

SRBIJA

REPUBLIČKI FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

DIREKCIJA

Jovana Marinovića 2

SRB-11040 BEOGRAD

Spletna stran: <http://www.lat.rzzo.rs/index.php/o-nama/info.html>

INFORMACIJA O PRAVICAH IN NAČINU KORIŠČENJA ZDRAVSTVENIH STORITEV V REPUBLIKI SRBIJI

Začasno bivanje tujih zavarovancev in njihovih družinskih članov v R Srbiji – uveljavljanje zdravstvenih storitev na podlagi sklenjenega mednarodnega sporazuma o socialnem zavarovanju

V Republiki Srbiji obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja in izvaja Republiški zavod za zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju: RZZZ) in njegove organizacijske enote (v nadaljevanju: podružnice).

Kontaktne podatke vseh podružnic in izpostav RZZZ so dostopni na spletnem naslovu: <http://www.rzzo.rs/index.php/kontakt-top-menu>.

RZZZ sklepa pogodbe o nudenju zdravstvenega varstva za svoje zavarovance z zdravstvenimi ustanovami, ki so v t.i. Planu mreže zdravstvenih ustanov.

Zavarovanci držav, s katerimi je sklenjen mednarodni sporazum o zdravstvenem zavarovanju, kot tudi njihovi družinski člani, v času začasnega bivanja v Republiki Srbiji pravico do nujne medicinske pomoči uveljavljajo s pomočjo dogovorjenih listin (v skladu z mednarodnim sporazumom) ali na podlagi listine, s katero dokazujejo, da so zavarovani v svoji državi.

Za koriščenje zdravstvenega varstva tujim zavarovancem za čas bivanja v Republiki Srbiji, podružnica, na območju katere začasno prebivajo, na podlagi listine, ki jo izda tuji nosilec socialnega zavarovanja, (evropske kartice za zavarovance Republike Slovenije), izda Zdravstveni list – Obrazec INO-1.

Zdravstvena ustanova tujemu zavarovancu in njegovemu družinskemu članu nudi zdravstveno varstvo na podlagi te listine in sicer le v primeru nudenja **nujne medicinske pomoči** in v primeručasne nezmožnosti za delo. V kolikor tuji zavarovanec nima listine, lahko nosilec, ki v kraju bivanja nudi zdravstvene storitve, od pristojnega nosilca zahteva naknadno izdajo.

Družinski člani tujih aktivnih zavarovancev in tuji upokoenci ter njihovi družinski člani, s stalnim prebivališčem v Republiki Srbiji – uveljavljanje zdravstvenih storitev na podlagi sklenjenega mednarodnega sporazuma o socialnem zavarovanju

Državljeni oziroma zavarovanci držav, s katerimi je sklenjen mednarodni sporazum o socialnem zavarovanju, uveljavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v vsebini in obsegu, ki sta določena z Zakonom o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list R Srbije, št. 107/2005 in 109/2005 – popravek), če z mednarodnim sporazumom o socialnem zavarovanju ni drugače določeno.

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Srbiji so:

1. pravico do zdravstvenega varstva;
2. pravico do nadomestila plače zaradi časne nezmožnosti zadržanosti zavarovanca od dela;
3. pravico do povračila stroškov prevoza v zvezi s koriščenjem zdravstvenega zavarovanja.

Pravica do zdravstvenega varstva obsega:

- preventivne ukrepe in zgodnje odkrivanje bolezni;
- preglede in zdravljenje v zvezi z načrtovanjem družine, med nosečnostjo in v obdobju materinstva do 12 mesecev po porodu;
- preglede in zdravljenje v primeru bolezni in poškodbe;
- preglede in zdravljenje bolezni ušes in zob;
- medicinsko rehabilitacijo v primeru bolezni in poškodbe;
- zdravila in medicinske pripomočke;
- proteze, ortoze in druga pomagala za gibanje, stanje in sedenje, pomagala za vid, sluh, govor, zobnoprótetični nadomestki kot tudi druga pomagala.

Opomba: RZZZ lahko predpiše predhodno soglasje prvostopenjske zdravniške komisije za koriščenje zdravstvenega varstva, še posebej pa za določene vrste diagnostičnih in terapijskih postopkov, stacionarno zdravljenje ali hišno nego.

Zadržanost zavarovanca od dela nastopi z dnevom, ko izbrani zdravnik ugotovi, da zavarovanec ni sposoben opravljati svojega dela zaradi bolezni ali poškodbe, oziroma z dnevom, ko izbrani zdravnik ugotovi, da obstaja potreba za nego ožjega družinskega člana ali ko ugotovi drugi predpisani razlog za začasno zadržanost zavarovanca od dela. Dolžino začasne zadržanosti od dela ocenjuje strokovno-medicinski organ RZZZ oziroma matične podružnice na podlagi medicinsko-doktrinarnih standardov za določanje začasne zadržanosti od dela.

Nadomestilo stroškov prevoza v zvezi s koriščenjem zdravstvenega varstva se zagotavlja zavarovanim osebam kot tudi spremljevalcu zavarovane osebe v primeru napotitve v zdravstveno ustanovo izven območja matične podružnice, če je zdravstvena ustanova oddaljena najmanj 50 kilometrov od kraja njegovega bivanja.

Zdravstveno varstvo se financira iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. **Zavarovanci plačajo le udeležbo pri storitvah, kjer je to določen, v kolikor niso oproščeni plačila.** Za vsako zaračunano udeležbo je zdravstvena ustanova dolžna izdati račun. Zneski udeležbe so določeni v Pravilniku o vsebini in obsegu pravic do zdravstvenega varstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in se lahko spreminjajo na letni ravni.

Za primer navajamo nekatere **trenutno veljavne zneske udeležbe:**

- stacionarno zdravljenje – na dan 50 RSD
- rehabilitacija v stacionarni zdravstveni ustanovi – na dan 50 RSD
- pregled in zdravljenje s strani izbranega zdravnika in zdravnika specialista 50 RSD
- vse laboratorijske storitve – preko napotnice (vključno z mikrobiologijo, parazitologijo in citologijo) 50 RSD
- rentgenski pregled in snemanje – preko napotnice 50 RSD
- pregled na ultrazvočnem aparatu – preko napotnice 100 RSD
- pregled preko napotnice:
 - skener in kostna denzitometrija 300 RSD
 - magnetna resonanca 600 RSD
- medicinsko-tehnična pomagala: od 10% do 35% določene cene pomagala.

Obveznosti plačila udeležbe so oproščeni otroci do 15. leta; vsi šoloobvezni otroci in študenti do zaključenega predpisanega šolanja oziroma najkasneje do 26. leta starosti; ženske v zvezi z

načrtovanjem družine kot tudi med nosečnostjo in v obdobju materinstva do 12 mesecev po porodu; osebe, starejše od 65 let; invalidne in duševno prizadete osebe; osebe, ki se zdravijo za infekcijami, ki jih je povzročil HIV, ali za drugimi nalezljivimi boleznimi.