PRAVILNIK O POSTUPKU UTVRĐIVANjA PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD ("Sl. glasnik RS", br. 15/2026)

PRAVILNIK O POSTUPKU UTVRĐIVANjA PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD

("Sl. glasnik RS", br. 15/2026)

Član 1

Ovim pravilnikom propisuju se teritorijalna organizacija prvostepenih komisija, postupak utvrđivanja privremene spriječenosti za rad, način vođenja evidencije o stopi privremene spriječenosti za rad koju vodi Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske (u daljem tekstu: Fond), način vođenja evidencije o radu prvostepenih komisija, drugostepene komisije koje vodi Fond, vrijeme preporučene dužine spriječenosti za rad, kriterijumi dijagnostičkih postupaka i vrsta medicinske dokumentacije potrebne za odlučivanje prema dijagnozama utvrđenim u skladu sa međunarodnom klasifikacijom bolesti.

Član 2

(1) Privremenu spriječenost za rad u trajanju do 30 dana neprekidno utvrđuje izabrani doktor medicine u timu porodične medicine: doktor medicine specijalista porodične medicine ili doktor medicine ili doktor medicine specijalista druge grane medicine (u daljem tekstu: izabrani doktor medicine u timu porodične medicine), kod koga je osiguranik Fonda registrovan u skladu sa propisima kojim se uređuje oblast zdravstvene zaštite i kome je Fond dodijelio šifru za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad.

(2) Privremenu spriječenost za rad koja traje neprekidno duže od 30 dana, počevši od 31. dana privremene spriječenosti za rad, utvrđuje Fond preko prvostepenih komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad (u daljem tekstu: prvostepene komisije) i Drugostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad (u daljem tekstu: Drugostepena komisija).

Član 3

(1) Nadležnost prvostepene komisije je da:

1) donosi nalaz, ocjenu i mišljenje po prigovoru osiguranika Fonda na ocjenu izabranog doktora medicine u timu porodične medicine koji je utvrđivao privremenu spriječenost za rad,

2) utvrđuje privremenu spriječenost za rad u trajanju preko 30 dana,

3) vrši vanrednu ocjenu po zahtjevu poslodavca iz člana 79. stav 1. Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Zakon).

(2) Nadležnost Drugostepene komisije je da:

1) vrši kontrolu rada izabranog doktora medicine u timu porodične medicine, kada izabrani doktor medicine u timu porodične medicine ocjenjuje privremenu spriječenost za rad do 30 dana i vrši kontrolu rada prvostepenih komisija,

2) daje nalaz, ocjenu i mišljenje po žalbi osiguranika Fonda na rješenje nadležne organizacione jedinice Fonda,

3) prati stopu privremene spriječenosti za rad.

Član 4

(1) Privremena spriječenost za rad osiguranika Fonda počinje od dana kada izabrani doktor medicine u timu porodične medicine u zdravstvenoj ustanovi sa kojom Fond ima zaključen odgovarajući

ugovor utvrdi da osiguranik Fonda nije sposoban za rad, u skladu sa članom 2. stav 1. ovog pravilnika.

(2) Smatra se da je osiguranik Fonda privremeno spriječen za rad za vrijeme dok se nalazi na bolničkom liječenju, kao i za vrijeme dok koristi pravo na smještaj uz dijete koje se nalazi na bolničkom liječenju, te se za to vrijeme ne vrši ocjena privremene spriječenosti za rad.

(3) Za osiguranike Fonda koji su nepokretni ili teško pokretni, trudnice i za osiguranike koji su oboljeli od zaraznih bolesti ili im je izrečena mjera obavezne izolacije zbog zarazne bolesti ili sumnje na zaraznu bolest, a koji se ne nalaze na liječenju u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi, utvrđivanje privremene spriječenosti za rad može se izvršiti na osnovu medicinske dokumentacije, bez prisustva osiguranika.

Član 5

(1) Postojanje osnova i dužine privremene spriječenosti za rad utvrđuje se na osnovu pregleda i medicinskog nalaza izabranog doktora medicine u timu porodične medicine ili doktora medicine odgovarajuće grane specijalnosti u zdravstvenoj ustanovi sa kojom Fond ima zaključen odgovarajući ugovor kojim se izjasnio da osiguranik Fonda nije sposoban za rad.

(2) Vrijeme preporučene dužine spriječenosti za rad, kriterijumi dijagnostičkih postupaka i vrsta medicinske dokumentacije potrebne za odlučivanje prema dijagnozama utvrđenim u skladu sa međunarodnom klasifikacijom bolesti (u daljem tekstu: MKB) sadržani su u Prilogu 1 ovog pravilnika i čine njegov sastavni dio.

(3) U slučaju da je osiguranik Fonda privremeno spriječen za rad po osnovu više dijagnoza istovremeno, ocjenu o dužini privremene spriječenosti za rad izabrani doktor medicine u timu porodične medicine, odnosno prvostepena komisija donosi na osnovu one dijagnoze koju u tom trenutku utvrdi kao osnovnu, a u skladu sa MKB koji je sadržan u Prilogu 1 ovog pravilnika.

Član 6

(1) U slučaju da osiguranik Fonda bude ocijenjen kao sposoban za rad po nekoj od dijagnoza po MKB, a izabrani doktor medicine u timu porodične medicine u narednih šest dana procijeni da, zbog pogoršanja zdravstvenog stanja i/ili daljeg ispitivanja i liječenja, postoji potreba za ponovnim utvrđivanjem privremene spriječenosti za rad osiguranika po istoj dijagnozi, osiguranika bez odlaganja upućuje nadležnoj prvostepenoj komisiji, radi ocjene potrebe za ponovnom privremenom spriječenošću za rad.

(2) Ukoliko je osiguranik Fonda u prethodnih šest mjeseci, po osnovu iste ili različite dijagnoze za koje je u skladu sa MKB koja je sadržana u Prilogu 1 ovog pravilnika predviđeno trajanje privremene spriječenosti za rad 28 dana ili kraće, bio privremeno spriječen za rad u ukupnom trajanju od 45 dana ili duže, prilikom ponovnog utvrđivanja privremene spriječenosti za rad izabrani doktor medicine u timu porodične medicine osiguranika Fonda bez odlaganja upućuje prvostepenoj komisiji za ocjenu privremene spriječenosti za rad koja će izvršiti ocjenu potrebe nastavka privremene spriječenosti za rad.

(3) Odredba iz stava 2. ovog člana se ne odnosi na osiguranike Fonda kod kojih je uzrok privremene spriječenosti za rad medicinsko stanje povezano sa trudnoćom i osiguranike iz člana 7. ovog pravilnika.

(4) Izabrani doktor medicine u timu porodične medicine, u skladu sa st. 1. i 2. ovog člana, vrši upućivanje osiguranika Fonda na obrascu koji se nalazi u Prilogu 2 ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio, navodeći u obrazloženju razloge upućivanja.

(5) Osiguranik Fonda koji je upućen u skladu sa st. 1. i 2. ovog člana se bez odlaganja javlja nadležnoj prvostepenoj komisiji koja će na prvom narednom zasjedanju izvršiti traženu ocjenu.

(6) Ukoliko nadležna prvostepena komisija u skladu sa stavom 1. ovog člana utvrdi da postoji potreba za ponovnom privremenom spriječenošću za rad, u svom nalazu, ocjeni i mišljenju će odrediti prvi dan ponovne privremene spriječenosti za rad i predložiti izabranom doktoru medicine u timu porodične medicine dalje postupanje.

Član 7

(1) U slučaju utvrđene potrebe njege oboljelog člana uže porodice, odsustvo sa rada se osiguraniku može odobriti u propisanom trajanju u toku jedne kalendarske godine, neprekidno ili po potrebi sa prekidima, i to:

1) za svako dijete mlađe od 15 godina - najduže do 15 dana,

2) za svako dijete starije od 15 godina, kao i za bračnog ili vanbračnog supružnika ili roditelja - najduže do sedam dana,

3) za dijete do navršenih 18 godina kod kojeg je zdravstvena ustanova tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Republici utvrdila potrebu njege zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja usljed oštećenja moždanih struktura, maligne bolesti ili drugog teškog pogoršanja zdravstvenog stanja - najduže do četiri mjeseca.

(2) Članom uže porodice iz stava 1. ovog člana smatra se dijete rođeno u braku ili van braka, stavljeno pod starateljstvo, odnosno usvojeno u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast porodičnih odnosa, dijete bračnog ili vanbračnog supružnika, bračni ili vanbračni supružnik i roditelj.

(3) Izabrani doktor medicine u timu porodične medicine privremenu spriječenost za rad osiguranika Fonda zbog njege oboljelog člana uže porodice utvrđuje u skladu sa članom 2. ovog pravilnika.

(4) U slučaju kada izabrani doktor medicine u timu porodične medicine utvrđuje privremenu spriječenost za rad osiguranika Fonda zbog njege djeteta, u zdravstvenom kartonu osiguranika evidentira da je utvrdio status zaposlenja drugog roditelja na osnovu Izjave koja se nalazi u Prilogu 3 ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio.

(5) Izuzetno, ako je nezaposleni roditelj zbog zdravstvenih razloga nesposoban da njeguje oboljelo dijete, odsustvo sa rada se može odobriti zaposlenom roditelju na osnovu medicinskog nalaza da nezaposleni roditelj nije sposoban da njeguje oboljelo dijete, koji se evidentira u zdravstvenom kartonu zaposlenog osiguranika.

(6) U slučaju kada izabrani doktor medicine u timu porodične medicine utvrđuje privremenu spriječenost za rad osiguranika Fonda zbog njege oboljelog člana uže porodice, u zdravstvenom kartonu osiguranika evidentira za kojeg člana uže porodice se odobrava njega, u kom periodu i zbog kojeg oboljenja, uz navođenje relevantnog nalaza i mišljenja o zdravstvenom stanju člana uže porodice.

Član 8

(1) Izabrani doktor medicine u timu porodične medicine može prekinuti trajanje privremene spriječenosti za rad osiguranika Fonda i prije isteka roka koji je utvrdila nadležna prvostepena komisija ako utvrdi da se zdravstveno stanje osiguranika Fonda poboljšalo tako da se može vratiti na rad.

(2) Nadležna komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad može prekinuti trajanje privremene spriječenosti za rad osiguranika Fonda i prije isteka roka koji je predložio doktor medicine odgovarajuće grane specijalnosti u zdravstvenoj ustanovi sa kojom Fond ima zaključen odgovarajući ugovor ako utvrdi da se zdravstveno stanje osiguranika Fonda poboljšalo tako da se može vratiti na rad.

Član 9

(1) Osiguranik Fonda kome je utvrđena privremena spriječenost za rad u skladu sa članom 5. ovog pravilnika dužan je da se svakih 15 dana od dana utvrđivanja privremene spriječenosti za rad javlja izabranom doktoru medicine u timu porodične medicine, u skladu sa Zakonom.

(2) Sa ciljem što bržeg oporavka i sprečavanja pogoršanja zdravstvenog stanja, osiguranik Fonda za vrijeme privremene spriječenosti za rad ne napušta mjesto prebivališta, osim u slučaju posjeta izabranom doktoru medicine u timu porodične medicine i u slučaju kada je upućen radi dijagnostike i liječenja koje nije moguće obaviti u mjestu prebivališta, kao i u drugim opravdanim slučajevima koji se odnose na dijagnostiku i liječenje.

(3) Obaveza iz stava 1. ovog člana ne odnosi se na osiguranike Fonda koji se nalaze na bolničkom liječenju i koji koriste pravo na smještaj uz dijete koje se nalazi na bolničkom liječenju.

(4) Nepokretni ili teško pokretni osiguranici Fonda, trudnice, kao i osiguranici koji su oboljeli od zaraznih bolesti ili im je izrečena mjera obavezne izolacije zbog zarazne bolesti ili sumnje na istu, a koji se ne nalaze na liječenju u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi, obavezu iz stava 1. ovog člana mogu izvršiti sredstvima komunikacije, sa obavezom izabranog doktora medicine u timu porodične medicine da javljanje neodložno evidentira u zdravstvenom kartonu osiguranika.

(5) Izabrani doktor medicine u timu porodične medicine osiguranika Fonda kome je utvrdio privremenu spriječenost za rad informiše o obavezi javljanja svakih 15 dana, kao i o posljedicama koje iz eventualnog nejavljanja mogu da proisteknu, što se evidentira u zdravstvenom kartonu osiguranika Fonda.

(6) U slučaju da je osiguranik privremeno spriječen za rad po nekoj od dijagnoza po MKB čija je preporučena dužina privremene spriječenosti za rad do 14 dana, izabrani doktor medicine u timu porodične medicine kontrolni pregled osiguraniku zakazuje u skladu sa preporučenom dužinom.

(7) Javljanjem u smislu stava 1. ovog člana smatra se posjeta osiguranika Fonda izabranom doktoru medicine u timu porodične medicine kod kojeg je registrovan, osim za lica iz st. 3. i 4. ovog člana.

(8) Izabrani doktor medicine u timu porodične medicine svako javljanje osiguranika Fonda koji je privremeno spriječen za rad evidentira u zdravstvenom kartonu osiguranika, kao i nalaze i mišljenja doktora medicine odgovarajuće specijalnosti i ostalu medicinsku dokumentaciju izdatu u zdravstvenim ustanovama sa kojima Fond ima zaključen odgovarajući ugovor.

(9) U slučaju da osiguranik Fonda ne pristupi kontrolnom pregledu koji je zakazan u skladu sa stavom 1. ovog člana i ne opravda svoj izostanak, izabrani doktor medicine u timu porodične medicine

osiguraniku daje ocjenu da je sposoban za rad, o čemu obavještava osiguranika Fonda i isto evidentira u zdravstvenom kartonu.

Član 10

(1) Osiguranik Fonda ima pravo da uloži prigovor na ocjenu izabranog doktora medicine u timu porodične medicine o postojanju razloga za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad nadležnoj prvostepenoj komisiji u roku od 24 časa od davanja ocjene, putem zdravstvene ustanove u kojoj je zaposlen izabrani doktor medicine u timu porodične medicine na obrascu koji se nalazi u Prilogu 4 ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio.

(2) Prigovor iz stava 1. ovog člana odgađa izvršenje ocjene do donošenja nalaza, mišljenja i ocjene prvostepene komisije koja nalaz, mišljenje i ocjenu po prigovoru donosi u roku od 24 časa od podnošenja prigovora, u skladu sa Zakonom.

(3) Obrazac prigovora se popunjava u dva primjerka, od kojih osiguranik jedan primjerak podnosi zdravstvenoj ustanovi u kojoj je zaposlen izabrani doktor medicine u timu porodične medicine koja bez odlaganja izdaje uputnicu za prvostepenu komisiju za ocjenu privremene spriječenosti za rad, na obrascu iz Priloga 2 ovog pravilnika.

(4) Radi odlučivanja po prigovoru iz stava 1. ovog člana, osiguranik se bez odlaganja obraća prvostepenoj komisiji za ocjenu privremene spriječenosti za rad kojoj uručuje drugi primjerak prigovora.

(5) Prvostepena komisija osiguraniku Fonda uručuje obavještenje o datom nalazu, ocjeni i mišljenju, na obrascu koji se nalazi u Prilogu 5 ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio.

Član 11

(1) U slučaju kada je osiguraniku Fonda potrebno utvrditi privremenu spriječenost za rad u trajanju dužem od 30 dana neprekidno, izabrani doktor medicine u timu porodične medicine osiguranika upućuje nadležnoj prvostepenoj komisiji najkasnije 30. dana trajanja privremene spriječenosti za rad na obrascu uputnice iz Priloga 2 ovog pravilnika.

(2) Ukoliko osiguranik ne pristupi prvostepenoj komisiji nakon što je upućen prema stavu 1. ovog člana, izabrani doktor medicine u timu porodične medicine osiguraniku daje ocjenu da je sposoban za rad sa danom sa kojim je upućen prvostepenoj komisiji, o čemu obavještava osiguranika Fonda i isto evidentira u zdravstvenom kartonu.

Član 12

(1) Prvostepene komisije organizuje Fond ili, na osnovu ugovora sa Fondom, zdravstvena ustanova koja je u skladu sa propisima kojima je uređena oblast zdravstvene zaštite ovlašćena za obavljanje poslova ocjene privremene spriječenosti za rad.

(2) Prvostepene komisije se organizuju po teritorijalnom principu, prema organizacionim jedinicama Fonda, kako slijedi:

1) u Filijali Banja Luka - za gradove: Banja Luka, Gradiška, Laktaši i Prnjavor i opštine: Čelinac, Kotor Varoš, Kneževo, Srbac, Mrkonjić Grad, Šipovo, Istočni Drvar, Petrovac, Kupres, Jezero i Ribnik,

2) u Filijali Prijedor - za grad Prijedor i opštine: Oštra Luka, Novi Grad, Kozarska Dubica, Krupa na Uni i Kostajnica,

3) u Filijali Doboj - za gradove: Doboj, Derventa i Teslić i opštine: Stanari, Petrovo, Brod, Modriča, Vukosavlje i Šamac,

4) u Filijali Bijeljina - za grad Bijeljina i opštine: Ugljevik, Lopare, Donji Žabar i Pelagićevo,

5) u Filijali Istočno Sarajevo - za grad Istočno Sarajevo, koji čini područje opština Istočna Ilidža, Istočno Novo Sarajevo, Pale, Sokolac, Istočni Stari Grad i Trnovo, i za opštine: Han Pijesak i Rogatica,

6) u Filijali Zvornik - za grad Zvornik i opštine: Šekovići, Vlasenica, Bratunac, Milići, Osmaci i Srebrenica,

7) u Filijali Trebinje - za grad Trebinje i opštine: Bileća, Ljubinje, Berkovići, Nevesinje, Gacko i Istočni Mostar,

8) u Filijali Foča - za opštine: Foča, Čajniče, Kalinovik, Višegrad, Rudo i Novo Goražde.

(3) Prvostepene komisije mogu vršiti ocjenu privremene spriječenosti za rad osiguranika Fonda samo uz prisustvo radnika Fonda koji prati da li se rad komisije odvija u skladu sa zakonom i ovim pravilnikom i koji ne učestvuje u odlučivanju.

Član 13

(1) Osiguranik Fonda koji je upućen prvostepenoj komisiji prilikom pristupanja prvostepenoj komisiji na uvid daje lični dokument sa slikom kojim se dokazuje da se radi o tom osiguraniku.

(2) Izuzetno od stava 1. ovog člana, za osiguranike Fonda koji su nepokretni ili teško pokretni, trudnice, kao i osiguranike Fonda koji su oboljeli od zarazne bolesti ili im je izrečena mjera obavezne izolacije zbog zarazne bolesti ili sumnje na istu, utvrđivanje privremene spriječenosti za rad može se izvršiti na osnovu medicinske dokumentacije, bez prisustva osiguranika.

Član 14

(1) U postupku ocjene privremene spriječenosti za rad prvostepena komisija pregleda osiguranika Fonda i vrši uvid u zdravstveni karton i medicinsku dokumentaciju, a onda daje jednu od sljedećih ocjena:

1) produžava se privremena spriječenost za rad i do kojeg datuma ili

2) osiguranik je sposoban za rad i od kojeg datuma.

(2) Prvostepena komisija može svojim nalazom, ocjenom i mišljenjem produžiti privremenu spriječenost za rad osiguranika najduže do 30 dana bez ponovnog pregleda od prvostepene komisije.

(3) Prvostepena komisija neprekidno trajanje privremene spriječenosti za rad utvrđuje prema vremenu preporučene dužine spriječenosti za rad iz člana 5. stav 2. ovog pravilnika i svoj nalaz, ocjenu i mišljenje obrazlaže navođenjem podataka iz relevantnog nalaza i mišljenja o zdravstvenom stanju osiguranika Fonda.

(4) Prvostepena komisija, izuzetno u opravdanim slučajevima, imajući u vidu specifične zahtjeve radnog mjesta, može dati nalaz, ocjenu i mišljenje da se neprekidno trajanje privremene spriječenosti za rad utvrđuje u dužem trajanju nego što iznosi preporučena spriječenost za rad iz člana 5. stav 2. ovog pravilnika i takav nalaz, ocjenu i mišljenje dodatno obrazlaže navođenjem sažetka medicinskog nalaza i mišljenja na osnovu kojeg donosi ocjenu, sa podacima o broju i datumu nalaza i mišljenja, zdravstvenoj ustanovi i doktoru medicine odgovarajuće grane specijalnosti koji je izdao nalaz i mišljenje.

(5) Prvostepena komisija osiguraniku Fonda uručuje obavještenje o datom nalazu, ocjeni i mišljenju, na obrascu koji se nalazi u Prilogu 6 ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio.

Član 15

(1) Osiguranik Fonda ima pravo da, ukoliko nije zadovoljan ocjenom prvostepene komisije koja je utvrđivala privremenu spriječenost za rad preko 30 dana, u roku od tri dana zatraži izdavanje rješenja u nadležnoj filijali Fonda.

(2) Osiguranik ima pravo da na rješenje iz stava 1. ovog člana uloži žalbu direktoru Fonda u roku od 15 dana od dana prijema rješenja putem filijale Fonda čiji rukovodilac je donio rješenje.

(3) Žalba iz stava 2. ovog člana ne odlaže izvršenje rješenja.

(4) Direktor Fonda rješenje po žalbi osiguranika Fonda donosi na osnovu nalaza, ocjene i mišljenja Drugostepene komisije, u skladu sa Zakonom.

Član 16

(1) Prvostepena komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad, kada smatra da je to potrebno, dužna je da predloži izabranom doktoru medicine u timu porodične medicine da osiguranika kod kojeg je sprovođeno bolničko liječenje i/ili stacionarna medicinska rehabilitacija, prije isteka šest mjeseci neprekidne privremene spriječenosti za rad, uputi da sa potrebnom medicinskom dokumentacijom podnese zahtjev nadležnoj ustanovi za penzijsko i

invalidsko osiguranje radi ocjene radne sposobnosti u skladu sa propisom kojim je uređena oblast medicinskog vještačenja u penzijskom i invalidskom osiguranju.

(2) Odredba stava 1. ovog člana ne odnosi se na osiguranike kod kojih je uzrok privremene spriječenosti za rad medicinsko stanje povezano sa trudnoćom.

Član 17

Ukoliko nadležna ustanova za penzijsko i invalidsko osiguranje u postupku ocjene radne sposobnosti osiguranika Fonda donese jednu od ocjena: "liječenje nije završeno", "ispitivanje nije završeno" ili "ispitivanje i liječenje nije završeno", izabrani doktor medicine u timu porodične medicine kod kojeg je lice registrovano i prvostepena komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad postupaju u skladu sa obrazloženjem date ocjene i osiguranika ponovno upućuju na ocjenu radne sposobnosti u roku koji je određen nalazom, ocjenom i mišljenjem organa vještačenja u penzijskom i invalidskom osiguranju.

Član 18

(1) Ukoliko je osiguranik Fonda ocijenjen kao sposoban za rad, a zatim ponovo bude privremeno spriječen za rad iz istog ili drugog razloga, dani privremene spriječenosti za rad se ne povezuju sa prethodnim ni po osnovu, ni po visini, niti se tiče isplatioca prethodne naknade.

(2) Ukoliko ustanova za penzijsko i invalidsko osiguranje za osiguranika donese nalaz, ocjenu i mišljenje da liječenje i/ili ispitivanje nije završeno, dani privremene spriječenosti za rad prije navedenog nalaza, ocjene i mišljenja ne povezuju se sa danima privremene spriječenosti za rad poslije navedenog nalaza, ocjene i mišljenja, ni po osnovu, ni po visini, niti se tiče isplatioca prethodne naknade.

(3) Izuzetno od stava 2. ovog člana, ako ustanova nadležna za penzijsko i invalidsko osiguranje za osiguranika koji je privremeno spriječen za rad zbog profesionalne bolesti ili povrede na radu donese nalaz, ocjenu i mišljenje da liječenje i/ili ispitivanje nije završeno,

dani privremene spriječenosti za rad povezuju se sa prethodnim i po osnovu, i po visini i odnosi se na isplatioca prethodne naknade.

Član 19

(1) Ukoliko poslodavac smatra da osiguranik koji je privremeno spriječen za rad neopravdano koristi pravo na naknadu plate za vrijeme privremene spriječenosti za rad, može se obratiti Fondu sa zahtjevom da se izvrši vanredna ocjena privremene spriječenosti za rad osiguranika.

(2) Zahtjev za vanrednu ocjenu privremene spriječenosti za rad iz stava 1. ovog člana poslodavac popunjava na obrascu koji se nalazi u Prilogu 7 ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio.

(3) U zahtjevu iz stava 1. ovog člana poslodavac je obavezan da navede, obrazloži i dokumentuje razloge na osnovu kojih se zahtjev podnosi, a ukoliko poslodavac ima saznanja da je osiguranik za vrijeme privremene spriječenosti za rad napustio mjesto prebivališta, osim u slučaju posjeta izabranom doktoru medicine u timu porodične medicine i u slučaju kada je upućen radi dijagnostike i liječenja koje nije moguće obaviti u mjestu prebivališta, kao i u drugim opravdanim slučajevima koji se odnose na dijagnostiku i liječenje, uz zahtjev iz stava 1. ovog člana dovoljno je dostaviti dokaz o napuštanju prebivališta osiguranika.

(4) Zahtjev iz stava 1. ovog člana Fond dostavlja nadležnoj prvostepenoj komisiji za ocjenu privremene spriječenosti za rad koja poziva osiguranika na vanrednu ocjenu privremene spriječenosti za rad.

(5) Po prijemu poziva prvostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad, osiguranik se javlja izabranom doktoru medicine u timu porodične medicine kod kojeg je registrovan.

(6) U skladu sa stavom 5. ovog člana, izabrani doktor medicine u timu porodične medicine postupa na sljedeći način:

1) ukoliko je osiguranik i dalje privremeno spriječen rad
- vrši upućivanje osiguranika Fonda na obrascu koji se nalazi u Prilogu 2 ovog pravilnika ili

2) ukoliko osiguranik nije privremeno spriječen za rad - o tome obavještava prvostepenu komisiju koja je pozvala osiguranika na vanrednu ocjenu privremene spriječenosti za rad.

(7) Osiguranik koji je prema stavu 6. ovog člana upućen na vanrednu ocjenu privremene spriječenosti za rad prilikom pristupanja komisiji na uvid daje lični dokument sa slikom kojim se dokazuje da se radi o tom osiguraniku.

(8) Nadležna prvostepena komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad pregleda osiguranika i vrši uvid u zdravstveni karton i medicinsku dokumentaciju, nakon čega konstatuje jedno od sljedećeg:

1) potvrđuje se ranije data ocjena privremene spriječenosti za rad ili

2) osiguranik je sposoban za rad sa narednim danom.

(9) Osiguraniku koji se ne odazove prvostepenoj komisiji za vanrednu ocjenu privremene spriječenosti za rad, prvostepena komisija će dati ocjenu "sposoban za rad" sa narednim danom.

(10) Prvostepena komisija osiguraniku Fonda uručuje obavještenje o datom nalazu, ocjeni i mišljenju, na obrascu koji se nalazi u Prilogu 8 ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio.

(11) Obavještenje iz stava 10. ovog člana prvostepena komisija dostavlja i Fondu.

(12) Izabrani doktor medicine u timu porodične medicine kod kojeg je osiguranik Fonda registrovan dužan je da postupi po ocjeni komisije iz stava 8. ovog člana i o tome, bez odlaganja, obavijesti osiguranika i poslodavca, u skladu sa Zakonom.

Član 20

(1) Izabrani doktor medicine u timu porodične medicine osiguraniku Fonda izdaje izvještaj o trajanju privremene spriječenosti za rad najkasnije do petog dana u mjesecu za prethodni mjesec u jednom

primjerku za svakog poslodavca kod kojeg je osiguranik u radnom odnosu, radi ostvarivanja prava na naknadu.

(2) Za prvih 30 dana privremene spriječenosti za rad izvještaj o trajanju privremene spriječenosti za rad potpisuje izabrani doktor medicine u timu porodične medicine, a pored potpisa stavlja svoj faksimil, šifru i pečat doma zdravlja, odnosno nadležne ustanove primarne zdravstvene zaštite.

(3) Za privremenu spriječenost za rad osiguranika Fonda koji se nalazi na bolničkom liječenju ili koristi pravo na smještaj uz dijete koje se nalazi na bolničkom liječenju, izabrani doktor medicine u timu porodične medicine izdaje izvještaj o trajanju privremene spriječenosti za rad na osnovu otpusnog pisma ili potvrde da se osiguranik nalazi na bolničkom liječenju, te pored potpisa stavlja svoj faksimil i šifru i pečat doma zdravlja, odnosno nadležne ustanove primarne zdravstvene zaštite.

Član 21

(1) Izabrani doktor medicine u timu porodične medicine u zdravstveni karton osiguranika unosi podatke potrebne za izračunavanje stope privremene spriječenosti za rad.

(2) Nadležni dom zdravlja / nadležna ustanova primarne zdravstvene zaštite Fondu dostavlja izvještaj o stopi privremene spriječenosti za rad do petnaestog dana u mjesecu za protekli mjesec na obrascu koji se nalazi u Prilogu 9 ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio.

Član 22

(1) Prvostepene i Drugostepena komisija vode evidenciju o svom radu u koju unose podatke o ocjenama privremene spriječenosti za rad.

(2) Na osnovu evidencije iz stava 1. ovog člana, prvostepene komisije sačinjavaju mjesečni izvještaj o radu na obrascu PSZR-1, koji se nalazi u Prilogu 10 ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio.

(3) Izvještaj iz stava 2. ovog člana sačinjava se do petog dana u mjesecu za prethodni mjesec.

(4) Zbirni mjesečni izvještaj o radu prvostepenih komisija se do petnaestog dana u mjesecu za prethodni mjesec sačinjava u poslovnom informacionom sistemu Fonda na obrascu PSZR-2, koji se nalazi u Prilogu 11 ovog pravilnika i čini njegov sastavni dio.

(5) Rad Drugostepene komisije se evidentira u poslovnom informacionom sistemu Fonda.

Član 23

U postupcima utvrđivanja privremene spriječenosti za rad koji su započeti prije stupanja na snagu ovog pravilnika odlučiće se u skladu sa Pravilnikom o postupku utvrđivanja privremene spriječenosti za rad ("Službeni glasnik Republike Srpske", broj 36/24).

Član 24

Stupanjem na snagu ovog pravilnika prestaje da važi Pravilnik o postupku utvrđivanja privremene spriječenosti za rad ("Službeni glasnik Republike Srpske", broj 36/24).

Član 25

Ovaj pravilnik objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske", a stupa na snagu 2. marta 2026. godine.

Prilog u PDF formatu možete preuzeti ovdje