

ПРИЛОГ 9

МЈЕСЕЧНИ ИЗВЈЕШТАЈ О РАДУ ДРУГОСТЕПЕНЕ КОМИСИЈЕ ЗА ОЦЈЕНУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД - ОБРАЗАЦ ПСЗР-3

Мјесец: _____ 20____ . године	Просјечан број предмета по сједници _____
-------------------------------	---

Шифра дијагнозе по МКБ10 (од-до)	Назив по МКБ10	Узроци привремене спријечености за рад															Укупан број	Број остособљених	Број нових случајева	Број продужења	Број приједлога за упућивање на ИК	Број продужења због упућивања на ИК				
		1. Болест	2. Малигна болест	3. Медицинско испитивање	4. Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће	5. Њега оболелог члана уже породице дјетета млађег од 15 година	6. Њега оболелог члана уже породице старијег од 15 година	7. Њега дјетета оболелог од малите болести или прања за вријеме болничког лијечења дјетета оболелог од малите болести	8. Прања за вријеме болничког лијечења дјетета оболелог од немалите болести	9. Њега оболелог члана уже породице због тешког општења здравственог стања - до четврти мјесеца током календарске године	10. Повреда ван рада	11. Мјера обавезне изолације као клионише	12. Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околним околностима	13. Добровољно давање органа, ткива или ћелија	14. Повреда на раду	15. Професионална болест										
A00-B99	Заразне и паразитарне болести																									
C00-D48	Тумори																									
D50-D89	Болести крви и крвотворних органа и поремећаја имунитета																									
E00-E90	Болести жлијезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма																									
F00-F99	Душевно поремећаји и поремећаји понашања																									
G00-G99	Болести нервног система																									
H00-H59	Болести ока и припојака ока																									
H60-H95	Болести ува и болести мастондног наставака																									
I00-I99	Болести система крвотока																									
J00-J99	Болести система за дисање																									
K00-K93	Болести система за варење																									
L00-L99	Болести коже и болести поткожног ткива																									
M00-M99	Болести мишићно-коштаног система и везивног ткива																									
N00-N99	Болести мокраћно-полног система																									
O00-O99	Трудноћа, рађање и бабине																									
S00-T98	Повреде, тровања и последице дјеловања спољних фактора																									
Остале шифре																										
	УКУПНО																									

Чланови Другостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад	
Датум: _____ године	1. _____ 2. _____ 3. _____

На основу члана 87. став 6. и члана 102. тачка 2) Закона о обавезном здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 93/22 и 132/22), в.д. директора Фонда здравственог осигурања Републике Српске, 27. марта 2024. године, д о н о с и

УПУТСТВО

О ИЗМЈЕНИ УПУТСТВА О САДРЖАЈУ МЕДИЦИНСКЕ И ФИНАНСИЈСКЕ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ ЗА ПОВРАТ ИСПЛАЋЕНЕ НАКНАДЕ ПЛАТЕ И НОВЧАНЕ НАКНАДЕ

1. У Упутству о садржају медицинске и финансијске документације за поврат исплаћене накнаде плате и новчане накнаде ("Службени гласник Републике Српске", број 113/23) у тачки 12. Прилог 6 замјењује се новим Прилогом 6, који чини саставни дио овог упутства.

2. Ово упутство ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у “Службеном гласнику Републике Српске”.

Број: 01/004-4881-1/23
27. марта 2024. године
Бањалука

В.д. директора,
Дејан Кустурић, с.р.

ПРИЛОГ 6

ИЗВЈЕШТАЈ О ТРАЈАЊУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

ПОДАЦИ О ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

ПОДАЦИ О УПЛАТИОЦУ ДОПРИНОСА

Назив и шифра здравствене установе	
Шифра доктора медицине у тиму породичне медицине	

Назив уплатиоца доприноса	
ЛИБ уплатиоца доприноса	

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИКУ

Презиме и име	
ЈМБ осигураника	
Датум рођења	Дан _____ мјесец _____ година _____
Адреса стана, мјесто, улица и број	
Број картона	Пол М Ж

ПОДАЦИ О ТРАЈАЊУ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

Први дан привремене спрјечености за рад	Посљедњи дан привремене спрјечености за рад
За потпуну спрјеченост од до 20.....	
За скраћено радно вријеме од до 20.....	
У болници од до 20.....	
Упућен на комисију:	ДА НЕ

РАЗЛОГ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

1. Болест	2. Малигна болест	3. Медицинско испитивање	4. Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће	5. Њега обољелог члана уже породице – дјетета млађег од 15 година
6. Њега обољелог члана уже породице старијег од 15 година	7. Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести	8. Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од немалигне болести	9. Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања – до четири мјесеца током календарске године	10. Повреда ван рада
11. Мјера обавезне изолације као клицоноше	12. Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини	13. Добровољно давање органа, ткива или ћелија	14. Повреда на раду	15. Професионална болест
Да ли је болест или повреду проузроковало треће лице		ДА НЕ	Да ли је рецидив	
			ДА НЕ	

Мјесто: _____	Потпис доктора медицине у тиму породичне медицине
Датум: _____ 20 ____ год.
	М. П.

ПРВОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

Комисија (навести број и сједиште)	Број здравственог картона:	Број и датум оцјене:
Име и презиме осигураног лица	ЈМБ	Адреса пребивалишта и контакт телефон
Назив и сједиште послодавца	Назив радног мјеста	Укупан стаж и стаж на садашњим пословима
Повреда на раду ДА НЕ		Први дан привремене спрјечености за рад
Разлог привремене спрјечености за рад (означити):		
<input type="checkbox"/> Болест <input type="checkbox"/> Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања – до четири мјесеца током календарске године		

<input type="checkbox"/> Малигна болест	<input type="checkbox"/> Повреда ван рада
<input type="checkbox"/> Медицинско испитивање	<input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације као клицоноше
<input type="checkbox"/> Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће	<input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини
<input type="checkbox"/> Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести	<input type="checkbox"/> Добровољно давање органа, ткива или ћелија
<input type="checkbox"/> Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од немалигне болести	<input type="checkbox"/> Повреда на раду
	<input type="checkbox"/> Професионална болест

Подаци о ранијим оцјенама првостепене комисије:

(Да ли је првостепена комисија утврдила постојање привремене спријечености за рад и до када?)

Подаци о медицинском вјештачењу из пензијско-инвалидског осигурања:

(Да ли је предат захтјев за оцјену радне способности и када, да ли је уложена жалба и када, да ли је раније вршено медицинско вјештачење, када и која је била оцјена?)

На основу члана 74. став 5, а у вези са чланом 76. став 1. Закона о обавезном здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 93/22 и 132/22), даје се

НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

<input type="checkbox"/> Осигураник је способан за рад са даном _____;
<input type="checkbox"/> Продужава се привремена спријеченост за рад до _____ уз сљедеће образложење: _____
Предлаже се доктору медицине у тиму породичне медицине код којег је осигураник регистрован:
<input type="checkbox"/> да осигураника упуту да са потребном медицинском документацијом поднесе захтјев надлежној установи за пензијско и инвалидско осигурање ради оцјене радне способности прије истека шест мјесеци непрекидне привремене спријечености за рад;
<input type="checkbox"/> остало _____

* Осигураник Фонда има право да, уколико није задовољан оцјеном првостепене комисије која је утврђивала привремену спријеченост за рад преко 30 дана, у року од три дана од извршене оцјене затражи издавање рјешења у надлежној филијали Фонда. Осигураник Фонда има право да на рјешење надлежне филијале уложи жалбу директору Фонда у року од 15 дана од дана пријема рјешења, путем надлежне филијале. Жалба не одлаже извршење рјешења.

* Образац Налаза, оцјене и мишљења попуњава се у три примјерка. Два примјерка се уручују осигураннику који онда један примјерак доставља доктору медицине у тиму породичне медицине код којег је регистрован, а други примјерак послодавцу.

М. П.

Чланови комисије:

1. _____ шифра _____
2. _____ шифра _____
3. _____ шифра _____

ПРВОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД ВАНРЕДНА ОЦЈЕНА

Комисија (навести број и сједиште)*	Број здравственог картона:	Број и датум оцјене*:
Име и презиме осигураног лица*	ЈМБ*	Адреса пребивалишта и контакт телефон*
Назив и сједиште послодавца*	Назив радног мјеста	Укупан стаж и стаж на садашњим пословима
Повреда на раду ДА НЕ	Први дан привремене спријечености за рад	
Разлог привремене спријечености за рад (означити):		
<input type="checkbox"/> Болест	<input type="checkbox"/> Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања – до четири мјесеца током календарске године	
<input type="checkbox"/> Малигна болест	<input type="checkbox"/> Повреда ван рада	
<input type="checkbox"/> Медицинско испитивање	<input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације као клицоноше	
<input type="checkbox"/> Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће	<input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини	
<input type="checkbox"/> Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести	<input type="checkbox"/> Добровољно давање органа, ткива или ћелија	
<input type="checkbox"/> Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од немалигне болести	<input type="checkbox"/> Повреда на раду	
	<input type="checkbox"/> Професионална болест	
Подаци о ранијим оцјенама првостепене комисије*:		
(Да ли је првостепена комисија утврдила постојање привремене спријечености за рад и до када?)		

Подаци о медицинском вјештачењу из пензијско-инвалидског осигурања:

(Да ли је предат захтјев за оцјену радне способности и када, да ли је уложио жалбу и када, да ли је раније вршено медицинско вјештачење, када и која је била оцјена?)

На основу члана 79. Закона о обавезном здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 93/22 и 132/22), даје се
НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

Потврђује се раније дата оцјена привремене спријечености за рад

Осигураник је способан за рад са наредним даном _____

Напомена: _____

* Образац Налаза, оцјене и мишљења попуњава се у четири примјерка. Првостепена комисија за оцјену привремене спријечености за рад без одлагања један примјерак уручује или доставља осигураннику, један примјерак доставља доктору медицине у тиму породичне медицине код којег је осигураник регистрован, један примјерак доставља Фонду, а један задржава за своју евиденцију.

* Доктор медицине у тиму породичне медицине код којег је осигураник Фонда регистрован дужан је да поступи по овом Налазу, оцјени и мишљењу и о томе без одлагања обавијести послодавца.

М. П.

Чланови комисије:

1. _____ шифра _____

2. _____ шифра _____

3. _____ шифра _____

ДРУГОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

Број здравственог картона:	Број и датум оцјене:	
Име и презиме осигураника	ЈМБ	Адреса пребивалишта и контакт телефон
Назив и сједиште послодавца	Назив радног мјеста	Укупан стаж и стаж на садашњим пословима
Повреда на раду ДА НЕ	Први дан привремене спријечености за рад	
Разлог привремене спријечености за рад (означити):		
<input type="checkbox"/> Болест <input type="checkbox"/> Малигна болест <input type="checkbox"/> Медицинско испитивање <input type="checkbox"/> Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће <input type="checkbox"/> Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести <input type="checkbox"/> Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од немалигне болести <input type="checkbox"/> Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања – до четири мјесеца током календарске године <input type="checkbox"/> Повреда ван рада <input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације као клицоноше <input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини <input type="checkbox"/> Добровољно давање органа, ткива или ћелија <input type="checkbox"/> Повреда на раду <input type="checkbox"/> Професионална болест		

Разматрајући жалбу осигураника на основу увида у медицинску документацију, у складу са чланом 74. став 6. Закона о обавезном здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 93/22 и 132/22), даје се

НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

Потврђује се Налаз, оцјена и мишљење Првостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад, број: _____ од _____ из следећег разлога: _____

Мијења се Налаз, оцјена и мишљење Првостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад, број: _____ од _____ из следећег разлога: _____

и гласи: _____

* Образац Налаза, оцјене и мишљења попуњава се у три примјерка. Два примјерка Фонд уз рјешење доставља осигураннику који онда један примјерак доставља доктору медицине у тиму породичне медицине код којег је регистрован, а други примјерак послодавцу.

Чланови комисије:

М. П.

1. _____ шифра _____

2. _____ шифра _____

3. _____ шифра _____