II

Ова одлука ступа на снагу даном доношења, а објавиће се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Број: 01/004-1017/22
1. марта 2022. године
Бања Лука

В.д. директора,
Дејан Кустурић, с.р.

На основу члана 4. Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09, 106/09, 110/16, 94/19 и 44/20), члана 24. Статута Фонда здравственог осигурања Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", бр. 94/18, 3/20 и 82/21) и члана 58. став 3. Правилника о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту ("Службени гласник Републике Српске", бр. 102/11, 117/11, 128/11, 101/12, 28/16, 83/16, 109/17, 115/17, 17/18, 53/18, 59/18, 112/18, 17/19, 98/19, 21/20, 19/21 и 80/21), в.д. директора Фонда здравственог осигурања Републике Српске, Бања Лука, д о н и о ј е

У П У Т С Т В О

О НАЧИНУ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА РЕФУНДАЦИЈУ ТРОШКОВА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

1. Овим упутством одређују се услови и поступак одобравања рефундације трошкова коришћења здравствене заштите од стране Фонда здравственог осигурања Републике Српске (у даљем тексту: Фонд).

2. Под појмом "рефундација трошкова коришћења здравствене заштите" подразумијева се повратак уплаћених средстава које је осигурано лице Фонда платило, а да није било обавезно да врши такво плаћање приликом коришћења права на здравствену заштиту, у складу са Законом о здравственом осигурању (у даљем тексту: Закон) и општим актима Фонда.

3. Захтјев за рефундацију (потраживање новчане накнаде) у вези са остваривањем права из здравственог осигурања може се поднијети у року од три године од дана настанка основа за потраживање, односно од дана плаћања трошкова из тачке 2. овог упутства.

4. Рефундацију трошкова коришћења здравствене заштите Фонд одобрава осигураном лицу под условом да уплатилац доприноса редовно измирује све обавезе по основу доприноса за здравствено осигурање до 20. у мјесецу за протекли мјесец и да су трошкови здравствене заштите плаћени властитим средствима осигураног лица.

4.1. Одгођено плаћање пореског дуга, односно дуга по основу доприноса за здравствено осигурање не сматра се редовним измирењем обавеза.

4.2. Сматра се да су трошкови плаћени властитим средствима осигураног лица уколико је налог за плаћање дат лично од стране законског заступника, родитеља, дјетета или брачног супружника.

5. Фонд не рефундира трошкове које је осигурано лице Фонда имало приликом коришћења здравствене заштите уколико су исти настали као посљедица неизвршавања законске обавезе уплатиоца доприноса који је дужан да редовно измирује све доспјеле обавезе за доприносе за здравствено осигурање.

6. Рефундацију трошкова здравствене заштите Фонд одобрава осигураном лицу на основу захтјева осигураног лица, који треба да садржи сљедеће податке:

1) име, презиме, ЈМБГ, број контакт телефона и адресу подносиоца захтјева,

2) назив и ЈИБ уплатиоца доприноса,

3) прецизирање шта се тражи захтјевом,

4) побројану документацију која се прилаже уз захтјев и

5) датум подношења захтјева и потпис подносиоца захтјева.

6.1. На пословно-информационом систему Фонда инсталиран је примјерак обрасца захтјева доступан свим организационим дијеловима Фонда, а уз захтјев осигурано лице прилаже:

1) медицинску документацију из које се види да је осигураном лицу препоручена и пружена здравствена услуга или препоручен лијек, санитетски материјал, медицинско средство или друго,

2) оригинал рачун са спецификацијом (уколико се прилаже фискални рачун, на полеђини рачуна давалац услуге исписује име осигураног лица и овјерава својим печатом),

3) оригинал документ о извршеном плаћању који гласи на име (нота рачун, признаница или друго.) и

4) фото-копија картице текућег рачуна код надлежне банке.

6.2. Надлежна пословна јединица Фонда је дужна да у сваком конкретном случају, зависно од предмета захтјева за рефундацију трошкова, осигурано лице приликом подношења захтјева информише о документацији коју је потребно приложити уз захтјев.

7. Захтјев се подноси надлежној пословној јединици Фонда, која исти евидентира у пословно-информациони систем Фонда. Уколико подносилац захтјева инсистира да се захтјев заприми и без одговарајуће документације, надлежна служба Фонда дужна је да заприми такав захтјев.

7.1. Надлежна пословна јединица Фонда дужна је по пријему захтјева утврдити својство осигураног лица, прегледати приложену документацију (и уколико је потребно затражити да подносилац захтјева изврши комплетирање захтјева), утврдити да ли се захтјев за рефундацију односи на остваривање права из обавезног здравственог осигурања и комплетиран захтјев прослиједити надлежној филијали Фонда на одлучивање.

7.2. Стручно мишљење о медицинској оправданости пружених здравствених услуга, уколико је потребно, даје Сектор за здравство и контролу.

7.3. Рјешење по захтјеву доноси надлежна филијала Фонда, поступајући у складу са одредбама Закона о општем управном поступку.

7.4. Осигурано лице има право да на рјешење филијале Фонда изјави жалбу директору Фонда у року од 15 дана од дана пријема рјешења, путем надлежне филијале Фонда. Поступајући по жалби, надлежна филијала Фонда дужна је да испита наводе жалбе. Уколико филијала Фонда утврди да је жалба основана, а није потребно спроводити нови испитни поступак, донијеће ново првостепено рјешење којим ће замијенити рјешење које се жалбом побија.

7.5. Стручно мишљење у поступку одлучивања по жалби, уколико је потребно, дају стручни консултанти или Сектор за здравство и контролу Фонда.

7.6. Рјешење по жалби доноси директор Фонда, поступајући у складу са одредбама Закона о општем управном поступку, и ово рјешење је коначно у управном поступку.

8. Ово упутство ступа на снагу даном доношења, а објавиће се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Ступањем на снагу овог упутства ставља се ван снаге Упутство о условима и поступку за одобравање рефундације ("Службени гласник Републике Српске", бр. 55/17, 90/17, 111/17 и 51/21) у дијелу који се односи на рефундацију трошкова коришћења здравствене заштите.

Број: 01/004-1014/22
1. марта 2022. године
Бања Лука

В.д. директора,
Дејан Кустурић, с.р.

На основу члана 50. Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09, 106/09, 110/16, 94/19 и 44/20), члана 24. Статута Фонда здравственог осигурања Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", бр. 94/18, 3/20 и 82/21) и члана 36. став 5. Правилника о остваривању права на накнаду плате за вријеме привремене неспособности за рад ("Службени гласник Републике Српске", број 14/22), в.д. директора Фонда здравственог осигурања Републике Српске, Бања Лука, д о н и о ј е

У П У Т С Т В О

О ПОСТУПКУ УТВРЂИВАЊА ПРАВА ПОСЛОДАВЦА НА ПОВРАТ ИСПЛАЋЕНЕ НАКНАДЕ НЕТО ПЛАТЕ

1. Овим упутством прописује се поступак у којем Фонд здравственог осигурања Републике Српске (у даљем тексту: Фонд) одлучује по захтјеву послодавца за повраћај (рефундацију) исплаћене накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад.

2. Под појмом "повраћај/рефундација накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад" подразумијева се повраћај средстава послодавцу који је иста исплатио свом запосленом - осигуранику Фонда на име накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад, а у складу са Законом и општим актима Фонда.

3. Захтјев за повраћај/рефундацију (потраживање новчане накнаде) у вези са остваривањем права из здравственог осигурања може се поднијети у року од три године од дана настанка основа за потраживање, односно од дана исплате накнаде нето плате раднику од стране послодавца.

4. Повраћај/рефундацију исплаћене накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад Фонд одобрава под условом да послодавац редовно измирује све обавезе по основу доприноса за здравствено осигурање до 20. у мјесецу за протекли мјесец за све раднике. Одгођено плаћање пореског дуга, односно дуга по основу доприноса за здравствено осигурање не сматра се редовним измирењем обавеза.

5. Повраћај/рефундацију накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад Фонд одобрава на основу захтјева послодавца. На пословно-информационом систему Фонда инсталиран је примјерак обрасца захтјева доступан свим организационим дијеловима Фонда, а уз захтјев се прилаже потребна документација:

1) уредно попуњен, потписан и овјерен извјештај о трајању привремене неспособности за рад,

2) налаз, оцјена и мишљење првостепене или другостепене комисије потписан од стране чланова комисије и овјерен печатом комисије (осим у случају болничког лијечења),

3) Образац ДЛ 5 - исплате по основу боловања,

4) платна листа и

5) други докази потребни за остваривање права на повраћај/рефундацију.

5.1. Надлежна пословна јединица Фонда дужна је да у сваком конкретном случају приликом подношења захтјева информише послодавца о документацији коју је потребно приложити уз захтјев.

6. Захтјев се подноси надлежној пословној јединици Фонда, која одмах по пријему (исти дан) врши протоколисање, а евидентирање захтјева у пословно-информационом систему Фонда врши се у року од пет дана од протоколисања захтјева. Надлежна пословна јединица Фонда дужна је по пријему захтјева провјерити комплетност документације и рачунску исправност извршеног обрачуна од стране послодавца.

6.1. Уколико подносилац захтјева инсистира да се захтјев заприми и без одговарајуће документације, надлежна служба Фонда дужна је да заприми такав захтјев.

6.2. Уколико је захтјев комплетан, исти се одмах по евидентирању у пословно-информациони систем Фонда доставља надлежној филијали.

6.3. Надлежна пословна јединица Фонда ће, уколико је потребно, писменим путем тражити од подносиоца захтјева да изврши допуну захтјева, односно достави потребну документацију у року од седам дана од дана пријема писменог поднеска Фонда.

6.4. У случају да подносилац захтјева није у могућности да достави налаз, оцјену и мишљење првостепене или другостепене комисије за оцјену привремене неспособности за рад (осигураник је био на болничком лијечењу, тешко здравствено стање осигураника, смрт осигураника), надлежна пословна јединица Фонда ће такав захтјев прослиједити надлежној филијали Фонда уз напомену, а надлежна филијала Фонда ће извршити комплетирање документације штампањем налаза, оцјене и мишљења из матичне евиденције Фонда која се води у пословно-информационом систему Фонда, уз навођење датума штампања и потпис.

6.5. Након истека датог рока за допуну захтјева, надлежна пословна јединица Фонда ће захтјев без одлагања прослиједити надлежној филијали Фонда која спроводи поступак и обезбјеђује да се рјешење по захтјеву донесе у роковима и на начин прописан Законом о општем управном поступку.

7. У случају да у току поступка подносилац захтјева достави писмени поднесак којим одустаје од захтјева, надлежна филијала Фонда доноси закључак о обустављању поступка који доставља подносиоцу захтјева заједно са оригиналним списом предмета, а надлежна филијала Фонда задржава копију списа.

8. Послодавац има право да на рјешење филијале Фонда изјави жалбу директору Фонда у року од 15 дана од дана пријема рјешења, путем надлежне филијале Фонда. Поступајући по жалби, надлежна филијала Фонда дужна је да испита наводе жалбе. Уколико филијала Фонда утврди да је жалба основана, а није потребно спроводити нови испитни поступак, донијеће ново првостепено рјешење којим ће замијенити рјешење које се жалбом побија.

8.1. Рјешење по жалби послодавца доноси директор Фонда, поступајући у складу са одредбама Закона о општем управном поступку, и ово рјешење је коначно у управном поступку.

9. Надлежна филијала Фонда дужна је да рјешење којим се одобрава захтјев за повраћај/рефундацију исплаћене накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад у пословно-информациони систем Фонда по правоснажности евидентира у статус Т (трошак). Повраћај/рефундацију исплаћене накнаде плате послодавцу Фонд исплаћује у року од 60 дана, рачунајући од дана истека рока за жалбу.

10. Обрасци који се користе у поступку утврђивања права послодавца на повраћај/рефундацију исплаћене накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад (Образац Реф01 - Захтјев за повраћај исплаћене накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад, Образац Реф02 - Списак радника - осигураника за које се тражи повраћај исплаћене накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад са износима захтјева и Образац Реф03 - Обрачун за повраћај исплаћене накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад) чине саставни дио овог упутства и биће објављени на службеној интернет страници Фонда: www.zdravstvo-srpske.org.

11. Ово упутство ступа на снагу даном доношења, а објавиће се у "Службеном гласнику Републике Српске".

Ступањем на снагу овог упутства ставља се ван снаге Упутство о условима и поступку за одобравање рефундације ("Службени гласник Републике Српске", бр. 55/17, 90/17, 111/17 и 51/21) у дијелу који се односи на рефундацију накнаде нето плате за вријеме привремене неспособности за рад.

Број: 01/004-1013/22
1. марта 2022. године
Бања Лука

В.д. директора,
Дејан Кустурић, с.р.

На основу члана 50. Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09, 106/09, 39/16, 110/16, 94/19 и 44/20) и члана 24. Статута Фонда здравственог осигурања Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", бр. 94/18, 3/20 и 82/21), а у складу са чланом 7. став 3. Правилника о остваривању права на накнаду плате за вријеме привремене неспособности за рад ("Службени гласник Републике Српске", број 14/22), в.д. директора Фонда здравственог осигурања Републике Српске д о н и о ј е