

UPUTSTVO O SADRŽAJU MEDICINSKE I FINANSIJSKE DOKUMENTACIJE ZA POVROT ISPLAĆENE NAKNADE PLATE I NOVČANE NAKNADE*

(“Službeni glasnik RS”, broj 15/26)

1. Ovim uputstvom propisuje se sadržaj medicinske i finansijske dokumentacije koju prilaže poslodavac uz zahtjev za povrat naknade neto plate isplaćene radniku za vrijeme privremene spriječenosti za rad koja traje neprekidno duže od 30 dana, odnosno sadržaj medicinske i finansijske dokumentacije koju prilaže osiguranik koji obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje uz zahtjev za obezbjeđenje naknade za vrijeme privremene spriječenosti za rad koja traje neprekidno duže od 30 dana.

2. Zahtjev iz tačke 1. ovog uputstva podnosi se teritorijalno nadležnoj organizacionoj jedinici Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srpske (u daljem tekstu: Fond), na Obrascu Ref – 01, koji se nalazi u Prilogu 1 ovog uputstva i čini njegov sastavni dio.

3. Na Obrascu Ref - 01 unose se svi traženi podaci, a podnosilac zahtjeva obrazac potpisuje i ovjerava.

4. Uz zahtjev iz tačke 1. ovog uputstva, poslodavac prilaže potpisan i ovjeren spisak radnika za koje podnosi zahtjev za povrat isplaćene naknade neto plate, na Obrascu Ref – 02, koji se nalazi u Prilogu 2 ovog uputstva i čini njegov sastavni dio.

5. Uz zahtjev iz tačke 1. ovog uputstva, osiguranik koji obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje prilaže kopiju rješenja ili drugi dokaz o obavljanju navedene djelatnosti kao osnovnog zanimanja.

6. Uz zahtjev iz tačke 1. ovog uputstva, poslodavac dostavlja sljedeću finansijsku dokumentaciju:

1) potpisan i ovjeren obračun za povrat isplaćene naknade neto plate, na Obrascu Ref – 03, koji se nalazi u Prilogu 3 ovog uputstva i čini njegov sastavni dio, uz koji se prilažu potpisani i ovjereni podaci o elementima bruto plate za mjesec koji ulaze u osnov za obračun prosječne bruto plate na Obrascu Ref - 03a, koji se nalazi u Prilogu 4 ovog uputstva i čini njegov sastavni dio,

2) potpisan i ovjeren pismeni obračun plate za mjesec za koji se traži povrat naknade neto plate.

7. Obrazac Ref - 03 poslodavac popunjava pojedinačno za svakog radnika za kojeg traži povrat isplaćene naknade neto plate, i to za svaki mjesec trajanja privremene spriječenosti za rad, a unose se podaci o platama koje su osnov za obračun naknade plate, procenat za povrat propisan Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i postupak obračuna.

8. Osnov za obračun naknade plate je prosječna bruto plata osiguranika koju bi ostvario da je bio na radu u zadnjih šest mjeseci koji prethode mjesecu za koji se vrši obračun, a ukoliko osiguranik u prethodnom periodu nije proveo minimalno šest mjeseci u radnom odnosu kod poslodavca koji vrši obračun, osnov za obračun naknade je prosječna bruto plata osiguranika koju bi ostvario da je bio na radu u periodu koji je osiguranik proveo u radnom odnosu.

9. Uz zahtjev iz tačke 1. ovog uputstva, osiguranik koji obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje dostavlja potpisan i ovjeren obračun za isplatu naknade na Obrascu Ref - 04, koji se nalazi u Prilogu 5 ovog uputstva i čini njegov sastavni dio.

10. Obrazac Ref - 04 osiguranik koji obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje popunjava za svaki mjesec trajanja privremene spriječenosti za rad i unosi podatke o prosječnoj bruto plati koja je osnov za obračun i uplatu doprinosa i podatke o procentu naknade koja se traži.

11. Uz zahtjev iz tačke 1. ovog uputstva poslodavac, odnosno osiguranik koji obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje dostavlja medicinsku dokumentaciju - uredno popunjen, potpisan i ovjeren izvještaj o trajanju privremene spriječenosti za rad.

12. Nadležna organizaciona jedinica Fonda u svakom konkretnom slučaju informiše podnosioca zahtjeva o dokumentaciji koju je potrebno priložiti uz zahtjev.

13. U postupku rješavanja po zahtjevu, zbog utvrđivanja tačnog činjeničnog stanja, nadležnoj organizacionoj

* Uputstvo je objavljeno u “Službenom glasniku RS”, broj 15/26 od 23. februara 2026. godine, a stupilo je na snagu 2. marta 2026. godine. Uputstvo je donijeto na osnovu člana 87. stav 6. i člana 102. tačka 2) Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju (“Službeni glasnik Republike Srpske”, br. 93/22 i 132/22).

jedinici Fonda se u okviru Integrisanog zdravstvenog informacionog sistema omogućava uvid u dio podataka iz nalaza, ocjene i mišljenja prvostepene ili drugostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad, te nadležna organizaciona jedinica Fonda može od podnosioca zahtjeva, pored dokumentacije propisane ovim uputstvom, zahtijevati da dostavi i dodatnu dokumentaciju.

14. Obrasci medicinske dokumentacije iz t. 11. i 13. ovog uputstva nalaze se u Prilogu 6 ovog uputstva i čine njegov sastavni dio.

15. Stupanjem na snagu ovog uputstva prestaje da važi Uputstvo o sadržaju medicinske i finansijske dokumentacije za povrat isplaćene naknade plate i novčane naknade ("Službeni glasnik Republike Srpske", br. 113/23 i 36/24).

16. Ovo uputstvo objavljuje se u "Službenom glasniku Republike Srpske", a stupa na snagu 2. marta 2026. godine.

PRILOG 1
Obrazac Ref - 01

Podnosilac zahtjeva: _____
JIB: _____
Broj žiro računa: _____
Organizacioni kod: _____
Adresa i sjedište: _____
Broj telefona: _____
Kontakt osoba: _____
E-mail adresa: _____

Fondu zdravstvenog osiguranja
Republike Srpske, Banja Luka

Filijala: _____
Poslovnica: _____

Predmet: Z a h t j e v, dostavlja se

Obraćam se ovim zahtjevom za (označiti jedno od polja):

– povrat naknade neto plate isplaćene radniku za vrijeme privremene spriječenosti za rad

– obezbjeđenje naknade licu (osiguraniku) koji obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje za vrijeme privremene spriječenosti za rad

Zahtjev se odnosi na period od _____ do _____, u ukupnom iznosu od _____ KM (slovima: _____ konvertibilnih maraka i _____/100).

Uz Zahtjev se dostavlja (zaokružiti):

1. izvještaji o trajanju privremene spriječenosti za rad,
2. spisak radnika za koje se podnosi zahtjev za povrat isplaćene naknade neto plate, na Obrascu Ref - 02,
3. potpisan i ovjeren obračun za povrat isplaćene naknade neto plate, na Obrascu Ref - 03, uz koji se prilažu potpisani i ovjereni podaci o elementima bruto plate za mjesec koji ulaze u osnov za obračun prosječne bruto plate, na Obrascu Ref - 03a,
4. potpisan i ovjeren pismeni obračun plate za mjesec za koji se traži povrat naknade neto plate,

| Elementi za obračun | |
|---|---|
| Navesti bruto plate osiguranika koje bi ostvario da je bio na radu u periodu od šest mjeseci koji prethode mjesecu za koji se vrši obračun: | |
| Bruto plata koju bi ostvario u mjesecu _____ | godine iznosi _____ KM; |
| Bruto plata koju bi ostvario u mjesecu _____ | godine iznosi _____ KM; |
| Bruto plata koju bi ostvario u mjesecu _____ | godine iznosi _____ KM; |
| Bruto plata koju bi ostvario u mjesecu _____ | godine iznosi _____ KM; |
| Bruto plata koju bi ostvario u mjesecu _____ | godine iznosi _____ KM; |
| Bruto plata koju bi ostvario u mjesecu _____ | godine iznosi _____ KM; |
| Prosječna bruto plata iznosi: _____ KM. | |
| Period u mjesecu za koji se traži povrat naknade neto plate koja je isplaćena radniku: | |
| od | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Ukupni radni staž kod poslodavca: | <input type="text"/> |
| Ukupni broj sati privremene spriječenosti za rad u navedenom mjesecu: | <input type="text"/> |
| Procenat za povrat (obavezno zaokružiti): <u>70%</u> , <u>90%</u> ili <u>100%</u> od osnova | |
| Iznos za povrat naknade neto plate: _____ KM | |

| Upisati način obračuna naknade plate |
|---|
| Napomena: Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik Republike Srpske", br. 93/22 i 132/22) članom 85. stav 1. propisano je da poslodavac ima pravo Fondu da podnese zahtjev za povrat naknade neto plate isplaćene radniku u skladu sa osnovom iz člana 83. st. 1, 2. i 3. i procentima definisanim u članu 83. stav 4. Zakona. |

Obrazac popunjava i ovjerava odgovorno lice pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću.

Odgovorno lice

(mjesto i datum)

M. P.

Svi podaci koji se unose u ovaj dokument koriste se isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

PRILOG 4
Obrazac Ref - 03a

Bruto plata osiguranika koju bi ostvario da je bio na radu za mjesec koji ulazi u osnov za obračun prosječne bruto plate

| | |
|----------------|---------|
| Ime i prezime: | JMB: |
| Godina: | Mjesec: |

| | |
|--|-----------------------|
| Koeficijent | Cijena rada |
| Godine staža | Procenat minulog rada |
| Iznos osnovne plate + minuli rad ili iznos ugovorene plate | |
| | Iznos minulog rada |

| Uvećanja koja ulaze u osnov za naknadu plate: | Sati | Procenat uvećanja | Iznos |
|---|------|-------------------|-------|
| Prekovremeni rad | | | |
| Noćni rad | | | |
| Otežani uslovi rada | | | |
| Druga uvećanja propisana kolektivnim ugovorom, opštim aktom i/ili ugovorom o radu | | | |
| Vrsta uvećanja | | | |
| Vrsta uvećanja | | | |
| Vrsta uvećanja | | | |
| Ukupni iznos uvećanja: | | | |

| Druga primanja po osnovu rada koja ne ulaze u osnov za obračun naknade plate | Sati | Procenat uvećanja | Iznos |
|---|------|-------------------|-------|
| Dnevnica za službeno putovanje u Republici Srpskoj, Federaciji BiH i u inostranstvu | | | |
| Naknada troškova prevoza kod dolaska na posao i povratka sa posla | | | |
| Naknada za povećanje troškova boravka za vrijeme rada na terenu | | | |
| Topli obrok | | | |
| Otpremnina prilikom odlaska radnika u penziju | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Naknada za troškove korišćenja sopstvenog automobila kod obavljanja službenog posla po nalogu poslodavca | | | |
| Pomoć radniku u slučaju smrti člana porodice, teške invalidnosti ili dugotrajne bolesti radnika | | | |
| Druga primanja utvrđena kolektivnim ugovorom, opštim aktom i/ili ugovorom o radu | | | |
| Ukupni iznos drugih primanja po osnovu rada: | | | |

| | |
|--|--|
| Ukupni iznos bruto plate koja ulazi u osnov za obračun naknade | |
|--|--|

| Popunjavati samo u slučaju privremene spriječenosti za rad u navedenom mjesecu | | |
|--|--|--|
| Sati privremene spriječenosti za rad | Procenat umanjenja za vrijeme trajanja privremene spriječenosti za rad | Iznos razlike između pune bruto plate i umanjene bruto plate za vrijeme trajanja privremene spriječenosti za rad |
| | | |
| | | |

Obrazac popunjava i ovjerava odgovorno lice pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću.

Odgovorno lice

(mjesto i datum)

M. P.

Svi podaci koji se unose u ovaj dokument koriste se isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

PRILOG 5
Obrazac Ref - 04

Obračun za isplatu naknade za lice (osiguranika) koje obavlja privrednu, preduzetničku ili profesionalnu djelatnost

| Podaci o osigurniku | |
|---------------------------|--|
| Ime i prezime: _____ | |
| JMB: <input type="text"/> | |

| Elementi za obračun naknade | |
|--|-------------------------|
| Period u mjesecu za koji se traži naknada: | |
| od <input type="text"/> | do <input type="text"/> |
| Ukupni broj radnih sati u navedenom mjesecu: | <input type="text"/> |
| Ukupni broj radnih sati privremene spriječenosti za rad u navedenom mjesecu: | <input type="text"/> |
| Prosječna bruto plata u Republici Srpskoj za prethodnu godinu iznosi _____ KM | |
| Osnovica koja je primijenjena prilikom uplate doprinosa na prosječnu bruto platu _____ % | |
| Procenat za povrat (zaokružiti): 70%, 90% ili 100% od osnova | |
| Iznos zahtjeva za isplatu naknade: _____ KM | |

| Upisati način obračuna naknade: |
|---|
| Napomena: Iznos prosječne bruto plate za prethodnu godinu u Republici Srpskoj množi se sa osnovicom za obračun i uplatu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, koja je propisana Zakonom o doprinosima. Dobijeni iznos se dijeli sa ukupnim brojem radnih sati u mjesecu za koji se traži obezbjeđenje naknade. Dobijeni iznos se množi sa ukupnim brojem radnih sati privremene spriječenosti za rad za mjesec za koji se traži naknada. Na dobijeni iznos primjenjuje se propisani procenat (70%, 90% ili 100% od osnova) i dobija se iznos naknade. |

Obrazac popunjava i ovjerava odgovorno lice pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću.

Odgovorno lice

(mjesto i datum)

M. P.

Svi podaci koji se unose u ovaj dokument koriste se isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

IZVJEŠTAJ O TRAJANJU PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD
ZA MJESEC _____ . GODINE

PODACI O ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

PODACI O UPLATIOCU DOPRINOSA

| | |
|--|--|
| Naziv i šifra zdravstvene ustanove | |
| Šifra doktora medicine u timu porodične medicine | |

| | |
|---------------------------|--|
| Naziv uplatioca doprinosa | |
| JIB uplatioca doprinosa | |

PODACI O OSIGURANIKU

| | |
|---|-----------------|
| Prezime i ime | JMB osiguranika |
| Adresa stana, mjesto, ulica i broj | Broj kartona |
| Pol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž | |

PODACI O TRAJANJU SPRIJEČENOSTI ZA RAD

| | |
|--|--|
| Prvi dan privremene spriječenosti za rad | Posljednji dan privremene spriječenosti za rad |
| Spriječen za rad u periodu od _____ do _____ | |

IZVJEŠTAJ ZA PRIVREMENU SPRIJEČENOST ZA RAD PREKO 30 DANA IZDAJE SE NA OSNOVU

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nalaza, ocjene i mišljenja Prvogostepene/Drugostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad | <input type="checkbox"/> Potvrde ili otpusnog pisma o bolničkom liječenju |
| Broj nadležne komisije _____ Datum zasjedanja komisije _____ | Prvi dan bolničkog liječenja _____ Posljednji dan bolničkog liječenja _____ |

RAZLOG PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| 1. Bolest | 2. Maligna bolest | 3. Medicinsko ispitivanje | 4. Bolest ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće | 5. Njega oboljelog člana uže porodice - djeteta mlađeg od 15 godina |
| 6. Njega oboljelog člana uže porodice starijeg od 15 godina | 7. Njega djeteta oboljelog od maligne bolesti ili pratnja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta oboljelog od maligne bolesti | 8. Pratnja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta oboljelog od nemaligne bolesti | 9. Njega oboljelog člana uže porodice zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja - do četiri mjeseca tokom kalendarske godine | 10. Povreda van rada |
| 11. Mjera obavezne izolacije kao kliconoše | 12. Mjera obavezne izolacije zbog pojave zaraze u okolini | 13. Dobrovoljno davanje organa, tkiva ili ćelija | 14. Povreda na radu | 15. Profesionalna bolest |
| Da li je povreda uzrokovana upotrebom motornog vozila DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | | | | |

| | |
|--------------------------|--|
| Mjesto: _____ | Potpis doktora medicine u timu porodične medicine |
| Datum: _____ 20__ . god. | M. P. |

Svi podaci koji se unose u ovaj dokument koriste se isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

PRVOSTEPENA KOMISIJA ZA OCJENU
PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD

ID dokumenta:

| | | |
|---------------------------------------|----------------------------|---|
| Komisija (navesti broj i sjedište) | Broj zdravstvenog kartona: | Broj i datum ocjene: |
| Ime i prezime osiguranog lica | JMB | Adresa prebivališta i kontakt telefon |
| Naziv i sjedište poslodavca | Naziv radnog mjesta | Ukupni staž i staž na sadašnjim poslovima |

| | |
|---|--|
| Povreda na radu <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | Privremena spriječenost za rad iz člana 84. stav 1. tačka 3) Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju, koja je prouzrokovana upotrebom: <input type="checkbox"/> Alkohola <input type="checkbox"/> Psihoaktivnih supstanci |
| Prvi dan privremene spriječenosti za rad: | |
| Razlog privremene spriječenosti za rad (označiti): | |
| <input type="checkbox"/> Bolest <input type="checkbox"/> Maligna bolest <input type="checkbox"/> Medicinsko ispitivanje <input type="checkbox"/> Bolest ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće <input type="checkbox"/> Njega djeteta oboljelog od maligne bolesti ili pratnja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta oboljelog od maligne bolesti <input type="checkbox"/> Pratnja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta oboljelog od nemaligne bolesti | <input type="checkbox"/> Njega oboljelog člana uže porodice zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja - do četiri mjeseca tokom kalendarske godine <input type="checkbox"/> Povreda van rada <input type="checkbox"/> Mjera obavezne izolacije kao kliconoše <input type="checkbox"/> Mjera obavezne izolacije zbog pojave zaraze u okolini <input type="checkbox"/> Dobrovoljno davanje organa, tkiva ili ćelija <input type="checkbox"/> Povreda na radu <input type="checkbox"/> Profesionalna bolest |
| Podaci o ranijim ocjenama prvostepene komisije: | |
| (Da li je prvostepena komisija utvrdila postojanje privremene spriječenosti za rad i do kada?) | |
| Podaci o medicinskom vještačenju iz penzijsko-invalidskog osiguranja: | |
| (Da li je predat zahtjev za ocjenu radne sposobnosti i kada, da li je uložena žalba i kada, da li je ranije vršeno medicinsko vještačenje, kada i koja je bila ocjena?) | |

Na osnovu člana 74. stav 5, a u vezi sa članom 76. stav 1. Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik Republike Srpske", br. 93/22 i 132/22), daje se

NALAZ, OCJENA I MIŠLJENJE

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Osiguranik je sposoban za rad sa danom _____ ; <input type="checkbox"/> Produžava se privremena spriječenost za rad do _____ uz sljedeće obrazloženje: _____ |
| Predlaže se doktoru medicine u timu porodične medicine kod kojeg je osiguranik registrovan: <input type="checkbox"/> da osiguranika uputi da sa potrebnom medicinskom dokumentacijom podnese zahtjev nadležnoj ustanovi za penzijsko i invalidsko osiguranje radi ocjene radne sposobnosti prije isteka šest mjeseci neprekidne privremene spriječenosti za rad; <input type="checkbox"/> ostalo _____ |

* Obrazac Nalaza, ocjene i mišljenja kreira se u elektronskom obliku i važeći je bez pečata i potpisa članova komisije. Vjerodostojnost dokumenta potvrđuje jedinstveni identifikacioni broj dokumenta.

* Prvostepena komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad osiguraniku uručuje obavještenje o datom Nalazu, ocjeni i mišljenju.

* Svi podaci koji se unose u ovaj dokument koriste se isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

Članovi komisije:

1. _____ šifra _____
2. _____ šifra _____
3. _____ šifra _____

PRVOSTEPENA KOMISIJA ZA OCJENU
PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD
VANREDNA OCJENA

ID dokumenta:

| Komisija (navesti broj i sjedište) | Broj zdravstvenog kartona: | Broj i datum ocjene: |
|--|--|---|
| Ime i prezime osiguranog lica | JMB | Adresa prebivališta i kontakt telefon |
| Naziv i sjedište poslodavca | Naziv radnog mjesta | Ukupni staž i staž na sadašnjim poslovima |
| Povreda na radu <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | Privremena spriječenost za rad iz člana 84. stav 1. tačka 3) Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju, koja je prouzrokovana upotrebom: <input type="checkbox"/> Alkohola <input type="checkbox"/> Psihoaktivnih supstanci | |

| | |
|---|--|
| Prvi dan privremene spriječenosti za rad: | |
| Razlog privremene spriječenosti za rad (označiti): | |
| <input type="checkbox"/> Bolest <input type="checkbox"/> Maligna bolest <input type="checkbox"/> Medicinsko ispitivanje <input type="checkbox"/> Bolest ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće <input type="checkbox"/> Njega djeteta oboljelog od maligne bolesti ili pratnja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta oboljelog od maligne bolesti <input type="checkbox"/> Pratnja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta oboljelog od nemaligne bolesti | <input type="checkbox"/> Njega oboljelog člana uže porodice zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja - do četiri mjeseca tokom kalendarske godine <input type="checkbox"/> Povreda van rada <input type="checkbox"/> Mjera obavezne izolacije kao kliconoše <input type="checkbox"/> Mjera obavezne izolacije zbog pojave zaraze u okolini <input type="checkbox"/> Dobrovoljno davanje organa, tkiva ili ćelija <input type="checkbox"/> Povreda na radu <input type="checkbox"/> Profesionalna bolest |
| Podaci o ranijim ocjenama prvostepene komisije: | |
| (Da li je prvostepena komisija utvrdila postojanje privremene spriječenosti za rad i do kada?) | |
| Podaci o medicinskom vještačenju iz penzijsko-invalidskog osiguranja: | |
| (Da li je predat zahtjev za ocjenu radne sposobnosti i kada, da li je uložena žalba i kada, da li je ranije vršeno medicinsko vještačenje, kada i koja je bila ocjena?) | |

Na osnovu člana 79. Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik Republike Srpske", br. 93/22 i 132/22), daje se **NALAZ, OCJENA I MIŠLJENJE**

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Potvrđuje se ranije data ocjena privremene spriječenosti za rad _____ <input type="checkbox"/> Osiguranik je sposoban za rad sa narednim danom _____ Napomena: _____ |
|---|

* Obrazac Nalaza, ocjene i mišljenja kreira se u elektronskom obliku i važeći je bez pečata i potpisa članova komisije. Vjerodostojnost dokumenta potvrđuje jedinstveni identifikacioni broj dokumenta.

* Prvostepena komisija za ocjenu privremene spriječenosti za rad osiguraniku uručuje obavještenje o datom Nalazu, ocjeni i mišljenju.

* Svi podaci koji se unose u ovaj dokument koriste se isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

Članovi komisije:

1. _____ šifra _____
2. _____ šifra _____
3. _____ šifra _____

**DRUGOSTEPENA KOMISIJA ZA OCJENU
PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD**

ID dokumenta:

| | | |
|---|---|--|
| Broj zdravstvenog kartona: | Broj i datum ocjene: | |
| Ime i prezime osiguranika | JMB | Adresa prebivališta i kontakt telefon |
| Naziv i sjedište poslodavca | Naziv radnog mjesta | Ukupni staž i staž na sadašnjim poslovima |
| Povreda na radu <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | | Privremena spriječenost za rad iz člana 84. stav 1. tačka 3) Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju, koja je prouzrokovana upotrebom: <input type="checkbox"/> Alkohola <input type="checkbox"/> Psihoaktivnih supstanci |
| Prvi dan privremene spriječenosti za rad: | | |
| Razlog privremene spriječenosti za rad (označiti): | | |
| <input type="checkbox"/> Bolest <input type="checkbox"/> Maligna bolest <input type="checkbox"/> Medicinsko ispitivanje <input type="checkbox"/> Bolest ili komplikacija u vezi sa održavanjem trudnoće <input type="checkbox"/> Njega djeteta oboljelog od maligne bolesti ili pratnja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta oboljelog od maligne bolesti | <input type="checkbox"/> Njega oboljelog člana uže porodice zbog teškog oštećenja zdravstvenog stanja - do četiri mjeseca tokom kalendarske godine <input type="checkbox"/> Povreda van rada <input type="checkbox"/> Mjera obavezne izolacije kao kliconoše <input type="checkbox"/> Mjera obavezne izolacije zbog pojave zaraze u okolini <input type="checkbox"/> Dobrovoljno davanje organa, tkiva ili ćelija | |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pratlja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta oboljelog od nemaligne bolesti | <input type="checkbox"/> Povreda na radu |
| | <input type="checkbox"/> Profesionalna bolest |

Razmatrajući žalbu osiguranika na osnovu uvida u medicinsku dokumentaciju, u skladu sa članom 74. stav 6. Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik Republike Srpske", br. 93/22 i 132/22), daje se

NALAZ, OCJENA I MIŠLJENJE

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Potvrđuje se Nalaz, ocjena i mišljenje Prvostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad, broj: _____ od _____ iz sljedećeg razloga: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mijenja se Nalaz, ocjena i mišljenje Prvostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad, broj: _____ od _____ iz sljedećeg razloga: _____ |
| i glasi: _____ |

* Obrazac Nalaza, ocjene i mišljenja kreira se u elektronskom obliku i važeći je bez pečata i potpisa članova komisije.

* Vjerodostojnost dokumenta potvrđuje jedinstveni identifikacioni broj dokumenta.

* Osiguranik se o datom Nalazu, ocjeni i mišljenju Drugostepene komisije za ocjenu privremene spriječenosti za rad obavještava uručivanjem rješenja.

* Svi podaci koji se unose u ovaj dokument koriste se isključivo u svrhu ostvarenja prava propisanog Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i u druge svrhe se ne smiju koristiti.

Članovi komisije:

1. _____ šifra _____
2. _____ šifra _____
3. _____ šifra _____