

*"Službeni glasnik RS", br. 44/99, 37/2002, 62/2003, 1/2004, 43/2004*

Na osnovu čl. 64. i 100. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik RS", broj 18/92, 26/93, 53/93, 67/93, 48/94, 25/96 i 46/98), Upravni odbor Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje, na sednici od 29. juna 1999. godine, donosi

## **P R A V I L N I K**

### **O USLOVIMA I NAČINU OSTVARIVANJA PRAVA IZ ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

#### **I. OPŠTE ODREDBE**

##### **Član 1.**

Ovim pravilnikom uređuju se bliži uslovi i način korišćenja zdravstvene zaštite i ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja utvrđenih Zakonom o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Zakon) i opštim aktima, utvrđivanje svojstva osiguranika, izdavanje i overa zdravstvene knjižice ili isprave o svojstvu osiguranog lica, izbor zdravstvene ustanove i lekara i ostvarivanje prava na novčane naknade.

##### **Član 2.**

Osigurano lice ostvaruje zdravstvenu zaštitu u zdravstvenoj ustanovi i kod drugog nosioca zdravstvene službe koji imaju sedište na području filijale Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Zavod, odnosno filijala Zavoda), kao i van područja filijale Zavoda pod uslovima utvrđenim Zakonom i ovim pravilnikom.

##### **Član 3.**

Osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu na osnovu zdravstvene knjižice ili isprave o svojstvu osiguranog lica utvrđenog na osnovu podnete prijave, odnosno rešenja filijale Zavoda u skladu sa Zakonom.

#### **II. UTVRĐIVANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA, IZDAVANJE I OVERA ZDRAVSTVENE KNJIŽICE**

##### **Član 4.**

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje filijala Zavoda prema mestu rada, odnosno prebivališta, u skladu sa Zakonom.

Licu kome je priznato svojstvo osiguranog lica filijala Zavoda izdaje zdravstvenu knjižicu.

#### **Član 5.**

Zdravstvena knjižica koristi se isključivo uz ličnu kartu, osim za lica koja zbog godina starosti tu ispravu ne poseduju.

#### **Član 6.**

Zdravstvena knjižica osiguranika periodično se overava od strane preduzeća, ustanove, organizacije, poslodavca (u daljem tekstu: poslodavac) i filijale Zavoda.

#### **Član 7.**

Overu zdravstvenih knjižica za zaposlene radnike i članove njihovih porodica vrši poslodavac na rok od 6 meseci, odnosno na rok trajanja radnog odnosa ako je radni odnos zasnovan na određeno vreme.

Overu zdravstvenih knjižica za lica koja obavljaju povremene ili privremene poslove, kao i određene poslove van prostorija poslodavca i članove njihovih porodica, vrši poslodavac za vreme trajanja obavljanja poslova, ali ne na rok duži od 6 meseci.

Za državljane Republike Srbije zaposlene u inostranstvu, ako za to vreme nisu obavezno osigurani kod stranog nosioca osiguranja, ili ako prava iz zdravstvenog osiguranja po propisima te države, ne mogu ostvarivati i koristiti van njene teritorije, filijala Zavoda izdaje ispravu o korišćenju zdravstvene zaštite za vreme boravka u zemlji, a članovima njihovih porodica filijala Zavoda overava zdravstvene knjižice na rok od 3 meseca. Izdavanje potvrde i overa zdravstvenih knjižica vrši se uz dokaz da je dospeli doprinos plaćen.

Za nezaposlena lica i članove njihovih porodica dok primaju novčanu naknadu po propisima o pravima nezaposlenih lica, overu zdravstvene knjižice vrši Zavod za tržište rada na rok utvrđen za javljanje, odnosno evidentiranje radi zapošljavanja.

Za zaposlene, kao i članove njihovih porodica, za čijim je radom prestala potreba, dok ostvaruju novčanu naknadu po propisima o zapošljavanju, overu zdravstvenih knjižica vrši Zavod za tržište rada na rok utvrđen za javljanje, odnosno evidentiranje radi zapošljavanja.

Licu koje po prestanku radnog odnosa ostvaruje pravo na naknadu zarade zbog privremene sprečenosti za rad, zbog povrede na radu ili profesionalnog oboljenja, i članovima njegove porodice, overu zdravstvene knjižice vrši filijala Zavoda na rok od mesec dana, odnosno najduže na rok na koji je nadležni organ u postupku utvrdio dužinu trajanja privremene sprečenosti za rad.

Zdravstvene knjižice korisnika penzija, kao i korisnika prava na novčane naknade u vezi sa prekvalifikacijom ili dokvalifikacijom i zapošljavanjem, kao i članova njihovih porodica overava filijala Zavoda na rok od godinu dana.

Vlasnicima, odnosno osnivačima radnji, preduzeća i drugih oblika organizovanja, kao i licima koja obavljaju samostalnu delatnost i članovima njihovih porodica, zdravstvenu knjižicu overava filijala Zavoda na rok od 3 meseca, uz dokaz da je dospeli doprinos plaćen.

Zemljoradnicima zdravstvenu knjižicu overava filijala Zavoda na rok od 3 meseca, uz dokaz da je dospeli doprinos plaćen.

Sveštenicima i verskim službenicima, kao i članovima njihovih porodica zdravstvenu knjižicu overava filijala Zavoda na rok od 6 meseci uz dokaz da je dospeli doprinos plaćen.

Overu zdravstvene knjižice državljanima Republike Srbije i članovima njihovih porodica koji primaju penziju ili invalidninu od inostranog nosioca osiguranja, vrši filijala Zavoda na rok od 3 meseca uz dokaz da je dospeli doprinos plaćen.

#### **Član 8.**

Zdravstvene knjižice za decu osiguranika stariju od 15 godina, koja se nalaze na školovanju, overava poslodavac, odnosno filijala Zavoda na rok utvrđen za osiguranika od koga izvode pravo na zdravstveno osiguranje, ali najduže do kraja školske godine, uz dokaz da je osigurano lice na školovanju.

### **III. OSTVARIVANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE, IZBOR ZDRAVSTVENE USTANOVE I LEKARA**

#### **Član 9.**

U ostvarivanju zdravstvene zaštite osiguraniku se obezbeđuje pravo na izbor zdravstvene ustanove i lekara odnosno stomatologa (u daljem tekstu: izabrani lekar) u skladu sa Zakonom i ovim pravilnikom.

Pod zdravstvenom ustanovom iz stava 1. ovog člana podrazumeva se nosilac zdravstvene službe sa kojim je Zavod zaključio ugovor o pružanju zdravstvenih usluga.

#### **Član 9a**

Zdravstvena ustanova, ukoliko oceni da je potrebno, utvrđuje da osigurano lice ostvaruje zdravstvenu zaštitu po redosledu sa liste čekanja za:

- pregled metodom kompjuterizovane tomografije (CT) i metodom magnetne rezonancije (MR);
- dijagnostičku koronarografiju i/ili kateterizaciju srca;

- revaskularizaciju miokarda;
- ugradnju trajnog veštačkog srca (TVES) i kardioverter defibrilatora (ICD);
- implantaciju veštačkih valvula;
- ugrađivanje graftova od veštačkog materijala i endovaskularnih graft proteza;
- ugradnju endoproteza kuka i kolena;
- instrumentalnu segmentalnu korekciju deformacija kičmenog stuba kod dece.

Listu čekanja iz stava 1. ovog člana zdravstvena ustanova utvrđuje u zavisnosti od neophodnosti pružanja zdravstvene usluge osiguranom licu, a prema "Kliničkim kriterijumima i metodologiji za utvrđivanje liste i vremena čekanja za zdravstvene usluge u zdravstvenim ustanovama" iz objašnjenja za praćenje kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama koje je doneo ministar zdravlja Republike Srbije.

Ukoliko osigurano lice koristi zdravstvene usluge sa upotrebom ugradnog materijala mimo liste čekanja iz st. 1. i 2. ovog člana, troškovi materijala koji se ugrađuju u organizam padaju na teret osiguranog lica.

Ukoliko osigurano lice koristi zdravstvene usluge mimo liste čekanja iz st. 1. i 2. ovog člana, za koje nije korišćen ugradni materijal, troškovi padaju na teret osiguranog lica.

Troškovi koji padaju na teret osiguranog lica iz st. 3. i 4. ovog člana, ne mogu se naknaditi na teret sredstava Zavoda.

### **Tekst pre izmene**

#### **Član 9b**

**BRISAN - sa 1/04**

### **Tekst pre izmene**

## **1. Ostvarivanje osnovne zdravstvene zaštite u domu zdravlja**

#### **Član 10.**

Osiguranik ostvaruje osnovnu zdravstvenu zaštitu iz delatnosti doma zdravlja kod bilo kog nosioca zdravstvene službe na području filijale Zavoda osim u oblasti opšte medicine koju ostvaruje kod nosioca zdravstvene službe u mestu rada ili prebivališta.

#### **Član 11.**

Kod izabranog nosioca zdravstvene službe osiguranik ima pravo izbora lekara iz oblasti opšte medicine, ginekologije, pedijatrije, medicine rada i stomatologije kod kojih ostvaruje zdravstvenu zaštitu neposredno, bez uputa.

Osiguranik ima pravo izbora lekara iz oblasti navedenih u stavu 1. ovog člana, kod kojih zdravstvenu zaštitu ostvaruje bez uputa i u službama drugih zdravstvenih ustanova koje pružaju zdravstvenu zaštitu iz delatnosti doma zdravlja, kao i specijalizovanim dispanzerima i savetovalištim iz oblasti onkologije, mentalnog zdravlja i bolesti zavisnosti, primene i davanja kontraceptivnih sredstava, dijabetesa, kožno-veneričnih i plućnih bolesti.

### **Član 12.**

Osiguranici - radnici ostvaruju preventivne mere i aktivnosti za očuvanje i unapređivanje zdravlja, sprečavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti kao i sistematsku kontrolu zdravlja u zdravstvenoj ustanovi koja im obezbeđuje zdravstvenu zaštitu u oblasti medicine rada, a učenici i studenti u zdravstvenoj ustanovi koja obavlja delatnost u mestu njihovog školovanja.

### **Član 13.**

Izbor lekara iz čl. 10, 11. i 12. ovog pravilnika upisuje se u zdravstveni karton, odnosno zdravstvenu knjižicu.

### **Član 14.**

Izabrani lekar obavezan je da, pored preduzimanja preventivnih mera i akcija i lečenja osiguranika, prati preduzete mere i lečenje tog lica od strane drugih lekara, odnosno zdravstvenih ustanova.

### **Član 15.**

Osiguranik bira lekara početkom godine, na neodređeno vreme, a najmanje za kalendarsku godinu. Ako osiguranik bira lekara u toku godine, može da izabere lekara na neodređeno vreme ili samo do kraja tekuće godine.

Zamena izabranog lekara za vreme njegovog odsustva sa rada zbog godišnjeg odmora, bolesti, službenog puta i drugo, ne smatra se promenom izabranog lekara.

### **Član 16.**

Izabrani lekar može se promeniti i pre isteka roka iz člana 15. ovog pravilnika u slučaju:

- prestanka radnog odnosa lekara, odnosno stomatologa,

- promene mesta prebivališta osiguranika,
- drugih opravdanih razloga.

Opravdanost razloga iz stava 1. ovog člana ceni poslovodni organ zdravstvene ustanove.

Osiguranik, nezadovoljan odlukom organa iz stava 2. ovog člana, ima pravo prigovora prvostepenoj lekarskoj komisiji čiji je nalaz konačan.

### **Član 17.**

Osiguranik ima samo jedan karton iz iste oblasti zdravstvene zaštite iz člana 11. ovog pravilnika.

Pri promeni nosioca zdravstvene službe raniji nosilac zdravstvene službe obavezan je da novoizabranom zdravstvenom službi, odnosno lekaru dostavi zdravstveni karton osiguranika.

### **Član 18.**

Izabrani lekar je dužan da primi osiguranika i da, zavisno od potrebe, izvrši pregled, ukaže potrebne medicinske intervencije, pruži potrebne savete, propiše lek ili da osiguranika uputi na:

- laboratorijska, radiološka i druga ispitivanja,
- konsultativno-specijalistički pregled odgovarajućem doktoru specijalisti,
- bolničko lečenje u stacionarnu zdravstvenu ustanovu,
- kućno lečenje i zdravstvenu negu,
- komisijsku ocenu zdravstvenog stanja i radne sposobnosti zbog privremene sprečenosti za rad ili ocenu radne sposobnosti po propisima o penzijsko-invalidskom osiguranju, na način utvrđen posebnim uputstvom.

Uput iz stava 1. ovog člana, pored elemenata utvrđenih posebnim propisima, sadrži i evidencioni broj izabranog lekara, odnosno stomatologa iz datoteke zdravstvenih radnika.

### **Član 19.**

Osiguranik je dužan 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 zdravstvenom ustanovi u koju je upućen na konsultativno-specijalistički pregled, bolničko lečenje ili lekarskoj komisiji za ocenu zdravstvenog stanja i radne sposobnosti, ili ocenu radne sposobnosti po propisima o penzijsko-invalidskom osiguranju i u drugim slučajevima.

Osiguranik je dužan da odmah po završenom ispitivanju ili lečenju stavi na uvid ili preda svom izabranom lekaru nalaze laboratorijskog, radiološkog i drugih ispitivanja, otpusnu listu i drugu medicinsku dokumentaciju.

## **2. Ostvarivanje zdravstvene zaštite u poliklinikama stacionarnih i drugih zdravstvenih ustanova**

### ***Član 20.***

Specijalističko-polikliničku zdravstvenu zaštitu osiguranik ostvaruje u stacionarnim i specijalizovanim zdravstvenim ustanovama na području filijale Zavoda sa dokazom o svojstvu osiguranika i uputom izabranog lekara odgovarajuće oblasti zdravstvene zaštite, koji važi najduže 30 dana, odnosno do dana zakazivanja pregleda.

Izabrani lekar na uputu ili uz uput specijalisti obavezno dostavlja nalaze o zdravstvenom stanju osiguranika, prvenstveno rezultate radioloških, laboratorijskih i drugih ispitivanja obavljenih na nivou osnovne zdravstvene delatnosti, sa jasno postavljenim zahtevom za dalje ispitivanje i lečenje osiguranika, odnosno ocenu radne sposobnosti.

### ***Član 21.***

Osiguranik ima pravo izbora odgovarajućeg lekara - specijaliste u zdravstvenoj ustanovi u koju je upućen radi ostvarivanja specijalističko-polikliničke zdravstvene zaštite.

### ***Član 22.***

Izabrani lekar - specijalista obavezno dostavlja izabranom lekaru obrazložen nalaz, ocenu i mišljenje sa uputstvom o daljem lečenju osiguranika.

Izuzetno, lekar - specijalista može zakazati ponovni pregled radi dodatnog ispitivanja, odnosno provere efekata propisanog lečenja koje osiguranik ostvaruje sa istim uputom u zdravstvenoj ustanovi na području filijale Zavoda, koji važi najduže 30 dana.

### ***Član 23.***

Osiguranik je dužan da izabranog lekara koji je izdao uput, upozna sa izveštajem specijaliste. Ukoliko je specijalista radi lečenja i kontrole upisao u izveštaj datum ponovnog javljanja na pregled, izabrani lekar evidentira datum ponovnog javljanja i vraća izveštaj specijaliste osiguraniku.

Osiguraniku iz drugog mesta lekar specijalista upisuje u odgovarajuću ispravu, odnosno putni nalog, čas i datum javljanja i obavljanja pregleda, uz potpis sa faksimilom i pečatom zdravstvene ustanove.

#### **Član 24.**

Po obavljenom pregledu, odnosno lečenju osiguranik je dužan da se javi lekaru koji ga je uputio na takav pregled (lečenje) odmah, a najkasnije u roku od 48 časova.

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

### **3. Ostvarivanje zdravstvene zaštite u stacionarnim zdravstvenim ustanovama**

#### **Član 25.**

Osiguranik ostvaruje bolničko lečenje u odgovarajućoj stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi na području filijale Zavoda po uputu izabranog lekara koji važi najduže 30 dana, osim u hitnim slučajevima kada ovo lečenje ostvaruje i bez uputa.

#### **Član 26.**

Stacionarna zdravstvena ustanova u koju je osiguranik upućen na bolničko lečenje dužna je da pre prijema utvrdi da li postoje medicinske indikacije za takvo lečenje.

Ukoliko utvrdi da postoje medicinske indikacije za bolničko lečenje, stacionarna zdravstvena ustanova je dužna da osiguraniku obezbedi smeštaj i preduzme lečenje.

Ukoliko stacionarna zdravstvena ustanova utvrdi da postoje medicinske indikacije za bolničko lečenje, dužna je da osiguraniku obezbedi odmah smeštaj i lečenje kada je u pitanju hitan slučaj, a u ostalim slučajevima da zakaže prijem na lečenje.

Ako stacionarna zdravstvena ustanova utvrdi da bolničko lečenje nije neophodno, dužna je da o tome obavesti osiguranika i izabranog lekara, uz obrazložen predlog za dalje lečenje.

#### **Član 27.**

Stacionarna zdravstvena ustanova dužna je da po završenom lečenju, pri otpustu osiguranika pored iscrpnog nalaza, osiguraniku da odgovarajući savet, a izabranom lekaru uputstvo o daljem lečenju i po potrebi, odredi način prevoza i pratioca.

### **4. Ostvarivanje zdravstvene zaštite van područja filijale Zavoda**

#### **Član 28.**



Osiguranik koji ima prebivalište van područja filijale Zavoda koja mu je priznala svojstvo osiguranika (matična filijala Zavoda) može ostvarivati zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama na području matične filijale ili u zdravstvenim ustanovama na području filijale Zavoda gde ima prebivalište.

Osiguraniku se obezbeđuje zdravstvena zaštita u zdravstvenim ustanovama na području filijale Zavoda gde privremeno boravi radi školovanja, studiranja, stručnog usavršavanja, izvođenja privremenih radova, (privremena gradilišta).

U slučajevima kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu van područja matične filijale, tu zdravstvenu zaštitu ostvaruje na način i pod uslovima koji se primenjuju na osiguranike filijale Zavoda na čijem se području nalazi zdravstvena ustanova koja pruža zdravstvenu zaštitu.

### **Član 29.**

Kada izabrani lekar oceni da se osiguraniku ne može obezbediti odgovarajuća zdravstvena zaštita u zdravstvenim ustanovama na području filijale Zavoda, dužan je da osiguraniku izda uput za najbližu odgovarajuću zdravstvenu ustanovu koja može da pruži potrebnu zdravstvenu zaštitu.

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

### **Član 30.**

Ukoliko izabrani lekar ne izda uput za lečenje van područja filijale Zavoda, a osiguranik zahteva da mu se izda uput za takvo lečenje, izabrani lekar izdaje uput sa oznakom "na lični zahtev".

U slučaju iz stava 1. ovog člana, kao i u slučaju kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu bez uputa, a naknadno se, po zahtevu osiguranika oceni od strane lekarske komisije da je pružena zdravstvena zaštita bila medicinski opravdana ali se mogla obezbediti u zdravstvenim ustanovama na području matične filijale, matična filijala snosi troškove te zdravstvene zaštite, ako je bila neophodna i ako osigurano lice na nju ima pravo u okviru osiguranja, u visini troškova te zdravstvene zaštite kod nosioca zdravstvene službe na području matične filijale, bez prava na putne troškove.

Ukoliko lekarska komisija po zahtevu osiguranika u slučaju korišćenja zdravstvene zaštite iz st. 1. i 2. ovog člana oceni da se takva zdravstvena zaštita nije mogla obezbediti osiguraniku na području matične filijale, matična filijala će snositi troškove te zdravstvene zaštite i naknadu za putne troškove, u celosti.

## **5. Lečenje u stacionarnim zdravstvenim ustanovama za specijalizovanu rehabilitaciju**

### **Član 31.**

Osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu u stacionarnim zdravstvenim ustanovama za specijalizovanu rehabilitaciju u skladu sa Zakonom, opštim aktima Republičkog zavoda i ovim pravilnikom.

### **Član 32.**

Osiguranik ostvaruje specijalizovanu rehabilitaciju na osnovu predloga izabranog lekara i mišljenja specijaliste odgovarajuće specijalnosti.

Obrazloženi predlog iz stava 1. ovog člana sa potpunom medicinskom dokumentacijom, u skladu sa opštim aktom Republičkog zavoda o bližim medicinskim kriterijumima za upućivanje osiguranika u stacionarne zdravstvene ustanove za specijalizovanu rehabilitaciju, izabrani lekar dostavlja neposredno lekarskoj komisiji.

### **Član 33.**

Osiguranik koji se nalazi na bolničkom lečenju ostvaruje pravo na specijalizovanu rehabilitaciju, na predlog konzilijuma te zdravstvene ustanove, kao produženo lečenje.

Zdravstvena ustanova iz stava 1. ovog člana dostavlja predlog lekarskoj komisiji matične filijale pre isteka dve trećine vremena lečenja osiguranika, o čemu lekarska komisija daje ocenu po hitnom postupku.

### **Član 34.**

Lekarska komisija ocenjuje potrebu upućivanja osiguranika na specijalizovanu rehabilitaciju, dužinu njenog trajanja, neophodnost pratioca u putu i način prevoza.

Ovu ocenu lekarska komisija daje na osnovu pregleda osiguranika i medicinske dokumentacije, a izuzetno samo na osnovu medicinske dokumentacije.

Ocena lekarske komisije sa obrazloženjem dostavlja se osiguraniku, stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi za specijalizovanu rehabilitaciju, odnosno stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj se leči osiguranik kada se radi o nastavku bolničkog lečenja.

Protiv ocene lekarske komisije osiguranik može izjaviti prigovor drugostepenoj lekarskoj komisiji u roku od 3 dana.

### **Član 35.**

Osiguranik ostvaruje specijalizovanu rehabilitaciju po pozivu stacionarne zdravstvene ustanove za specijalizovanu rehabilitaciju koja je dužna da osiguranika pozove odmah, a najkasnije u roku od tri meseca po prijemu uputa, vodeći računa da

prioritet imaju osiguranici upućeni na specijalizovanu rehabilitaciju u toku trajanja bolničkog lečenja.

#### **Član 36.**

Osiguranik je dužan da stupi na specijalizovanu rehabilitaciju u roku naznačenom u pozivu upućenom od strane stacionarne zdravstvene ustanove za specijalizovanu rehabilitaciju.

Ako je osiguranik iz opravdanog razloga (bolest, smrtni slučaj u porodici i dr.) sprečen da stupi određenog dana na rehabilitaciju, dužan je da o tome obavesti stacionarnu zdravstvenu ustanovu koja ga je pozvala na rehabilitaciju.

#### **Član 37.**

U slučaju da osiguranik zbog akutnog oboljenja ili drugog opravdanog medicinskog razloga po mišljenju nadležnog lekara stacionarne zdravstvene ustanove za specijalizovanu rehabilitaciju bude prinuđen da prekine rehabilitaciju, može u sporazumu sa tom zdravstvenom ustanovom da nastavi započetu rehabilitaciju, ukoliko nisu nastupile kontraindikacije, a najkasnije u roku od tri meseca od dana prekida rehabilitacije.

#### **Član 38.**

Ukoliko osiguranik ostvari specijalizovanu rehabilitaciju bez prethodne saglasnosti lekarske komisije, filijala Zavoda ne snosi troškove takve rehabilitacije.

## **IV. KORIŠĆENJE OSTALIH VIDOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

### **1. Hitna medicinska pomoć**

#### **Član 39.**

Hitna medicinska pomoć pruža se u svakoj zdravstvenoj ustanovi kao i van zdravstvene ustanove sa ili bez uputa izabranog lekara i u slučaju kad osiguranik nije u mogućnosti da podnese dokaz o svojstvu osiguranika.

Hitnu medicinsku pomoć pruža osiguranicima najbliža zdravstvena ustanova, odnosno nosilac zdravstvene službe, bez obzira da li je zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga.

#### **Član 40.**

Zdravstvena ustanova, odnosno nosilac zdravstvene službe dužan je da obezbedi i pruži hitnu medicinsku pomoć.

U slučaju potrebe, da se osiguranik kome je ukazana hitna medicinska pomoć, radi definitivnog medicinskog zbrinjavanja uputi u drugu zdravstvenu ustanovu, ustanova koja je ukazala hitnu medicinsku pomoć dužna je da organizuje odgovarajući prevoz i medicinsku pomoć do zdravstvene ustanove u koju se osiguranik upućuje.

Hitnu medicinsku pomoć u stanu osiguranika obezbeđuje dom zdravlja ili druga najbliža zdravstvena ustanova koja ima organizovanu službu hitne medicinske pomoći.

#### **Član 41.**

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, osiguranik može da upotrebi drugo prevozno sredstvo do najbliže zdravstvene ustanove.

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

#### **Član 42.**

U slučaju neopravdanog zahteva za ukazivanje hitne medicinske pomoći, troškove pregleda i prevoza sanitetskim vozilom snosi osiguranik.

Opravdanost pozivanja službe hitne medicinske pomoći ceni lekar, u slučaju spora lekarska komisija.

Kola hitne medicinske pomoći (sanitetski prevoz) koriste se i kad se ne radi o hitnim slučajevima, a oboleli, odnosno povređeni zbog ograničene pokretljivosti ili nepokretnosti ne može da koristi javni saobraćaj u postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite.

## **2. Kućno lečenje**

#### **Član 43.**

Kućno lečenje ostvaruje se u slučajevima kada oboleli ili povređeni zbog stanja u kome se nalazi ne može da koristi ambulantne usluge (nepokretan, ograničeno pokretan, febrilan i dr.), a smeštaj u bolnicu nije neophodan.

Kućno lečenje se sprovodi i kao nastavak bolničkog lečenja.

#### **Član 44.**

Kućno lečenje sprovodi dom zdravlja ili druga odgovarajuća zdravstvena ustanova, odnosno nosilac zdravstvene službe.

#### **Član 45.**

Potrebu za kućnim lečenjem i medicinskom negom, na predlog izabranog lekara, ceni stručni konzilijum izabrane zdravstvene ustanove ili lekarska komisija filijale Zavoda uzimajući u obzir medicinske i druge uslove i mogućnosti sprovođenja ovog lečenja, kao i postojanje indikacija za ovo lečenje.

Zdravstvena ustanova iz člana 44. ovog pravilnika dužna je da organizuje sprovođenje kućnog lečenja i zdravstvenu negu i da se stara da ovaj vid zdravstvene zaštite bude racionalan, efikasan i u obimu neophodnom za poboljšanje zdravstvenog stanja osiguranika.

### **3. Ostvarivanje stomatološke zdravstvene zaštite**

#### **Član 46.**

Osiguranik ostvaruje stomatološku zdravstvenu zaštitu neposredno kod izabranog stomatologa u zdravstvenim ustanovama na području filijale Zavoda, a zubnotehničke i zubnoproteničke radove i uz prethodnu overu naloga od strane filijale Zavoda.

Za vreme privremenog boravka van područja filijale Zavoda, odnosno van mesta prebivališta, osiguranik može ostvariti stomatološku zdravstvenu zaštitu samo ako se radi o nezi i lečenju bolesti usta i zuba u hitnim medicinskim slučajevima.

Osiguranik može ostvariti zubno-tehničke, odnosno zubnoproteničke radove i u zdravstvenoj ustanovi van područja filijale Zavoda samo uz prethodnu overu naloga od strane filijale Zavoda.

U slučaju iz stava 3. ovog člana matična filijala Zavoda snosi troškove zubno-tehničke pomoći i zubno-proteničkih sredstava do visine troškova te zdravstvene zaštite na području matične filijale, bez naknade troškova prevoza.

#### **Član 47.**

Osiguranici sa prebivalištem van područja filijale Zavoda koriste stomatološku zdravstvenu zaštitu i kod najbliže zdravstvene ustanove prema mestu prebivališta s tim što je za zubno-tehničku pomoć i zubno-protenička sredstva potrebna prethodna overa naloga od strane filijale Zavoda.

Odredbe iz člana 1. ovog člana odnose se i na osiguranike koji se nalaze na dužem lečenju u stacionarnoj ili specijalizovanoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno koji su smešteni u ustanovu socijalne zaštite van područja filijale Zavoda, a zbog prirode

oboljenja neophodno je da im se ukaže odgovarajuća medicinska pomoć stomatologa, odnosno da im se izradi zubno-protetičko sredstvo.

#### **Član 48.**

Osiguranik ostvaruje pravo na zubno-tehničku pomoć i zubno-protetička sredstva u skladu sa opštim aktom Zavoda.

#### **Član 49.**

Osiguranik može zahtevati da se zubno-protetička sredstva umesto od standardnog materijala izrade od drugog materijala, s tim da snosi razliku u ceni materijala.

Ukoliko je potrebno da se izradi zubno-protetičko sredstvo ili reparatura već urađenog sredstva pre isteka propisanog roka usled toga što je sredstvo urađeno od lošeg materijala ili nestručno, izrada novog ili reparatura zubno-protetičkog sredstva pada na teret zdravstvene ustanove, što utvrđuje lekarska komisija, a po prigovoru drugostepena lekarska komisija.

Ukoliko je do oštećenja zubno-protetičkih sredstava došlo krivicom osiguranika pre propisanog roka, troškove reparature oštećenog ili izrada novog zubno-protetičkog sredstva snosi osiguranik, što utvrđuje lekarska komisija, a po prigovoru drugostepena lekarska komisija.

### **4. Ostvarivanje prava na ortotička i protetička sredstva**

#### **Član 50.**

Osiguraniku se obezbeđuju proteze, ortopedska i druga pomagala, pomoćne i sanitarne sprave, stomato-protetska pomoć i stomatološki materijal, na teret sredstava obaveznog osiguranja u skladu sa propisanim uslovima i načinom kod organizacije sa kojom Zavod ima ugovor o izradi i isporuci ovih sredstava.

Izuzetno, osiguranik može, uz prethodno odobrenje filijale Zavoda, da nabavi protetičko ili ortotičko sredstvo kod drugih radnih organizacija mimo odredbi stava 1. ovog člana, s tim što filijala Zavoda ne snosi putne troškove.

Ukoliko osiguranik nabavi protetičko ili ortotičko sredstvo mimo odredbe stava 1. ovog člana, filijala Zavoda priznaje troškove nabavke ortotičkih ili protetičkih sredstava u visini utvrđenoj za područje matične filijale.

#### **Član 51.**

Osiguranik ostvaruje pravo na protetička i ortotička sredstva u skladu sa opštim aktom Zavoda.

### **Član 52.**

Ako osiguranik zahteva da mu se protetičko i ortotičko sredstvo izradi od drugog, a ne od standardnog materijala, snosi razliku u ceni materijala.

## **5. Ostvarivanje farmaceutske zdravstvene zaštite**

### **Član 53.**

Pravo na medicinski materijal, medicinska sredstva i lekove sa Liste lekova koji se mogu propisivati na recept i izdavati na teret sredstava zdravstvenog osiguranja, osiguranik ostvaruje na osnovu propisanog obrasca, recepta izdatog od strane nadležnog lekara nosioca zdravstvene službe.

### **Član 54.**

Lek propisuje i recept izdaje osiguraniku izabrani lekar iz člana 11. ovog pravilnika.

Lek propisuje i recept izdaje osiguraniku i lekar specijalista kod koga je upućen osiguranik kad prema utvrđenom zdravstvenom stanju osiguranika oceni da se uzimanje propisanog leka ne može odlagati.

Lekari iz st. 1. i 2. ovog člana mogu propisivati lekove samo iz svog delokruga rada.

Osiguraniku koji je bio na bolničkom lečenju, pri otpustu, lek propisuje lekar stacionarne, odnosno specijalizovane zdravstvene ustanove, radi neposrednog nastavljanja lečenja.

### **Član 55.**

U slučaju kada apoteka ne raspolaže propisanim lekom ovlašćeni zdravstveni radnik te apoteke dužan je da osiguranika obavesti o mogućnosti nabavke leka u drugoj apoteci.

Ukoliko je poznato da se ne raspolaže propisanim lekom, ovlašćeni zdravstveni radnik apoteke ponudiće osiguraniku drugi odgovarajući lek istog hemijskog sastava sa Liste lekova.

Izuzetno, osiguraniku se obezbeđuje lek koji nije na Listi lekova na osnovu mišljenja stručnog konzilijuma referentne zdravstvene ustanove da je propisani lek neophodan i da ne postoji odgovarajući lek sa Liste lekova, kao i ocene lekarske komisije.

### **Član 56.**

Izuzetno, osiguraniku se naknađuju troškovi nabavke leka u skladu sa Odlukom o sadržini i obimu zdravstvene zaštite na osnovu ocene lekarske komisije.

### **Član 57.**

Lek sa Liste lekova propisuje se osiguraniku u količini koja je utvrđena Odlukom o sadržini i obimu zdravstvene zaštite.

Kada se lek propisuje u količini većoj od jednog pakovanja tog leka, radi duže upotrebe, izabrani lekar, odnosno lekar specijalista dužan je da na recept stavi oznaku "necesse est".

### **Član 58.**

Lekar je dužan da svaki propisani lek upiše u zdravstveni karton osiguranika i pri tome navede naziv leka, farmaceutski oblik leka, njegovu količinu, jačinu, uputstvo za upotrebu i datum izdavanja recepta.

U slučajevima kada otvaranje zdravstvenog kartona nije obavezno, podaci iz stava 1. ovog člana upisuju se u protokol bolesnika.

### **Član 59.**

Farmaceut po pravilu lek izdaje u originalnom pakovanju.

Ako je na receptu propisana manja količina leka od najmanjeg fabričkog pakovanja, kutija sa lekom se otvara i osiguraniku izdaje lek u opremi koja obezbeđuje da ne dođe do promene specifičnih osobina leka i na istoj se označi količina izdatog leka, način upotrebe, doza, rok i posebna upozorenja o eventualnim nepoželjnim dejstvima leka.

## **VI. OSTVARIVANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U INOSTRANSTVU**

### **Član 60.**

Zdravstvena zaštita u zemljama sa kojima je zaključen međunarodni sporazum o socijalnom osiguranju, koristi se na način i u obimu propisanim tim sporazumom, a posredstvom inostranog nosioca osiguranja u mestu boravka osiguranog lica.

U zemljama sa kojima nije zaključen sporazum o socijalnom osiguranju, odnosno sporazumom nije regulisano pitanje zdravstvene zaštite, ista se koristi na način i u obimu propisanim Zakonom i opštim aktima Zavoda.

**Tekst pre izmene**



### **Član 61.**

Pravo na zdravstvenu zaštitu u inostranstvu imaju osigurana lica ako je pre njihovog odlaska u inostranstvo utvrđeno da ne boluju od akutnih ili hroničnih obolenja za koje je potrebno duže ili stalno lečenje ili lekarski nadzor.

Kada osigurana lica koriste zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, a pre odlaska u inostranstvo nije utvrđeno njihovo zdravstveno stanje u smislu stava 1. ovog člana, troškovi lečenja se priznaju na teret Zavoda samo u slučaju pružanja hitne medicinske pomoći zbog akutnog obolenja ili povrede nastalih za vreme boravka u inostranstvu.

#### **Tekst pre izmene**

### **Član 62.**

Osiguranici koji se nalaze na radu u inostranstvu u jugoslovenskim organizacijama (detaširani radnici), osiguranici u službi međunarodnih i drugih organizacija, odnosno kod poslodavca, na školovanju, stručnom usavršavanju i specijalizaciji, koriste zdravstvenu zaštitu u inostranstvu na osnovu potvrde izdate od strane filijale Zavoda.

Potvrdu iz stava 1. ovog člana izdaje filijala Zavoda na osnovu mišljenja lekarske komisije, osiguraniku kod koga se ustanovi da ne boluje od akutnih ili hroničnih oboljenja za koje je potrebno duže ili stalno lečenje ili lekarski nadzor.

Lekarska komisija daje mišljenje na osnovu neposrednog pregleda i medicinske dokumentacije, i to:

- potvrde izabranog lekara, koja nije starija od tri meseca, o tome da li je osiguranik bolovao od akutnih ili hroničnih obolenja u poslednjih 12 meseci,
- po potrebi, uvidom u zdravstveni karton,
- laboratorijskog nalaza koji obuhvata: sedimentaciju, krvnu sliku i urin,
- EKG,
- radiografskog snimka pluća, i
- potvrde stomatologa o stanju zuba.

#### **Tekst pre izmene**

### **Član 63.**

Potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite u inostranstvu iz člana 62. ovog pravilnika važi do isteka vremena za koje je izdata.

Ukoliko osiguranik za vreme boravka u inostranstvu teže oboli i dođe do potrebe bolničkog lečenja može koristiti bolničko lečenje u inostranstvu samo onoliko vremena koliko je potrebno da se osposobi za povratak u zemlju.

#### **Član 64.**

Osiguraniku koji boravi u inostranstvu po privatnom poslu ili na službenom putovanju, filijala Zavoda izdaje potvrdu o pravu na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu na osnovu izveštaja izabranog lekara da nije bolovao od akutnih i hroničnih oboljenja u poslednjih 12 meseci, odnosno uvida u zdravstveni karton i mišljenja lekarske komisije da ne postoje smetnje za izdavanje potvrde u slučajevima kada je osiguranik bolovao od akutnih i hroničnih oboljenja.

Potvrda iz stava 1. ovog člana izdaje se na rok do 30 dana u toku jedne kalendarske godine.

Izuzetno, osiguraniku koji češće putuje službeno u inostranstvo (transportni poslovi i sl.), može se izdati potvrda na rok duži od roka iz stava 2. ovog člana, ali najduže do šest meseci, pod uslovima iz stava 1. ovog člana.

Potvrda iz stava 3. ovog člana može se izdati osiguraniku zaposlenom kod poslodavca koji je registrovan za obavljanje poslova u inostranstvu, a na osnovu dokaza o potrebi službenog putovanja.

Kada je osiguraniku pružena hitna medicinska pomoć u zemljama sa kojima je zaključen sporazum o socijalnom osiguranju, a prethodno nije izdata potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite u inostranstvu, filijala Zavoda na osnovu zahteva inostranog nosioca osiguranja ili osiguranika, medicinske dokumentacije o pruženoj hitnoj medicinskoj pomoći i mišljenja lekarske komisije, naknadno izdaje potvrdu o pravu na korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu.

#### **Tekst pre izmene**

#### **Član 65.**

Troškove zdravstvene zaštite, u zemljama sa kojima nije zaključen međunarodni sporazum o socijalnom osiguranju ili sporazumom nije obuhvaćena zdravstvena zaštita, osiguranici sami plaćaju inostranoj zdravstvenoj ustanovi.

Osigurancima upućenim na rad u inostranstvo, Zavod će priznati naknadu troškova zdravstvene zaštite iz stava 1. ovog člana, na osnovu mišljenja lekara, odnosno stomatologa da je lečenje medicinski opravdano. Mišljenje o opravdanosti lečenja daje lekar, odnosno stomatolog ovlašćen od strane direktora Zavoda.

Osigurancima za vreme privatnog ili službenog putovanja u inostranstvo naknada troškova iz stava 1. ovog člana, priznaje se na osnovu nalaza i mišljenja nadležne lekarske komisije da je, u konkretnom slučaju, pružena hitna medicinska pomoć zbog akutnog obolenja ili povrede nastalih za vreme boravka u inostranstvu.

Zahtev za naknadu troškova podnosi se direkaciji Zavoda neposredno ili posredstvom filijale nadležne prema mestu rada, odnosno prebivališta osiguranika.

Uz zahtev za naknadu troškova obavezno se prilaže medicinska dokumentacija i računi o lečenju sa dokazom da su isti plaćeni.

Dokumentacija koju osigurano lice prilaže uz zahtev za naknadu troškova mora biti jasna, čitka i potpuna, te prevedena na srpski jezik u obimu na osnovu koga se sa sigurnošću može utvrditi o kakvim uslugama se radi.

Naknada osiguranicima iz st. 2. i 3. ovog člana priznaje se u visini stvarnih troškova umanjениh za iznos učešća, propisanog Odlukom o učešću osiguranih lica u troškovima zdravstvene zaštite, a isplaćuje u dinarskoj protivvrednosti prema zvaničnom srednjem kursu koji važi na dan isplate.

### **Tekst pre izmene**

#### **Član 66.**

Zdravstvena zaštita, osiguranicima upućenim na rad u inostranstvo, u zemlje sa kojima nije zaključen sporazum o socijalnom osiguranju ili sporazumom nije obuhvaćena zdravstvena zaštita, može se, izuzetno, obezbediti posredovanjem DKP za područje njegove nadležnosti, na jedan od sledećih načina:

- a) osiguranjem kod osiguravajućeg društva zemlje rada, odnosno prijema, kada je korišćenje zdravstvene zaštite po propisima te zemlje uslovljeno postojanjem navedenog osiguranja;
- b) zaključenjem ugovora između DKP i inostrane zdravstvene ustanove ili lekara;
- v) određivanjem visine do koje se osiguraniku mogu naknaditi troškovi zdravstvene zaštite.

Osiguranici kojima je zdravstvena zaštita obezbeđena na način iz stava 1. tačka a) ovog člana, istu koriste u obimu, postupku i utvrđenim pravilima osiguravajućeg društva u skladu sa izdatom polisom osiguranja i za to vreme ne mogu ostvarivati zdravstvenu zaštitu na teret Zavoda na bilo koji drugi predviđeni način.

### **Tekst pre izmene**

#### **Član 66a**

Predlog za obezbeđenje zdravstvene zaštite na jedan od načina predviđenih članom 66. stav 1. ovog pravilnika, Zavodu dostavlja DKP sa podacima o:

1. uslovima osiguranja - ako se predlaže osiguranje kod osiguravajućeg društva zemlje rada, odnosno prijema;
2. najvišim, najnižim i prosečnim cenama zdravstvenih usluga - ako se predlaže zaključenje ugovora sa inostranom zdravstvenom ustanovom ili lekarom;

3. najvišim, najnižim i prosečnim cenama zdravstvenih usluga - ako se predlaže takav način da se odredi visina do koje se osiguraniku mogu naknaditi troškovi zdravstvene zaštite.

Zavod je dužan da u roku od 30 dana od dana prijema predloga iz stava 1. ovog člana donese odluku kojom daje saglasnost ili odbija predlog o načinu obezbeđenja zdravstvene zaštite i o tome obaveštava nadležno DKP.

### **Tekst pre izmene**

#### **Član 66b**

Odlukom kojom se daje saglasnost za obezbeđenje zdravstvene zaštite na način iz člana 66. stav 1. tačka a) odrediće se i visina do koje će se nadoknađivati uplaćene premije osiguranja.

Uz zahtev za naknadu uplaćenih premija osiguranja, osiguranik obavezno prilaže:

- ugovor o osiguranju (polisa osiguranja),
- originalni dokaz o uplaćenju premiji (račun, odsečak uplatnice, priznanica i sl.).

U postupku naknade troškova zdravstvene zaštite obezbeđene na način predviđen članom 66. stav 1. tač. b) i v) analogno se primenjuju odredbe člana 65. ovog pravilnika.

### **Tekst pre izmene**

#### **Član 67.**

Na ocenu lekarske komisije iz čl. 62. ovog pravilnika osiguranik može podneti prigovor drugostepenoj lekarskoj komisiji, čiji je nalaz konačan.

### **Tekst pre izmene**

## **VII. OSTVARIVANJE PRAVA NA NOVČANE NAKNADE**

### **1. Utvrđivanje privremene sprečenosti za rad**

#### **Član 68.**

Ocenu privremene sprečenosti za rad vrši izabrani lekar iz oblasti opšte medicine, odnosno medicine rada prema mestu rada osiguranika.

Izuzetno, ocenu privremene sprečenosti za rad zbog nege obolelog deteta, utvrđivanja potrebe pratioca deteta i potrebe izolacije zbog bolesti deteta, vrši izabrani lekar pedijatar, u slučaju oboljenja od TBC - pneumoftizilog, a u slučaju sprečenosti za rad u vezi sa trudnoćom i prekidom trudnoće, kao i ginekoloških oboljenja - izabrani lekar ginekolog.

#### **Član 69.**

Ako početak privremene sprečenosti za rad osiguranika utvrdi drugi lekar, a ne izabrani lekar iz st. 1 i 2. člana 68. ovog pravilnika, osiguranik je dužan da se javi izabranom lekaru odmah, a najkasnije u roku od 7 dana od početka privremene sprečenosti za rad i da mu donese medicinsku dokumentaciju. Ukoliko priroda oboljenja to ne dozvoljava, osiguranik ili član njegove porodice je dužan da pismeno ili na drugi način obavesti izabranog lekara o sprečenosti za rad i da mu dostavi potrebnu medicinsku dokumentaciju.

#### **Član 70.**

U slučaju trajanja privremene sprečenosti za rad duže od 30 dana, ocenu privremene sprečenosti za rad osiguranika može dati i lekarska komisija filijale Zavoda na čijem području osiguranik privremeno radi, odnosno ima prebivalište, a uz prethodnu saglasnost filijale Zavoda kod koje je osiguranik osiguran.

Komisija iz stava 1. ovog člana dostaviće nadležnoj filijali Zavoda izveštaj o svojoj oceni.

#### **Član 71.**

Izabrani lekar obavezno upisuje početak privremene sprečenosti za rad, datum zakazanog javljanja, prestanak te sprečenosti, ocene drugih organa o trajanju privremene sprečenosti za rad i druge bitne činjenice, u zdravstveni karton osiguranika.

#### **Član 72.**

Izabrani lekar upućuje osiguranika na lekarsku komisiju radi ocene privremene sprečenosti po završenom bolničkom lečenju u roku od 3 dana ukoliko je ukupna privremena sprečenost za rad trajala neprekidno duže od 14, odnosno 30 dana.

#### **Član 73.**

Izabrani lekar osim u slučajevima iz čl. 90. i 91. Zakona, upućuje osiguranika lekarskoj komisiji radi ocene privremene sprečenosti za rad i u sledećim slučajevima:

- kod ponovnog nastupanja sprečenosti za rad usled iste bolesti u roku od 15 dana po prestanku ranije privremene sprečenosti za rad,

- kada je osiguranik sprečen za rad sa prekidima duže od 30 dana od različitih bolesti, s tim da prekidi između pojedinih slučajeva sprečenosti za rad nisu duži od 30 dana.

## **2. Naknada zarade**

### **Član 74.**

Pravo na naknadu zarade osiguranik ostvaruje u filijali Zavoda i kod poslodavca kod kojeg je u radnom odnosu u skladu sa zakonom i ovim pravilnikom.

### **Član 75.**

Obračun i isplata naknade zarade vrši se na osnovu:

- izveštaja o privremenoj nesposobnosti, odnosno sprečenosti za rad (doznaka) izdate od strane nadležnog lekara za ocenu radne sposobnosti i ocene lekarske komisije,
- potvrde o visini ostvarene zarade koja služi za utvrđivanje osnova za obračun naknade zarade, na propisanom obrascu i potvrde o procentu povećanja, odnosno smanjenja zarade kod poslodavca radi usklađivanja osnova;
- potvrde poslodavca o vremenu provedenom na radu sa skraćenim radnim vremenom, za vreme za koje se vrši isplata naknade zarade i drugih potrebnih dokaza.

### **Član 76.**

Poslodavac koji isplaćuje naknadu zarade iz sredstava Zavoda, dužan je da filijali Zavoda dostavi na propisanom obrascu, spisak obračunatih - isplaćenih naknada zarada u dva primerka sa dokumentacijom iz člana 75. ovog pravilnika, radi prethodne kontrole.

Filijala Zavoda je dužna da izvrši kontrolu dokumentacije i obračuna u roku od pet dana od dana prijema i da originalni primerak spiska obračunatih naknada zarada overi potpisom ovlašćenog lica i pečatom filijale Zavoda i vrati poslodavcu.

Filijala Zavoda daje nalog za prenos odgovarajućih iznosa sredstava na posebni račun poslodavca.

Poslodavac vrši isplatu naknada zarada uz potpis osiguranika na "spisku obračunatih - isplaćenih naknada zarada", koji čuva u svojoj evidenciji.

### **Član 77.**

Filijala Zavoda zadržava u svojoj evidenciji jedan primerak "spiska obračunatih - isplaćenih naknada zarada" sa dokazima na osnovu kojih je izvršen obračun naknada zarada.

#### **Član 78.**

Radnicima na radu kod poslodavca, vlasnicima, odnosno osnivačima radnji, preduzeća i drugih oblika organizovanja, koji istovremeno u njima obavljaju određene poslove i licima koja obavljaju samostalne delatnosti, ako nisu osigurani po drugom osnovu, kao sveštenicima i verskim službenicima, naknadu zarade isplaćuje filijala Zavoda na osnovu dokumentacije iz člana 75. ovog pravilnika.

### **3. Naknada troškova prevoza**

#### **Član 79.**

Naknadu troškova prevoza u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite isplaćuje osiguraniku filijala Zavoda, na osnovu potvrde o potrebi putovanja propisno overene (datum, potpis, pečat i faksimil) od strane odgovornog radnika zdravstvene ustanove koja je zdravstvenu zaštitu pružila, a po potrebi i dokaza o ceni prevoza.

### **4. Naknada pogrebnih troškova**

#### **Član 80.**

Naknadu pogrebnih troškova isplaćuje filijala Zavoda na osnovu:

- izvoda iz matične knjige umrlih,
- zdravstvene knjižice, odnosno druge isprave kojom se dokazuje svojstvo osiguranika,
- dokaza o izvršenoj sahrani (izjava ili originalni računi o troškovima),
- dokazi o prevozu umrlog iz mesta gde je smrt nastupila u mesto prebivališta, ili drugo mesto gde se umrli sahranjuje, pod uslovom da je mesto sahrane udaljeno više od 100 km od mesta u kojem je lice umrlo,
- dokaza o prevozu umrlog iz inostranstva, radi sahrane u zemlji, odnosno o sahrani umrlog u inostranstvu.

## **VIII. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE**

**Član 81.**

Danom stupanja na snagu ovog pravilnika prestaje da važi Pravilnik o uslovima i načinu ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja ("Službeni glasnik RS", broj 77/92).

**Član 82.**

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku RS".