osnova za naknadu zarade - Obrazac OZ-9.

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

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

Član 122

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

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

Član 123

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

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

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

Član 124

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

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

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

Član 125

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

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

Član 126

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

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

Član 127

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

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

Član 128

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

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

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

Član 129

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

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

Čl. 130-147*

* Prestali su da važe danom stupanja na snagu Pravilnika o organizaciji i radu lekarskih komisija (30. novembra 2019. godine).

Član 147a

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

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

VIII KORIŠĆENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE INOSTRANIH OSIGURANIKA I ČLANOVA NJIHOVIH

PORODICA

Član 148

Obrasci za korišćenje zdravstvene zaštite inostranih osiguranika jesu:

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

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

Član 149

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

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

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

Član 150

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

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

Član 151

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

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

IX PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 152

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

Član 153

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

OBRASCI:

Obrazac IL - Izjava o izboru i promeni izabranog lekara

Obrazac LR-1 - Lekarski recept

Obrazac N-1 - Nalog za propisivanje i izdavanje lekova sa Liste lekova pod posebnim režimom izdavanja

Obrazac N-2 - Nalog za propisivanje i izdavanje lekova koji se ne nalaze na Listi lekova

Obrazac OZ-5 - Nalog za davanje injekcija

Obrazac OZ-6 - Izveštaj o privremenoj sprečenosti za rad

Obrazac OZ-7 - Potvrda o ostvarenoj zaradi za utvrđivanje osnova za obračun naknade zarade

Obrazac OZ-8 - Potvrda o kretanju (porastu–smanjenju) zarada kod poslodavca za prvo usklađivanje snova za naknadu zarade

Obrazac OZ-9 - Potvrda o kretanju (porastu–smanjenju) zarada kod poslodavca za naredna usklađivanja osnova za naknadu zarade

Obrazac OZ-10 - Spisak obračunatih – isplaćenih naknada zarada

Obrazac OZ-11 - Potvrda o potrebi putovanja u cilju ostvarivanja zdravstvene zaštite

Obrazac OZ-11-LK - Potvrda o potrebi putovanja u cilju ostvarivanja zdravstvene zaštite

Obrazac OZ-12 - Potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite u inostranstvu

Obrazac OZ-13 - Saglasnost matične filijale za nastavak lečenja osiguranog lica

Obrazac-PZ - Potvrda davaoca usluga o razlozima zbog kojih osigurano lice nije primljeno na pregled, odnosno medicinsku rehabilitaciju

Obrazac REF-1 - Zahtev za refundaciju troškova pruženih zdravstvenih usluga

Obrazac-CZ - Izjava o članovima porodice i prihodima po članu porodice

Obrazac ID broja - Prijava/promena/odjava u evidenciji ID brojeva lekara

Obrazac TP - Obrazac o ispunjenosti uslova za promenu pola

Obrazac INO-1 - Zdravstveni list

Obrazac INO-2 - Obaveštenje o bolničkom lečenju inostranog osiguranika

Obrazac INO-3 - Izjava