

# ЛИСТА ПОМАГАЛА

## 1.Протетичка средства (протезе)

Табела 1

| Шифра                         | Назив помагала        | Индикације                                                                                                                                                                                                     | Прописивање                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Образац за прописивање помагала | Рок трајања најмање у месецима |                         |                           |                    | Обавеза враћања помагала | Доплата | Напомена                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|--------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               |                       |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 | I група до 7г                  | II група преко 7 до 18г | III група преко 18 до 65г | IV група преко 65г |                          |         |                                                                                                                                                                                                  |
| 1                             | 2                     | 3                                                                                                                                                                                                              | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 5                               | 6                              |                         |                           |                    | 7                        | 8       | 9                                                                                                                                                                                                |
| Протезе за горње екстремитете |                       |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |                                |                         |                           |                    |                          |         |                                                                                                                                                                                                  |
| 001                           | Естетска протеза шаке | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem digitorum et manus</i> , Z89.0 или Z89.1<br>-урођени недостатак шаке или прстију ( <i>Aplasia manus et digiti (digitorum) congenita</i> Q 71.3) | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка шаке или прстију<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП                     | 12                             | 12                      | 48                        | 60                 | НЕ                       | ДА      | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације. |
|                               |                       |                                                                                                                                                                                                                | За наредна прописивања<br>- специјалиста физикалне медицине<br>- овера филијале<br>- проверка функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Образац ОПП                     |                                |                         |                           |                    |                          |         |                                                                                                                                                                                                  |

|     |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |    |    |                                                                                                              |                                                                                                              |    |    |                                                                                                                                                                                                   |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 002 | Подлакратна<br>(транспрадијална)<br>естетска протеза<br>(пасивна)                                                                   | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputation antebrachii, Z 89.2</i><br>-урођени недостатак подлактице<br>( <i>Aplasia antebrachii et manus congenita Q 71.2</i> )  | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка подлактице<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 12 | 48                                                                                                           | 60                                                                                                           | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортогичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутиационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације. |
|     |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                     | За наредна прописивања<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Образац ОПП |    |    |                                                                                                              |                                                                                                              |    |    |                                                                                                                                                                                                   |
| 003 | Подлакратна<br>(транспрадијална)<br>егзоскелетна<br>механичка протеза са<br>уграђеном шаком<br>(радна -<br>функционална<br>протеза) | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem antebrachii, Z89.2</i><br>-урођени недостатак подлактице<br>( <i>Aplasia antebrachii et manus congenita Q 71.2</i> ) | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка подлактице<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 12 | 60 месеци са правом на ремонт - механичког зглоба са ротором, механичке шаке, суспензије и естетске рукавице | 84 месеца са правом на ремонт - механичког зглоба са ротором, механичке шаке, суспензије и естетске рукавице | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортогичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутиационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације. |

|     |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |   |    |    |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|---|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | За наредна прописивања<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Образац ОПП |   |    |    |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 004 | Подлакатна<br>(транспрадијална)<br>миоелектрична<br>протеза | Осигурано лице старије од 12 година живота ученик, студент и лице коме протеза може помоћи за обављање послова занимања најкасније до навршених 65 година живота, код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem antebrachii bill. Z 89.3</i><br>-урођени недостатак подлактице ( <i>Aplasia antebrachii et manus congenita Q 71.2</i> ), | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка подлактице<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | - | 36 | 36 | - | НЕ | ДА | Протеза се обезбеђује само за доминантну руку, уз приложен тест сепарације и психолошког тестирања и претходно коришћење механичке функционалне протезе најмање 12 месеци.<br><br>Уз протезу осигураном лицу се обезбеђује и једна естетска рукавица на 12 месеци, две електроде на 24 месеца и две батерија на 24 месеца. |
|     |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | За наредна прописивања<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Образац ОПП |   |    |    |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|     |                                                                                                           |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |    |    |                                                                     |                                                                     |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 005 | Надлактична (трансхумерална) естетска протеза                                                             | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem brachii</i> Z89.2<br>-урођени недостатак надлактице Q71.0 | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка надлактице<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 12 | 60 месеци са правом на ремонт - естетске шаке и суспензије          | 84 месеца са правом на ремонт - естетске шаке и суспензије          | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампуационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације.<br><br>Уз протезу осигураном лицу се обезбеђује и једна естетска рукавица на 12 месеци |
|     |                                                                                                           |                                                                                                                          | За наредна прописивања<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Образац ОПП |    |    |                                                                     |                                                                     |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 006 | Надлактична (трансхумерална) егзоскелетна - механичка протеза с механичким зглобом (радна - функционална) | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem brachii</i> Z89.2<br>-урођени недостатак надлактице Q71.0 | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка надлактице<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 12 | 60 месеци са правом на ремонт - механичке шаке, ротора и суспензије | 84 месеца са правом на ремонт - механичке шаке, ротора и суспензије | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампуационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације.<br><br>Уз протезу осигураном лицу се обезбеђује и једна естетска рукавица на 12 месеци |
|     |                                                                                                           |                                                                                                                          | За наредна прописивања<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Образац ОПП |    |    |                                                                     |                                                                     |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|     |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |    |    |                                                                                     |                                                                                     |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 007 | Надлактична (трансхумерална) ендоскелетна механичка протеза са спољним лакатним зглобом (радна - функционална) | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem brachii</i> Z89.2<br>-урођени недостатак надлактице Q71.0                                                                                                                                                                                           | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка надлактице<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 12 | 60 месеци са правом на ремонт - спољног лакта, ротатора, механичке шаке, суспензије | 84 месеца са правом на ремонт - спољног лакта, ротатора, механичке шаке, суспензије | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације.<br><br>Уз протезу осигураном лицу се обезбеђује и једна естетска рукавица на 12 месеци.                                   |
|     |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | За наредна прописивања<br>- специјалисте физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Образац ОПП |    |    |                                                                                     |                                                                                     |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 008 | Механоелектрична надлактична (трансхумерална) протеза (Хибридна)                                               | Осигурано лице старије од 12 година живота ученик, студент и лице коме протеза може помоћи за обављање послова занимања најкасније до навршених 65 година живота, код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem antebrachii</i> bill. Z 89.3 уз очуван покрет у рамену,<br>-урођени недостатак надлактице Q71.0, | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка надлактице<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | -  | 60 | 60                                                                                  | -                                                                                   | НЕ | ДА | Протеза се обезбеђује само за доминантну руку, уз приложен тест сепарације и психолошког тестирања и претходно коришћење механичке функционалне протезе најмање 12 месеци.<br><br>Уз протезу осигураном лицу се обезбеђује и једна естетска рукавица на 12 месеци, две електроде на 24 месеца и две батерија на 24 месеца. |
|     |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | За наредна прописивања<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Образац ОПП |    |    |                                                                                     |                                                                                     |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                              |                                                |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |          |    |                                                                               |                                                                               |    |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|----|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 009                          | Естетска протеза после дезартикулације рамена  | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem art. humeroscapularis</i>                         | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12       | 12 | 60 месеци са правом на ремонт - естетске шаке, естетске рукавице и суспензије | 84 месеца са правом на ремонт - естетске шаке, естетске рукавице и суспензије | НЕ | ДА                                                | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације.<br><br>Уз протезу осигураном лицу се обезбеђује и једна естетска рукавица на 12 месеци. |
|                              |                                                |                                                                                                                  | За наредна прописивања<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Образац ОПП |          |    |                                                                               |                                                                               |    |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 010                          | Навлака за патрљак (надлакатна или подлакатна) | Осигурано лице код кога постоји:<br>- недостатак надлактице или подлактице                                       | - специјалиста физикалне медицине када се прописује уз протезу,<br>-изабрани лекар када се прописује без протезе                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Образац ОПП | 2 месеца |    |                                                                               | НЕ                                                                            | ДА |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 011                          | Еластични завој                                | Осигурано лице код кога постоји:<br>- ампутација горњег екстремитета у фази припреме патрљка за прво протетисање | - специјалиста физикалне медицине                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Образац ОПП | трајно   |    |                                                                               | НЕ                                                                            | ДА | Осигурано лице има право на два еластична завоја. |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Протезе за доње екстремитете |                                                |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |          |    |                                                                               |                                                                               |    |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|     |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 012 | Протеза после делимичне ампутације стопала по Шопарту и Лисфранку ( <i>Chopart, Lisfranc</i> ) | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem digitorum et partium pedis Z 89.4</i><br>-урођени недостатак дела стопала и прстију ( <i>Aplasia pedum et digitorum congenital Q 72.3</i> ) | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка дела стопала и прстију<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 12 | 36 | 60 | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације.<br><br>При изради прве протезе за доње екстремитете, осигураном лицу се ставља привремено лежиште са дефинитивним скелетом. Рок трајања привременог лежишта протезе је од шест до 12 месеци.<br><br>По структурној стабилизацији обима мера патрљка, а најраније по истеку шест месеци, израђује се трајно лежиште протезе. Рок трајања трајног лежишта протезе је најмање од 12 до 18 месеци. |
|     |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                            | За наредна прописивања:<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Образац ОПП |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 013 | Потколена протеза после ампутације стопала по Сајму ( <i>Syme</i> )                            | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem regionis malleoli et pedis Z 89.4</i><br>-урођени недостатак стопала и дезартикулација у скочном зглобу Q72.3                               | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка стопала<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                | Образац ОПП | 12 | 12 | 36 | 60 | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације.<br><br>При изради прве протезе за доње екстремитете, осигураном лицу се ставља привремено лежиште са дефинитивним скелетом. Рок трајања привременог лежишта протезе је од шест до 12 месеци.<br><br>По структурној стабилизацији обима мера патрљка, а најраније по истеку шест месеци, израђује се                                                                                            |

|     |                                                                          |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |    |    |    |                                                                                          |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                          |                                                                                                                                                                                           | За наредна прописивања:<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Образац ОПП |    |    |    |                                                                                          |    |    | трајно лежиште протезе. Рок трајања трајног лежишта протезе је најмање од 12 до 18 месеци.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 014 | Потколена (транстибијална) егзоскелетна пластична протеза (функционална) | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem transtibialis Z 89.5</i><br>-урођени недостатак потколенице и стопала ( <i>Aplasia cruris et pedis congenital Q 72.2</i> ) | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка потколенице и стопала<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 12 | 36 | 60 месеци са правом на ремонт - стопала, суспензије, адаптера, подколеног дела - малеола | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације.<br><br>При изради прве протезе за доње екстремитете, осигураном лицу се ставља привремено лежиште са дефинитивним скелетом. Рок трајања привременог лежишта протезе је од шест до 12 месеци.<br><br>По структурној стабилизацији обима мера патрљка, а најраније по истеку шест месеци, израђује се трајно лежиште протезе. Рок трајања трајног лежишта протезе је најмање од 12 до 18 месеци. |
|     |                                                                          |                                                                                                                                                                                           | За наредна прописивања:<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Образац ОПП |    |    |    |                                                                                          |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|     |                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 119 | Потколена (транстибијална) ендоскелетна протеза (функционална)   | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem transtibiialis Z 89.5</i><br>- урођени недостатак потколенице и стопала ( <i>Aplasia cruris et pedis congenital Q 72.2</i> )                | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка потколенице и стопала<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности           | Образац ОПП | 12 | 12 | 36 | 60 | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације.<br><br>При изради прве протезе за доње екстремитете, осигураном лицу се ставља привремено лежиште са дефинитивним скелетом. Рок трајања привременог лежишта протезе је од шест до 12 месеци.<br><br>По структурној стабилизацији обима мера патрљка, а најраније по истеку шест месеци, израђује се трајно лежиште протезе. Рок трајања трајног лежишта протезе је најмање од 12 до 18 месеци. |
|     |                                                                  |                                                                                                                                                                                                            | За наредна прописивања:<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Образац ОПП |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 120 | Протеза после дезартикулације колена ендоскелетна (функционална) | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem genus transtibiialis Z 89.5</i><br>-урођени недостатак целе потколенице у нивоу колена ( <i>Aplasia cruris et pedis congenital Q 72.2</i> ) | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног недостатка целе потколенице у нивоу колена<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 12 | 24 | 60 | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутационог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације.<br><br>При изради прве протезе за доње екстремитете, осигураном лицу се ставља привремено лежиште са дефинитивним скелетом. Рок трајања привременог лежишта протезе је од шест до 12 месеци.<br><br>По структурној стабилизацији обима мера патрљка, а најраније по                                                                                                                            |

|     |                                                                |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                |                                                                                                                               | За наредна прописивања:<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Образац ОПП |    |    |    |    |    |    | истеку шест месеци, израђује се трајно лежиште протезе. Рок трајања трајног лежишта протезе је најмање од 12 до 18 месеци.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 121 | Натколена (трансфеморална) ендоскелетна протеза (функционална) | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem transfemoralis Z 89.6</i><br>-урођени дефект надколенице Q72.0 | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције, односно уз мишљење специјалисте физикалне медицине код урођеног дефекта надколенице<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 12 | 36 | 60 | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутиционог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације.<br><br>При изради прве протезе за доње екстремитете, осигураном лицу се ставља привремено лежиште са дефинитивним скелетом. Рок трајања привременог лежишта протезе је од шест до 12 месеци.<br><br>По структурној стабилизацији обима мера патрљка, а најраније по истеку шест месеци, израђује се трајно лежиште протезе. Рок трајања трајног лежишта протезе је најмање од 12 до 18 месеци. |
|     |                                                                |                                                                                                                               | За наредна прописивања:<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Образац ОПП |    |    |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 122 | Протеза после дезартикулације кука ендоскелетна (функционална) | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>St. post amputationem transfemoralis Z 89.6</i>                                      | За прво прописивање:<br>- специјалиста физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд или Здравственог центра Косовска Митровица, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                      | Образац ОПП | 12 | 12 | 24 | 60 | НЕ | ДА | Мере за израду прве протезе осигураном лицу узима протетичар – ортотичар најраније 5 до 8 недеља по стабилизацији мера обима ампутиционог патрљка у току амбулантне или болничке рехабилитације.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                         |                                              |                                                                                                                                                |                                                                                                                 |             |           |  |  |    |    |                                                                                                                       |
|-------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|--|--|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |                                              |                                                                                                                                                | За наредна прописивања:<br>- специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале<br>-провера функционалности     | Образац ОПП |           |  |  |    |    |                                                                                                                       |
| 020                     | Навлака за патрљак (потколена или натколена) | Осигурано лице код кога постоји:<br>-недостатак потколенице или натколенице                                                                    | - специјалиста физикалне медицине када се прописује уз протезу<br>-изабрани лекар када се прописује без протезе | Образац ОПП | 2 месеца  |  |  | НЕ | ДА |                                                                                                                       |
| 021                     | Еластични завој                              | Осигурано лице код кога постоји:<br>-ампутација доњег екстремитета у фази припреме патрљка за прво протетисање;<br>-трансфеморална ампутација. | - специјалиста физикалне медицине                                                                               | Образац ОПП | трајно    |  |  | НЕ | ДА | Код ампутација доњег екстремитета осигурано лице има право на два комада, а код трансфеморалне ампутације три комада. |
| Спољна протеза за дојку |                                              |                                                                                                                                                |                                                                                                                 |             |           |  |  |    |    |                                                                                                                       |
| 023                     | Спољна протеза за дојку                      | Осигурано лице женског пола коме је извршена потпуна ампутација дојке Z 90.1                                                                   | -изабрани лекар на основу отпусне листе                                                                         | Образац ОПП | 12 месеци |  |  | НЕ | ДА |                                                                                                                       |
| 210                     | Грудњак за спољну протезу за дојку           | Осигурано лице женског пола коме је извршена потпуна ампутација дојке Z 90.1                                                                   | -изабрани лекар на основу отпусне листе                                                                         | Образац ОПП | 12 месеци |  |  | НЕ | ДА |                                                                                                                       |
| 221                     | Перика                                       | Осигурано лице код кога постоји губитак косе као последица хемио или радио терапије                                                            | -изабрани лекар на основу отпусне листе                                                                         | Образац ОПП | 12 месеци |  |  | НЕ | ДА |                                                                                                                       |

## 2. Ортотичка средства (ортозе)

| Шифра                        | Назив помагала | Индикације | Прописивање | Образац за прописивање помагала | Рок трајања најмање у месецима |                    | Обавеза враћања помагала | Доплата | Напомена |
|------------------------------|----------------|------------|-------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------|---------|----------|
|                              |                |            |             |                                 | I група до 18г                 | II група преко 18г |                          |         |          |
| 1                            | 2              | 3          | 4           | 5                               | 6                              |                    | 7                        | 8       |          |
| Ортозе за горње екстремитете |                |            |             |                                 |                                |                    |                          |         |          |

|                                    |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                      |             |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 029                                | Ортоза за раме и лакат - митела за стабилизацију                                   | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>Monoplegia extremis superior (G 83.2)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности  | Образац ОПП | 12 | 48 | НЕ | ДА |                                                                                                                                                                                                    |
| 034                                | Ортоза за лакат, ручни зглоб и шаку за стабилизацију - пластична (статичка)        | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>Monoplegia extremis superior (G 83.2)</i> као самостална или у склопу других стања као што су: хеми, пара и тетра плегије и парезе (G81; G82)<br>- <i>Arthritis puerilis (M 08)</i><br>- <i>Arthrogryposis multiplex congenita (Q74.3)</i><br>-Опекотине трећег степена (T22.3; T22.7; T23.3 и T23.7) само за децу до 18 година живота | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности  | Образац ОПП | 12 | 60 | НЕ | ДА |                                                                                                                                                                                                    |
| 036                                | Ортоза за ручни зглоб функционална                                                 | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>Arthrogryposis multiplex congenita (Q 74.3)</i><br>- <i>St. post fracturam ossis navicularis male sanata (S 62.0)</i><br>- <i>Arthritis puerilis (M08)</i>                                                                                                                                                                             | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности   | Образац ОПП | 12 | 60 | НЕ | ДА |                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Ортозе за доње екстремитете</b> |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                      |             |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                    |
| 042                                | Потколена пластична ортоза са постериорном шином и табанским продужетком - зглобна | Осигурано лице код кога постоји;<br>-парализа или пареза доњег екстремитета било које генезе<br>-парализа n. peroneusa G 57.3                                                                                                                                                                                                                                                   | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности  | Образац ОПП | 12 | 36 | НЕ | ДА |                                                                                                                                                                                                    |
| 043                                | Ортоза за стопало и глежањ перонеална - челична са ортопедском ципелом по мери     | Осигурано лице код кога постоји:<br>-парализа доњег екстремитета било које генезе<br>-слабост мускулатуре доњих екстремитета због мишићне дистрофије, миопатије или неуропатије                                                                                                                                                                                                 | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>- овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 36 | НЕ | ДА | Осигурано лице има право на ортопедску ципелу на којој се налази прикључак са одговарајућом врстом скочног зглоба, са или без ограничења, уз коју добија и ципелу за здраву ногу израђену по мери. |
| 044                                | Натколени апарат отвореног типа од челичног лима са ортопедском ципелом по мери    | Осигурано лице код кога постоји:<br>-Параплегија и парепареза<br>- <i>Paralysis cerebri infantilis (G 80)</i><br>- <i>Monoplegia extremitatis inferioris (G83.1)</i>                                                                                                                                                                                                            | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>- овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 48 | НЕ | ДА | Осигурано лице има право на ортопедску ципелу на којој се налази прикључак са одговарајућом врстом скочног зглоба, са или без ограничења, уз коју добија и ципелу за здраву ногу израђену по мери. |

|     |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                         |             |          |    |    |    |  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|----|----|----|--|
| 045 | Натколена<br>пластична ортоза са<br>табанским<br>продужетком и<br>зглобом за<br>позиционирање | Осигурано лице код кога постоји;<br>- <i>Paralysis cerebri infantilis (G 80)</i><br>- <i>Spina bifida sa myelomeningocele (Q 05)</i><br>-парализа или пареза доњег<br>екстремитета<br>-Опекотине III степена (T24.3 и<br>T24.7) само за децу до 18 године<br>живота | - специјалиста физикалне медицине или<br>специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности  | Образац ОПП | 12       | 48 | НЕ | ДА |  |
| 200 | Апарат за<br>егализацију доњих<br>екстремитета<br>(Штуп апарат)                               | -Abreviatio extr. inf.cong. већа од 8<br>cm,<br>-Неједнака дужина удова (стечена)<br>M21.7 која не може да се реши<br>ортопедском ципелом.                                                                                                                          | - специјалиста физикалне медицине или<br>специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности   | Образац ОПП | 12       | 12 | НЕ | ДА |  |
| 047 | Корективни апарат<br>за колено са<br>регулацијом колена<br>„О“ или „Х“<br>(динамички)         | Осигурано лице узраста до 12<br>година код кога постоји:<br>-деформитет типа „О“ или „Х“<br>колена (Q74.1)                                                                                                                                                          | - специјалиста физикалне медицине или<br>специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности   | Образац ОПП | 12       | -  | НЕ | ДА |  |
| 048 | Ортоза за кукове -<br>динамичка                                                               | Осигурано лице код кога постоји<br>стање "висећег" кука због:<br>-сублуксације кука<br>-луксација ендопротезе (T84)<br>-луксације тумор-протезе (T84)                                                                                                               | - специјалиста физикалне медицине или<br>специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности   | Образац ОПП | 12       | 48 | НЕ | ДА |  |
| 049 | Ортоза за кук<br>колени, скочни<br>зглоб и стопало -<br>двозглобна                            | Осигурано лице код кога постоји:<br>- парализа било које генезе која<br>захвата карлични појас и доњи<br>екстремитет                                                                                                                                                | - специјалиста физикалне медицине или<br>специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>- овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12       | 48 | НЕ | ДА |  |
| 050 | Ортоза за кук,<br>колени, скочни<br>зглоб и стопало -<br>трозглобна                           | Осигурано лице узраста до 18<br>година живота оболело од:<br>- парезе било које генезе која<br>захвата карлични појас и доњи<br>екстремитет                                                                                                                         | - специјалиста физикалне медицине или<br>специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>- овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12       | -  | НЕ | ДА |  |
| 052 | Апарат за корекцију<br>стопала по Денис<br>Брауну ( <i>Denis<br/>Brown</i> )                  | - <i>Pes equinovarus (Q 66)</i> , само са<br>структуралним променама код<br>деце до 12 месеци старости, јер је<br>индикована хируршка<br>интервенција                                                                                                               | - специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>- овера филијале<br>-провера функционалности                                         | Образац ОПП | 6 месеци |    | НЕ | ДА |  |

|                                          |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |             |    |                               |    |    |  |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|-------------------------------|----|----|--|
| 124                                      | Доколени апарат са Перштејн зглобом у вези са ортопедском ципелом                                                          | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>Paralysis cerebrales spastica (G 80.0)</i><br>- <i>Paralysis n. peronei</i> (уз трајну немогућност дорзалне флексије)                | - специјалиста физикалне медицине<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале<br>- проверка функционалности | Образац ОПП | 12 | 48 месеци за ципеле 12 месеци | НЕ | ДА |  |
| 125                                      | Високи апарат са пелвичним појасом, кочницом на искључење у куку и колену и Перштејн зглобом у вези са ортопедском ципелом | Осигурано лице код кога постоји:<br>-Параплегија и парапареза<br>- <i>Paralysis cerebrales infantilis (G 80)</i><br>-моноплегија доњег екстремитета (G83.1)                   | - специјалиста физикалне медицине<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале<br>- проверка функционалности | Образац ОПП | 12 | 48 месеци за ципеле 12 месеци | НЕ | ДА |  |
| <b>Ортозе за лечење ишчашених кукова</b> |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |             |    |                               |    |    |  |
| 054                                      | Апарат за ишчашене кукове по Павлику (Павликови ременчићи)                                                                 | Осигурано лице узраста до 12 месеци са:<br>- <i>Dislocatio coxae evolutiva (luxatio, subluxatio, dysplasia)</i> код конгениталних аномалија (Q65) и неуромишићних стања       | - специјалиста ортопедије<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале<br>- проверка функционалности         | Образац ОПП | 6  | -                             | НЕ | ДА |  |
| 055                                      | Ортоза за дечији кук абдукциона, стабилизациона                                                                            | Осигурано лице узраста до 12 месеци са:<br>- <i>Deformationes coxae congenita</i> (Q65.0, Q65.1, Q65.2, Q65.6)                                                                | - специјалиста ортопедије<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале<br>- проверка функционалности         | Образац ОПП | 6  | -                             | НЕ | ДА |  |
| 056                                      | Атланта апарат - ортоза                                                                                                    | Осигурано лице узраста до 7 година:<br>- код Пертесове болести ( <i>Legg-Calve-Perthesova</i> болест - M91.1)<br>- као продужетак конзервативног лечења ишчашења кукова (Q65) | - специјалиста ортопедије<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале<br>- проверка функционалности         | Образац ОПП | 6  | -                             | НЕ | ДА |  |
| <b>Ортоза за кичму - спиналне ортозе</b> |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |             |    |                               |    |    |  |

|     |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |             |    |    |    |    |                                                                 |
|-----|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|----|-----------------------------------------------------------------|
| 061 | Томас крагна -<br>једноделна               | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>Prolapsus disci intervertebralis cervicalis cum radiculopathia</i> (M 50.1)<br>- <i>Fractura pathologica</i> (са неуролошким испадима)<br>- <i>Luxatio vertebrae cervicalis</i> (S 13.1)<br>- <i>Luxatio colli multiplex</i> (S 13.3)<br>- <i>Spondylolisthesis</i> (M 43,1) са неуролошким испадима<br>-дегенеративни и реуматски процеси вратне кичме са ЕМГ доказаним неуролошким испадима                                                                                                                                                                  | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 36 | НЕ | ДА |                                                                 |
| 062 | Томас крагна -<br>дводелна                 | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>Fractura colli</i> (S 12)<br>-малигни процеси у вратном делу кичме<br>-патолошки прелом врата (као последица остеопорозе или тумора или примарног запаљенског специфичног стања пршљенова)<br>- <i>Haernia disci</i> са неуролошким испадима<br>-стања после операције тумора краниоцервикалног прелаза<br>-стање после ламинектомије због патолошких процеса у вратном делу кичме (тумори, дискус херније, цервикална стеноза са неуролошким испадом M99.4<br>- <i>Spondylitis, alia specificata</i> (M46.8)<br>- <i>Spondylitis, non specificata</i> (M46.9) | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | 36 | НЕ | ДА |                                                                 |
| 064 | Цервикална ортоза по Роџерсу (екстензиона) | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>Fractura colli</i> (S 12)<br>-патолошки прелом врата (M84.4)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | - специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>- овера филијале<br>-провера функционалности                                      | Образац ОПП | 12 | 36 | НЕ | ДА | Прва апликација и подешавање ортозе је у здравственој установи. |

|     |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                    |             |    |    |    |    |  |
|-----|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|----|--|
| 067 | ТЛСО са три тачке<br>ослонца    | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>Osteoporosis cum fractura pathologica</i> (M 80)<br>- <i>Neoplasma malignum columnne vertebralis</i> (C 41.2)<br>- <i>Fractura columnne vertebralis thoracalis</i> (S22.0) дистално од Th8, конзервативно лечење<br>-стање после операције тумора кичмене мождине и/или кичмених пршљенова<br>- <i>Spondilodiscitis</i> (M46.9) и <i>TBC</i> (M46.8) | - специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>- овера филијале<br>-провера функционалности                                    | Образац ОПП | 12 | 36 | НЕ | ДА |  |
| 068 | ТЛСО динамичка -<br>корективна  | Осигурано лице код кога постоји:<br>- <i>Spondylolisthesis</i> (M 43.1) преко 25% клизања (градус 2 до градус 4)<br>- <i>Spondylolysis</i> (M43.0), код деце до 16 година<br>- <i>Neoplasma malignum columnne vertebralis</i> (C 41.2)<br>-Сколиоза (M41) до 40 степени (Cob) или хиперкифоза (M40) преко 45 степени (Cob) или хиперлордоза (M40) код деце узраста до 16 година               | - специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>- овера филијале<br>-провера функционалности                                    | Образац ОПП | 12 | 36 | НЕ | ДА |  |
| 071 | ЛСО<br>стабилизациона<br>ортоза | Код осигураног лица код кога постоји:<br>- <i>Fractura vertebrae lumbalis</i> (S 32.0) конзервативно или после операције<br>- <i>Spondylolisthesis</i> (M 43.1) преко 25% клизања (градус 2 до градус 4)<br>- <i>Neoplasma malignum columnne vertebralis</i> (C41.2)<br>у року од три месеца од постављене дијагнозе                                                                          | - специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>- овера филијале<br>-провера функционалности                                    | Образац ОПП | 12 | 36 | НЕ | ДА |  |
| 201 | Pectus carinatum<br>апарат      | Осигурано лице до 16 година живота код кога постоји:<br>- <i>Pectum carinatum</i> Q67.7                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 12 | -  | НЕ | ДА |  |

### 3. Посебне врсте помагала и санитарне справе

|  |  |  |  |                           |                                |                    |  |  |
|--|--|--|--|---------------------------|--------------------------------|--------------------|--|--|
|  |  |  |  | Образац за<br>прописивање | Рок трајања најмање у месецима | Обавеза<br>враћања |  |  |
|--|--|--|--|---------------------------|--------------------------------|--------------------|--|--|

| Шифра                    | Назив помагала                                         | Индикације                                                                                                                                                                                                    | Прописивање                                                                                                                                                                        | помагала    | I група до 18г | II група преко 18г | помагала | Доплата | Напомена                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------------------|----------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                        | 2                                                      | 3                                                                                                                                                                                                             | 4                                                                                                                                                                                  |             | 5              |                    | 6        | 7       |                                                                                                                                                                                 |
| <b>Ортопедске ципеле</b> |                                                        |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    |             |                |                    |          |         |                                                                                                                                                                                 |
| 073                      | Ортопедске ципеле са улошцима                          | <p>Осигурано лице узраста до 18 година живота са:</p> <p>-ногом краћом 1,5 цм и више (лева или десна).</p> <p>Осигурано лице узраста преко 18 године живота са ногом краћом 3 цм и више (лева или десна).</p> | <p>- специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије</p> <p>-лекарска комисија</p> <p>-овера филијале</p> <p>-провера функционалности</p>                              | Образац ОПП | 12             | 18                 | НЕ       | ДА      | <p>Осигурано лице има право на индивидуално израђену ортопедску ципелу по гипсаном отisku.</p> <p>Осигурано лице уз ортопедску ципелу има право и на ципелу за здраву ногу.</p> |
| 074                      | Ортопедске ципеле за паретично или паралитично стопало | <p>Осигурано лице</p> <p>-са паретичним или паралитичним стопалом, као последица болести или повреде</p>                                                                                                      | <p>- специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије или специјалиста неурологије</p> <p>-лекарска комисија</p> <p>-овера филијале</p> <p>-провера функционалности</p> | Образац ОПП | 12             | 18                 | НЕ       | ДА      | <p>Осигурано лице има право на индивидуално израђену ортопедску ципелу по мери.</p> <p>Осигурано лице уз ортопедску ципелу има право и на ципелу за здраву ногу.</p>            |

|                          |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                 |             |                                                            |    |    |    |                                                                                                                                                                          |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------|----|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 209                      | Ортопедске<br>ципеле за <i>Talipes equinus</i> и <i>Talipes equinovarus</i> | Осигурано лице код кога постоји:<br>- урођени деформитет стопала типа еквинус (копитасто стопало) <i>Talipes equinus</i><br>- урођени деформитет стопала типа еквиноварус (уврнуто копитасто стопало) <i>Talipes equinovarus</i> (Q 66.0)                                                                                                                                                                                                                                                                                  | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале<br>- провера функционалности           | Образац ОПП | 12                                                         | 18 | НЕ | ДА | Осигурано лице има право на индивидуално израђену ортопедску ципелу по гипсаном отisku.<br><br>Осигурано лице уз ортопедску ципелу има право и на ципелу за здраву ногу. |
| 077                      | Ортопедске<br>ципеле за <i>elephantiasis</i>                                | Осигурано лице:<br>- са деформитетом стопала типа слоновског стопала ( <i>elephantiasis</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - специјалиста васкуларне хирургије<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале<br>- провера функционалности                                     | Образац ОПП | 12                                                         | 18 | НЕ | ДА | Осигурано лице има право на индивидуално израђену ортопедску ципелу по мери.<br><br>Осигурано лице уз ортопедску ципелу има право и на ципелу за здраву ногу.            |
| <b>Инвалидска колица</b> |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                 |             |                                                            |    |    |    |                                                                                                                                                                          |
|                          | Инвалидска колица на ручни погон за самосталну употребу и за                | Осигурано лице, телесне тежине до 126 кг:<br>- коме су ампутиране обе ноге изнад колена (Z89.6);<br>- коме су ампутиране обе ноге испод колена, али је апликација протезе контраиндикована (Z89.5);<br>- коме је ампутирана једна нога на којој због напредовања болести на другој нози није могуће направити протезу и омогућити ходање;<br>- коме је дезартикулисана нога у куку уколико је протетисање немогуће;<br>- са тешким конгениталним или стеченим контрактурама кукова и/или колена које онемогућавају ходање. | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале уз реверс<br>- провера функционалности | Образац ОПП | 60 месеци<br>са правом на ремонт - замена оштећених делова |    | ДА | ДА | Врсте инвалидских колица прописују се зависно од степена                                                                                                                 |

|     |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |             |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 202 | особу која није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота | Осигурано лице, телесне тежине до 126 кг: код кога постоји:<br>-тетраплегија (G82.3; G82.4 и G82.5)<br>-тешка неуромишићна обољења (G10, G11, G12, G60 и G71) код особе која није у могућности да самостално обављају активности свакодневног живота;<br>-церебрална парализа (G80)<br>-параплегија (G82.0; G82.1 и G82.2)<br>-хемиплегија (G81), а оспособљавање за стајање није могуће због срчане слабости, малигнитета или тешких облика шећерне болести са израженом полинеуропатијом<br>-осигурано лице оболело од ретке болести, код којег је као последица наступило неуромишићно обољење или скелетни деформитет који подразумевају потпуну или делимичну одузетост доњих екстремитета | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП |  |  | онеспособљености и функционалног статуса осигураног лица (антропометријске мере, врста и тежина оштећења).<br><br>Осигурано лице има право само на једна инвалидска колица.<br><br>Осигурано лице, уз инвалидска колица има право на текстилни јастук за седиште.<br><br>Осигурано лице са параплегијом, тетраплегијом, церебралном парализом односно тешким обликом мишићне дистрофије има право на антидекубитус јастук за инвалидска колица (пнеуматски). |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|     |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |             |                                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 203 | Инвалидска<br>колица на ручни<br>погон за<br>самосталну<br>употребу и за<br>особу која није<br>умогућности да<br>самостално<br>обавља<br>активности<br>свакодневног<br>живота - ојачана | Осигурано лице, телесне тежине<br>преко 126:<br>-коме су ампутиране обе ноге изнад<br>колена (Z89.6);<br>-коме су ампутиране обе ноге испод<br>колена, али је апликација протезе<br>контраиндикована (Z89.5);<br>-коме је ампутирана једна нога на<br>којој због напредовања болести на<br>другој нози није могуће направити<br>протезу и омогућити ходање;<br>-коме је дезартикулисана нога у<br>куку уколико је протетисање<br>немогуће;<br>-са тешким конгениталним или<br>стеченим контрактурама кукова<br>и/или колена које онемогућавају<br>ходање                                                                                                                                                                                                         | - специјалиста физикалне медицине или<br>специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности  | Образац ОПП | 60 месеци<br>са правом на ремонт - замена оштећених<br>делова | ДА | ДА | Врсте инвалидских колица<br>прописују се зависно од степена<br>онеспособљености и<br>функционалног статуса осигураног<br>лица (антропометријске мере, врста<br>и тежина оштећења).<br><br>Осигурано лице има право само на<br>једна инвалидска колица.<br><br>Осигурано лице, уз инвалидска<br>колица има право на текстилни<br>јастук за седиште.<br><br>Осигурано лице са парализом,<br>тетраплегијом, церебралном<br>парализом односно тешким<br>обликом мишићне дистрофије има<br>право на антидекубитус јастук за<br>инвалидска колица (пнеуматски). |
|     |                                                                                                                                                                                         | Осигурано лице, телесне тежине<br>преко 126 кг код кога постоји:<br>-тетраплегија (G82.3; G82.4 и G82.5)<br>-тешка неуромишићна обољења<br>(G10, G11, G12, G60 и G71) код особе<br>која није у могућности да<br>самостално обављају активности<br>свакодневног живота;<br>-церебрална парализа (G80)<br>-параплегија (G82.0; G82.1 и G82.2)<br>-хемиплегија (G81), а<br>оспособљавање за стајање није<br>могуће због срчане слабости (NIHA<br>III-IV), малигнитета или тешких<br>облика шећерне болести са<br>израженом полинеуропатијом,<br>-осигурано лице оболело од ретке<br>болести, код којег је као последица<br>наступило неуромишићно обољење<br>или скелетни деформитет који<br>подразумевају потпуну или<br>делимичну одузетост доњих<br>екстремитета | - специјалиста физикалне медицине или<br>специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП |                                                               |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|     |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                               |             |                                                            |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 204 | Инвалидска<br>колица на ручни<br>погон једном<br>руком за<br>самосталну<br>употребу са<br>погоном на полугу              | Осигурано лице, телесне тежине до 126 кг:<br>-коме су ампутиране обе ноге изнад колена (Z89.6) са слабошћу једне руке;<br>-коме су ампутирана једна нога и једна рука                                                                                                                | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности  | Образац ОПП | 60 месеци<br>са правом на ремонт - замена оштећених делова | ДА | ДА | Врсте инвалидских колица прописују се зависно од степена онеспособљености и функционалног статуса осигураног лица (антропометријске мере, врста и тежина оштећења).<br><br>Осигурано лице има право само на једна инвалидска колица.<br><br>Осигурано лице, уз инвалидска колица има право на текстилни јастук за седиште.<br><br>Осигурано лице са параплегијом, тетраплегијом, церебралном парализом односно тешким обликом мишићне дистрофије има право на антидекубитус јастук за инвалидска колица (пнеуматски). |
|     |                                                                                                                          | Осигурано лице, телесне тежине до 126 кг:<br>-са церебралном парализом;<br>-осигурано лице оболело од ретке болести, код којег је као последица наступило неуромишићно обољење или скелетни деформитет који подразумевају потпуну или делимичну одузетост доњих екстремитета         | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП |                                                            |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 205 | Инвалидска<br>колица на ручни<br>погон једном<br>руком за<br>самосталну<br>употребу са<br>погоном на полугу<br>- ојачана | Осигурано лице, телесне тежине преко 126 кг:<br>-коме су ампутиране обе ноге изнад колена (Z89.6) са слабошћу једне руке;<br>-коме су ампутирана једна нога и једна рука;                                                                                                            | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности  | Образац ОПП | 60 месеци<br>са правом на ремонт - замена оштећених делова | ДА | ДА | Врсте инвалидских колица прописују се зависно од степена онеспособљености и функционалног статуса осигураног лица (антропометријске мере, врста и тежина оштећења).<br><br>Осигурано лице има право само на једна инвалидска колица.<br><br>Осигурано лице, уз инвалидска колица има право на текстилни јастук за седиште.<br><br>Осигурано лице са параплегијом, тетраплегијом, церебралном парализом односно тешким обликом мишићне дистрофије има право на антидекубитус јастук за инвалидска колица (пнеуматски). |
|     |                                                                                                                          | Осигурано лице, телесне тежине преко 126 кг:<br>-са церебралном парализом (G80)<br>-осигурано лице оболело од ретке болести, код којег је као последица наступило неуромишићно обољење или скелетни деформитет који подразумевају потпуну или делимичну одузетост доњих екстремитета | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП |                                                            |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|     |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                        |             |                                                        |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 128 | Инвалидска<br>колица на ручни<br>погон (лагана<br>активна)  | Осигурано лице узраста преко 18<br>година са параплегијом насталом из<br>било ког разлога, укључујући и<br>ретке болести, уз услов да поседује<br>прилагођено путничко возило и<br>возачку дозволу                                                                                                                                                                                                     | - специјалиста неурологије уз мишљење<br>спец. физикалне медицине<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности                                       | Образац ОПП | 84                                                     | ДА | ДА | Врсте инвалидских колица<br>прописују се зависно од степена<br>онеспособљености и<br>функционалног статуса осигураног<br>лица (антропометријске мере, врста<br>и тежина оштећења).<br><br>Осигурано лице има право само на<br>једна инвалидска колица.<br><br>Осигурано лице, уз инвалидска<br>колица има право на текстилни<br>јастук за седиште.<br><br>Осигурано лице са параплегијом,<br>тетраплегијом, церебралном<br>парализом односно тешким<br>обликом мишићне дистрофије има<br>право на антидекубитус јастук за<br>инвалидска колица (пнеуматски). |
| 129 | Инвалидска<br>колица са нагибом<br>седишта до 30<br>степени | Осигурано лице узраста од 3<br>године, са тешким обликом<br>церебралне парализе (G80) које није<br>у могућности да самостално<br>обављају активности свакодневног<br>живота.<br><br>Осигурано лице оболело од ретке<br>болести, код којег је као последица<br>наступило неуромишићно обољење<br>или скелетни деформитет који<br>подразумевају потпуну или<br>делимичну одузетост доњих<br>екстремитета | - специјалиста физикалне медицине уз<br>мишљење специјалиста неурологије или<br>специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 60<br>са правом на ремонт - замена оштећених<br>делова | ДА | ДА | Врсте инвалидских колица<br>прописују се зависно од степена<br>онеспособљености и<br>функционалног статуса осигураног<br>лица (антропометријске мере, врста<br>и тежина оштећења).<br><br>Осигурано лице има право само на<br>једна инвалидска колица.<br><br>Осигурано лице, уз инвалидска<br>колица има право на текстилни<br>јастук за седиште.<br><br>Осигурано лице са параплегијом,<br>тетраплегијом, церебралном<br>парализом односно тешким<br>обликом мишићне дистрофије има<br>право на антидекубитус јастук за<br>инвалидска колица (пнеуматски). |

|     |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |             |                                                     |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 207 | Дечија инвалидска колица за самосталну употребу и за особу која није у могућности да самостално обавља активности свакодневног живота | Осигурана лица узраста преко 3 године старости, телесне тежине до 70 кг:<br>-коме су ампутиране обе ноге изнад колена (Z89.6);<br>-коме су ампутиране обе ноге испод колена (Z89.5), али је апликација протезе контраиндикована;<br>-коме је ампутирана једна нога на којој због напредовања болести на другој нози није могуће направити протезу и омогућити ходање;                                                                                                                           | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности  | Образац ОПП | 60<br>са правом на ремонт - замена оштећених делова | ДА | ДА | Врсте инвалидских колица прописују се зависно од степена онеспособљености и функционалног статуса осигураног лица (антропометријске мере, врста и тежина оштећења).                                                                                                                                                                     |
|     |                                                                                                                                       | Осигурана лица узраста преко 3 године старости, телесне тежине до 70 кг:<br>-коме су потпуно одузете обе ноге (G82.0; G82.1 и G82.2);<br>-са метастазама у доњим екстремитетима;<br>-тешка неуромишићна обољења (G10, G11, G12, G60 и G71)<br>-Arthrogryposis која онемогућава ход (Q74.3)<br>-осигурано лице оболело од ретке болести, код којег је као последица наступило неуромишићно обољење или скелетни деформитет који подразумевају потпуну или делимичну одузетост доњих екстремитета | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП |                                                     |    |    | Осигурано лице има право само на једна инвалидска колица.<br><br>Осигурано лице, уз инвалидска колица има право на текстилни јастук за седиште.<br><br>Осигурано лице са парализом, тетраплегијом, церебралном парализом односно тешким обликом мишићне дистрофије има право на антидекубитус јастук за инвалидска колица (пнеуматски). |
| 083 | Тоалетна колица                                                                                                                       | Осигурано лице оболело од:<br>-параплегије (G82.0; G82.1 и G82.2)<br>-церебралне парализе (G80)<br>-тежих облика мишићне дистрофије (G71)<br>-квадриплегије (G82.3; G82.4 и G82.5)<br>-осигурано лице оболело од ретке болести, код којег је као последица наступило неуромишићно обољење или скелетни деформитет који подразумевају потпуну или делимичну одузетост доњих екстремитета                                                                                                         | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности           | Образац ОПП | 60                                                  | НЕ | ДА | Осигурано лице које већи део времена проводи у кревету због здравственог стања, има право на тоалетна колица, без обзира да ли има право на инвалидска колица.                                                                                                                                                                          |

|                                        |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                               |             |                                                                                                                               |                                   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 084                                    | Електромоторна инвалидска колица (са 2 акумulatora и пуњачем акумulatora) | Осигурано лице старије од 16 година код кога постоји: потпуна одузетост доњих екстремитета настала из било ког разлога, укључујући и ретке болести, а због делимичне одузетости обе руке не може активно да покреће колица на ручни погон, али покретом главе или прстију може безбедно управљати електромоторним колицима уз обавезно приложено, психолошко тестирање степена менталне очуваности (ради утврђивања способности безбедног управљања електромоторним колицима) и писана сагласност законских старатеља (за малолетну децу) | - специјалиста неурологије или специјалиста физикалне медицине<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 60 месеци<br>са правом на ремонт - замена оштећених делова, осим акумulatora и пуњача који се замењују у прописаним роковима, |                                   | ДА | ДА | Врсте инвалидских колица прописују се зависно од степена онеспособљености и функционалног статуса осигураног лица (антропометријске мере, врста и тежина оштећења).<br><br>Осигурано лице има право само на једна инвалидска колица.<br><br>Осигурано лице, уз инвалидска колица има право на текстилни јастук за седиште.<br><br>Осигурано лице са парализацијом, тетраплегијом, церебралном парализом односно тешким обликом мишићне дистрофије има право на антидекубитус јастук за инвалидска колица (пнеуматски).<br><br>Рок трајања два акумulatora је 24 месеца. |
| 086                                    | Антидекубитус јастук за инвалидска колица                                 | Осигурано лице са:<br>-параплегијом (G82.0; G82.1 и G82.2)<br>-тетраплегијом (G82.3; G82.4 и G82.5)<br>-тешким обликом мишићне дистрофије (G71)<br>-церебралном парализом (G80)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                                       | Образац ОПП | 36 месеци                                                                                                                     |                                   | НЕ | ДА |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Помоћна помагала за олакшавање кретања |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                               |             |                                                                                                                               |                                   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 087                                    | Дрвене потпазушне штакe на подешавање                                     | Осигурано лице добија једну или пар штака код:<br>-недостатка једне ноге;<br>-парализе једне ноге;<br>-пареза једне ноге;<br>-скраћења једне ноге;<br>-анкилозе или контрактуре великих зглобова ноге                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-овера филијале уз реверс                                                   | Образац ОПП | узраст до 18 год.<br>12 месеци                                                                                                | узраст преко 18 год.<br>36 месеци | ДА | ДА |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|     |                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                  |             |            |    |    |                                                                                                                                                                                   |
|-----|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                    | Осигурано лице добија једну или пар штака код:<br>-прелома ноге;<br>-после операције на доњим екстремитетима                                                                           | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста ортопедије<br>-овера филијале уз реверс                       | Образац ОПП | 2-4 месеца |    |    |                                                                                                                                                                                   |
| 089 | Метални штап за ходање са 3 или 4 тачке ослонца                    | Осигурано лице код кога постоји:<br>-недостатак једне ноге;<br>-парализа једне ноге;<br>-пареза једне ноге;<br>-скраћење једне ноге;<br>-анкилоза или контракура великих зглобова ноге | - специјалиста физикалне медицине или специјалиста неурологије<br>-овера филијале уз реверс                      | Образац ОПП | 60         | ДА | ДА |                                                                                                                                                                                   |
| 090 | Метални ортопедски штап са кривином                                | Осигурано лице које је слепо и делимично парализовано                                                                                                                                  | - специјалиста неурологије<br>-овера филијале уз реверс                                                          | Образац ОПП | 60         | ДА | ДА |                                                                                                                                                                                   |
| 091 | Сталак за ходање (ходалица) са четири ноге                         | Осигурано лице код кога постоји тежак поремећај у ходу као последица G 80.0, G 82.0, G 82.1, G 82.2 и T 90.5                                                                           | - специјалиста физикалне медицине<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 60         | ДА | ДА | Осигурано лице које због оштећења локомоторног система и придружених обољења не може да се креће уз помоћ штапа или штака, има право на одговарајући сталак за ходање (ходалицу). |
| 131 | Сталак за ходање (ходалица) са четири точка и потпазушним ослонцем | Осигурано лице код кога постоји:<br>- политраума у фази опоравка, а лице због других болести не може да користи штаци                                                                  | - специјалиста физикалне медицине<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 60         | ДА | ДА | Осигурано лице које због оштећења локомоторног система и придружених обољења не може да се креће уз помоћ штапа или штака, има право на одговарајући сталак за ходање (ходалицу). |
| 132 | Сталак за ходање (ходалица) са два точка и две ноге                | Осигурано лице код кога постоји тежак поремећај у ходу као последица G 80.0, G 82.0, G 82.1, G 82.2 и T 90.5, уколико не може да користи сталак за ходање са четири ноге               | - специјалиста физикалне медицине<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП | 60         | ДА | ДА | Осигурано лице које због оштећења локомоторног система и придружених обољења не може да се креће уз помоћ штапа или штака, има право на одговарајући сталак за ходање (ходалицу). |
| 190 | Металне подлакатне штаци                                           | Осигурано лице оболело од:<br>-Paralysis cerebrales infantilis (G 80)<br>-Sequelae poliomyelitis (B 91)<br>-Spina bifida sa myelomeningocele (Q05)                                     | - специјалиста физикалне медицине<br>-овера филијале уз реверс                                                   | Образац ОПП | 60         | ДА | ДА |                                                                                                                                                                                   |

| Остала помоћна помагала |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                           |             |                               |                                   |    |    |                                                       |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------------------------|----|----|-------------------------------------------------------|
| 093                     | Болнички кревет са трапезом                                        | Осигурано лице које мора трајно да лежи у кревету због:<br>-квадриплегије (G82.3; G82.4 и G82.5)<br>-тешких неуромишићних болести<br>-церебралне парализе (G80)<br>уз одговарајуће стамбено - комуналне услове                                                          | - специјалиста физикалне медицине уз отпусну листу којом је верификована дијагноза и мишљење специјалисте неурологаије,<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале уз реверс<br>- провера функционалности | Образац ОПП | 10 година                     |                                   | ДА | ДА |                                                       |
| 094                     | Собна дизалица                                                     | Осигурано лице које мора трајно да лежи у кревету због<br>- квадриплегије (G82.3; G82.4 и G82.5)<br>уз одговарајуће стамбено комуналне услове                                                                                                                           | - специјалиста физикалне медицине уз отпусну листу којом је верификована дијагноза и мишљење специјалисте неурологаије,<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале уз реверс<br>- провера функционалности | Образац ОПП | 10 година                     |                                   | ДА | ДА |                                                       |
| 095                     | Антидекубитус душек                                                | Осигурано лице које мора трајно да лежи у кревету због<br>-квадриплегије (G82.3; G82.4 и G82.5)<br>-параплегије (G82.0; G82.1 и G82.2)<br>-ретких болести<br>-тешких неуромишићних болести<br>-церебралне парализе (G80)<br>уз одговарајуће стамбено - комуналне услове | - специјалиста физикалне медицине уз отпусну листу којом је верификована дијагноза и мишљење специјалисте неурологије,<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                                           | Образац ОПП | 5 година                      |                                   | НЕ | ДА | Помагало се издаје ради превенције појаве декубитуса. |
| 208                     | Појас за феморалну или ингвиналну килу (једнострану или обострану) | Осигурано лице код кога постоји:<br>- Hernia femoralis (K 41) или Hernia inguinalis (K 40) уз услов да због општег здравственог стања осигураног лица операција није могућа                                                                                             | - специјалиста хирургије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                                                                                                                                         | Образац ОПП | узраст до 18 год.<br>8 месеци | узраст преко 18 год.<br>36 месеци | НЕ | НЕ |                                                       |
| 135                     | Појас за трбушну килу                                              | Осигурано лице код кога постоји:<br>- Hernia ventralis (K 43) уз услов да због општег здравственог стања осигураног лица операција није могућа                                                                                                                          | - специјалиста хирургије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                                                                                                                                         | Образац ОПП | узраст до 18 год.<br>8 месеци | узраст преко 18 год.<br>36 месеци | НЕ | НЕ |                                                       |
| Санитарне справе        |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                           |             |                               |                                   |    |    |                                                       |

|     |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                                                                                                                                                         |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 097 | Ендотрахеална канила метална              | Осигурано лице код кога постоји трајна трахеостома (Z93.0) има право на две каниле                                                                                                                                                                                                      | - специјалиста ОРЛ                                                                                                                                                                                                                                                  | Образац ОПП | 12 месеци                                                                                                                                                                               | НЕ | ДА |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 188 | Ендотрахеална канила пластична (2 комада) | Осигурано лице код кога постоји трајна трахеостома (Z93.0) има право на две каниле                                                                                                                                                                                                      | - специјалиста ОРЛ                                                                                                                                                                                                                                                  | Образац ОПП | 6 месеци                                                                                                                                                                                | НЕ | ДА |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 098 | Електрични инхалатор са маском            | Осигурано лице узраста до 18 година оболело од трајне, средње тешке астме (FEV1 60-80%), односно трајне, тешке астме (FEV1 ≤ 60%), уз обавезу престанка пушења и постојање одговарајућих стамбених услова за инсталирање и правилно коришћење апарата                                   | - субспецијалиста пулмологије или специјалиста пнеумофтизиологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности                                                                                                                    | Образац ОПП | 60                                                                                                                                                                                      | ДА | НЕ |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|     |                                           | Осигурано лице старије од 65 година са хроничном опструктивном болешћу (НОВР) врло тешког степена (FEV1 < 30%) и са најмање 3 хоспитализације током последње године, уз обавезу престанка пушења и постојање одговарајућих стамбених услова за инсталирање и правилно коришћење апарата | - субспецијалиста пулмологије или специјалиста пнеумофтизиологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности                                                                                                                    | Образац ОПП | 96                                                                                                                                                                                      | ДА | НЕ |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 227 | Инхалатор, компресорски                   | Осигурано лице оболело од цистичне фиброзе (E84); уз обавезу престанка пушења и постојање одговарајућих стамбених услова за инсталирање и правилно коришћење апарата                                                                                                                    | - субспецијалиста пулмологије или специјалиста пнеумофтизиологије или специјалиста интерне медицине у служби пулмологије, здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП | Рок трајања инхалатора је 4 год., најмање, осим за црево за инхалатор, распршивач, наставак за уста и филтер, где је рок трајања 6 месеци.<br>Рок трајања силиконске маске је 6 месеци. | ДА | НЕ | Осигурано лице старије од 5 година живота уз инхалатор има право и на црево за инхалатор, распршивач, наставак за уста и филтер.<br><br>Осигурано лице до 5 године живота уз инхалатор има право и на црево за инхалатор, распршивач, наставак за уста, филтер и силиконску маску за лице. |

|     |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                                                                                                         |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 099 | Концентратор кисеоника протока до 5 l/min (кисеонички концентратор) | Осигурано лице код кога постоји хронична респираторна инсуфицијенција, без обзира на узрок, укључујући и ретке болести, а болест је стабилна најмање 3 недеље са:<br>-парцијалним притиском кисеоника ( $\text{PaO}_2$ ) $\leq 7,3$ kPa ( $\leq 55$ mm Hg) или $\text{SaO}_2 \leq 88\%$<br>-парцијалним притиском кисеоника ( $\text{PaO}_2$ ) између 7,3 kPa (55 mm Hg) и 8,0 kPa (60 mm Hg) или $\text{SaO}_2$ од 89%, уз: знаке плућне хипертензије, периферне едеме који указују на конгестивну слабост срца, полицитемију (hematokrit > 0,55).<br>Осигурано лице има обавезу престанка пушења.<br>За остваривање права на помагало неопходно је и постојање одговарајућих стамбених услова за инсталирање и правилно коришћење апарата. | -субспецијалиста пулмологије или специјалиста пнеумофтизиологије или специјалиста интерне медицине у служби пулмологије, здравствене установе секундарног нивоа здравствене заштите уз мишљење једног субспецијалисте пулмологије, односно специјалисте пнеумофтизиологије или специјалисте интерне медицине у служби пулмологије, здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс.                                                                                                                                                           | Образац ОПП | Рок трајања концентратора кисеоника је 10 год., најмање, осим за филтер за кисеоник чији је рок трајања 1 година и црево за довод кисеоника где је рок трајања 5 година | ДА | ДА | Помагало према овереном обрасцу, испоручилац доставља здравственој установи секундарног нивоа у којој је запослен специјалиста који је прописао помагало. Здравствена установа одређује специјалисте који врше контролу правилног коришћења издатог помагала и води посебну евиденцију о издатим концентраторима кисеоника.                         |
| 222 | Портабилни-преносни концентратор кисеоника протока до 3 l/min       | Осигурано лице оболело од артеријске плућне хипертензије, до завршетка редовног школовања, а најкасније до 26 година живота и запослено лице, односно предузетник, коме је за самостално обављање активности свакодневног живота, поред концентратора кисеоника протока до 5 l/min, неопходно и коришћење портабилног-преносног концентратора кисеоника                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | -субспецијалиста пулмологије или специјалиста пнеумофтизиологије или специјалиста интерне медицине у служби пулмологије, здравствене установе секундарног нивоа здравствене заштите уз мишљење једног субспецијалисте пулмологије, односно специјалисте пнеумофтизиологије или специјалисте интерне медицине у служби пулмологије, здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс.<br>Контролу правилног коришћења врши здравствена установа секундарног нивоа здравствене заштите у којој се испоручује и издаје помагало и води евиденција | Образац ОПП | 10 година                                                                                                                                                               | ДА | ДА | Помагало према овереном обрасцу, испоручилац доставља здравственој установи секундарног нивоа у којој је запослен специјалиста који је прописао помагало. Здравствена установа одређује специјалисте који врше контролу правилног коришћења издатог помагала и воде посебну евиденцију о издатим портабилним – преносним концентраторима кисеоника. |

|     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 211 | Вентилатор за механичку вентилацију у кућним условима | Осигурано лице оболело од<br>-тешких облика мишићне дистрофије<br>- спиналне мишићне атрофије<br>- амиотрофичне латералне склерозе (ALS)<br>- високе лезије цервикалне кичме и продужене мождине<br>Неопходно је и постојање одговарајућих стамбених услова за инсталирање и правилно коришћење апарата | За адолтне пацијенте субспецијалиста пулмологије или специјалиста пнеумфтизиологије или специјалиста интерне медицине у служби пулмологије, здравствене установе секундарног нивоа здравствене заштите уз мишљење специјалисте неурологије и мишљење субспецијалисте пулмологије или специјалисте пнеумфтизиологије или специјалисте интерне медицине у служби пулмологије, Института за плућне болести Војводине - Сремска Каменица или Клинике за пулмологију Клиничког центра Србије или Клинике за пулмологију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за плућне болести Клиничког центра Ниш или Одељења за пулмологију Клиничко-болничког центра Земун, | Образац ОПП | Рок трајања вентилатора за механичку вентилацију у кућним условима је 10 год., најмање, осим за филтер и маску за вентилатор 1 година, батерију три године и турбину/мотор где је рок трајања најмање 20.000 радних сати | ДА | ДА | Помагало према овереном обрасцу, испоручилац доставља здравственој установи терцијарног нивоа у којој је запослен и специјалиста који је дао мишљење за прописивање (Институту за плућне болести Војводине - Сремска Каменица или Клиници за пулмологију Клиничког центра Србије или Клиници за пулмологију Клиничког центра Крагујевац или Клиници за плућне болести Клиничког центра Ниш или Одељења за пулмологију Клиничко-болничког центра Земун, односно Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“). Здравствена установа одређује специјалисте који врше контролу правилног коришћења издатог помагала и води посебну евиденцију о издатим вентилаторима за механичку вентилацију у кућним условима. |
|     |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | За осигурана лица узраста до 18 година живота субспецијалиста пулмологије или специјалиста пнеумфтизиологије или специјалиста педијатрије у служби пулмологије, здравствене установе секундарног нивоа здравствене заштите уз мишљење специјалисте дечје неурологије и мишљење субспецијалисте пулмологије или специјалисте пнеумфтизиологије или специјалисте педијатрије у служби пулмологије Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“;<br>-мишљење комисије за механичку вентилацију у кућним условима;<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс.                                                                 | Образац ОПП |                                                                                                                                                                                                                          |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|     |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                                                                                                                                                                                                |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 215 | Вентилятор за механичку вентилацију у кућним условима –24h | Осигурано лице оболело од<br>-тешких облика мишићне дистрофије<br>- спиналне мишићне атрофије<br>- амиотрофичне латералне склерозе (ALS)<br>- високе лезије цервикалне кичме и продужене мождине<br>Неопходно је и постојање одговарајућих стамбених услова за инсталирање и правилно коришћење апарата | За адолтне пацијенте субспецијалиста пулмологије или специјалиста пнеумофтизиологије или специјалиста интерне медицине у служби пулмологије здравствене установе секундарног нивоа здравствене заштите уз мишљење специјалисте неурологије и мишљење субспецијалисте пулмологије или специјалисте пнеумофтизиологије или специјалисте интерне медицине у служби пулмологије Института за плућне болести Војводине - Сремска Каменица или Клинике за пулмологију Клиничког центра Србије или Клинике за пулмологију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за плућне болести Клиничког центра Ниш или Одељења за пулмологију Клиничко-болничког центра Земун.                                                                                                           | Образац ОПП | Рок трајања вентилатора за механичку вентилацију у кућним условима - 24h је 10 год., најмање, осим за филтер и маску за вентилатор 1 година, батерију три године и турбину/мотор где је рок трајања најмање 20.000 радних сати | ДА | НЕ | Помагало према овереном обрасцу, испоручилац доставља здравственој установи терцијарног нивоа, у којој је запослен и специјалиста који је дао мишљење за прописивање (Институту за плућне болести Војводине - Сремска Каменица или Клиници за пулмологију Клиничког центра Србије или Клиници за пулмологију Клиничког центра Крагујевац или Клиници за плућне болести Клиничког центра Ниш или Одељењу за пулмологију Клиничко-болничког центра Земун, односно Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“). Здравствена установа одређује специјалисте који врше контролу правилног коришћења издатог помагала и води посебну евиденцију о издатим вентилаторима за механичку вентилацију у кућним условима–24h . |
|     |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | За осигурана лица узраста до 18 година живота субспецијалиста пулмологије или специјалиста пнеумофтизиологије или специјалиста педијатрије у служби пулмологије здравствене установе секундарног нивоа здравствене заштите уз мишљење специјалисте деце неурологије и мишљење субспецијалисте пулмологије или специјалисте пнеумофтизиологије или специјалисте педијатрије у служби пулмологије Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“;<br>-мишљење комисије за механичку вентилацију у кућним условима;<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс.<br>Контролу правилног коришћења врши здравствена установа секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите у којој се испоручује и издаје помагало и води евиденција | Образац ОПП |                                                                                                                                                                                                                                |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|     |                                             |                                                                                   |                                                                                                                                                                            |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 100 | Диск подлога са кесама за илеостому         | Осигурано лице са изведеном привременом или сталном илеостомом или ветколостомом. | Код привремене илеостоме или ветколостоме:<br>За прво прописивање:<br>-изабрани лекар на основу отпусне листе<br>-лекарска комисија најдуже до 6 месеци<br>-овера филијале | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице које има изведену привремену или сталну илеостому или ветколостому, има право, по свакој изведеној стоми, на одговарајуће диск подлоге за стому и кесе уз диск подлогу.<br><br>Осигурано лице има право на 10 дискова и до 60 кеса (месечно), које се издају за период од три месеца.<br><br>Изузетно, на основу мишљења специјалисте хирургије осигурано лице има право на 15 дискова и до 45 кеса (месечно), које се издају за период од три месеца. |
|     |                                             |                                                                                   | За наредно прописивање<br>-изабрани лекар                                                                                                                                  | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|     |                                             |                                                                                   | Код сталне илеостоме или ветколостоме:<br>За прво прописивање: изабрани лекар на основу отпусне листе<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                             | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|     |                                             |                                                                                   | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар                                                                                                                                 | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 136 | Самолепљиви једноделни комплет за илеостому | Осигурано лице са изведеном привременом или сталном илеостомом или ветколостомом. | Код привремене илеостоме или ветколостоме:<br>За прво прописивање:<br>-изабрани лекар на основу отпусне листе<br>-лекарска комисија најдуже до 6 месеци<br>-овера филијале | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице има право на 30 самолепљивих једноделних комплета, који се издају за период од три месеца.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|     |                                             |                                                                                   | За наредно прописивање:<br>-изабрани лекар                                                                                                                                 | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|     |                                             |                                                                                   | Код сталне илеостоме или ветколостоме:<br>За прво прописивање:<br>-изабрани лекар на основу отпусне листе<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                         | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|     |                                             |                                                                                   | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар                                                                                                                                 | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|     | Диск подлога са кесама за                   | Осигурано лице са изведеном привременом или сталном                               | Код привремене колостоме<br>За прво прописивање<br>-изабрани лекар на основу отпусне листе<br>-лекарска комисија најдуже до 6 месеци<br>-овера филијале                    | Образац ОПП | - |    |    | Осигурано лице које има изведену привремену или сталну колостому, има право, по свакој изведеној стоми, на одговарајуће диск подлоге за стому и кесе уз диск подлогу.<br><br>Осигурано лице има право на 10                                                                                                                                                                                                                                                           |
|     |                                             |                                                                                   | За наредно прописивање:<br>-изабрани лекар                                                                                                                                 | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|     |                                             |                                                                 |                                                                                                                                                           |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 137 | колостому                                   | колостомом.                                                     | Код сталне колостоме:<br>За прво прописивање: изабрани лекар на основу отпусне листе<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                             | Образац ОПП |   | НЕ | НЕ | дискова и до 60 кеса (месечно), које се издају за период од три месеца.<br><br>Изузетно, на основу мишљења специјалисте хирургије осигурано лице има право на 15 дискова и до 45 кеса (месечно), које се издају за период од три месеца.                     |
|     |                                             |                                                                 | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар                                                                                                                | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 138 | Самолепљиви једноделни комплет за колостому | Осигурано лице са изведеном привременом или сталном колостомом. | Код привремене колостоме<br>За прво прописивање:<br>- изабрани лекар на основу отпусне листе<br>-лекарска комисија најдуже до 6 месеци<br>-овера филијале | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице има право на 30 самолепљивих једноделних комплета, који се издају за период од три месеца.                                                                                                                                                    |
|     |                                             |                                                                 | За наредно прописивање:<br>-изабрани лекар                                                                                                                | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|     |                                             |                                                                 | Код сталне колостоме:<br>За прво прописивање:<br>/изабрани лекар на основу отпусне листе<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                         | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|     |                                             |                                                                 | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар                                                                                                                | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 139 | Диск подлога са кесама за уростому          | Осигурано лице са изведеном уростомом.                          | За прво прописивање:<br>-изабрани лекар на основу отпусне листе<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                                                  | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице које има изведену уростому, има право, по свакој изведеној стоми, на одговарајуће диск подлоге за стому и кесе уз диск подлогу.<br><br>Осигурано лице има право на 10 дискова и до 30 кеса (месечно), које се издају за период од три месеца. |
|     |                                             |                                                                 | За наредна прописивања: изабрани лекар                                                                                                                    | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 140 | Самолепљиви једноделни комплет за уростому  | Осигурано лице са изведеном уростомом.                          | За прво прописивање:<br>-изабрани лекар на основу отпусне листе<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                                                  | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице има право на 30 самолепљивих једноделних комплета, који се издају за период од три месеца.                                                                                                                                                    |
|     |                                             |                                                                 | За наредна прописивања: изабрани лекар                                                                                                                    | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 141 | Крема за негу стоме                         | - иритирана кожа око илео, ветколо, коло или уростоме           | - изабрани лекар                                                                                                                                          | Образац 2   | - | НЕ | НЕ | Највише четири креме за негу стоме за годину дана.                                                                                                                                                                                                           |

|     |                                             |                                                                                                                            |                                                                                                                           |           |           |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 220 | Спреј за негу стоме                         | - иритирана кожа око илео, ветколо, коло или уростоме                                                                      | - избрани лекар                                                                                                           | Образац 2 | -         | НЕ | ДА | Највише четири спреја за негу стоме за годину дана.<br><br>Помагало се обезбеђује осигураном лицу уместо креме за негу стоме.                                                                                                                                                                                                                                |
| 142 | Паста за испуне ожиљних неравнина           | - постојање ожиљака око стоме који онемогућавају несметану апликацију диск подлоге                                         | - избрани лекар                                                                                                           | Образац 2 | -         | НЕ | НЕ | Највише две пасте за испуне ожиљних неравнина за годину дана.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 193 | Силиконски упијајући фластер                | Осигурано лице оболело од <i>Epidermolysis bullosa dystrophica</i> Q 81.2                                                  | - избрани лекар уз мишљење специјалисте дерматовенерологије у здравственој установи терцијарног нивоа здравствене заштите | Образац 2 | -         | НЕ | НЕ | Осигурано лице узраста до 5 година има право на 8 комада месечно.<br>Осигурано лице узраста преко 5 до 10 година има право на 10 комада месечно.<br>Осигурано лице узраста преко 10 до 16 година има право на 12 комада месечно.<br>Осигурано лице узраста преко 16 година има право на 14 комада месечно.<br><br>Помагало се издаје за период од три месеца |
| 223 | Тубуларни еластични завој (Tubifast)        | Осигурано лице оболело од <i>Epidermolysis bullosa dystrophica</i> Q 81.2                                                  | - избрани лекар уз мишљење специјалисте дерматовенерологије здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите    | Образац 2 | -         | НЕ | НЕ | Осигурано лице добија месечно до:<br>- три комада црвени,<br>- три комада зелени,<br>- два комада плави и<br>- један комад жути.<br><br>Помагало се издаје за период од три месеца                                                                                                                                                                           |
| 224 | Еластични памучни завој (Hartmann)          | Осигурано лице оболело од <i>Epidermolysis bullosa dystrophica</i> Q 81.2                                                  | - избрани лекар уз мишљење специјалисте дерматовенерологије здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите    | Образац 2 | -         | НЕ | НЕ | Осигурано лице добија месечно до:<br>- 80 комада 4cmx4m,<br>- 80 комада 6cmx4m,<br>- 80 комада 8cmx4m,<br>- 80 комада 10cmx4m и<br>- 80 комада 12cmx4m.<br><br>Помагало се издаје за период од три месеца                                                                                                                                                    |
| 143 | Трбушни еластични појас са отвором за стому | Осигурано лице са изведеном привременом или сталном стомом код кога постоји јако ослабљена мускулатура трбушног зида (Z93) | - избрани лекар уз мишљење специјалисте хирургије                                                                         | Образац 2 | 12 месеци | НЕ | НЕ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|     |                                                               |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                 |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 101 | Стални - Foli (Foley) урин катетер са урин кесама са испустом | Осигурано лице, код стања:<br>-инконтиненције урина или<br>-ретенције урина која се не може хируршки решити                               | - изабрани лекар уз мишљење специјалисте урологије                                                                                              | Образац 2   | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице има право само на једну врсту катетера.<br><br>Осигурано лице добија за период од 3 месеца 2 стална урин катетера од силикона са 30 урин кеса са испустом или месечно 3 урин катетера од латекса са 10 урин кеса са испустом.<br><br>Помагало се издаје за период од три месеца |
| 144 | Урин катетер за једнократну употребу (без урин кеса)          | Осигурано лице код стања:<br>-неурогене ретенције због повреде кичме<br>-ортотопичне бешике које је обучено да само себи апликује катетер | - изабрани лекар уз мишљење специјалисте урологије                                                                                              | Образац 2   | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице има право само на једну врсту катетера.<br><br>Осигурано лице добија месечно до 60 ПВЦ катетера сем у случају појаве уринарних инфекција, када добија до 60 лумбрификованих урин катетера.<br><br>Помагало се издаје за период од три месеца.                                   |
| 145 | Уринарни кондом са урин кесама са испустом                    | Осигурано лице мушког пола са инконтиненцијом урина која се не може хируршки решити                                                       | - изабрани лекар уз мишљење специјалисте урологије                                                                                              | Образац 2   | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице добија месечно 30 уринарних кондома и 15 урин кеса са испустом.<br><br>Помагало се издаје за период од 3 месеца.                                                                                                                                                                |
|     |                                                               | Осигурано лице са сметњама у развоју без обзира на године живота, које има трајно невољно пражњење црева или бешике.                      | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте неурологије и специјалисте урологије<br>- лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП |   |    |    | Осигурано лице остварује право на пелене уколико не остварује право на урин катетер, односно уринарни кондом.<br><br>Осигурано лице добија месечно до 60 ком. пелена.<br><br>Помагало се издаје за период од три месеца.                                                                       |
|     |                                                               |                                                                                                                                           | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар                                                                                                      | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|     |                                                               | Осигурано лице узраста од 3 до 18 година живота, које има трајно невољно пражњење црева или бешике.                                       | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте неурологије и специјалисте урологије<br>- лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|     |                                                               |                                                                                                                                           | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар                                                                                                      | Образац 2   |   |    | НЕ | НЕ                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|     |                          |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                    |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 102 | Пелене                   | Осигурано лице старије од 18 година живота са паралигијом, квадриплегијом, мишићном дистрофијом, мултиплом склерозом, церебралном парализом или секвелама дечије парализе, које има трајно невољно пражњење црева и бешике. | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте неурологије, специјалисте физикалне медицине и специјалисте урологије,<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале | Образац ОПП | - |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|     |                          |                                                                                                                                                                                                                             | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар                                                                                                                                        | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|     |                          | Осигурано лице оболело од ретке болести, које има трајно невољно пражњење црева и/или бешике.                                                                                                                               | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте неурологије, специјалисте физикалне медицине и специјалисте урологије,<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|     |                          |                                                                                                                                                                                                                             | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар                                                                                                                                        | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 212 | Улошци за инконтиненцију | Осигурано лице са сметњама у развоју без обзира на године живота, које има трајно невољно пражњење црева или бешике.                                                                                                        | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте неурологије и специјалисте урологије<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале                                   | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице остварује право на улошке за инконтиненцију уколико не остварује право на урин катетер, односно уринарни кондом.<br><br>Осигурано лице добија месечно до 60 ком. месечно.<br><br>Уколико се улошци за инконтиненцију користе у комбинацији са пеленама, укупна одобрена количина оба помагала не може бити већа од количине прописане за пелене.<br><br>Помагало се издаје за период од три месеца. |
|     |                          |                                                                                                                                                                                                                             | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар                                                                                                                                        | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|     |                          | Осигурано лице узраста од 3 до 18 година живота, које има трајно невољно пражњење црева или бешике.                                                                                                                         | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте неурологије и специјалисте урологије<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале                                   | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|     |                          |                                                                                                                                                                                                                             | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар                                                                                                                                        | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|     |                          | Осигурано лице старије од 18 година живота са паралигијом, квадриплегијом, мишићном дистрофијом, мултиплом склерозом, церебралном парализом или секвелама дечије парализе, које има трајно невољно пражњење црева и бешике. | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте неурологије, специјалисте физикалне медицине и специјалисте урологије,<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|     |                          |                                                                                                                                                                                                                             | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар                                                                                                                                        | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|     |                          |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                    |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|     |                          |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                    |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|     |                    |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                  |             |   |    |    |                                                                                                                                                            |
|-----|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                    | Осигурано лице оболело од ретке болести, које има трајно невољно пражњење црева и/или бешике.                                                         | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте неурологије, специјалисте физикалне медицине и специјалисте урологије,<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                                            |
|     |                    |                                                                                                                                                       | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар                                                                                                                                       | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                            |
| 214 | Хиподермална игла  | Осигурано лице оболело од Epidermolysis bullosa dystrophica Q 81.2 у количини до 400 комада месечно, а издаје се за период од три месеца              | - изабрани лекар уз мишљење специјалисте дерматовенерологије у здравственој установи терцијарног нивоа здравствене заштите                                                       | Образац 2   | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице добија месечно до 400 комада.<br><br>Помагало се издаје за период од три месеца.                                                            |
| 146 | Пен шприц          | Осигурано лице оболело од -D.Mellitus, које се лечи инсулином прописаним у облику карпула                                                             | - изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине                                                                                           | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ |                                                                                                                                                            |
| 147 | Игле за пен шприц  | Осигурано лице оболело од D. Mellitus узраста до 18 година живота које користи инсулин прописан у облику карпула за пен шприц или карпула са дозером. | - изабрани лекар                                                                                                                                                                 | Образац 2   | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице добија месечно од 30 до 150 ком., према броју прописаних дневних доза инсулина.<br><br>Помагало се издаје за период од шест месеци.         |
|     |                    | Осигурано лице старије од 18 година живота оболело од D. Mellitus које користи инсулин прописан у облику карпула за пен шприц или карпула са дозером. |                                                                                                                                                                                  |             |   |    |    | Осигурано лице добија месечно 30 ком. ако је на 1 и 2 дозе, односно 60 ком. ако је на 3,4 и више доза.<br><br>Помагало се издаје за период од шест месеци. |
|     |                    | Осигурано лице до 18 година живота са недостатком хормона раста.                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |             |   |    |    | Осигурано лице добија месечно до 30 комада.<br><br>Помагало се издаје за период од шест месеци.                                                            |
|     | Урин тест трака за | Осигурано лице узраста до 18 година живота оболело од D. Mellitus                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |             |   |    |    | Осигурано лице узраста до 18 година живота добија 50 комада за период од 3 месеца, независно од броја прописаних дневних доза инсулина.                    |

|     |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                           |             |   |    |    |                                                                                    |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|------------------------------------------------------------------------------------|
| 148 | окуларно<br>очитавање шећера<br>и ацетона у урину                            | Осигурано лице старије од 18 година живота оболело од <i>D. Mellitus</i> на интензивираој конвенционалној инсулинској терапији (4 или више дневних доза инсулина) или на терапији инсулинском пумпом.                                                                                                                                                                                                                              | - изабрани лекар                                                                                                                                          | Образац 2   | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице старије од 18 година живота добија 50 комада за период од 6 месеци. |
| 149 | Апарат за<br>самоконтролу<br>нивоа шећера у<br>крви                          | Осигурано лице оболело од <i>D. Mellitus</i> :<br>- које се лечи инсулином или је на терапији инсулинском пумпом независно од година живота и броја дневних доза инсулина;<br>- трудница (без обзира на године живота) независно од броја дневних доза инсулина;<br>- осигурано лице оболело од <i>D. Mellitus</i> узраста до 18 година живота које је без инсулинске терапије (ретке форме Moddy или тип II).                     | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ |                                                                                    |
|     |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар                                                                                                               | Образац 2   |   |    |    |                                                                                    |
| 216 | Апарат за<br>самоконтролу<br>нивоа шећера у<br>крви са говорним<br>софтвером | Слепо или слабовидо осигурано лице оболело од <i>D. Mellitus</i> :<br>- које се лечи инсулином или је на терапији инсулинском пумпом независно од година живота и броја дневних доза инсулина;<br>- трудница (без обзира на године живота) независно од броја дневних доза инсулина;<br>- осигурано лице оболело од <i>D. Mellitus</i> узраста до 18 година живота које је без инсулинске терапије (ретке форме Moddy или тип II). | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ |                                                                                    |
|     |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар                                                                                                               | Образац 2   |   |    |    |                                                                                    |

|     |                                           |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 150 | Тест траке за апарат (са или без ланцета) | Осигурано лице оболело од <i>D. Mellitus</i> које се лечи ињекцијама инсулина или инсулинском пумпом узраста до 18 година живота         | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине<br>- лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице добија месечно 100 тест трака и до 100 ланцета или до 20 уметака за аутоматску ланцету (ланцетар), ако је терапији до 4 дозе инсулина дневно, односно ако је на терапији 4 и више доза инсулина дневно или на инсулинској пумпи 150 трака и до 150 ланцета или до 30 уметака за аутоматску ланцету (ланцетар). |
|     |                                           |                                                                                                                                          | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине.                                        | Образац 2   |   |    |    | Помагало се издаје за период од шест месеци.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|     |                                           | Осигурано лице оболело од <i>D. Mellitus</i> узраста до 18 година живота које је без инсулинске терапије (ретке форме Moddy или тип II). | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине<br>- лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП |   |    |    | Осигурано лице добија месечно 50 тест трака.<br><br>Помагало се издаје за период од шест месеци.                                                                                                                                                                                                                              |
|     |                                           |                                                                                                                                          | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине.                                        | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|     |                                           | Труднице на инсулинској терапији.                                                                                                        | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине<br>- лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП |   |    |    | Осигурано лице добија месечно 150 тест трака и до 150 ланцета или до 30 уметака за аутоматску ланцету (ланцетар).<br><br>Помагало се издаје за период од шест месеци.                                                                                                                                                         |
|     |                                           |                                                                                                                                          | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине.                                        | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|     |                                           | Осигурано лице оболело од <i>D. Mellitus</i> које се лечи ињекцијама инсулина или инсулинском пумпом узраста преко 18 година живота.     | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине<br>- лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП |   |    |    | Осигурано лице добија 50 трака за период од 3 месеца, ако је на терапији до 4 дозе инсулина дневно, односно 100 трака месечно ако је на 4 и више доза инсулина                                                                                                                                                                |
|     |                                           |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|     |                                                                                               |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                          |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                               |                                                                                                                                                              | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине.                                        | Образац 2   |   |    |    | или на инсулинској пумпи.<br><br>Помагало се издаје за период од шест месеци.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 217 | Тест траке за апарат (са или без ланцета) за мерење нивоа шећера у крви са говорним софтвером | Слепо или слабовидо осигурано лице оболело од D. <i>Mellitus</i> које се лечи ињекцијама инсулина или инсулинском пумпом узраста до 18 година живота.        | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине<br>- лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице добија месечно 100 тест трака и до 100 ланцета или до 20 уметака за аутоматску ланцету (ланцетар), ако је терапији до 4 дозе инсулина дневно, односно ако је на терапији 4 и више доза инсулина дневно или на инсулинској пумпи 150 трака и до 150 ланцета или до 30 уметака за аутоматску ланцету (ланцетар). |
|     |                                                                                               |                                                                                                                                                              | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине.                                        | Образац 2   |   |    |    | Помагало се издаје за период од шест месеци.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|     |                                                                                               | Слепо или слабовидо осигурано лице оболело од D. <i>Mellitus</i> узраста до 18 година живота које је без инсулинске терапије (ретке форме Moddy или тип II). | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине<br>- лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП |   |    |    | Осигурано лице добија месечно 50 тест трака.<br><br>Помагало се издаје за период од шест месеци.                                                                                                                                                                                                                              |
|     |                                                                                               |                                                                                                                                                              | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине.                                        | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|     |                                                                                               | Труднице на инсулинској терапији.                                                                                                                            | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине<br>- лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП |   |    |    | Осигурано лице добија месечно 150 тест трака и до 150 ланцета или до 30 уметака за аутоматску ланцету (ланцетар).<br><br>Помагало се издаје за период од шест месеци.                                                                                                                                                         |
|     |                                                                                               |                                                                                                                                                              | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине.                                        | Образац 2   |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | Слепо или слабовидо осигурано лице оболело од <i>D. Mellitus</i> које се лечи ињекцијама инсулина или инсулинском пумпом узраста преко 18 година живота.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | За прво прописивање:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине<br>- лекарска комисија<br>-овера филијале<br>За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије или специјалисте интерне медицине.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Образац ОПП |  |  |  | Осигурано лице добија 50 трака за период од 3 месеца, ако је на терапији до 4 дозе инсулина дневно, односно 100 трака месечно ако је на 4 и више доза инсулина или на инсулинској пумпи.<br><br>Помагало се издаје за период од шест месеци. |
|  |  | Осигурано лице оболело од <i>D. Mellitus</i> тип I леченог интензивираним конвенционалном терапијом инсулином (четири и више доза), које има незадовољавајућу гликорегулацију у периоду од 12 месеци (приложена три налаза гликозилираног хемоглобина - HbA1c који мора бити већи или једнак 8,5%), уз медицинску документацију о кретању гликемије о чему осигурано лице води дневник, ако постоје услови за дуготрајну безбедну примену овог вида инсулинске терапије. | За прво прописивање:<br>- специјалиста интерне медицине - ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа (за одрасле и труднице), уз прописану медицинску документацију<br>- специјалиста педијатрије - ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа (за осигурано лице до 18 година живота), уз прописану медицинску документацију<br>-мишљење стручне комисије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера правилног коришћења у здравственој установи терцијарног нивоа где је терапија инсулинском пумпом прописана и где се започиње примена ове врсте |             |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                              |

|     |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |             |  |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 104 | Спољна<br>портбилна<br>инсулинска пумпа<br>са директном<br>комуникацијом са<br>сензором за<br>очитавање<br>континуираног<br>мерења нивоа<br>шећера | Осигурано лице оболело од <i>D. Mellitus</i> тип I леченог интензивираним конвенционалном терапијом инсулином (четири и више доза), које има незадовољавајућу гликорегулацију у периоду од 12 месеци (приложена три налаза гликозилираног хемоглобина - HbA1c који мора бити већи или једнак 7,5%) и уз постојање инципијентне дијабетесне нефропатије (приложен налаз UEA 30 до 300 mg/24h) или манифестне нефропатије (приложен налаз UEA већи од 300 mg/24h), уз медицинску документацију о кретању гликемије о чему осигурано лице води дневник, ако постоје услови за дуготрајну безбедну примену овог вида инсулинске терапије. | терапије.                                                                                                                                                                                                                                            | Образац ОПП |  | ДА | ДА | Помагало према овереном обрасцу, испоручилац доставља здравственој установи терцијарног нивоа у којој је запослен специјалиста који је прописао помагало.<br>Након постављања помагала поставља се и сензор за очитавање континуираног мерења нивоа шећера и повезује са спољном портбилном инсулинском пумпом ради директног преноса података.<br><br>Здравствена установа одређује специјалисте који врше обуку и контролу правилног коришћења издатог помагала и води посебну евиденцију о издатим спољним портбилним инсулинским пумпама.<br>Осигурано лице коме је право на помагало признато до 18 године живота, после навршене 18 године живота прибавља мишљење стручне комисије о неопходности наставка примене овог вида инсулинске терапије само у случају када је раније додељено помагало неупотребљиво. |
|     |                                                                                                                                                    | Осигурано лице женског пола, оболело од <i>D. Mellitus</i> тип I лечено интензивираним конвенционалном терапијом инсулином, које има лошу гликорегулацију уз два приложена налаза гликозилираног хемоглобина (HbA1c) који мора бити већи или једнак 7%, у преконачијском периоду, док се трудноћа не оствари, и за време трудноће, уз приложен налаз спец. гинекологије, ако постоје услови за дуготрајну безбедну примену овог вида инсулинске терапије                                                                                                                                                                              | За прописивање новог помагала, уз доказ да раније додељено помагало није употребљиво:<br>- специјалиста интерне медицине – ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа (за одрасле и труднице);<br>- специјалиста педијатрије - ендокринолог |             |  |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|     |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |   |    |    |                                                                                                                                                              |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                               | Осигурано лице до 18 год. живота на интензиваној терапији инсулином, које има незадовољавајућу гликорегулацију у периоду од 12 месеци уз најмање приложена три налаза гликозилираног хемоглобина (Hb A1c) већи или једнак 7,5% из здравствене установе која прописује и издаје медицинско-техничко помагало, тешко контролисану шећерну болест (brittle diabetes) или понављајуће кетоацидозе | здравствене установе терцијарног нивоа (за осигурано лице до 18 година)<br>-мишљење стручне комисије о неопходности наставка примене овог вида инсулинске терапије<br>- овера филијале уз реверс                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                                              |
| 152 | Потрошни материјал за спољну портабилну инсулинску пумпу са директном комуникацијом са сензором за читавање континуираног мерења нивоа шећера | Осигурано лице које користи спољну инсулинску портабилну пумпу са директном комуникацијом са сензором за читавање континуираног мерења нивоа шећера                                                                                                                                                                                                                                           | <p>За прво прописивање:</p> <p>- специјалиста интерне медицине - ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа (за одрасле и труднице)</p> <p>- специјалиста педијатрије – ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа (за осигурано лице до 18 година живота)</p> <p>-лекарска комисија</p> <p>-овера филијале</p> <p>За наредна прописивања:</p> <p>-изабрани лекар уз мишљење специјалисте интерне медицине – ендокринолога здравствене установе терцијарног нивоа (за одрасле и труднице)</p> <p>--изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије – ендокринолога здравствене установе терцијарног нивоа (за осигурано лице до 18 година)</p> | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ | <p>Осигурано лице има право на:</p> <p>- катетере 10 ком. месечно</p> <p>- шприцеве 10 ком. месечно.</p> <p>Помагало се издаје за период од шест месеци.</p> |

|     |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 233 | Спољна<br>портабилна<br>инсулинска пумпа<br>без могућности<br>директне<br>комуникације са<br>сензором за<br>очитавање<br>континуираног<br>мерења нивоа<br>шећера | Осигурано лице оболело од <i>D. Mellitus</i> тип I леченог интензивираним конвенционалном терапијом инсулином (четири и више доза), које има незадовољавајућу гликорегулацију у периоду од 12 месеци (приложена три налаза гликозилираног хемоглобина - HbA1c који мора бити већи или једнак 8,5%), уз медицинску документацију о кретању гликемије о чему осигурано лице води дневник, ако постоје услови за дуготрајну безбедну примену овог вида инсулинске терапије. | За прво прописивање:<br>- специјалиста интерне медицине - ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа (за одрасле и труднице), уз прописану медицинску документацију и мишљење специјалисте интерне медицине – ендокринолога да осигурано лице није у могућности да спроводи терапију спољном портабилном инсулинском пумпом са директном комуникацијом са сензором за очитавање континуираног мерења нивоа шећера<br>- специјалиста педијатрије - ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа (за осигурано лице до 18 година живота), уз прописану медицинску документацију и мишљење специјалисте педијатрије – ендокринолога да осигурано лице није у могућности да спроводи терапију спољном портабилном инсулинском пумпом са директном комуникацијом са сензором за очитавање континуираног мерења нивоа шећера<br>-мишљење стручне комисије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера правилног коришћења у здравственој установи терцијарног нивоа где је терапија инсулинском пумпом прописана и где се започиње примена ове врсте терапије. | Образац ОПП | - | ДА | ДА | Помагало према овереном обрасцу, испоручилац доставља здравственој установи терцијарног нивоа у којој је запослен специјалиста који је прописао помагало.<br><br>Здравствена установа одређује специјалисте који врше обуку и контролу правилног коришћења издатог помагала и води посебну евиденцију о издатим спољним портабилним инсулинским пумпама.<br><br>Осигурано лице коме је право на помагало признато до 18 године живота, после навршене 18 године живота прибавља мишљење стручне комисије о неопходности наставка примене овог вида инсулинске терапије само у случају када је раније додељено помагало неупотребљиво. |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|     |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                           |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                                         | <p>Осигурано лице женског пола, оболело од <i>D. Mellitus</i> тип I лечено интензивираним конвенционалном терапијом инсулином, које има лошу гликорегулацију уз два приложена налаза гликозилираног хемоглобина (HbA1c) који мора бити већи или једнак 7%, у прекоцепцијском периоду, док се трудноћа не оствари, и за време трудноће, уз приложен налаз спец. гинекологије, ако постоје услови за дуготрајну безбедну примену овог вида инсулинске терапије</p> <p>Осигурано лице до 18 год. живота на интензивирајој терапији инсулином, које има незадовољавајућу гликорегулацију у периоду од 12 месеци уз најмање приложена три налаза гликозилираног хемоглобина (Hb A1c) већи или једнак 7,5% из здравствене установе која прописује и издаје медицинско-техничко помагало, тешко контролисану шећерну болест (brittle diabetes) или понављајуће кетоацидозе</p> | <p>За прописивање новог помагала, уз доказ да раније додељено помагало није употребљиво:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- специјалиста интерне медицине – ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа( за одрасле и труднице);</li> <li>- специјалиста педијатрије - ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа (за осигурано лице до 18 година)</li> <li>-мишљење стручне комисије о неопходности наставка примене овог вида инсулинске терапије</li> <li>- овера филијале уз реверс</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                     |             |   |    |    |                                                                                                                                                                                                           |
| 232 | Потрошни материјал за спољну портабилну инсулинску пумпу без могућности директне комуникације са сензором за читавање континуираног мерења нивоа шећера | Осигурано лице које користи спољну портабилну инсулинску пумпу без могућности директне комуникације са сензором за читавање континуираног мерења нивоа шећера                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>За прво прописивање:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- специјалиста интерне медицине - ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа (за одрасле и труднице)</li> <li>- специјалиста педијатрије – ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа (за осигурано лице до 18 година живота)</li> <li>-лекарска комисија</li> <li>-овера филијале</li> </ul> <p>За наредна прописивања:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-изабрани лекар уз мишљење специјалисте интерне медицине – ендокринолога здравствене установе терцијарног нивоа (за одрасле и труднице)</li> <li>--изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије – ендокринолога здравствене установе терцијарног нивоа (за осигурано лице до 18 година)</li> </ul> | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ | <p>Осигурано лице има право на:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- катетере 10 ком. месечно</li> <li>- шприцеве 10 ком. месечно.</li> </ul> <p>Помагало се издаје за период од шест месеци.</p> |

|     |                                                           |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                             |             |    |    |    |                                                                                                                                                                                                           |
|-----|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 228 | Апарат за читавање континуираног мерења нивоа шећера      | Осигурано лице оболело од D. Mellitus узраста до 18 година живота које се лечи ињекцијама инсулина, са нестабилним (brittle) дијабетесом (учестале хипо и хипер гликемије које онемогућавају оптималну гликорегулацију) | За прво прописивање:<br>- специјалиста педијатрије – ендокринолог здравствене установе секундарног или терцијарног нивоа;<br>-лекарска комисија;<br>-овера филијале уз реверс                               | Образац ОПП | 24 | ДА | НЕ | Здравствена установа секундарног или терцијарног нивоа у којој је запослен специјалиста који је прописао помагало, одређује специјалисте који врше обуку и контролу правилног коришћења издатог помагала. |
|     |                                                           |                                                                                                                                                                                                                         | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије – ендокринолога здравствене установе секундарног или терцијарног нивоа,<br>-лекарска комисија;<br>-овера филијале уз реверс | Образац ОПП |    |    |    |                                                                                                                                                                                                           |
| 229 | Трансмитаер за читавање континуираног мерења нивоа шећера | Осигурано лице оболело од D. Mellitus tip I узраста до 18 година живота, које је на терапији инсулинском пумпом                                                                                                         | За прво прописивање:<br>- специјалиста редијатрије - ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс                                                 | Образац ОПП | -  | ДА | НЕ | Здравствена установа терцијарног нивоа у којој је запослен специјалиста који је прописао помагало, одређује специјалисте који врше обуку и контролу правилног коришћења издатог помагала.                 |
|     |                                                           |                                                                                                                                                                                                                         | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар уз мишљење специјалисте педијатрије - ендокринолога здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс                   | Образац ОПП |    |    |    |                                                                                                                                                                                                           |
|     |                                                           | Осигурано лице оболело од D. Mellitus tip I, старије од 18 година живота, које је остварило право на инсулинску пумпу из средстава обавезног здравственог осигурања                                                     | За прво прописивање:<br>- специјалиста интерне медицине - ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа;<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс                                           | Образац ОПП |    |    |    |                                                                                                                                                                                                           |
|     |                                                           |                                                                                                                                                                                                                         | За наредна прописивања:<br>-изабрани лекар уз мишљење специјалисте интерне медицине – ендокринолога здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс               | Образац ОПП |    |    |    |                                                                                                                                                                                                           |
|     |                                                           | Осигурано лице оболело од D. Mellitus tip I узраста до 18 година живота, на терапији инсулинском пумпом.                                                                                                                | За прво прописивање:<br>- специјалиста педијатрије - ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                                                           | Образац ОПП |    |    |    |                                                                                                                                                                                                           |
|     |                                                           |                                                                                                                                                                                                                         | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар                                                                                                                                                                 | Образац ОПП |    |    |    |                                                                                                                                                                                                           |

|     |                                                      |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                      |             |   |    |    |                                                                                                                                 |
|-----|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 230 | Сензор за читавање континуираног мерења нивоа шећера | Осигурано лице оболело од D. Mellitus узраста до 18 година живота са нестабилним (brittle) дијабетесом (учестале хипо и хипер гликемије које онемогућавају оптималну гликорегулацију) | За прво прописивање:<br>- специјалиста педијатрије - ендокринолог<br>здравствене установе секундарног или терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП | - | НЕ | НЕ | Осигурано лице према року трајања сензора добија до 52 сензора за 12 месеци.<br><br>Помагало се издаје за период од три месеца. |
|     |                                                      |                                                                                                                                                                                       | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар                                                                                                                          | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                 |
|     |                                                      | Осигурано лице оболело од D. Mellitus тип I старије од 18 година живота, које је остварило право на инсулинску пумпу из средстава обавезног здравственог осигурања.                   | За прво прописивање:<br>-специјалиста интерне медицине - ендокринолог здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале.               | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                 |
|     |                                                      |                                                                                                                                                                                       | За наредна прописивања:<br>- изабрани лекар                                                                                                                          | Образац ОПП |   |    |    |                                                                                                                                 |

#### 4. Очна помагала

| Шифра | Назив помагала | Индикације                                                         | Прописивање                                                           | Образац за прописивање помагала | Рок трајања најмање у месецима |                    | Обавеза враћања помагала | Доплата | Напомена |
|-------|----------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------|---------|----------|
|       |                |                                                                    |                                                                       |                                 | I група до 18г                 | II група преко 18г |                          |         |          |
| 1     | 2              | 3                                                                  | 4                                                                     | 5                               | 6                              |                    | 7                        | 8       | 9        |
| 105   | Рам за наочаре | Осигурано лице уз одговарајућа стакла за корекцију поремећаја вида | - специјалиста офталмологије уз одговарајућа стакла за корекцију вида | Образац ОПП                     | 24                             | 60                 | НЕ                       | ДА      |          |

|     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |             |           |           |    |    |                                                                                                                                                                                 |
|-----|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|-----------|-----------|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 154 | Пластична стакла за корекцију вида (органска) | Осигурано лице до краја редовног школовања, а најкасније до 26 година живота, код кога постоји поремећај вида који обухвата кратковидост ( <i>Myopia</i> H 52.1), далековидост ( <i>Hypermetropia</i> H 52.0), астигматизам ( <i>Astigmatismus</i> H 52.2) без обзира на диоптрију на једном или оба ока                                                                         | - специјалиста офталмологије<br>- овера филијале | Образац ОПП | 24 месеца | -         | НЕ | ДА | Нова пластична стакла у диоптријама, одобравају се осигураном лицу, пре истека одређеног рока трајања, ако се разлика, у сферној или у цилиндричној корекцији, измени за 1,0 Д. |
|     |                                               | Осигурано лице старије од 18 година код кога постоји поремећај вида, који обухвата кратковидост ( <i>Myopia</i> H 52.1), далековидост ( <i>Hypermetropia</i> H 52.0), астигматизам ( <i>Astigmatismus</i> H 52.2) са диоптријом на једном оку већом од $\pm 5,0$ D или са диоптријом на оба ока већом од $\pm 2,0$ D, или ако има само једно око а диоптрија већа од $\pm 2,0$ D |                                                  |             | -         | 60 месеци |    |    |                                                                                                                                                                                 |
|     |                                               | Осигурано лице старије од 65 година код кога осим поремећаја вида постоји старачка далековидост ( <i>Presbyopia</i> H 52.4) са диоптријом на једном оку већом од $\pm 5,0$ D или са диоптријом на оба ока већом од $\pm 2,0$ D                                                                                                                                                   |                                                  |             | -         | 60 месеци |    |    |                                                                                                                                                                                 |
| 155 | Лентикуларна стакла                           | Осигурано лице код кога постоји:<br>- поремећај вида кратковидост ( <i>Myopia</i> H 52.1) или далековидост ( <i>Hypermetropia</i> H 52.0 ) са диоптријом већом од $\pm 8,0$ D                                                                                                                                                                                                    | - специјалиста офталмологије<br>- овера филијале | Образац ОПП | 24        | 60        | НЕ | ДА |                                                                                                                                                                                 |

|     |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                              |             |                                 |           |    |    |                                                                                                                      |
|-----|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|-----------|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 156 | Призма - фолија                                             | Осигурано лице пре и после операције разрокости, код кога постоји поремећај локомоторне равнотеже ради неутралисања дуплих слика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | - специјалиста офталмологије здравствене установе секундарног или терцијарног нивоа<br>-овера филијале       | Образац ОПП | 24                              | 24        | НЕ | НЕ |                                                                                                                      |
| 106 | Телескопске наочаре -наочаре са специјалним системом сочива | Осигурано лице код кога постоји:<br>- најбоља коригована видна оштрина од 0.3 или мање (на Snellen-овом оптотипу) ( <i>Amblyopia bilateralis</i> H 54.2) уз: школовање или за потребе занимања по основу кога је здравствено осигурано                                                                                                                                                                                                                                                                                         | - специјалиста офталмологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП | 48                              | 48        | НЕ | НЕ |                                                                                                                      |
| 107 | Тврда контактна сочива                                      | Осигурано лице старије од 16 година код обољења:<br>- <i>Keratoconus</i> (H 18.6) уколико се контактним сочивима постиже оштрина вида преко 0,3 D<br>- <i>Aphakia monocularis</i> (H 27.0)<br>- <i>Aphakia Bilateralis</i> (H 27.0)<br>- <i>Astigmatismus irregularis</i> (H 52.2) већи од 2 цилиндра<br>- <i>Anizometropia</i> (H 52.3) када је разлика већа од 3,0D<br>- <i>Hypermetropia</i> (H 52.0)<br>- <i>Myopia</i> (H 52.1) када је диоптрија већа од $\pm 5,0$ D, а оштрина вида бар за 0,2 D већа него са наочарима | - специјалиста офталмологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                                        | Образац ОПП | старији од 16 год.<br>24 месеца |           | НЕ | ДА | Осигурано лице има право на тврда контактна сочива, уколико није остварило право на гаспермеабилна контактна сочива. |
| 157 | Гаспермеабилна-гаспропустљива контактна сочива              | Осигурано лице старије од 3 године код обољења:<br>- <i>Aphakia monocularis</i> (H 27.0)<br>- <i>Astigmatismus irregularis</i> (H 52.2) већи од 2 цилиндра<br>- <i>Anizometropia</i> (H 52.3) када је разлика већа од 3,0D<br>- <i>Myopia</i> (H 52.1) када је диоптрија већа или једнака $\pm 6,0$ D, а оштрина вида бар за 2 реда на Snellen-овом оптотипу већа него са наочарима<br>- <i>Hypermetropia</i> (H 52.0) када је диоптрија већа или једнака $\pm 6,0$ D                                                          | - специјалиста офталмологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                                        | Образац ОПП | 12 месеци                       | 24 месеца | НЕ | ДА | Осигурано лице има право на гаспермеабилна контактна сочива, уколико није остварило право на мека контактна сочива.  |

|     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |             |                                                                          |    |    |    |  |
|-----|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------|----|----|----|--|
| 158 | Мека контактна сочива        | Осигурано лице до 16 година код обољења:<br>- <i>Aphakia monocularis</i> (H 27.0)<br>- <i>Astigmatismus irregularis</i> (H 52.2) већи од 2 цилиндра<br>- <i>Anizometropia</i> (H 52.3) када је разлика већа од 3,0 D<br>- <i>Hypermetropia</i> (H 52.0)<br>- <i>Myopia</i> (H 52.1) када је диоптрија већа или једнака $\pm$ 6,0 D, а оштрина вида бар за 2 реда на Snellen-овом оптотипу већа него са наочарима<br>- <i>Aniridia</i> (Q 13.1)<br>- <i>Albinismus ocularis</i> (E 70.3) | - специјалиста офталмологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                                                                | Образац ОПП | узраст до 3 године:<br>6 месеци<br><br>узраст до 16 година:<br>12 месеци |    | НЕ | ДА |  |
| 159 | Терапеутска контактна сочива | Осигурано лице код обољења:<br>-булозна кератопатија (H18.1)<br>-рецидивантна ерозија рожњаче (H18.8)<br>-трофични улкус рожњаче (H16.0)<br>-лагофталмус (H02.2)<br>-каузоми (повреде) рожњаче                                                                                                                                                                                                                                                                                          | - специјалиста офталмологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале                                                                | Образац ОПП | док траје терапија                                                       |    | НЕ | ДА |  |
| 108 | Пуна (потпуна) очна протеза  | Осигурано лице коме недостаје очна јабучица ( <i>Anoftalmus</i> Q 11.1 и Z90.0)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | За прво прописивање:<br>- специјалиста офталмологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП | 12                                                                       | 48 | НЕ | НЕ |  |
|     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | За наредна прописивања:<br>- специјалиста офталмологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-овера филијале                    | Образац ОПП |                                                                          |    |    |    |  |
| 160 | Љуспаста очна протеза        | Осигурано лице у случају делимичног недостатка очне јабучице или атрофије очне јабучице                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | За прво прописивање:<br>- специјалиста офталмологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП | 12                                                                       | 48 | НЕ | НЕ |  |
|     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | За наредна прописивања:<br>- специјалиста офталмологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-овера филијале                    | Образац ОПП |                                                                          |    |    |    |  |

|                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                              |             |             |    |    |                                                                                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 161                           | Привремена, прва протеза за формирање очне дупље | Осигурано лице после хируршке интервенције енуклеације очне јабучице у фази припреме очне дупље за стављање сталне протезе                                                                         | - специјалиста офталмологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП | до 3 месеца | НЕ | НЕ |                                                                                                      |
| <b>Тифлотехничка помагала</b> |                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                              |             |             |    |    |                                                                                                      |
| 109                           | Брајева писаћа машина                            | Слепо осигурано лице ( <i>Amaurosis bilateralis</i> H 54.0) обучено за коришћење Брајевог писма                                                                                                    | За прво прописивање:<br>- специјалиста офталмологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс      | Образац ОПП | 15 година   | ДА | ДА | Осигурано лице остварује право на помагало уколико није остварио право по прописима из ПИО осигурања |
|                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                    | За наредна прописивања;<br>- специјалиста офталмологије<br>-овера филијале уз реверс                         | Образац ОПП |             |    |    |                                                                                                      |
| 162                           | Репродуктор                                      | Слепо осигурано лице ( <i>Amaurosis bilateralis</i> H 54.0) члан библиотеке или слепо дете ( <i>Amaurosis bilateralis</i> H 54.0) до завршетка редовног школовања а најкасније до 26 година живота | За прво прописивање:<br>- специјалиста офталмологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс      | Образац ОПП | 10 година   | ДА | ДА | Осигурано лице остварује право на помагало уколико није остварио право по прописима из ПИО осигурања |
|                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                    | За наредна прописивања:<br>- специјалиста офталмологије<br>-овера филијале уз реверс                         | Образац ОПП |             |    |    |                                                                                                      |
| 163                           | Брајев сат за следећни                           | Слепо осигурано лице ( <i>Amaurosis bilateralis</i> H 54.0) у случају недостатка или одузетости једне руке                                                                                         | За прво прописивање:<br>- специјалиста офталмологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс      | Образац ОПП | 7 година    | ДА | ДА |                                                                                                      |
|                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                    | За наредна прописивања:<br>- специјалиста офталмологије<br>-овера филијале уз реверс                         | Образац ОПП |             |    |    |                                                                                                      |
| 182                           | Брајев сат за следећни ручни                     | Слепо осигурано лице ( <i>Amaurosis bilateralis</i> H 54.0)                                                                                                                                        | За прво прописивање:<br>- специјалиста офталмологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс      | Образац ОПП | 7 година    | ДА | ДА |                                                                                                      |
|                               |                                                  |                                                                                                                                                                                                    | За наредна прописивања:<br>- специјалиста офталмологије<br>-овера филијале уз реверс                         | Образац ОПП |             |    |    |                                                                                                      |
| 164                           | Наочаре са тамним стаклима од пластичне масе     | Слепо осигурано лице ( <i>Amaurosis bilateralis</i> H 54.0)                                                                                                                                        | - специјалиста офталмологије<br>-овера филијале                                                              | Образац ОПП | 3 године    | НЕ | ДА |                                                                                                      |

|     |                                               |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                           |             |          |    |    |                                                                                                       |
|-----|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 165 | Бели штап за следе                            | Слепо осигурано лице<br>( <i>Amaurosis bilateralis</i> H 54.0)                                                                                                                                              | - специјалиста офталмологије<br>-овера филијале                                                                           | Образац ОПП | 2 године | НЕ | ДА |                                                                                                       |
| 183 | Ултразвучни штап                              | Осигурано лице које је слепо и глуво                                                                                                                                                                        | За прво прописивање:<br>- специјалиста офталмологије уз мишљење специјалисте ОРЛ<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале | Образац ОПП | 3 године | НЕ | ДА |                                                                                                       |
|     |                                               |                                                                                                                                                                                                             | За наредна прописивања:<br>- специјалиста офталмологије<br>-овера филијале                                                | Образац ОПП |          |    |    |                                                                                                       |
| 189 | Говорни софтвер за српски језик за слепа лица | Слепо осигурано лице:<br>-ученик - почев од V разреда основне школе,<br>-студент.<br>-запослени, коме поседовање софтвера може помоћи око конкретног радног ангажовања.                                     | - специјалиста офталмологије уз одговарајуће потврде организације Савеза слепих Србије<br>- овера филијале                | Образац ОПП | 5 година | НЕ | ДА | Осигурано лице остварује право на помагало уколико није остварило право по прописима из ПИО осигурања |
| 226 | Дејзи плејер                                  | Слепо осигурано лице<br>( <i>Amaurosis bilateralis</i> H 54.0)<br>члан библиотеке или слепо дете<br>( <i>Amaurosis bilateralis</i> H 54.0) до завршетка редовног школовања а најкасније до 26 година живота | За прво прописивање:<br>- специјалиста офталмологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс                   | Образац ОПП | 7 година | ДА | ДА | Осигурано лице остварује право на помагало уколико није остварило право по прописима из ПИО осигурања |
|     |                                               |                                                                                                                                                                                                             | За наредна прописивања:<br>- специјалиста офталмологије<br>-овера филијале уз реверс                                      | Образац ОПП |          |    |    |                                                                                                       |

## 5. Слушна помагала

| Шифра | Назив помагала | Индикације | Прописивање | Образац за прописивање помагала | Рок трајања најмање у месецима |                      | Обавеза враћања помагала | Доплата | Напомена |
|-------|----------------|------------|-------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------|---------|----------|
|       |                |            |             |                                 | I група до 18 г.               | II група преко 18 г. |                          |         |          |
| 1     | 2              | 3          | 4           | 5                               | 6                              |                      | 7                        | 8       | 9        |

|     |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             |             |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                             |
|-----|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 167 | Слушни апарат уграђен у наочаре за коштану спрово дљивост | Осигурано лице узраста до 18 година:<br>-са трајним губитком слуха преко 40 dB које обухвата најмање две испитиване фреквенције говорног подручја 1000-4000 Hz                                                                                                                                                                                                                                                   | За прво прописивање:<br>- специјалиста ОРЛ или субспецијализација аудиологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности   | Образац ОПП | 24 | 84 | НЕ | ДА | Осигурано лице које има трајни губитак слуха, има право на одговарајући слушни апарат (амплификатор), ако се њиме постиже задовољавајући ниво говорне комуникације и слушне рехабилитације. |
|     |                                                           | Осигурано лице старије од 18 година:<br>-са трајним обостраним губитком слуха преко 40 dB које обухвата најмање две испитиване фреквенције говорног подручја 1000-4000 Hz и то ако је апарат неопходан за обављање послова занимања по основу кога је здравствено осигурано<br>-са обостраним трајним губитком слуха преко 60 dB које обухвата најмање две испитиване фреквенције говорног подручја 1000-4000 Hz | За наредна прописивања:<br>-специјалиста ОРЛ или субспецијализација аудиологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности |             |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                             |
|     | Слушни апарат                                             | Осигурано лице узраста до 18 година:<br>-са трајним губитком слуха преко 40 dB које обухвата најмање две испитиване фреквенције говорног подручја 1000-4000 Hz                                                                                                                                                                                                                                                   | За прво прописивање:<br>- специјалиста ОРЛ или субспецијализација аудиологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности   | Образац ОПП |    |    | НЕ |    | Осигурано лице које има трајни губитак слуха, има право на                                                                                                                                  |

|     |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |             |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 186 | уграђен на рајф за коштану спроводљивост  | Осигурано лице старије од 18 година:<br>-са трајним обостраним губитком слуха преко 40 dB које обухвата говорно подручје 1000-4000 Hz и то ако је апарат неопходан за обављање послова занимања по основу кога је здравствено осигурано<br>-са обостраним трајним губитком слуха преко 60 dB које обухвата најмање две испитиване фреквенције говорног подручја 1000-4000 Hz | За наредна прописивања:<br>-специјалиста ОРЛ или субспецијализација аудиологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                            | Образац ОПП | 24 | 84 |    | ДА | одговарајући слушни апарат (амплификатор), ако се њиме постиже задовољавајући ниво говорне комуникације и слушне рехабилитације.                                                                                                                                                                                                                            |
| 187 | Индивидуални уметак (олива) за ушни канал | Осигурано лице код кога анатомски услови онемогућавају коришћење стандардних уметака за ушни канал, за оштећење слуха преко 70 DB                                                                                                                                                                                                                                            | - специјалиста ОРЛ или субспецијализација аудиологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                      | Образац ОПП | 24 | 84 | НЕ | ДА |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 185 | Специјалне батерије за заушни процесор    | Осигурано лице са уграђеним кохлеарним имплантом након шест недеља од извршене операције, а две недеље по укључењу заушног процесора, има право на специјалне батерије или специјалне батерије - пуњиве.                                                                                                                                                                     | - изабрани лекар уз отпусну листу                                                                                                                                                                                                      | Образац ОПП | -  | -  | НЕ | НЕ | Осигурано лице добија специјалне батерије у количини до 30 комада месечно, зависно од периода замене батерија.<br><br>Помагало се издаје за период од три месеца.<br><br>Изузетно, осигурано лице уместо специјалних батерија има право на специјалне батерије – пуњиве у количини од 2 комада годишње.<br><br>Помагало се издаје за период од годину дана. |
| 213 | Заушни процесор                           | Осигурано лице са уграђеним кохлеарним имплантом                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | За прво прописивање:<br>- специјалиста ОРЛ здравствене установе секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите<br>-мишљење стручне комисије<br>- лекарска комисија,<br>-овера филијале уз реверс,<br>- проверка функционалности | Образац ОПП |    |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|     |                                                |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |          |    |    |                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                |                                                                                                                                                                        | За наредна прописивања:<br>- специјалиста ОРЛ здравствене установе секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите<br>- мишљење стручне комисије<br>- лекарска комисија,<br>- овера филијале уз реверс,<br>- провера функционалности                               | Образац ОПП | 7 година | ДА | НЕ |                                                                                                                                                                                                                                    |
| 231 | Аудиопроцесор                                  | Осигурано лице са уграђеним БАХА системом                                                                                                                              | За прво прописивање:<br>- специјалиста ОРЛ здравствене установе секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите,<br>- мишљење стручне комисије,<br>- мишљење стручне комисије;<br>- лекарска комисија,<br>- овера филијале уз реверс,<br>- провера функционалности | Образац ОПП | 7 година | ДА | НЕ |                                                                                                                                                                                                                                    |
|     |                                                |                                                                                                                                                                        | За наредна прописивања:<br>- специјалиста ОРЛ здравствене установе секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите<br>- мишљење стручне комисије<br>- лекарска комисија,<br>- овера филијале уз реверс,<br>- провера функционалности                               | Образац ОПП |          |    |    |                                                                                                                                                                                                                                    |
|     | Заушни слушни апарат (иза уха) - дигитални (са | Осигурано лице узраста до 18 година живота и осигурано лице до краја редовног школовања а најкасније до 26 година живота, са обостраним трајним губитком слуха који је | За прво прописивање:<br>- специјалиста ОРЛ или субспецијализација аудиологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>- лекарска комисија<br>- овера филијале<br>- провера функционалности                                                                             | Образац ОПП |          |    |    | Осигурано лице које има трајни губитак слуха, има право на одговарајући слушни апарат (амплификатор), ако се њиме постиже задовољавајући ниво говорне комуникације и слушне рехабилитације.<br><br>Осигурано лице има право на два |

|     |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                          |             |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 191 | најмање 4 канала независног појачања и минимално 2 програма)                                                            | на једном уху већи од 40 dB, који обухвата најмање две испитиване фреквенције говорног подручја од 1000 – 4000 Hz,                                                                                                                                                             | За наредна прописивања:<br>-специјалиста ОРЛ или субспецијализација аудиологије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                              | Образац ОПП | 24 | НЕ | ДА | слушна апарата ако се на тај начин омогућава успешна рехабилитација слуха и развој говора (за свако ухо посебан).<br><br>Осигурано лице са уграђеним кохлеарним имплант има право на један слушни апарат.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 192 | Заушни слушни апарат (иза уха) - базни дигитални за лица старија од 18 година (са најмање 2 канала независног појачања) | Осигурано лице старије од 18 година живота са трајним обостраним губитком слуха преко 40 dB које обухвата најмање две испитиване фреквенције говорног подручја 1000-4000 Hz и то ако је апарат неопходан за обављање послова занимања по основу кога је здравствено осигурано. | За прво прописивање:<br>специјалиста ОРЛ или субспецијализација аудиологије здравствене установе терцијарног нивоа уз мишљење специјалисте ОРЛ или субспецијалисте аудиологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности      | Образац ОПП | 84 | НЕ | ДА | Осигурано лице које има трајни губитак слуха, има право на одговарајући слушни апарат (амплификатор), ако се њиме постиже задовољавајући ниво говорне комуникације и слушне рехабилитације.<br><br>Под тестирањем се подразумева пробно коришћење одговарајућег типа слушног апарата у року од најмање 15 дана које се обавља код изабраног добављача а од стране осигураног лица, са три тестирања и усклађивање апарата.<br><br>Лекарска комисија пре доношења оцено о оправданости прописивања помагала може захтевати мишљење стручне комисије. |
|     |                                                                                                                         | Осигурано лице старије од 18 година живота са обостраним трајним губитком слуха преко 65 dB које обухвата најмање две испитиване фреквенције говорног подручја 1000-4000 Hz, а тестирањем је утврђено да се коришћењем апарата омогућава слушно-говорна комуникација.          | За наредна прописивања:<br>- специјалиста ОРЛ или субспецијализација аудиологије здравствене установе терцијарног нивоа уз мишљење специјалисте ОРЛ или субспецијалисте аудиологије<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП |    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## 6. Помагала за омогућавање гласа и говора

| Шифра | Назив помагала | Индикације | Прописивање |  | Рок трајања најмање у месецима | Обавеза враћања помагала | Доплата |  |
|-------|----------------|------------|-------------|--|--------------------------------|--------------------------|---------|--|
| 1     | 2              | 3          | 4           |  | 5                              | 6                        | 7       |  |

|     |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                    |             |                                                |    |    |                                                                                         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 111 | Електроларингс - апарат за омогућавање гласа и говора (са две батерије и пуњачем за батерије) | - трајни губитак способности гласа и моћи говора због ларингектомије, ако учењем езофагеалног говора није могуће споразумевање, а тестирањем је утврђено да се коришћењем апарата за омогућавање говора може оспособити за споразумевање са околиним | За прво прописивање:<br>- специјалиста ОРЛ уз отпусну листу и мишљење субспецијалисте ОРЛ фонијатра<br>-лекарска комисија<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности | Образац ОПП | Рок за апарат и пуњач за батерије<br>10 година | ДА | НЕ | Батерије за електроларингс прописује изабрани лекар Обрасцу ОПП на основу отпусне листе |
|     |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                      | За наредна прописивања:<br>- специјалиста ОРЛ и мишљење субспецијалисте ОРЛ фонијатра<br>-овера филијале уз реверс<br>-провера функционалности                                     |             | Рок за батерије<br>2 године                    |    |    |                                                                                         |
| 218 | Овлаживач ваздуха – измењивач влажности и топлоте                                             | Осигурано лице код кога је извршена тотална ларингектомије, са трахеостомом                                                                                                                                                                          | -изабрани лекар на основу отпусне листе са извршене хируршке интервенције и мишљења специјалисте ОРЛ                                                                               | Образац ОПП | 12 месеци                                      | НЕ | ДА |                                                                                         |
| 219 | Додатак за туширање                                                                           | Осигурано лице код кога је извршена тотална ларингектомије, са трахеостомом                                                                                                                                                                          | -изабрани лекар на основу отпусне листе са извршене хируршке интервенције и мишљења специјалисте ОРЛ                                                                               | Образац ОПП | 12 месеци                                      | НЕ | ДА |                                                                                         |
| 225 | Адхезив                                                                                       | Осигурано лице код кога је извршена тотална ларингектомије, са трахеостомом и које је остварило право на овлаживач ваздуха – измењивач влажности и топлоте или додатак за туширање                                                                   | -изабрани лекар на основу отпусне листе са извршене хируршке интервенције и мишљења специјалисте ОРЛ                                                                               | Образац ОПП | 12 месеци                                      | НЕ | ДА |                                                                                         |

## 7. Стоматолошке надокнаде

| Шифра | Назив помагала | Индикације | Прописивање | Образац за прописивање помагала | Рок трајања најмање у месецима | Обавеза враћања помагала | Доплата | Напомена |
|-------|----------------|------------|-------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------|----------|
| 1     | 2              | 3          | 4           | 5                               | 6                              | 7                        | 8       | 9        |

### Мобилне (покретне) зубне надокнаде за горњу и доњу вилицу

|     |                                                     |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |             |           |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 112 | Парцијална акрилатна протеза са базом до 10 зуба    | Осигурано лице старије од 65 година код кога постоји:<br>- делимичан недостатак зуба, у горњој или доњој вилици<br>- скраћени или прекинут зубни низ                        | - изабрани лекар – доктор стоматологије или специјалиста стоматолошке протетике<br>- овера филијале<br>- провера функционалности | Образац ОПП | 60 месеци | НЕ | ДА | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |
| 168 | Парцијална акрилатна протеза са базом преко 10 зуба | Осигурано лице старије од 65 година код кога постоји:<br>- делимичан недостатак зуба, у горњој или доњој вилици<br>- скраћени или прекинут зубни низ                        | - изабрани лекар – доктор стоматологије или специјалиста стоматолошке протетике<br>- овера филијале<br>- провера функционалности | Образац ОПП | 60 месеци | НЕ | ДА | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |
| 169 | Тотална протеза за горњу вилицу                     | Осигурано лице старије од 65 година код кога постоји:<br>- потпуни недостатак зуба у горњој вилици                                                                          | - изабрани лекар – доктор стоматологије или специјалиста стоматолошке протетике<br>- овера филијале<br>- провера функционалности | Образац ОПП | 60 месеци | НЕ | ДА | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |
| 170 | Тотална протеза за доњу вилицу                      | Осигурано лице старије од 65 година код кога постоји:<br>- потпуни недостатак зуба у доњој вилици                                                                           | - изабрани лекар – доктор стоматологије или специјалиста стоматолошке протетике<br>- овера филијале<br>- провера функционалности | Образац ОПП | 60 месеци | НЕ | ДА | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |
| 113 | Активни покретни ортодонски апарат                  | Осигурано лице узраста до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског образовања код кога постоји:<br>- неправилност вилице зубних лукова и зуба | - специјалиста ортопедије вилица<br>- овера филијале<br>- провера функционалности                                                | Образац ОПП | 12 месеци | НЕ | НЕ | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |

|                                                                                          |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                        |             |           |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 171                                                                                      | Функционални ортодонтски апарат                                                                                                                | Осигурано лице узраста до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског образовања код кога постоји:<br>- неправилан загрижај у сагиталном, трансверзалном и вертикалном правцу | - специјалиста ортопедије вилица<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                        | Образац ОПП | 12 месеци | НЕ | НЕ | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |
| 194                                                                                      | Вестибуларна плоча                                                                                                                             | Осигурано лице узраста до 12 година код кога постоје:<br>- неправилан загрижај сагиталног и вертикалног правца                                                                                           | - специјалиста ортопедије вилица<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                                                                        | Образац ОПП | 12 месеци | НЕ | НЕ | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |
| 195                                                                                      | Делерова маска                                                                                                                                 | Осигурано лице узраста до 12 година код кога постоје; - неправилан загрижај сагиталног и вертикалног правца                                                                                              | - специјалиста ортопедије вилица у здравственој установи терцијарног нивоа<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                                              | Образац ОПП | трајно    | НЕ | НЕ | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |
| <b>Стоматолошке надокнаде код урођених или стечених анормалија орофацијалног система</b> |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                        |             |           |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 196                                                                                      | Фиксни ортодонтски апарат у оквиру преоперативног и постоперативног третмана код особа са урођеним и теже стеченим деформацијама лица и вилица | Осигурано лице узраста од 12 до 26 година код кога постоје:<br>- урођени и тешки стечени деформитети лица и вилица                                                                                       | - специјалиста ортопедије вилица здравствене установе терцијарног нивоа уз мишљење специјалисте максиларнофацијалне хирургије<br>здравствене установе терцијарног нивоа<br>-овера филијале<br>-провера функционалности | Образац ОПП | трајно    | НЕ | НЕ | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |

|     |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                                                                         |                                                                                      |    |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 197 | Фиксни ортодонтички апарат у оквиру преоперативног и постоперативног третмана са оперисаним расцепима усне, алвеоларног гребена и непца | Осигурано лице узраста од 12 до 26 година:<br>- са оперисаним расцепима усне, алвеоларног гребена и непца                                                                                                                       | - специјалиста ортопедије вилица здравствене установе терцијарног нивоа уз мишљење специјалисте максиларно-хирургије здравствене установе терцијарног нивоа<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                               | Образац ОПП | трајно                                                                                                  |                                                                                      | НЕ | НЕ                                         | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |
| 114 | Тотална протеза за горњу вилицу                                                                                                         | Осигурано лице код кога постоји:<br>- урођени недостатак свих зуба ( <i>Anodontia generalisata</i> K 00,0)                                                                                                                      | - специјалиста ортопедије вилица или специјалиста стоматолошке протетике у здравственој установи терцијарног нивоа<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                        | Образац ОПП | За узраст до навршених 18 год. живота, односно до краја прописаног средњошколског образовања: 12 месеци | За узраст преко 18 год. односно после завршетка средњошколског образовања: 60 месеци | НЕ | ДА<br>(осим за узраст до 18 година живота) | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |
| 172 | Тотална протеза за доњу вилицу                                                                                                          | Осигурано лице код кога постоји:<br>- урођени недостатак свих зуба ( <i>Anodontia generalisata</i> K 00.0)                                                                                                                      | - специјалиста ортопедије вилица или специјалиста стоматолошке протетике у здравственој установи терцијарног нивоа<br>-овера филијале<br>-провера функционалности                                                                        | Образац ОПП | За узраст до навршених 18 год. живота, односно до краја прописаног средњошколског образовања: 12 месеци | За узраст преко 18 год. односно после завршетка средњошколског образовања: 60 месеци | НЕ | ДА<br>(осим за узраст до 18 година живота) | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |
| 173 | Парцијална акрилатна протеза                                                                                                            | Осигурано лице код кога постоји:<br>- парцијални недостатак зуба ( <i>Anodontia partialis</i> K 0.00)<br>- парцијални недостатак зуба ( <i>Hypodontia posttraumatica et. St. Post cystectomiam</i> K09.0) код деце до 18 године | - избрани лекар – доктор стоматологије или доктор стоматологије специјалиста дечије и превентивне стоматологије, специјалиста ортопедије вилица или специјалиста стоматолошке протетике<br>-овера филијале<br>- проверка функционалности | Образац ОПП | За узраст до навршених 18 год. живота, односно до краја прописаног средњошколског образовања: 12 месеци | За узраст преко 18 год. односно после завршетка средњошколског образовања: 60 месеци | НЕ | ДА<br>(осим за узраст до 18 година живота) | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду. |

|     |                                        |                                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |               |    |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|----|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 174 | Стимулатор                             | Осигурано лице узраста од 0-12 месеци код кога постоји<br>- расцеп усне и алвеоларног наставка.                   | - специјалиста ортопедије вилица у здравственој установи терцијарног нивоа<br>- овера филијале<br>- провера функционалности      | Образац ОПП | до месец дана | НЕ | НЕ                                         | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду.<br><br>Помагало се користи од 5-ог дана од рођења, најкасније до 12 месеци тј. до дефинитивног хируршког збрињавања. Операција се врши у 3 или 4 фазе. |
| 175 | Обтуратор протезе за урођене аномалије | Осигурано лице код кога постоји:<br>- расцеп зубног наставка                                                      | - специјалиста стоматолошке протетике у здравственој установи терцијарног нивоа<br>- овера филијале<br>- провера функционалности | Образац ОПП | 48 месеци     | НЕ | НЕ                                         | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду.                                                                                                                                                        |
| 176 | Привремена обтуратор протеза           | Осигурано лице код кога постоји:<br>- оро-антрални дефект након ресекције тумора и у фази радио (зрачне) терапије | - специјалиста стоматолошке протетике у здравственој установи терцијарног нивоа<br>- овера филијале<br>- провера функционалности | Образац ОПП | 6 месеци      | НЕ | ДА<br>(осим за узраст до 18 година живота) | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду.                                                                                                                                                        |
| 177 | Дефинитивна обтуратор протеза          | Осигурано лице код кога постоји:<br>- оро-антрални дефект                                                         | - специјалиста стоматолошке протетике у здравственој установи терцијарног нивоа<br>- овера филијале<br>- провера функционалности | Образац ОПП | 48 месеци     | НЕ | ДА<br>(осим за узраст до 18 година живота) | Гарантни рок за стоматолошке надокнаде износи половину утврђеног рока трајања помагала. Терет гаранције квалитета материјала и израде стоматолошке надокнаде у гарантном року, сноси здравствена установа која је израдила стоматолошку надокнаду.<br><br>Помагало се прописује у периоду од 4 до 6 месеци по завршеној радио (зрачној) терапији.                                                         |