

**ПРОЦЕДУРА ЗА
ПРИЈАВУ ПОВРЕДЕ НА
РАДУ**

ПРОЦЕДУРА ЗА ПРИЈАВУ ПОВРЕДЕ НА РАДУ

1.0 ЦИЉ

Овом процедуром се прописује поступак пријављивања повреде на раду запослених у Специјалној болници за психијатријске болести „Др Славољуб Бакаловић“ Вршац (у даљем тексту: Болница) у циљу бржег и ефикаснијег прибављања неопходне документације и поштовања прописаних временских рокова, као и да омогући ефикасније реализовање процедуре достављањем образаца неопходних за попуњавање у самој организационој јединици, одмах након повређивања запосленог.

2.0 ОБИМ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЕНЕ

Процедура је намењена свим запосленима у Болници.

3.0 СКРАЋЕНИЦА

Специјална болница за психијатријске болести „др Славољуб Бакаловић“ Вршац	Болница
Републички фонд за здравствено осигурање	РФЗО

4.0 ДЕФИНИЦИЈЕ

Повреда на раду је повреда запосленог која се догодила у просторној временској и узрочној повезаности са обављањем посла по основу кога је запослени осигуран (послови на које је распоређен односно на које га послодавац упути).

Повредом на раду сматра се свака повреда, обољење или смрт настала као последица несреће на послу, односно као последица сваког неочекиваног или непланираног догађаја, укључујући и акт насиља који је настао услед рада или је повезан са радом и који је довео до повреде, обољења или смрти осигураника, која је наступила одмах или у периоду од 12 месеци од дана настанка повреде на раду. Под повредом на раду не подразумевају се професионална обољења.

5.0 ОДГОВОРНОСТ ЗА ПРИМЕНУ ПРОЦЕДУРЕ

Одговорност за спровођење ове процедуре има службеник за послове за послове заштите, безбедности и здравља на раду у Болници, као и запослени у својству повређеног.

6.0 ДЕТАЉАН ОПИС АКТИВНОСТИ

Повреда на раду утврђује се на основу Извештаја о повреди на раду – повредне листе. У случају повреде на раду, неопходно је прибавити Извештај лекара специјалисте који је први прегледао повређеног, најдуже 24 часа од наступања повреде. О повреди запослени обавештава лично или телефоном непосредног руководиоца и службеника за послове заштите безбедности и здравља на раду. Потом, запослени попуњава изјаву.

Изјава повређеног запосленог треба да садржи:

- време повређивања;
- место повређивања са локализацијом (нпр."у ходнику Болнице на "Г" одељењу);
- датум настанка повреде;
- кратак опис настанка повреде (на који начин се повредио запослени);

- навод о томе да ли постоји сведок или не (уколико постоји, навести име и презиме сведока);
- у доњем десном углу, након састављања Изјаве, уписују се подаци о ономе ко даје Изјаву.

Изјаву пише повређени запослени. Изјава се заводи у писарници Болнице и доставља службенику за послове заштите безбедности и здравља на раду. Службеника за послове заштите безбедности и здравља на раду попуњава повредну листу у року од 24 часа од датума сазнања. Тако попуњену повредну листу доставља здравственој установи где је обављен преглед повређеног и то најкасније у року од 24 часа од часа уписа података у повредну листу. Лекар специјалиста је дужан да, у року од два дана од дана пријема повредне листе, унесе податке из лекарског извештаја, оцени тежину повреде и да тако попуњену повредну листу достави Болници, односно службенику за послове за послове заштите безбедности и здравља на раду. У случају да лекар који је први прегледао повређеног не ради у сменама тих дана, пише се изјава о кашњењу РФЗО-у и заведена изјава се прикључује документацији.

Документација која се прилаже за пријаву повреде на раду:

- Повредна листа - свих пет примерака;
- Изјава о изабраном лекару опште медицине (из дома здравља) - оверена печатом (доставити фотокопију);
- Извештај доктора медицине специјалисте који је прегледао повређеног (фотокопија);
- Пријава инспекцији рада(тешке повреде);
- Изјава о кашњењу РФЗО-у.

Комплетирана документација о повреди на раду доставља се, преко курира Болнице, РФЗО-Филијали за јужнобанатски округ са седиштем у Панчеву Испостави Вршац. РФЗО, након разматрања и прихватања/одбијања признавања повреде на раду доставља Болници повредну листу у четири примерка. Запослени добија један примерак оверене повредне листе.

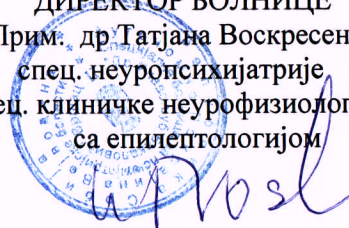
7.0 ВЕЗЕ СА ДРУГИМ ДОКУМЕНТИМА

- Закон о безбедности и здрављу на раду
- Закон о здравственом осигурању
- Закон о пензијском и инвалидском осигурању
- Правилник о садржају и начину издавања образаца извештаја о повреди на раду\професионалном обољењу и обољењу у вези са радом

8.0 ПРИЛОЗИ

Прилог 1: Повредна листа (образак).

ДИРЕКТОР БОЛНИЦЕ
Прим. др Татјана Воскресенски
спец. неуропсихијатрије
субспец. клиничке неурофизиологије
са епилептологијом



17.	Адреса и место	
18.	Телефон	
19.	Е-пошта	

IV. ПОДАЦИ О ПОВРЕЂЕНОМ

20.	Име и презиме	
21.	ЈМБГ	
22.	Пол	
23.	Старост повређеног	
24.	Пребивалиште,	Улица и број
	односно	Место, општина
	боравиште	Држава
25.	Држављанство	
26.	Назив државе	
27.	Радни статус	
28.	Занимање	
29.	Ниво квалификације	
30.	Радно искуство на пословима на којима се повреда догодила (ГГММДД)	

V. ПОДАЦИ О ПОВРЕДИ НА РАДУ

31.	Датум када се повреда догодила (ГГГГММДД)	
32.	Време када се повреда догодила	
33.	Радни сат од почетка рада	
34.	Адреса (улица и број)	
35.	Општина	
36.	Место	
37.	Држава	
38.	Радно место где се повреда догодила, односно на редовном путу од стана до места рада или обрнуто	
39.	Радна средина	
40.	Процес рада	
41.	Специфична физичка активност	
42.	Извор повреде	
43.	Контакт – начин повређивања	
44.	Уривак повреде	

45.	Да ли је у моменту повреде повређени радио на радном месту са повећаним ризиком	☐
-----	---	--------------------------

VI. ПОДАЦИ О НЕПОСРЕДНОМ РУКОВОДИОЦУ ПОВРЕЂЕНОГ

46.	Име и презиме	
-----	---------------	--

VII. ПОДАЦИ О ОЧЕВИЦУ

47.	Име и презиме	
48.	Адреса пребивалишта	

Датум попуњавања обрасца:

Место: _____

М.П.

М.П.

ПОСЛОДАВАЦ КОРИСНИК

ПОСЛОДАВАЦ

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

(име, презиме и потпис)

(име, презиме и потпис)

VIII. НАЛАЗ И МИШЉЕЊЕ ЛЕКАРА КОЈИ ЈЕ ПРВИ ПРЕГЛЕДАО ПОВРЕЂЕНОГ

49.	Назив и адреса здравствене установе у којој је повређени прегледан	
50.	Дијагноза и локализација повреде (уписати шифру и назив дијагнозе из МКБ 10, од најтеже ка најлакшој)	
51.	Спољни узрок повреде по класификацији МКБ 10 (W01 – Z99)	
52.	Врста повреде	
53.	Повређени део тела	
54.	Оцена тежине повреде (1 – лака, 2 – тешка, 3 – смртна)	
55.	Друге примедбе лекара (да ли је повређени под утицајем алкохола, психоактивних супстанци и сл.)	
56.	Да ли је повређени спречен за рад више од три узастопна календарска дана	
57.	Процењен број изгубљених календарских дана	

Датум:

Место: _____

М.П.

ПОТПИС ЛЕКАРА

ОРГАНИЗАЦИЈА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Датум пријема Извештаја о повреди на раду:

Датум утврђивања повреде на раду:

Место: _____

М.П.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ
