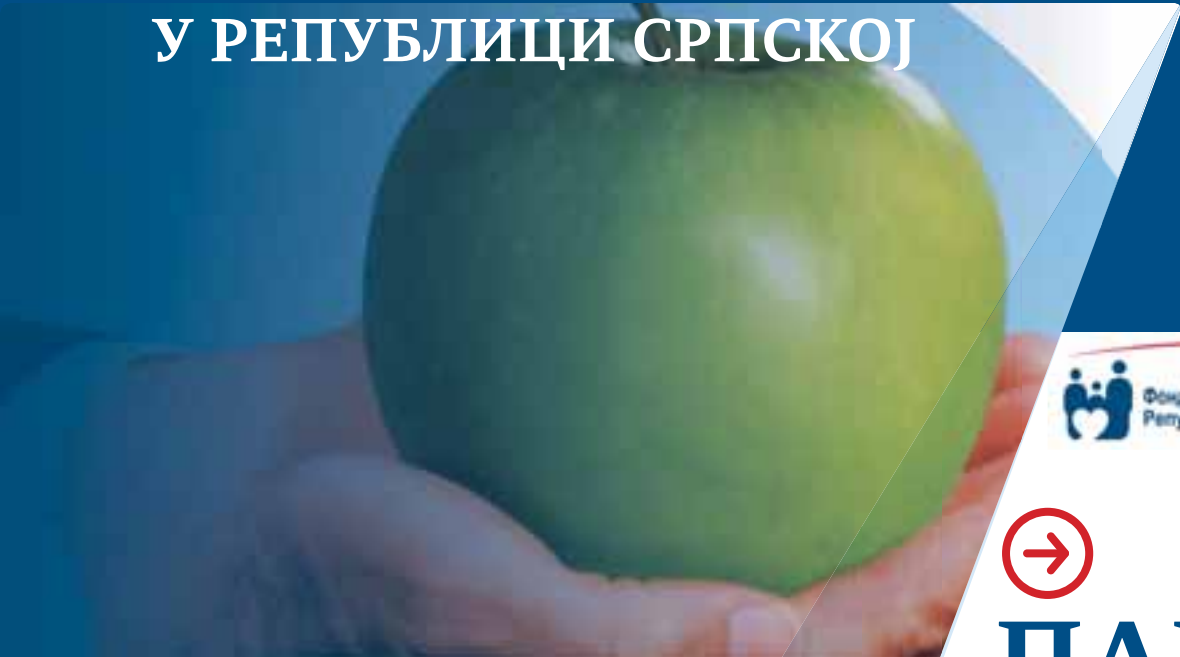


ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ



**ПАКЕТ
ПРАВА**



Импресум

ИЗДАВАЧ:
Фонд здравственог осигурања
Републике Српске
Арт Принт Бања Лука

ЗА ИЗДАВАЧА:
Горан Кљајчин

УРЕДНИК:
Биљана Родић Обрадовић

САРАДНИЦИ:
Николина Душанић
Дарија Филиповић
Саша Гашић

ГРАФИЧКИ ДИЗАЈН:
Medici.com
Бања Лука

ШТАМПА:
Арт Принт
Бања Лука

ТИРАЖ:
40.000

Бања Лука, 2012.

Copyright: Забрањено је умножавање и
фотокопирање дијелова, као и публикације
у cjелости

Садржај:

ПОЈМОВИ И СКРАЋЕНИЦЕ	10
I ОСНОВНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ	13
1. ПРИЈАВА НА ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ	15
2. ОСИГУРАНА ЛИЦА.....	21
2.1 ОСИГУРАНИЦИ.....	21
2.2 ЧЛАНОВИ ПОРОДИЦЕ ОСИГУРАНИКА	22
2.3 ДРУГА ОСИГУРАНА ЛИЦА.....	24
3. ДОПРИНОС ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ	27
4. ЗДРАВСТВЕНА КЊИЖИЦА	33
5. ПАРТИЦИПАЦИЈА	39
II ПАКЕТ ПРАВА У ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ	50
1. ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ	53
1.1 ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	53
1.2 КОНСУЛТАТИВНО-СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	58
1.3 ПЛАНИРАЊЕ ПОРОДИЦЕ, ТРУДНОЋА, ВАНТЈЕЛЕСНА ОПЛОДЊА И ПОРОЂАЈ ...	61
1.4 САНИТЕТСКИ ПРЕВОЗ	62
1.5 БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА	63
1.6. МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА.....	68
1.7 ОРТОПЕДСКА ПОМАГАЛА И ДРУГА МЕДИЦИНСКА СРЕДСТВА.....	69

1.8	УГРАДБЕНИ МАТЕРИЈАЛ	72
1.9	ЛИЈЕКОВИ	73
1.10	ДИЈАГНОСТИКА	76
1.11	ПРАВО НА РЕФУНДАЦИЈУ ТРОШКОВА.....	78
2.	ПРАВО НА НОВЧАНУ НАКНАДУ	81
3.	ПРАВО НА ИЗБОР ДОКТОРА И ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ.....	83
III	ПРАВА ОСИГУРАНИХ ЛИЦА С ХРОНИЧНОМ БОЛЕШЉУ	85
IV	ЗАШТИТА ПРАВА ОСИГУРАНИХ ЛИЦА.....	89
1.	ТРИНАЕСТ ПРАВА ОСИГУРАНИХ ЛИЦА	91
2.	ЗАШТИТНИЦИ ПРАВА	97
3.	РЕГИСТАР ЗАШТИТНИКА ПРАВА	100
4.	ПРИЈАВА КРШЕЊА ПРАВА	104
5.	ВОДИЧ ЗА ПОСТУПАЊЕ У СЛУЧАЈУ КОРУПЦИЈЕ	105
V	ДОСТУПНОСТ ИНФОРМАЦИЈА	109
1.	РЕГИСТАР ИНФОРМАЦИЈА	111
2.	КАКО ДО ИНФОРМАЦИЈА?	113
3.	ИНФО ТЕЛЕФОНИ	114
VI	РЕГИСТАР ПРОПИСА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА.....	116

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

Мисија

Фонд здравственог осигурања Републике Српске је јавна институција, која обавља дјелатност социјалног осигурања. У оквиру дјелатности за коју је регистрован, Фонд обезбјеђује рационално коришћење средстава здравственог осигурања; обезбјеђује законито, ефикасно и непосредно остваривање права из здравственог осигурања; закључује уговоре са здравственим установама о пружању здравствене заштите осигураним лицима; уређује услове и начин коришћења права из здравственог осигурања; обезбјеђује поштовање принципа једнакости осигураних лица код коришћења права и заштиту права из обавезног здравственог осигурања.

Визија

Осигурана лица су задовољна садржајем пакета права из обавезног здравственог осигурања, начином остваривања и доступношћу прописаних права. Фонд здравственог осигурања РС је међу најбољим јавним институцијама.

Темељне вриједности здравственог осигурања у РС:

- ✓ солидарност, узајамност и једнакост;
- ✓ доступност квалитетне здравствене заштите;
- ✓ централна улога осигураника;
- ✓ законито и транспарентно управљање средствима здравственог осигурања;
- ✓ промација бриге и одговорности сваког грађанина за властито здравље;
- ✓ партнерски односи у планирању, спровођењу и развоју здравствене заштите и других права из здравственог осигурања;
- ✓ одговорност за функционисање јединственог здравственог система у Републици Српској;

Темељне вриједности запослених у Фонду здравственог осигурања РС:

- ✓ стално побољшање нивоа услуга осигураницима;
- ✓ перманентно учење и усавршавање;
- ✓ поштивање закона и општих аката и етичког кодекса;
- ✓ поштивање достојанства сваког човјека;
- ✓ постизање најбољих резултата;
- ✓ задовољство због личног доприноса остварењу мисије и визије Фонда здравственог осигурања Републике Српске.

Уводна ријеч



Систем обавезног здравственог осигурања у Републици Српској организован је на начелима која су заступљена у већини европских земаља – солидарности, узајамности, једнакости и свеобухватности.

Темељ обавезног здравственог осигурања чини солидарност, која подразумијева да сви уплаћујемо допринос према економским могућностима, а средства обавезног здравственог осигурања трошимо према потребама. То је општа солидарност оних који имају више са онима који немају довољно, здравих са болеснима, млађих са старијима. Генерацијска солидарност подразумијева да ћемо сви у једном периоду свога живота издвајати да бисмо омогућили

лијечење онима који су болесни, а у другом користити здравствену заштиту на основу новца оног дијела осигураника који издвајају више него што троше. Овакав концепт солидарности обезбјеђује једнако право на здравствену заштиту свима, без обзира на економски и социјални статус.

Међу стратешким циљевима Фонда здравственог осигурања Републике Српске, кључно мјесто заузима посвећеност осигураним лицима. Вјерујемо да дијелите наше мишљење да су посљедњих година у овој области наступила бројна побољшања, од проширења права и побољшања доступности здравствене заштите, до унапређења доступности информација из обавезног здравственог осигурања и заштите права

осигураника. Наравно, не мислимо да смо остварили наш крајњи циљ – «Задовољан осигураник», јер је то процес, који не зависи само од воље, већ од низа других околности.

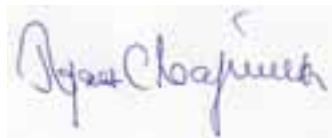
Тежња да осигураници сваким даном буду задовољнији системом обавезног здравственог осигурања и радом Фонда, мотивисала нас је да урадимо ову брошуру у којој је на једноставан начин представљено све оно што би свако осигурано лице требало да зна. Дајемо вам на увид комплетан пакет права из обавезног здравственог осигурања, како бисте знали у које се намјене троши ваш новац, који издвајате уплатом доприноса за здравствено осигурање. Објаснићемо вам и основне процедуре за остваривање сваког од права, начин на који се стиче статус осигураног лица, као и механизме за заштиту права осигураних лица Фонда здравственог осигурања Републике Српске.



Полазећи од претпоставке да здравствена књижица вриједи више уколико познајете своја права, вјерујемо да ће вам ова брошура у том смислу бити од користи и да ће допринијети да стекнете веће повјерење у Фонд здравственог осигурања РС и здравствени систем у цјелини, али и подићи вашу свијест о томе да сте активан судионик у здравственом систему, да имате право на информацију и на иницијативу давањем приједлога и другим облицима учествовања у изградњи и развоју система обавезног здравственог осигурања, било појединачно, било преко удружења грађана.

Искрено ваш,

Горан Кљајчин,
директор ФЗО РС

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Goran Klajcin', is placed over a light-colored rectangular background.

Бања Лука, мај 2012.

ПОЈМОВИ И СКРАЋЕНИЦЕ

ФЗО РС

скраћеница за Фонд здравственог осигурања Републике Српске;

Осигурано лице

лице пријављено на здравствено осигурање, било као носилац осигурања, било као издржавани члан породице носиоца осигурања;

Осигураник

лице пријављено на здравствено осигурање на чије се име уплаћује допринос за здравствено осигурање; носилац осигурања;

Обвезник

правно или физичко лице за које је Законом прописана обавеза плаћања доприноса за здравствено осигурање и пријава на осигурање (однедавно је у употреби појам «уплатилац»);

Издржавани чланови домаћинства

чланови уже и шире породице носиоца осигурања (осигураника), који немају властити приход, односно које носилац осигурања издржава (нпр. дјеца, родитељи) и који су по том основу пријављени на здравствено осигурање;

Допринос за здравствено осигурање

мјесечни износ новчане накнаде који обвезник уплаћује за здравствено осигурање осигураника; основице и стопе за обрачунавање износа доприноса за сваку

категорију осигураника, прописане су Законом о доприносима;

Партиципација

новчана средстава с којима осигурана лица учествују у дијелу трошкова здравствене заштите, односно доплаћују услугу која је обухваћена пакетом права из обавезног здравственог осигурања, а коју Фонд не финансира 100 %;

Права из здравственог осигурања

право на здравствену заштиту и право на новчану накнаду;

Права осигураника, односно осигураних

лица

13 права прописаних Правилником о заштити права осигураних лица; овим

правима је дефинисан стандард остваривања права из здравственог осигурања;

Заштитник права осигураних лица

службеник ФЗО РС, овлашћен да штити права осигураних лица, пружа и организује помоћ осигураним лицима код остваривања права;

Нивои здравствене заштите

здравствена заштита је организована на неколико нивоа: примарном, секундарном и терцијарном;

Примарна здравствена заштита (ПЗЗ)

ово је основна здравствена заштита, која је организована у домовима здравља и тимовима породичне медицине;

Секундарна здравствена заштита

виши ниво здравствене заштите, организован у болницама, специјалистичким центрима, установама и заводима;

Терцијарна здравствена заштита

најсложенија здравствена заштита, која се, у правилу, организује у клиникама и најбоље опремљеним болницама;

КСЗ

скраћеница за консултативно-специјалистичку здравствену заштиту, која се пружа у болницама и приватним здравственим установама, регистрованим за поједине специјалистичке области;

Референтна цијена лијека

на листи лијекова који се издају на рецепт заступљени су сви регистровани произвођачи

лијека истог хемијског састава, дозе и облика, са својим произвођачким цијенама. Најнижа међу цијенама истог лијека је референтна цијена коју Фонд плаћа 100%, односно 90% за осигурана лица која нису ослобођена партиципације и то код лијекова на листи А, а 50% за лијекове са листе Б.

Рефундација

поврат новца осигураном лицу које је платило услугу здравствене заштите коју покрива здравствено осигурање;

Уградбени материјал

медицинска средства која се уграђују привремено или трајно у дијелове тијела, ради стимулесања функције органа и система органа (нпр. вјештачки зглоб, пејсмејкер, стент, сочиво итд.)

I ОСНОВНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ



Пријава на осигурање



Осигурана лица



Доприноси



Здравствена књижица



Партиципација



1. ПРИЈАВА НА ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ



Законом о здравственом осигурању је прописано да су сви грађани Републике Српске обухваћени обавезним здравственим осигурањем. Да би то било постигнуто, први корак је да сви грађани буду пријављени на здравствено осигурање. Закон прописује ко је обавезан да пријави одређену категорију грађана, нпр. послодавац је обавезан да пријави радника, Завод за запошљавање незапослена лица са своје евиденције, Фонд ПИО своје пензионере, пољопривредници се на осигурање пријављују сами итд. Од почетка 2010. године у Републици

Српској је у примјени Јединствени систем регистрације, контроле и наплате доприноса, по коме се за већину грађана пријава на здравствено осигурање врши у јединицама Пореске управе. У пословницама Фонда здравственог осигурања и даље се пријављују издржавани чланови уже и шире породице, који су осигурани преко носилаца осигурања и пензионери који су пензију остварили у иностранству и то у земљи с којом БиХ има потписан споразум о социјалном осигурању.

Преглед обвезника пријаве на здравствено осигурање за поједине категорије осигураних

Категорија осигураних лица	Ко врши пријаву и уплату доприноса?	Гдје се врши пријава?
Лица у радном односу	Послодавац	Пореска управа
Лица која самостално обављају дјелатност	Лично	Пореска управа
Пољопривредници (лица којима је пољопривреда основно занимање)	Лично	Пореска управа
Пензионери Републике Српске	Фонд ПИО РС	Пореска управа
Пензионери ФБИХ	Фонд ПИО/МИО	Пореска управа
Избјегла и расељена лица	Министарство за избјегла и расељена лица	Пореска управа
Незапослена лица пријављена на Завод за запошљавање	Завод за запошљавање	Пореска управа
Незапослена лица за вријеме преквалификације, или доквалификације на коју их је упутио Завод за запошљавање	Завод за запошљавање	Пореска управа
Лица којима је признато право на здравствено осигурање на основу Закона о правима бораца, војних инвалида и породица погинулих	Министарство рада и борачко-инвалидске заштите	Пореска управа

Лица која су корисници права из Закона о социјалној заштити (стална материјална помоћ или штићеник социјалне установе)	Центар за социјални рад	Пореска управа
Лица која примају инострану пензију са пребивалиштем у РС (државе са којима БиХ нема потписан споразум о социјалном осигурању)	Лично	Пореска управа
Лица која примају инострану пензију са пребивалиштем у БиХ (државе са којим БиХ има потписан споразум)	Иностранци носилац здравственог осигурања	Пословница ФЗО РС
Ученици и студенти за вријеме праксе	Школа или факултет	Пореска управа
Лица која обављају повремене или привремене послове и волонтери	Послодавац код кога су ангажовани	Пореска управа
Лица ангажована преко омладинске или студентске задруге	Организатор послова	Пореска управа
Лица ангажована на јавним радовима које организује Република или локална самоуправа	Република или јединица локалне самоуправе	Пореска управа
Вјерски службеници	Лично	Пореска управа
Врхунски спортисти	Лично	Пореска управа
Страни држављани који се школују у РС	Лично изузев ако међудржавним споразумом није другачије одређено	Пореска управа

Чланови породице иностраних осигураника са пребивалиштем у РС (државе са којим БиХ има потписан споразум)	Инострани носилац здравственог осигурања	пословница ФЗО РС
Издржавани чланови породице осигураника	Осигураник	пословница ФЗО РС
Лице које се не може укључити ни по једном од законом прописаних основа за пријаву на здравствено осигурање	Лично	Пореска управа

Пријава на здравствено осигурање је први корак ка могућности коришћења права, а основни услов за коришћење права је уплаћен допринос за здравствено осигурање. Обавезу да уплаћује допринос, има исто правно или физичко лице за које је Законом одређено да је обавезно да изврши пријаву на осигурање, што је наведено у претходној табели.

Има ли изузетака?

Неколико категорија осигураних лица је изузето од општег правила да је уплаћен допринос услов за овјеру здравствене књижице, односно за коришћење права из здравственог осигурања. Дјечи до навршених 15 година живота, лицима са преко 65 година живота и трудницама (за вријеме трудноће до навршене прве године, односно 18 мјесеци живота дјетета ако су рођени близанци, треће и свако наредно дијете), у пословници Фонда ће бити овјерена здравствена књижица и онда када за њих није уплаћен допринос.

Здравствена књижица ће бити овјерена и тешко обољелим радницима иако њихов послодавац није уплатио допринос (лица обољела од заразних болести, малигних болести, дијабетеса, менталних болести, прогресивних мишићних обољења). Такође, овјера књижице се не условљава плаћеним доприносом ни ратним војним инвалидима и породицама погинулих бораца, као ни лицима са трансплантираним органима и лицима у вези са давањем и размјеном људских ткива и ћелија и људских органа.

У вези с наведеним изузецима, потребно је да знате сљедеће:

- Фонд је својим правилником омогућио наведеним категоријама да увјек могу да овјере здравствену књижицу, али никога није ослободио плаћања доприноса, јер за такву одлуку није надлежан. Дакле, у Фонду ће наведеним категоријама бити овјерена здравствена књижица, али ће Пореска

управа инсистирати да допринос буде уплаћен, користећи се при томе и законском могућношћу принудне наплате.

- Да би лице, које припада некој од наведених категорија, могло да користи повластицу овјерене здравствене књижице и онда када за њега није уплаћен допринос, мора да буде пријављено на здравствено осигурање. То што неко нпр. има више од 65 година живота, није основ за пријаву на осигурање. Основ за пријаву је нпр. пензија, стална новчана помоћ, издржавани члан домаћинства носиоца осигурања итд.

Уколико још нисте пријављени на здравствено осигурање или имате проблема код проналажења основа за пријаву, обратите се службеницима најближе пословнице Фонда, или заштитнику права, који ће вам помоћи да стекнете статус осигураног лица.





Осигурана лица, обухваћена обавезним здравственим осигурањем, сврстана су у неколико група. Прву групу чине осигураници, односно лица на чије се име уплаћује допринос за обавезно здравствено осигурање. Другу групу чине чланови породице осигураника. Они су осигурани преко осигураника, односно носиоца осигурања и за њих се не уплаћује допринос за здравствено осигурање. Трећу групу чине лица која су осигурана само за случај професионалне болести и повреде на раду. У четвртој групи су страни држављани који су осигурани на основу потписаних међудржавних споразума о социјалном осигурању.

2. ОСИГУРАНА ЛИЦА

2.1. ОСИГУРАНИЦИ

- Лице у радном односу
- Лице које самостално, у складу са законом обавља привредну или професионалну дјелатност као основно занимање
- Лице које обавља свештеничку дужност или вјерску службу
- Лице које обавља пољопривредну дјелатност
- Лице коме је признато право на здравствено осигурање према Закону о правима бораца, ратних војних инвалида и породица погинулих бораца
- Запослени за чијим радом је престала потреба док остварују накнаду према прописима о радним односима
- Незапослено лице док је редовно пријављено Републичком заводу за запошљавање

- Ванредни студент док је редовно пријављен Републичком заводу за запошљавање
- Корисник пензије и права на новчану накнаду у вези са преквалификацијом или доквалификацијом и запошљавањем, које је ово право остварило према прописима о пензијском и инвалидском осигурању
- Држављанин Републике Српске који у цјелости или дјелимично остварује пензију и инвалиднину од иностраног исплатиоца, док има пребивалиште на територији Републике, ако међународним споразумом није другачије одређено
- Лице које је корисник сталне новчане помоћи и лице смјештено у установу социјалне заштите, ако нису осигурана по другом основу
- Избјегло и расељено лице и повратник, ако није осигуран по другом основу
- Страни држављани који се школују у Републици Српској, ако међународним

споразумом није друкчије одређено

- и друга лица за која је уплаћен допринос за здравствено осигурање.

2.2. ЧЛАНОВИ ПОРОДИЦЕ ОСИГУРАНИКА

Права из здравственог осигурања обезбјеђују се и члановима уже и шире породице осигураника, које он издржава.

Чланови породице, који могу да буду пријављени преко осигураника, су:

- **чланови уже породице:** брачни друг и дјеца рођена у браку или ван брака, усвојена дјеца и пасторчад, ако испуњавају услове из Закона о здравственом осигурању;
- **чланови шире породице** које осигураник издржава: родитељи, очух, маћеха, усвојилац, деда, бака; унучад, браћа и сестре без родитеља или родитељског старања; дјеца која имају родитеље, али

их је осигураник узео на издржавање јер родитељи нису у могућности да се старају о њима или да их издржавају (доказује се или љекарским увјерењем или рјешењем центра за социјални рад).

Да би чланови шире породице могли стећи својство осигураног лица преко осигураника, неопходни су сљедећи услови:

- за мајку, маћеху, усвојитељицу или баку да су навршиле 55 година живота, или без обзира на године живота ако су неспособне за привређивање према прописима о инвалидском осигурању;
- за оца, очуха, усвојитеља, деду, да су навршили 65 година живота, или без обзира на године живота ако су неспособни за привређивање према прописима о инвалидском осигурању.

Поред наведених услова, за ове чланове шире породице, прописано је да могу стећи својство осигураног лица под условом да немају властитих прихода. Сматра се да члан

шире породице нема властитих прихода за издржавање ако му је мјесечни приход по свим основима мањи од 50 % најниже плате утврђене Одлуком о најнижој плати у Републици Српској за текућу годину.

Која су вам документа потребна кад пријављујете издржаваног члана породице?

- фотокопија личне карте и лична карта на увид,
- за супружника - извод из матичне књиге вјенчаних,
- за разведеног супружника - судска одлука којом је утврђено право на издржавање;
- за дијете рођено у браку или ван брака - извод из матичне књиге рођених;
- за усвојено дијете - одлука надлежног органа о усвојењу;
- за пасторка - извод из матичне књиге рођених за дијете и извод из матичне књиге вјенчаних за родитеља;

- за дијете узето на издржавање - одлука надлежног органа о утврђивању обавезе издржавања;
 - за дијете од шеснаесте до навршене двадесет шесте године живота, које се налази на редовном школовању - извод из матичне књиге рођених и потврда школе, односно високошколске установе да је на редовном школовању;
 - за дијете осигураника Фонда које постане неспособно за самосталан живот и рад, извод из матичне књиге рођених и налаз органа вјештачења на основу прописа о пензијском и инвалидском осигурању;
 - за чланове шире породице – изводи из матичних књига из којих се може утврдити да је члан шире породице у сродству са осигураником Фонда и изјаве осигураника и најмање два свједока, на околност издржавања члана шире породице овјерене од стране надлежног органа локалне самоуправе
- за чланове пољопривредног домаћинства – изјава о члановима заједничког домаћинства (кућна листа) и изјава осигураника да не остварује право на здравствено осигурање по неком другом основу, овјерене од стране надлежног органа локалне самоуправе.

2.3. ДРУГА ОСИГУРАНА ЛИЦА

► Лица којима се обезбјеђују права из здравственог осигурања у случају повреде на раду и професионалне болести

Права из здравственог осигурања, утврђена Законом о здравственом осигурању и општим актима Фонда, обезбјеђују се само у случају повреде на раду и професионалног оболења:

- ученицима и студентима који се у складу са Законом налазе на обавезном производном раду, професионалној пракси или практичној настави;

- лицима за вријеме омладинског радног ангажовања посредством задруге ученика, студената и незапослене омладине;
- лицима која раде волонтерски у складу са прописима о радним односима;
- лицима за вријеме учешћа у јавним радовима које организује Република или локална самоуправа;
- лицима која се налазе на стручном оспособљавању, доквалификацији или преквалификацији по упуту Републичког завода за запошљавање;
- лицима која у складу са законом обављају привремене или повремене послове.

► **Лица којима се обезбјеђује здравствена заштита на основу закључених међународних уговора**

Држављани земаља са којима је закључен међународни споразум о социјалном (здравственом) осигурању, остварују здравствену заштиту у складу са тим споразумом.



3. ДОПРИНОС ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ



Систем обавезног здравственог осигурања у Републици Српској, готово у цјелости се финансира из доприноса, а основице и стопе доприноса су прописане Законом о доприносима.

Преглед основица и стопа доприноса

Категорија осигураника	Основица	Стопа
Запослени	Бруто плата	12,5 %
Пензионери	Исплаћена пензија	2,0 %
Пољопривредници	30 % просјечне бруто плате исплаћене у претходном мјесецу	12,5 %
Незапослена лица	20 % просјечне бруто плате исплаћене у претходном мјесецу	12,5 %
РВИ и породице погинулих бораца	20 % просјечне бруто плате исплаћене у претходном мјесецу	12,5 %

Избјегла и расељена лица	25 % просјечне бруто плате исплаћене у претходном мјесецу	12,5 %
Лица која примају сталну новчану помоћ и штићеници социјалних установа	40 % просјечне бруто плате у РС за претходни мјесец	12,5 %
Лица која се сама пријављују јер се не могу пријавити ни по једном основу прописаним Законом	50 % просјечне бруто плате у РС за претходни мјесец	12,5 %

Од доприноса за обавезно здравствено осигурање годишње се оствари приход од око 520 милиона КМ (податак за 2011. годину). У поређењу са буџетима фондова обавезног здравственог осигурања других земаља, издвајање у Републици Српској је најмање. Просјечно издвајање по глави становника за обавезно здравствено осигурање, према подацима из 2011. године, у Србији износи 280 €, у Хрватској 1.100 €, у Словенији 1.400 €, а у Републици Српској 190 €.

Највеће доприносе плаћају запослени, у просјеку 165 КМ мјесечно, док просјечни мјесечни допринос свих осталих осигураника износи око 14 КМ. Запослени чине 35 одсто укупног броја осигураника, пензионери и незапослена лица око 56 одсто, а сви остали 9 одсто.

Иако су издвајања по глави становника у Републици Српској најнижа, наши осигураници по садржају једног од основних права, права на здравствену

заштиту, не заостају за осигураницима поменутих земаља. Нажалост, за разлику од србијанских, хрватских и словеначких, осигурана лица у Републици Српској у пакету права из обавезног здравственог осигурања немају право на накнаду путних трошкова за одлазак до здравствене установе у коју их је упутио породични доктор. Када би се ово право обезбиједило само осигураним лицима која путују више од 50 километара, требало би обезбиједити око 20 милиона КМ, што за сада није могуће. Овај недостатак Фонд здравственог осигурања покушава да ублажи побољшањем доступности здравствене заштите. Упечатљив примјер је пројекат побољшања доступности консултативно-специјалистичке здравствене заштите, чијом је реализацијом уведена пракса да специјалисти организују посјете у домовима здравља на начин да пацијент не путује до специјалисте више од 30 километара.

Мање издвајање по глави становника одражава се и на обим права. На примјер, осигурана лица у РС имају право на инвалидска колица као и осигураници у Словенији, али се она у Словенији одобравају на дупло краћи рок.

У које се намјене троши новац од доприноса за здравствено осигурање?

Највећи проценат (96,5 %) новца од доприноса за здравствено осигурање се троши за финансирање права из обавезног здравственог осигурања.

- За примарну здравствену заштиту осигураних лица издваја се око 30 % укупног прихода ФЗО РС;
- За здравствену заштиту коју пружају болнице и клинички центри у Републици Српској и болнице изван РС, издваја се преко 47 % укупног прихода;
- годишњи трошкови за лијекове који се

- издају на рецепт и лијекове за лијечење специфичних и ријетких болести, износе око 12 % од укупног прихода;
- за ортопедска и друга медицинска помагала и трошкове хемодијализе годишње се троши око 7 % укупног прихода;
 - за накнаде плата осигураницима који се налазе на боловању дужем од 30 дана, издваја се око 2 % укупног прихода.

Колико се троши за администрацију Фонда?

За финансирање трошкова стручне службе Фонда здравственог осигурања могу да се потроше ограничена средстава, а проценат њиховог учешћа у укупним трошковима се из године у годину смањује. Од ранијих 5 %, средства за финансирање стручне службе Фонда су сведена на 3,5 %. Из тих средстава се финансирају сви материјални

трошкови, информациони систем, рад органа Фонда и плате запослених у Фонду. За плате запослених у Фонду троши се мање од 1 % укупног прихода, с тим да се дио тог новца, кроз уплаћени допринос, враћа у систем здравственог осигурања.

Ко контролише финансијско пословање Фонда?

Надзор над радом Фонда здравственог осигурања проводи Министарство здравља и социјалне заштите и представник Министарства је присутан на свакој сједници Управног одбора Фонда.

Влада Републике Српске је надлежна да разматра приједлог финансијског плана Фонда и тај документ Управни одбор Фонда не може да усвоји без претходне сагласности Владе. Влада РС разматра и извјештај о раду и финансијском пословању Фонда за сваку годину.

Главна служба за ревизију у јавном сектору сваке године врши ревизију извјештаја о финансијском пословању, а и ревизију учинака. Ревизијом, дакле, није обухваћена само вјеродостојност приказаних финансијских показатеља, већ и то да ли су потрошеним новцем обезбијеђени оптимални резултати.

Главна служба за ревизију јавног сектора је дала позитивно мишљење о финансијском пословању Фонда у 2011. години, не изражавајући ниједну резерву у погледу поштовања закона и међународних стандарда.

Поред наведеног, у Фонду здравственог осигурања дјелује и Јединица за интерну ревизију која свакодневно прати законитост

свих процеса рада. Ту је и Надзорни одбор, који разматра приједлоге свих финансијских докумената, прије него што буду упућени на разматрање Управном одбору.

Да ли је осигураним лицима омогућен приступ информацијама о финансијском пословању Фонда?

Све информације у посједу ФЗО РС, изузев личних података осигураних лица, доступне су јавности. Свако физичко и правно лице има могућност да затражи одређену информацију и она ће му бити достављена у прописаном року. Доступност информација и процедура подношења захтјева за приступ информацијама је детаљније објашњена у посебном поглављу ове брошуре.



4. ЗДРАВСТВЕНА КЊИЖИЦА



Здравствена књижица је документ којим се, уз личну карту или одговарајућу исправу којом се утврђује идентитет, доказује својство осигураног лица.

Здравствена књижица вриједи уколико је овјерена. Са неовјереном здравственом књижицом није могуће остваривати здравствену заштиту нити друга права из здравственог осигурања на терет средстава Фонда. Лица која не могу доказати својство осигураника, односно осигураног лица, или код себе немају овјерену здравствену књижицу, сама сnose трошкове здравствене заштите, осим у случају хитне медицинске помоћи.

Књижица се овјерава на основу доказа да је обвезник доприноса уплатио све доспјеле

обавезе по основу доприноса за здравствено осигурање до 20-ог у мјесецу за претходни мјесец. Изузетак су, као што је речено, дјеца до 15 година, труднице, породиље до навршене године дана, односно 18 мјесеци живота новорођенчета, лица старија од 65 година и тешко обољела лица, ратни војни инвалиди и породице погинулих бораца, којима се овјера књижице не условљава плаћеним доприносом.

Здравствена књижица се, у правилу, овјерава за период од мјесец дана. Међутим, појединим категоријама осигураних лица, књижица се овјерава на дужи период, или само једном, као што је случај са пензионерима. Код пензионера Републике Српске, здравствена књижица се овјерава само након што је неко лице стекло статус

пензионера и по том основу буде пријављено на здравствено осигурање. Након тога,

пензионер ће приликом коришћења права из здравственог осигурања, овјерену књижицу доказивати посљедњим чеком о исплаћеној

Период на који се овјерава књижица

Осигураници	Период на који се овјерава књижица	Услов за овјеру
Дјеца до 15 година	Три мјесеца	Пријава на здр. осигурање
Труднице	Три мјесеца	Пријава на здр. осигурање
Жене за вријеме породичног одсуства	Три мјесеца	Пријава на здравствено осигурање
Корисници пензије	Једном -приликом издавања књижице	Пријава на здр. осигурање, уплаћен допринос
Лица за која се редовно уплаћују доприноси	Три мјесеца	Пријава на здр. осигурање, уплаћен допринос
Лица чији је уплатилац доприноса Завод за запошљавање	До датума до којег је лице редовно пријављено у Заводу	Пријава на здр. осигурање, уплаћен допринос
Остали	Мјесец дана	Пријава на здр. осигурање, уплаћен допринос

пензији, који је доказ да је за њега и чланове домаћинства који су преко њега пријављени на осигурање, уплћен допринос.

За дјецу до 15 година, труднице и жене за вријеме трајања породичног одсуства, као и за кориснике породичних пензија док су на редовном школовању, књижица се у правилу овјерава на период до три мјесеца. Прецизни подаци у вези с дужином периода на који се овјерава здравствена књижица појединим категоријама осигураних лица, дати су у табли.

Власник здравствене књижице обавезан је да пријави све промјене које утичу на коришћење права из здравственог осигурања, као и промјене података у здравственој књижици у року од осам дана од дана сазнања за промјене. Самоиницијативно исправљање или уписивање података у здравствену књижицу, као и омогућавање да друго лице користи здравствену књижицу, кажњиво је.

Како поступити у случају да здравствена књижице буде изгубљена?

Осигураном лицу које је изгубило здравствену књижицу могуће је издати нову. У овом случају осигурано лице треба да одјави изгубљену здравствену књижицу, на начин да на шалтеру Пошта Српске попуни признаницу и уплати одређени износ новца на име објављивања огласа о изгубљеном документу у «Службеном гласнику Републике Српске». На основу копије признанице, која је доказ да је претходна књижица одјављена, осигураном лицу ће у пословници Фонда овјерити нову здравствену књижицу.

Приликом издавања нове здравствене књижице, као и у случају да осигураник мијења послодавца, потребно је да прије доласка у Фонд, послодавац, односно други обвезник уплате доприноса, попуни податке у књижици који се односе на обвезника уплате доприноса.

Гдје осигурано лице овјерава здравствену књижицу?

Здравствену књижицу осигурана лица могу да овјере у свакој пословници Фонда здравственог осигурања. Некада је то било могуће само у пословници која се налази у мјесту у коме је осигурано лице пријављено на здравствено осигурање, али је, у оквиру настојања да остваривање права буде максимално поједностављено и приближено корисницима, омогућено да се овјера књижице обави у било ком мјесту

у Републици Српској у коме се налази пословница Фонда.

Ускоро би требало да почне примјена јединственог информационог система у здравству Републике Српске. Између осталог, тиме ће бити могуће увести електронску здравствену књижицу. Када се то догоди, престаће потреба за класичном овјером здравствене књижице. О тој промјени осигураници ће бити обавјештени благовремено.



Фонд здравственог осигурања
Републике Српске

Вриједи више ако знаш права







Партиципација је уобичајен термин за лично учешће осигураних лица у трошковима здравствене заштите. Осигурници често питају зашто плаћамо партиципацију, када је за нас уплаћен допринос за здравствено осигурање, а одговор на то питање гласи:

- осигурана лица у свим земљама са сличним системом обавезног здравственог осигурања партиципирају у трошковима здравствене заштите јер је новац од доприноса недовољан за финансирање свих трошкова здравствене заштите чак и у земљама које за здравствено осигурање издвајају знатно више новца и
- партиципација је један од механизма којим се обезбјеђује рационално коришћење здравствене заштите.

5. ПАРТИЦИПАЦИЈА

Смисао партиципације је у свим земљама исти, а разлике постоје код начина на који се партиципација плаћа и код обима права из здравственог осигурања које здравствено осигурање финансира 100 %, односно обима права у чијим трошковима нико од осигураних лица, или само поједине категорије не учествују.

Посљедњих година све је присутнија пракса у сусједним земљама да сва осигурана лица једном годишње уплате паушални износ, што их ослобађа обавезе да плаћају партиципацију за појединачне услуге током те године. Паушални износ плаћају сви, без обзира да ли ће у тој години имати потребу да користе здравствену заштиту.

Ако поредимо број осигураних лица која су по неком основу ослобођена плаћања

партиципације, онда је Република Српска, уз Србију, на првом мјесту. У Словенији, чији Завод за здравствено осигурање има 12 пута већи буџет од нашег фонда, плаћања партиципације су ослобођена само дјецe и труднице и обољели од неколико најтежих болести. Словеначки осигураници, који нису ослобођени плаћања партиципације, сваког мјесеца, поред доприноса за здравствено осигурање, плаћају и премију од око 50 КМ, без обзира на то да ли ће у том мјесецу користити здравствену заштиту.

У Републици Српској је око 50 одсто укупно осигураних по неком основу ослобођено плаћања партиципације. Поједине категорије осигураних лица су ослобођене плаћања партиципације у свим случајевима изузев код коришћења лијекова са листе Б и лијечења у иностранству на лични захтјев, док су друге категорије ослобођене плаћања партиципације само код лијечења посебно издвојене групе тежих хроничних и ријетких болести.

Услуге здравствене заштите за које се не плаћа партиципација и категорије осигураних лица које не плаћају партиципацију

Услуге здравствене заштите и категорије осигураних лица	МКБ шифра дијагнозе	Појашњење
Дјеца до 15 година живота		Не плаћају партиципацију ни за једну услугу из пакета права обавезног здравственог осигурања, изузев за лијекове са листе Б и у случају коришћења здравствене заштите у иностранству на лични захтјев родитеља или старатеља
Лица преко 65 година живота		Не плаћају партиципацију ни за једну услугу из пакета права обавезног здравственог осигурања, изузев за лијекове са листе Б и у случају коришћења здравствене заштите у иностранству на лични захтјев
РВИ и породице погинулих бораца		Не плаћају партиципацију ни за једну услугу из пакета права обавезног здравственог осигурања, изузев за лијекове са листе Б и у случају коришћења здравствене заштите у иностранству на лични захтјев

Услуге здравствене заштите и категорије осигураних лица	МКБ шифра дијагнозе	Појашњење
Лица са оштећеним видом (прва и друга категорија)		Не плаћају партиципацију ни за једну услугу из пакета права обавезног здравственог осигурања, изузев за лијекове са листе Б и у случају коришћења здравствене заштите у иностранству на лични захтјев
Добровољни даваоци крви		До 10 даривања, партиципацију не плаћају 12 мјесеци након последњег даривања крви; преко 10 даривања су трајно ослобођени партиципације. Не плаћају партиципацију ни за једну услугу из пакета права обавезног здравственог осигурања, изузев за лијекове са листе Б и у случају коришћења здравствене заштите у иностранству на лични захтјев
Корисници сталне новчане помоћи и лица смјештена у установе социјалне заштите (лица за која допринос плаћа центар за социјални рад)		Не плаћају партиципацију ни за једну услугу из пакета права обавезног здравственог осигурања, изузев за лијекове са листе Б и у случају коришћења здравствене заштите у иностранству на лични захтјев

Услуге здравствене заштите и категорије осигураних лица	МКБ шифра дијагнозе	Појашњење
Пензионери с најнижом пензијом (према прописима РС)		Не плаћају партиципацију ни за једну услугу из пакета права обавезног здравственог осигурања, изузев за лијекове са листе Б и у случају коришћења здравствене заштите у иностранству на лични захтјев
Пратиоци осигураних лица која имају право на пратиоца		Не плаћају партиципацију за смјештај и исхрану у здравственој установи док траје лијечење лица у чијој су пратњи
Мјере превенције и раног откривања болести	Z11-Z13; Z20-Z29;	Нико од осигураних лица не плаћа партиципацију за ове услуге
Прегледи и лијечење у сврху планирања породице, прегледи и лијечење у вези с трудноћом, порођајем и прекидом трудноће из медицинских разлога	O 00-099; Z30-Z39	Наведене услуге Фонд плаћа 100%. Код порођаја, партиципација се не плаћа 12 мјесеци након порођаја, односно 18 мјесеци код рађања близанаца, трећег и сваког наредног дјетета
Прегледи и лијечење болести уста и зуба код трудница и породиља		Код породиља партиципација се не плаћа 12 мјесеци након порођаја, односно 18 мјесеци код рађања близанаца, трећег и сваког наредног дјетета

Услуге здравствене заштите и категорије осигураних лица	МКБ шифра дијагнозе	Појашњење
Вантјелесна оплодња		Партиципација се не плаћа само за услуге које се директно односе на поступак вантјелесне оплодње
Прегледи и лијечење болести уста и зуба лица са урођеним или стеченим деформитетом лица или вилица		Осигурана лица с овим проблемом партиципацију не плаћају само за ове прегледе и лијечења
Прегледи и лијечење у вези са заразним болестима		Партиципација се не плаћа само код прегледа и лијечења које се односи на заразне болести за коју је законом прописано провођење мјера за спречавање њиховог ширења
Хитна медицинска стања, укључујући и хитни санитетски превоз		Партиципација се не плаћа само за прегледе и лијечење које се односи на непосредну животну угроженост
Прегледи и лијечење због професионалних болести и повреда на раду		Партиципација се не плаћа само код прегледа и лијечења професионалне болести и повреде на раду
Покретни ортодонтски апарат за дјецу		Фонд плаћа 100 % цијене стандарног апарата (цијена је дефинисана Цјеновником Фонда)

Услуге здравствене заштите и категорије осигураних лица	МКБ шифра дијагнозе	Појашњење
Акрилатна тотална протеза за осигурана лица старија од 65 година		Фонд плаћа 100 % цијене стандарне протезе (цијена је дефинисана Цјеновником Фонда)
Малигне болести	C00-C99, D00-D09; Z51.0 i Z51.1	Партиципација се не плаћа само код прегледа и лијечења које се односи на наведене шифре дијагноза, укључујући лијекове и медицинска помагала
Дијабетес	E10-E14.8; N08.3; G99.0; G59.0; G63.2; H28.0; H36.0; I179.2	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односе на наведене шифре дијагноза, укључујући лијекове и медицинска помагала
Хемофилија	D66 –D67	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односе на наведене шифре дијагноза, укључујући лијекове и медицинска помагала
Епилепсија	G40-G41	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односе на наведене шифре дијагноза, укључујући лијекове

Услуге здравствене заштите и категорије осигураних лица	МКБ шифра дијагнозе	Појашњење
Прогресивна мишићна обољења	G12, G36-G37, G70-G71	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односе на наведене шифре дијагнозе, укључујући лијекове и медицинска помагала
Церебрална парализа	G 80	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односе на наведену шифру дијагнозе, укључујући лијекове и медицинска помагала
Мултипла склероза	G 35	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односи на наведену шифру дијагнозе, укључујући лијекове и медицинска помагала
Неправилан развој костију и хрскавице (osteogenesis imperfecta – терминални стадијум)	Q78.0	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односи на наведену шифру дијагнозе, укључујући лијекове и медицинска помагала
Плегије (пара, квадри и тетра)	G82	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односи на наведену шифру дијагнозе, укључујући лијекове и медицинска помагала

Услуге здравствене заштите и категорије осигураних лица	МКБ шифра дијагнозе	Појашњење
Хронична бубрежна инсуфицијенција	N18, Z49	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односи на наведену шифру дијагнозе, укључујући лијекове и медицинска помагала
Цистична фиброза	E84	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односи на наведену шифру дијагнозе, укључујући лијекове и медицинска помагала
Целијакија и фенилкетонурија	K90.0 E70.0	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односи на наведене шифре дијагноза, укључујући лијекове
Реуматска грозница	I00-I01	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односи на наведене шифре дијагноза, укључујући лијекове
Херeditарне булозне епидермолизе	Q81	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односи на наведену шифру дијагнозе, укључујући лијекове и санитарски (завојни) материјал

Услуге здравствене заштите и категорије осигураних лица	МКБ шифра дијагнозе	Појашњење
Трансплантација органа и ткива	Z52, Z94	За лијечења у вези с наведеним шифрама дијагноза, партиципацију не плаћа ни давалац ни прималац органа. Ослобађање од партиципације се односи и на лијек који користе лица са трансплантираним органима
Менталне болести (психозе)	F20-F29; F30; F31; F32.2; F33.3; F53	Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односе само на наведене шифре дијагноза, укључујући лијекове
Ментална ретардација	F70-F79	Партиципације су ослобођена лица с менталном ретардацијом која су неспособна за самосталан живот и рад Партиципација се не плаћа код прегледа и лијечења које се односе на наведене шифре дијагноза, укључујући лијекове и медицинска помагала

Како се плаћа партиципација у болници?

Осигурана лица, која се налазе на стационарном лијечењу у болницама и клиникама у Републици Српској, плаћају партиципацију само за одређени број дана

проведених у болници, без обзира на то што је боравак у болници трајао дуже од тога. Нпр. ако је осигурано лице било 15 дана у општој болници, партиципацију плаћа само за осам дана и то у износу од 5,5 до 9 КМ по БО дану (податак из 2011. године), у зависности од

тога на ком је одјелу проведено лијечење. На одјелима терцијарног нивоа, партиципација се плаћа за највише 12 дана, а износ партиципације по једном БО дану износи од 6,5 до 10 КМ (подаци из 2011. године).

Важно је да знате да су плаћањем наведеног износа партиципације обухваћене све дијагностичке и терапијске услуге које су вам пружене за вријеме болничког лијечења и сви коришћени лијекови са болничке листе. Уколико вам је нпр. за вријеме лежања у болници рађен преглед ултразвуком, за ту појединачну услугу нећете плаћати додатну партиципацију јер је и то обухваћено партиципацијом плаћеном за дан лежања у болници.

За разлику од начина плаћања партиципације код лежања у болници, код коришћења консултативно-специјалистичких и дијагностичких услуга, осигурана лица која не леже у болници плаћају партиципацију за сваку појединачну услугу. Исто важи и

за плаћање партиципације код породичног доктора, односно на примарном нивоу здравствене заштите.

Код лијечења изван Републике Српске, у здравственим установама с којима Фонд има потписан уговор, партиципација за осигурана лица која нису ослобођена те обавезе, износи од 5 до 30 % од цијене лијечења. Изузетак је лијечење на лични захтјев осигураног лица. У случају када осигураном лицу буде одобрено лијечење изван РС на његов лични захтјев, а могуће га је спровести у нашим болницама, партиципација износи 70 % од цијене лијечења и у овом случају нико није ослобођен плаћања партиципације.

Износ партиципације за појединачне услуге љекарског прегледа, дијагностике и терапије су прописане Одлуком о партиципацији, коју можете да пронађете на интернет страници Фонда у линку «цјеновници и шифрарници», или можете да затражите информацију телефоном од заштитника права.

II ПАКЕТ ПРАВА У ОБАВЕЗНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ



Право на здравствену заштиту



Право на новчану накнаду



Право на избор доктора
и здравствене установе

Права у обавезном здравственом осигурању су сврстана у двије велике групе права:

- 1) **Право на здравствену заштиту и**
- 2) **Право на новчану накнаду**

Правом на здравствену заштиту обухваћена је превентивна здравствена заштита, хитна медицинска помоћ, преглед и лијечење код породичног доктора, у болницама и клиникама у Републици Српској и у иностранству, консултативно-специјалистичка здравствена заштита, медицинска рехабилитација, ортопедска помагала и друга медицинска средства, дијагностика, обавезна имунизација, лијекови, санитарски превоз, лијечење у кући осигураног лица, палијативна њега.

Право на новчане накнаде се односи на накнаду плате осигуранику који се налази на боловању дужем од 30 дана и на накнаду превоза у случају смрти осигураног лица за вријеме одобреног лијечења изван Републике Српске.

**Вриједи више
ако знаш права**





1. ПРАВО НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ



Право на примарну здравствену заштиту осигурана лица остварују код породичног доктора код којег су регистрована, те педијатра (дјеца до 6 година) и гинеколога (жене преко 15 година).

Пакет права у примарној здравственој заштити садржи:

- љекарске прегледе, дијагностику, терапију и савјетовања намијењена откривању, спречавању и лијечењу болести,
- систематске и превентивне прегледе (према посебном програму)
- лабораторијске претраге (основне и биохемијске),
- рентгенска сликања и ултразвук,
- утврђивање привремене неспособности за

1.1. ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

рад до 30 дана,

- хитну медицинску помоћ,
- лијечење у кући осигураног лица,
- санитетски превоз,
- рану рехабилитацију у центру за базичну рехабилитацију,
- услуге центра за ментално здравље,
- стоматолошку здравствену заштиту,
- разне терапијске процедуре (давање инјекција, инфузионог раствора, превијање, инхалације)
- обавезну имунизацију и услуге хигијенско-епидемиолошке службе,
- лијекове са Листе лијекова за амбуланте породичне медицине и домове здравља (ампулирани лијекови) и
- прописивање лијекова који се издају на рецепт.

Сва права у примарној здравственој заштити осигурана лица користе уз овјерену здравствену књижицу. Изузетак су хитна медицинска помоћ, превоз санитарним возилом у хитним стањима, те услуге центра за базичну рехабилитацију и центра за ментално здравље. Ове услуге Фонд финансира за све становништво Републике Српске, што значи да су доступне без плаћања и онима који немају овјерену здравствену књижицу.

Гинеколошка здравствена заштита

Пакет права у оквиру гинеколошке здравствене заштите на примарном нивоу, поред гинеколошког прегледа, обухвата и спектар дијагностичких и терапијских процедура. Између осталог, осигуранице Фонда код гинеколога могу да добију: узимање бриса за Папаниколау тест, колпоскопију, ултразвучни преглед, тестирање

на трудноћу, као и терапијске процедуре попут одстрањивања кондилома, туширања материце, скидања конаца и тд. На нивоу примарне гинеколошке здравствене заштите Фонд финансира и услуге савјетовања младих о репродуктивном здрављу, полно преносивим болестима и планирању породице.

На који се начин остварује здравствена заштита код гинеколога?

Све жене изнад 15 година живота требало би да се евидентирају код једног од гинеколога из здравствених установа с којима Фонд има закључен уговор. Списак гинеколога код којих је могуће извршити евидентирање, налази се у пословницама Фонда, а информације у вези с тим је могуће добити и од заштитника права. Женама, које се евидентирају код гинеколога, приступ гинекологу је омогућен директно, дакле без упутнице породичног доктора.

Здравствена заштита дјеце

За дјецу до навршене шесте године живота, обезбијеђено је да им здравствену заштиту пружа педијатар. Да би дијете користило ово право потребно је да га родитељ, односно старатељ евидентира код педијатра кога изабере са списка педијатара из здравствених установа с којима је Фонд закључио уговор о пружању услуга здравствене заштите из области педијатрије. Поред овога, дијете обавезно треба да буде регистровано и код породичног доктора, с тим да је приступ педијатру директан, односно није потребна упутница породичног доктора.

Пакет права код педијатра обухвата бројне дијагностичке и терапијске процедуре. Између осталог, код педијатра се дјеци могу урадити све преоперативне припреме и систематски прегледи при упису у вртић или школу, специјалистички прегледи,

ултразвучна дијагностика итд.

Здравствену заштиту дјеци преко 6 година, пружа породични доктор који има могућност да дијете упути болничком педијатру ради консултације у вези с дијагнозом или начином лијечења.

Стоматолошка здравствена заштита

У области стоматолошке здравствене заштите сва осигурана лица имају право на стоматолошки преглед, лијечење болести зуба, рентгенску дијагностику и вађење зуба. Дјеца до 18 година имају право на покретни ортодонски апарат, а лица са тешким урођеним или стеченим деформитетом лица и вилица, прије или после оперативног захвата, имају право на фиксни ортодонски апарат.

Осигурана лица са више од 65 година живота имају право на тоталну зубну протезу

израђену од акрилата.

Пакетом права је обухваћен и хитни стоматолошки и хируршки преглед у случају повреде зуба и костију лица, укључујући и примарну реконструкцију остеосинтетским материјалом. Осигурана лица у оквиру посттуморске рехабилитације, имају право на протетске надокнаде лица и вилица (интраоралне постстресекционе протезе и протезе лица), као и на имплантанте за њихово учвршћивање.

Превентивна здравствена заштита

Пакетом права у области превентивне здравствене заштите обухваћени су превентивни прегледи у циљу раног откривања или спречавања болести, систематски прегледи за одређене категорије осигураних лица, обавезна и друга имунизација, као и разне хигијенско епидемиолошке мјере.

Фонд здравственог осигурања финансира 100 % трошкове вакцина за дјецу, које су обухваћене програмом обавезне имунизације.

Код одраслих, Фонд финансира вакцинацију против Хепатитиса Б за здравствене раднике, болеснике на хемодијализи, обољеле од хемофилије, штићенике завода за лица с менталном ретардацијом, интравенске наркомане, полне партнере ХБсАг позитивних лица, лица запослена у јавним комуналним предузећима која раде на одржавању чистоће, ученике медицинске школе и студенте медицинског и стоматолошког факултета.

Пакетом права из обавезног здравственог осигурања је обухваћена и вакцина против сезонског грипа и то за популационе групе које за сваку годину одређују Министарство здравља и Институт за јавно здравство. Најчешће се на том списку налазе осигурана

лица којима је рађена операција на срцу, обољели од малигних болести, бубрежни болесници на хемодијализи и сл.

Обавезно здравствено осигурање осигураним лицима обезбјеђује широк спектар услуга које се односе на промоцију здравих стилова живота и рано откривање болести. Између осталог, тим услугама су обухваћени: здравствено васпитање у вези са заштитом, очувањем и унапређењем здравља, стицањем знања и навика о здравом начину живота, откривању и сузбијању различитих фактора ризика, нарочито у вези са болестима зависности и ХИВ инфекцијом. Такође, обезбијеђено је и здравствено васпитање у вези са планирањем породице, превенцијом трудноће, контрацепцијом и хируршком стерилизацијом, тестирањем на трудноћу, тестирањем и лијечењем сексуално преносивих болести.

Систематски контролни и циљани прегледи се плаћају из средстава обавезног здравственог осигурања за сљедеће групе осигураника:

- дјеца, школска омладина, студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота,
- жене у вези са трудноћом,
- одрасла лица у складу са програмима превенције и раног откривања болести од већег социјално-медицинског значаја;

Превентивне стоматолошке и профилактичке мјере за превенцију болести уста и зуба, обезбијеђене су за дјецу до навршених 15 година живота, труднице и лица која су тешко душевно или тјелесно ометена у развоју.

Осигурана лица имају право и на имунопрофилактику и хемопрофилактику која је обавезна према републичком програму

вакцинације становништва против одређених заразних болести. Такође, за осигурана лица се финансира и право на хигијенско-епидемиолошке и друге мјере у вези са спречавањем, откривањем и лијечењем HIV инфекције и других заразних болести.

Превенција масовних незаразних болести, као што су нпр. малигне и кардиоваскуларне болести, проводи се преко појединачних пројеката. Превенцијом су обухваћене ризичне скупине становништва, укључујући и неосигурана лица. Од 2008. године Фонд је за своје осигуранике из ризичних скупина финансирао пројекат раног откривања карцинома дојке у оквиру којег је био могућ бесплатан мамографски преглед. Осигураницима је био доступан и пројекат раног откривања карцинома грлића материце. Такође, финансиран је и пројекат раног откривања карцинома дебелог цријева (реализација пројекта још траје) у оквиру

којег је осигураним лицима изнад 50 година живота омогућено бесплатно тестирање на окултно крварење. У току је и реализација пројекта превенције можданог удара.

1.2. КОНСУЛТАТИВНО-СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Консултативно-специјалистичку здравствену заштиту је могуће остварити код специјалиста, који су консултанти породичном доктору и у болницама.

За сваког доктора породичне медицине, код кога су регистрована осигурана лица, Фонд је уговорио консултативно-специјалистичку здравствену заштиту из 10 области: интерне медицине, урологије, ортопедије, неурологије, кардиологије, пнеумофтизиологије, ОРЛ, опште хирургије, дерматовенерологије и офталмологије. Сваки

породични доктор именом и презименом зна ко му је специјалиста консултант из наведених области.

За остваривање права на здравствену заштиту у овим областима, прописани су одређени стандарди, који, између осталог, подразумевају да преглед код специјалисте консултанта заказује тим породичне медицине и да се преглед мора обавити у року од 7 дана од дана заказивања, изузев код кардиолога гдје тај рок износи 15 дана, односно за ултразвук срца 30 дана.

Специјалисти консултанти, с којима је уговорена здравствена заштита осигураних лица из више општина, обавезни су да организују посјете уколико би осигурано лице до сједишта њихове установе морало да путује више од 30 километара. За вријеме посјета, специјалисти пружају оне услуге које је могуће обавити изван њиховог сједишта.

Овај вид здравствене заштите је уговорен са јавним здравственим установама и са преко 50 приватних здравствених установа. Уколико је породичном доктору консултант за одређену област из приватне здравствене установе, он ће осигурано лице упутити на преглед по истој процедури као и у јавну установу. У приватној здравственој установи с којом Фонд има уговор, лица са овјереном здравственом књижицом неће платити ништа више него у јавној здравственој установи, односно неће платити ништа за уговорене услуге, уколико припадају некој од категорија које су ослобођене плаћања партиципације.

Код специјалиста консултаната из свих десет наведених области, осигурана лица могу да добију услуге из три пакета услуга: специјалистички преглед, дијагностика и терапијске процедуре. Садржај ових пакета је доступан на интернет страници Фонда у линку «документи» - КСЗ.

С циљем поједностављења административних процедура, Фонд је обезбиједио да специјалиста консултант може, уколико то оцијени неопходним, осигурано лице директно упутити болничком специјалисти, а и на болничко лијечење уколико је здравствено стање осигураног лица такво да не трпи одлагање. Такође, специјалиста из приватне установе може да предложи и лијечење изван Републике Српске.

Породични доктор може, уколико није задовољан радом неког од специјалиста консултаната, да затражи од Фонда да тај консултант буде замијењен другим. Услуге консултативно-специјалистичке здравствене заштите које нису обухваћене пакетом услуга које пружају специјалисти из наведених десет области, осигурана лица могу да добију у болницама.

Да ли осигурана лица могу да бирају специјалисту?

Осигурана лица имају право на избор породичног доктора, а специјалисти из 10 наведених области су консултатни породичном доктору и њихова је основна улога да пруже стручну помоћ породичном доктору, како би осигурана лица на примарном нивоу здравствене заштите ријешили већину здравствених проблема.

Осигурана лица, дакле, не могу да бирају ове специјалисте, односно, они су их на посредан начин изабрали избором породичног доктора.

Породични доктор, као што је речено, има могућност да од Фонда затражи промјену специјалисте консултанта уколико је незадовољан његовим радом.

1.3. ПЛАНИРАЊЕ ПОРОДИЦЕ, ТРУДНОЋА, ВАНТЈЕЛЕСНА ОПЛОДЊА И ПОРОЂАЈ

У овој области обавезно здравствено осигурање финансира сљедећа права:

- прегледе и генетска тестирања у вези са планирањем породице, трудноћом и стањима која могу да изазову компликацију трудноће,
- прекид трудноће из медицинских разлога,
- болничко лијечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи;
- патронажне посјете и помоћ породиљи и рутинску његу новорођенчета, коју пружа патронажна сестра;
- дијагностику и лијечење стерилитета; и
- право на двије процедуре асистиране репродукције, односно вантјелесне оплодње.

Под процедуром вантјелесне оплодње, коју плаћа Фонд, подразумејева се успостављање индикације, поступак стимулације (терапија) и поступак асистиране репродукције - вантјелесне оплодње (IVF и ACSI).

Право на вантјелесну оплодњу могуће је остварити ако су испуњени сљедећи критеријуми:

- да HSG налаз код жене показује обострану опструкцију у ампуларном дијелу, или ако жена има оперативно одстрањене јајоводе, или је оперисала ендометриозу па се иста поново појављује, или има полицистичне оварије који узрокују ановулацију, или ако је FSH изнад 10 IU/ml и након два мјесеца хормонске терапије, или
- да је код мушкарца смањен број и покретљивост сперматозоида (налаз

- уролога и процедура које је пацијент прошао), и
- да се пар налази у браку или ванбрачној заједници више од двије године.

Финансирање права на вантјелесну оплодњу зависи од животне доби жене. Женама до навршених 40 година живота, трошак вантјелесне оплодње, у висини цијене из Цјеновника Фонда, биће плаћен у цјелости, а женама од 41. до навршене 42. године живота у износу од 50% цијене процедуре. Уколико жена старија од 42 године роди дијете зачето вантјелесном оплодњом, има право на рефундацију трошкова у висини цијене једне процедуре вантјелесне оплодње, према Цјеновнику Фонда.

1.4. САНИТЕТСКИ ПРЕВОЗ

Осигурана лица имају право на санитарски превоз, који се плаћа из средстава обавезног здравственог осигурања, када због здравственог стања није могућ превоз јавним превозним средством или аутомобилом. О томе одлучује, односно санитарски превоз може да одобри породични доктор, служба хитне медицинске помоћи и болница. Осим права на хитни санитарски превоз у условима када је неопходно обезбиједити хитну медицинску помоћ и спријечити посљедице по здравље и живот осигураног лица, осигурана лица имају право и на превоз санитарским возилом о трошку Фонда у случају:

- превоза непокретног осигураног лица,
- превоза на хемодијализу и
- када би превоз другим превозним средством био штетан по осигурано лице или друга лица.

Право на санитетски превоз подразумијева превоз до најближе здравствене установе у којој је могуће осигураном лицу пружити здравствену заштиту. Уколико осигурано лице то одбије, односно уколико изабере да буде упућено у удаљенију болницу, у том случају здравствено осигурање неће покрити трошкове превоза за разлику удаљености између најближе здравствене установе и здравствене установе коју је осигурано лице изабрало.

1.5. БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

У оквиру болничке здравствене заштите, осигурана лица имају право на:

- ✓ лијечење,
- ✓ дијагностику
- ✓ медицинску рехабилитацију,
- ✓ здравствену његу,
- ✓ смјештај и исхрану за вријеме трајања

- лијечења,
- ✓ лијечење у дневној болници,
- ✓ консултативно-специјалистичку здравствену заштиту,
- ✓ лијекове, санитетски материјал и уградбени материјал,
- ✓ санитетски превоз до друге болнице, а уколико је то неопходно и из болнице до куће осигураног лица.

Право на болничко лијечење обухвата и здравствену заштиту и његу у вези са порођајем, као и консултативно-специјалистичке услуге које обухватају прегледе код болничких љекара специјалиста и широк спектар дијагностичких претрага.

У наставку текста наведено је неколико примјера из којих је могуће видјети колико вриједи пакет права из обавезног здравственог осигурања у болници:

✓ За вријеме болничког лијечења, које се нпр. спроводи ради операције кука, осигурано лице ће добити смјештај и исхрану, лекарске прегледе и дијагностику, биће му извршена операција и уграђен вјештачки кук, обавиће неопходну дијагностику, добиће све неопходне лијекове и његу и за то ће платити 8 КМ по дану, односно 64 КМ за просјечну дужину лијечења, а највише 96 КМ. Осигурана лица, која су ослобођена партиципације, наравно, неће платити ништа. Иначе, пуна цијена ове операције износи од 3.000 до 5.000 КМ и толико ће је платити неосигурано лице.

✓ У оквиру болничког лијечења, обавезно здравствено осигурање је својим осигураницима обезбједило неопходне лијекове, међу којима се налазе и веома скупи лијекови за лијечење малигних обољења, мултипле склерозе, реуматоидног артритиса, хепатитиса Ц и неких других

хроничних болести. Годишња количина потребних лијекова за нека од ових обољења кошта и преко 30 хиљада КМ по пацијенту. С обзиром да лијечење ових болести Фонд финансира 100 %, осигурана лица ће све потребне лијекове добити без плаћања партиципације, као и сву дијагностику, лекарске прегледе и боравак у болници.

✓ Просјечна операција на отвореном срцу кошта око 20 хиљада КМ. Осигурана лица која не плаћају партиципацију, ову ће операцију добити бесплатно, а они који плаћају партиципацију, платиће само 5 % од цијене операције.

Упутница за болницу и болнички КСЗ

Лијечење у болницама РС остварује се на основу упутнице породичног доктора, односно педијатра, с тим што је у хитним и неодложним стањима, ово право могуће

остварити и на основу упутнице службе хитне медицинске помоћи и специјалисте који је консултант породичном доктору. Њихова упутница је довољна и осигурана лица не морају да накнадно траже упутницу свог породичног доктора.

С циљем поједностављења процедуре остваривања права из здравственог осигурања, Фонд је омогућио знатно једноставнији приступ консултативно-специјалистичкој здравственој заштити у болницама. То поједностављење могуће је видјети на сљедећем примјеру:

Осигурано лице са упутницом породичног доктора долази нпр. код специјалисте ендокринолога. На основу прегледа, специјалиста оцијени да је неопходно да пацијента прегледа и специјалиста из друге области, или да му је неопходно урадити додатне претраге. Специјалиста неће, као

раније, пацијента враћати породичном доктору по упутницу за сваку претрагу и преглед код другог специјалисте, већ ће му својом интерном упутницом омогућити да обави све прегледе и претраге које је могуће урадити у тој здравственој установи. Такође, на основу једне упутнице породичног доктора могуће је обавити и први контролни преглед код специјалисте коме је осигурано лице упућено.

У вези с упутницама, треба знати и то да је Фонд својим општим актом прописао могућност да породични доктор осигураном лицу изда упутницу за дијагностичку претрагу и у случају када не сматра да је та претрага неопходна, а осигурано лице на томе инсистира. Ријеч је о тзв. упутници на лични захтјев, која подразумјева да ће осигурано лице платити трошак претраге, али и да има право на рефундацију трошкова уколико налаз претраге покаже да породични

доктор није био у праву када је тврдио да та дијагностичка претрага није неопходна.

Лијечење у иностранству

Право на здравствену заштиту изван Републике Српске, могуће је остварити по три основа: на основу приједлога љекарског конзилијума здравствене установе у Републици Српској; на основу препоруке здравствене установе изван Републике Српске у којој је осигураном лицу одобрено лијечење и на основу боравка у иностранству.

На основу приједлога љекарског конзилијума здравствене установе у Републици Српској, или специјалисте из приватне здравствене установе с којом Фонд има уговор, Фонд здравственог осигурања може да одобри осигураном лицу лијечење с највећим садржајем и обимом услуга у иностраним здравственим установама с којима има

потписан уговор (преглед, лијечење, болнички смјештај, њега, љекови, уградбени материјал, дијагностика). У правилу, по овом се основу остварује право на лијечење које није могуће обавити код нас, а на основу Регистра услуга које се не раде у Републици Српској, који Фонд утврђује за сваку годину.

Да се овом општом одредницом не би онемогућило лијечење нпр. у случају када нека услуга формално није обухваћена Регистром, а лијечење објективно није могуће обавити у нашим болницама, љекарски конзилијум може да препоручи лијечење изван РС и у таквом случају, али ће свој приједлог морати додатно да образложи. Други изузетак се односи на прописану могућност да се осигураном лицу одобри лијечење изван РС и за услуге које се код нас раде уколико оно на томе инсистира, с тим да ће у том случају партиципација осигураног лица износити 70 % од трошкова лијечења.

Лијечење у иностранству по другом основу, препоруци здравствене установе изван РС, односи се на ону врсту лијечења које нпр. није могуће обавити ни у болницама у Србији са којима Фонд има закључен уговор. У правилу, обавезно здравствено осигурање сноси до 30 % цијене таквог лијечења. Међутим, Фонд настоји да то учешће сваке године буде веће. У 2011. години ФЗО је финансирао преко 60% трошкова лијечења.

Учешће средстава обавезног здравственог осигурања може да буде и веће у случају лијечења за које постоје статистички докази о високој вјероватноћи успјешног исхода, и то само за једно лијечење. Учешће Фонда у финансирању трошкова лијечења у иностранству по овом основу ограничено је финансијским могућностима.

Трећи основ за коришћење права на здравствену заштиту изван РС је боравак

у иностранству и то у земљама с којима БиХ има закључен или је преузела уговор о социјалном осигурању.

Право на здравствену заштиту по овом основу имају: осигурана лица у радном односу код послодавца са сједиштем у РС, упућена на рад или стручно усавршавање у иностранство; осигурана лица на раду у дипломатско-конзуларним представништвима БиХ са пребивалиштем у РС; осигурана лица на редовном школовању у иностранству и осигурана лица која бораве привремено у иностранству ради приватног посла. Изузев осигураних лица која у иностранству бораве ради приватног посла (нпр. годишњи одмор), којима је обим права на здравствену заштиту ограничен само на хитну медицинску помоћ, код осталих категорија осигураних лица обим права је шири, односно подразумејева здравствену заштиту коју није могуће одгодити до повратка у Републику Српску,

уколико међудржавним споразумом није договорено другачије.

Да би било могуће користити се правом на здравствену заштиту по овом основу, потребно је провести прописану процедуру, која подразумева добијање потврде на којој изабрани доктор потврђује да ли је осигурано лице, с обзиром на здравствено стање, способно за пут (да здравствено стање не захтјева да одмах по доласку у другу земљу буде неопходно лијечење), а након тога и добијање ино обрасца у пословници Фонда здравственог осигурања на основу кога је могуће користити здравствену заштиту за вријеме боравка у иностранству.

1.6. МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Пакетом права из обавезног здравственог осигурања обухваћена је и медицинска рехабилитација коју је могуће обавити у

дому здравља у оквиру центара за базичну рехабилитацију и у оквиру стационарног лијечења у болницама и клиникама. Уколико рехабилитација у овим установама није довољна, осигурано лице има право на тзв. продужену медицинску рехабилитацију у специјализованим установама за рехабилитацију (институти, заводи и бање). Продужена медицинска рехабилитација у специјализованим установама се одобрава за одређене дијагнозе у оквиру шест индикационих подручја:

- дјечја рехабилитација,
- неуролошка обољења,
- обољења срца и крвних судова,
- реуматска обољења
- повреде и обољења локомоторног система
- обољења и повреде коже.

Списак дијагноза у оквиру наведених индикационих подручја за које је могуће остварити право на продужену медицинску

рехабилитацију, као и све информације у вези с процедуром одобравања продужене медицинске рехабилитације, налазе се у Правилнику о условима и начину остваривања права на продужену медицинску рехабилитацију у специјализованим установама за рехабилитацију. Овај правилник се налази на интернет страници Фонда.

1.7. ОРТОПЕДСКА ПОМАГАЛА И ДРУГА МЕДИЦИНСКА СРЕДСТВА

Пакетом права из обавезног здравственог осигурања обухваћено је око 200 ортопедских помагала и других медицинских средстава, која су класификована у сљедеће групе:

- а) ортопедска помагала,
- б) очна помагала,
- в) слушна помагала,
- г) помагала за омогућавање гласног говора,
- д) стоматолошка помагала,

- ђ) тифлотехничка помагала и
- е) остала помагала.

Од ортопедских помагала осигураним лицима су доступна сљедећа помагала: протезе за доње екстремитете, протезе за горње екстремитете, ортопротезе и ортозе, ортопедске ципеле и ортопедски улошци, штаке, штапови и ходаљке, те инвалидска колица.

У оквиру групе протеза за доње и горње екстремитете обухваћено је укупно 35 помагала, од који је 23 врста протеза за доње екстремитете и 12 за горње екстремитете.

У групи ортозе налази се 26 помагала (ортозе за кичму, доње и горње екстремитете), а у оквиру “ортопротеза” три помагала.

У групи помагала ортопедска обућа и улошци осигураним лицима су доступна ортопедске

ципеле за одрасле (три врсте), ортопедске ципеле за дјецу (пет врста), те ортопедски улошци.

У оквиру помагала “штаке, штап и ходаљке”, осигураницима је доступно шест помагала (двје врсте штака и двје врсте штапа, те сталак за ходање и сталак за вертикализацију).

Када је ријеч о инвалидским колицима, осигурана лица у оквиру права из обавезног здравственог осигурања имају право на осам врста инвалидских колица, као и на неопходне додатке уз колица, те на акумулатор за електромоторна колица и резервне дијелове.

Група очних помагала састоји се од наочала (разне врсте стакала – стакла за корекцију вида–девет врста, лентикуларна стакла–шест врста, призма стакла, телескопске наочаре, наочаре са тамним стаклима за слијепа лица, наочаре са бочним штитницима, те оквири

за наочаре за дјецу и одрасле) и контактних сочива (четири врсте).

Слијепим лицима, која испуњавају прописане услове, доступна су тифлотехничка помагала и то: Брајева писаћа машина, рачунар са говорним софтвером, репродуктор, те ултразвучни штап и бијели штап.

У групи слушна помагала налазе се три помагала, а осигураницима је доступан и апарат за омогућавање гласног говора.

У оквиру стоматолошких помагала осигурана лица могу да остваре право, код прописаних медицинских индикација, на сљедећа помагала: покретне зубне протезе, ортодонски апарат (три врсте), стоматолошке надокнаде код урођених и стечених аномалија (пет врста), те сплентове и оптуратор.

У пакет права која се финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања убрајају се и сљедећа помагала: помагала за гастроинтестинални систем (осам помагала- врећице, каиш, појас за стому, диск подлога и др.); помагала за урогенитални систем и инконтиненцију (осам врста помагала- урин кесе, уростома, уринарни кондом, катетер, пелене и др.); помагала за респираторни систем (инхалатор, ендотрахеална канила, транстрахеални катетер); антидекубитална помагала (болеснички кревет по потреби са трапезом, антидекубитални душек за привремену употребу, антидекубитални душек са компресором, антидекубитални јастук пуњен ваздухом); 24 помагала за обољеле од дијабетеса (апарат за одређивање глукозе у крви, инсулинске игле, разне врсте трака за мјерење шећера у крви, више врста ланцета, траке за мјерење шећера у урину и др.); естетска помагала (протеза за груди, специјални грудњаци, власуља).

Осигураницима су доступна и друга помагала, попут различитих врста појаса за килу, еластично компресивних чарапа, еластичног компресивног тераписког рукава са рукавицом и сл.

Обавезно здравствено осигурање обезбјеђује помагала која су израђена од стандардног материјала и плаћа их у висини цијене прописане цјеновником Фонда, односно у висини цијене од које је одузета партиципација коју плаћају осигурана лица која нису ослобођена плаћања партиципације.

Списак помагала која обезбјеђује обавезно здравствено осигурање, медицинске индикације за које је могуће одобрити помагало, процедура за њихово одобравање, рок на који се помагало одобрава и остале информације из ове области налазе се у Правилнику који је доступан на интернет страници Фонда у линку «Прописи».

У 2012. години је планирано да буде усвојен нови правилник којим ће бити уређено право на ортопедска помагала и друга медицинска средства.

У односу на претходни период, новим правилником ће бити знатно поједностављена процедура остваривања права на помагала. Нпр. за помагала за чије је прописивање надлежан породични доктор (помагала која се подижу у апотеци), биће могуће да доктор пропише тромјесечну количину помагала, а новина ће бити и то што ће на основу једног налаза специјалисте бити могуће прописивати помагала 12 мјесеци (ове измјене се односе на пацијенте којима је коришћење помагала трајно потребно).

Примјена новог правилника требало би да почне у јануару 2013. године.

1.8. УГРАДБЕНИ МАТЕРИЈАЛ

У поступку лијечења неких обољења неопходно је да пацијенту буде привремено или трајно уграђено медицинско средство (уградебени материјал) који ће стимулисати рад неког органа или система органа. Фонд здравственог осигурања РС осигуралим лицима финансира следећи уградбени материјал:

- остеосинтетски фиксациони материјал,
- вјештачки зглоб,
- срчани електростимулатор (pace maker),
- артериовенозни спој (av shunt и av fistula),
- систем за деривацију мождане течности,
- уградна сочива,
- аерационе цјевчице,
- стент,
- мрежице за вентралну хернију,
- био-ос и колаген-мембрански,
- орбитални имплант, и
- инсулинска пумпа.

1.9. ЛИЈЕКОВИ

Пакетом права из обавезног здравственог осигурања обухваћени су и лијекови, од којих је једне могуће добити на рецепт, а друге у дому здравља или болници.

Лијекови на рецепт

Листом лијекова који се издају на рецепт обухваћено је око 250 генеричких лијекова, односно преко 1000 лијекова са заштићеним називом (податак из 2012.године). Листом су обухваћени лијекови за лијечење најчешћих обољења наше популације.

Лијекови, који се издају на рецепт, сврстани су у двије листе, А листу и Б листу, које се међусобно разликују по том с коликим процентом Фонд учествује у финансирању лијека.

На наведеним листама лијек истог

хемијског састава, дозе и облика може да буде заступљен са више заштићених имена, односно на листи су заступљени сви произвођачи истог лијека који су добили дозволу за његов промет у Републици Српској. Сваки од произвођача има своју цијену лијека, а између свих појединачних цијена лијека истог хемијског састава, Фонд је ону која је најнижа одредио за референтну.

Лијекове са референтном цијеном, а налазе се на А листи, Фонд плаћа 100 % за осигурана лица која су ослобођена плаћања партиципације, односно 90 % за осигурана лица која нису ослобођена партиципације.

Уколико осигурано лице подиже лијек са вишом цијеном, мораће да плати разлику у односу на референтну цијену. Дакле, у том случају осигурано лице не плаћа партиципацију, већ разлику у цијени истог лијека, а различитих произвођача. У вези с

овим, важно је знати да осигурано лице има право да од фармацеута у апотеци тражи да му изда лијек за који не мора да плаћа разлику у цијени, с обзиром да је у уговору с апотекама речено да су апотеке обавезне да имају довољну количину лијекова са референтном цијеном.

Концептом састављања листе лијекова који се издају на рецепт на начин да буду заступљени сви регистровани произвођачи истог лијека, осигурана лица у Републици Српској су доведена у повољнији положај у односу на осигуранике земаља које на листу стављају само једног произвођача. Наиме, у тим земљама осигурано лице ће, у случају да узима лијек произвођача који није заступљен на листи, платити пуну цијену лијека, док осигурано лице из РС, с обзиром на то да су листом обухваћени сви регистровани произвођачи, плаћа само разлику у односу на референтну цијену.

На Б листи се налази мањи број лијекова него на листи А и углавном је ријеч о лијековима који се раније нису могли добити о трошку здравственог осигурања. Партиципација за ове лијекове је обавезна за сва осигурана лица без изузетка и износи 50 % од референтне цијене. Што се тиче разлике у односу на референтну цијену, вриједе иста правила као и код А листе.

У вези с лијековима који се издају на рецепт, за осигурана лица с хроничним обољењима важна је и информација да им породични доктор може да пропише тромјесечну количину лијека, односно да му изда три рецепта од којих ће сваког мјесеца у апотеци моћи да реализује по један. Ова могућност је предвиђена за хроничне болеснике чија је болест стабилна, што ће процијенити изабрани доктор који је овлашћен за прописивање лијекова на рецепт.

Цитостатици

За осигурана лица, која болују од малигних обољења, обавезно здравствено осигурање финансира цитостатике, односно лијекове за лијечење малигне болести. На листи цитостатика, које финансира Фонд здравственог осигурања, заступљени су лијекови за лијечење свих врста малигних болести.

Већину цитостатика осигурана лица могу да добију у болници у току провођења хемиотерапије, а један број цитостатика могуће је добити и у апотеци на рецепт. Цитостатици, који се дају у болници су за осигуранике бесплатни, с обзиром да лијечење малигне болести Фонд плаћа 100%. И цитостатици који се подижу на рецепт су бесплатни за осигурана лица с малигном болешћу, под условом да се узима лијек с референтном цијеном.

Остали лијекови

Поред лијекова које је могуће добити на рецепт и цитостатика, осигураним лицима обавезно здравствено осигурање плаћа и лијекове који се налазе на болничкој листи и листи обавезних лијекова у дому здравља и тимовима породичне медицине. На болничкој листи лијекова налазе се и веома скупи лијекови за лијечење неких тешких хроничних обољења.

За болнице и домове здравља је организовано централизовано снабдјевање лијековима, чиме је обезбјеђена готово потпуна доступност лијекова. Уколико се, ипак, догоди да у здравственој установи тренутно не буде неког лијека, па га осигурано лице само купи, Фонд ће осигураном лицу вратити (рефундирати) новац на основу захтјева који осигурано лице подноси у пословници Фонда.

Право на рефундацију трошкова за куповину лијека могуће је користити и у ситуацији да је за лијечење неопходан лијек који није заступљен на листама, под условом да је то лијек избора и да на листама не постоји адекватна замјена. Ова могућност се најчешће односи на осигурана лица која болују од ријетких болести.

У вези с болничком листом лијекова треба знати и то да су болнице у обавези да осигураном лицу које буде отпуштено с болничког лијечења у нерадне дане, обезбиједу потребне лијекове за наставак терапије, у количини довољној до првог радног дана када ће осигурано лице лијек моћи да подигне у апотеци.

1.10. ДИЈАГНОСТИКА

Пакетом права из обавезног здравственог осигурања обухваћена је сва неопходна

дијагностика:

- лабораторијско-биохемијска дијагностика
- микробиолошка дијагностика
- одређивање антитјела, тумор маркера, специфичних ензима, радиохемијска лабораторија, имунолошка дијагностика, цитогенетска лабораторија
- алергијска тестирања
- рентген дијагностика
- ултразвучна дијагностика
- доплер дијагностика
- магнетна резонанца и КТ
- ендоскопске дијагностичке методе
- ендоскопски УЗ горњих партија дигестивног тракта
- мамографија
- ангиографија
- остеодензиометрија
- биопсије и пункције
- ЕКГ, холтер мониторинг, ергометрија, трансезофагеална ехокардиографија
- коронарографија

- бронхоскопија, медиастиноскопија
- спирографија
- скрининг тест на фенилкетонурију, хипотиреозу,
- скрининг слуха
- хистероскопија
- амниоскопија
- лапароскопија у дијагностичке сврхе
- амниоцентеза
- кордоцентеза
- кариотип
- електромиографија (ЕМГ)
- електонеурографија (ЕНГ)
- визуелни и аудитивни евоцирани потенцијали
- дигитална енцефалографија (ЕЕГ)
- изоелектрично фокусирање ликвора
- дермоскопија
- корнеална топографија
- пахиметрија
- ОЦТ
- ХРТ

- индиректна офталмоскопија
- ларингомикроскопија
- отомикроскопија
- аудиографија
- мултифреквентна тимпанометрија новорођенчади и дојенчади
- вестибулографија
- БERA
- скинтиграфија органа
- уродинамско испитивање
- имунохистохемијско бојење
- неуропсихолошко тестирање
- психијатријски интервју
- испитивање психомоторних функција
- детекција дрога у крви и у урину
- праћење нежељених ефеката лејекова – психофармака

Осим наведених дијагностичких процедура, осигурана лица имају право и на осталу неопходну дијагностику коју могу да пруже здравствене установе с којима Фонд има

закључен уговор у Републици Српској и у иностранству.

1.11. ПРАВО НА РЕФУНДАЦИЈУ ТРОШКОВА

У случају да осигураном лицу буде наплаћена здравствена заштита која је обухваћена пакетом права из обавезног здравственог осигурања, или му буде неправилно наплаћена партиципација, Фонд ће му рефундирати трошкове.

Право на рефундацију трошкова осигурано лице може да оствари у случају да му је:

- давалац услуга наплатио услугу која се финансира из средстава обавезног

здравственог осигурања,

- давалац услуга наплатио партиципацију, а осигурано лице је ослобођено плаћања партиципације по неком од предвиђених основа,
- давалац услуга наплатио већи износ партиципације од износа прописаног Одлуком о партиципацији,
- дијагностичком и другом претрагом коришћеном на основу упутнице на лични захтјев установљен позитиван налаз;

Осигураном лицу ће бити надокнађен новац и у случају да је куповао лијек који се налази на листама лијекова које финансира Фонд и то у износу референтне цијене лијека.

Вриједи више ако знаш права





2. ПРАВО НА НОВЧАНУ НАКНАДУ



Правом на новчану накнаду обухваћено је право на накнаду плате за вријеме привремене неспособности за рад, или боловања како се то назива у неформалном говору.

Право на накнаду плате из средстава обавезног здравственог осигурања подразумијева боловање које траје дуже од 30 дана, а најдуже 12 мјесеци и које је одобрено из следећих разлога:

- болести или повреде осигураног лица,
- медицинског испитивања,
- његе обољелог члана породице,
- професионалне болести
- спровођења мјере обавезне изолације осигураног лица као клицоноше или у случају појаве заразне болести у његовој околини и
- даривања органа и ткива.

Основ за обрачун накнаде плате за вријеме боловања је износ нето плате коју би осигурано лице остварило да ради, с тим да тај износ не може бити већи од износа плате који је обухваћен основицом на коју послодавац обрачунава доприносе за радника који је на боловању.

Обавезно здравствено осигурање послодавцу надокнађује од 70% до 90 % износа нето плате радника на боловању. Већи проценат, односно 90 % нето плате се надокнађује у случају да је боловање одобрено због провођења мјера обавезне изолације или у случају даривања органа и ткива.

Уколико је боловање посљедица професионалне болести или повреде на раду, накнаду плате обезбјеђује послодавац и то у 100 одстотном износу плате коју би радник имао када би радио.



3. ПРАВО НА ИЗБОР ДОКТОРА И ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ



Свако осигурано лице има право на избор доктора породичне медицине и обавезу да се региструје код изабраног доктора. Осигурана лица имају право и на избор болнице у Републици Српској, а дјечи до 6 година и женама изнад 15 година живота омогућено је да се евидентирају код педијатра, односно гинеколога и да имај приступ тим специјалистима без упутнице породичног доктора.

Осигурано лице породичног доктора бира са листе доктора здравствених установа с којима је Фонд уговорио примарну здравствену заштиту, односно породичну медицину.

Избор породичног доктора није ограничен мјестом пребивалишта осигураног лица.

Једном извршен избор, односно регистрација за породичног доктора вриједи све док осигурано лице не одлучи да промијени доктора, или не наступе околности када је неопходно извршити нови избор (нпр. када изабрани доктор напусти здравствену установу с којом је Фонд потписао уговор).

Промјену породичног доктора, односно избор новог доктора, у правилу је могуће извршити по истеку 12 мјесеци од посљедње регистрације, и то у периоду од октобра до краја децембра, с тим да та регистрација вриједи од почетка наредне године. Захтјев за промјену доктора у овом периоду није потребно ничим образлагати, односно довољно је да осигурано лице попуни образац

за регистрацију у ординацији доктора којег жели да изабере.

Промјена породичног доктора прије наведеног рока могућа је уколико постоје оправдани разлози као нпр. промјена мјеста пребивалишта трајно или у периоду дужем од три мјесеца; дуже одсуство изабраног доктора; поремећени односи између доктора и осигураног лица.

Код промјене породичног доктора није потребна одјава код претходног доктора, па ни у случају да се мијења мјесто пребивалишта. Попуњавањем обрасца за регистрацију код новог доктора и верификацијом те регистрације у Фонду здравственог осигурања, осигурано лице је аутоматски брисано из евиденције регистрованих осигураних лица код претходног доктора.

Старатељи дјецe до 6 година могу да изаберу педијатра и да код њега евидентирају

дијете. Исто тако, жене преко 15 година живота могу да се евидентирају код једног од гинеколога са списка гинеколога из здравствених установа с којима је Фонд уговорио гинекологију на примарном нивоу здравствене заштите. Евидентирање код педијатра, односно гинеколога не искључује обавезу регистрације код породичног доктора, јер је она обавезна за све категорије осигураних лица. У случају промјене педијатра или гинеколога, важе иста правила као и код промјене породичног доктора.

Законом о здравственој заштити је прописано право на избор здравствене установе на секундарном нивоу, односно на избор болнице у Републици Српској. Фонд је омогућио примјену овог права у пракси увођењем новог модела плаћања болничких услуга. Осигурано лице остварује ово право код свог породичног доктора или педијатра наводећи у коју болницу у РС жели да буде упућено.

III ПРАВА ОСИГУРАНИХ ЛИЦА С ХРОНИЧНОМ БОЛЕШЋУ

- Дијабетес
- Малигне болести
- Хемофилија
- Мултипла склероза
- Хронична бубрежна
инсуфицијенција
- Душевне болести
- Пацијенти с трансплантираним
органима
- Недостатак хормона раста
- Хепатитис Б и Ц
- Сида
- Целијакија
- Фенилкетонурија
- Хиперамонијемија
- Цистична фиброза
- Аутоимуне болести
- Плућна хипертензија

У принципима обавезног здравственог осигурања у Републици Српској, заступљен је и принцип да се с највећим процентом финансира лијечење појединих тешких хроничних болести. Већина тих осигураних лица је ослобођена партиципације у

трошковима лијечења основне болести, а здравствено осигурање им обезбјеђује и неопходне лијекове, који су најчешће веома скупи, а и медицинска помагала. У наредној табели приказана су специфична права за поједине хроничне болеснике.

Назив обољења	Лијекови које обезбјеђује обавезно здр. осигурање	Медицинска помагала и уградбени материјал
Дијабетес инсулин овисни	хумани инсулини, инсулин аспарт инсулин аспарт кристализован, глукагон, инсулин детемир	Апарат за одређивање глукозе у крви, инсулинске игле, дијагностичке траке за мјерење шећера у крви, ланцете, дијагностичке траке за мјерење глукозе у урину, ланцете
Дијабетес тип II	метформин тбл., гликлазид тбл., глибенКламид тбл. глимепирид тбл., акарбоза тбл., репаглинид тбл.	Дијагностичке траке за мјерење шећера у крви, ланцете
Малигне болести	Цитостатици за све врсте малигнух тумора	за неке врсте тумора: диск подлога, стома (укључујући врећицу, каиш, појас, маст, перика)
Карцином дојке	тамоксифен тбл., летрозол тбл., ексеместан тбл., трастузумаб амп., капецитабин тбл., винорелбин амп., паклитаксел амп., доксорубицин амп., анастрозол тбл., доцетаксел тбл.	грудњак, перика, протеза за груди, компресивни терапијски рукав са рукавицом

Кардиоваскуларне болести	Лијекови за повишен крвни притисак, диуретици, лијекови против згрушавања крви, лијекови за поремећај срчаног ритма, лијекови за лијечење ангине пекторис, лијекови за лијечење повишених масноћа у крви, кардиотоници,	помагала код можданог удара: Уградбени материјал: стент, пејс мејкер
Хемофилија	хумани фактор коагулације VIII и IX, рекомбинантни фактор коагулације VIII, рекомбинантни фактор коагулације VII а, хум. фактор коагулације VIII +von Willebrand фактор	
Мултипла склероза	интерферон β амп.	
Хронична бубрежна инсуфицијенција	Еритропоетин алфа амп., еритропоетин β амп., метоксиполиетиленгликол – еритропоетин β	
Душевне болести	Рисперидон амп. и тбл., флуфеназин тбл., халоперидол тбл., клозапин тбл., литијум карбонат капсул., диазепам тбл., алпразолам тбл., флуоксетин, пароксетин тбл., сертралин тбл., хлоропромазин тбл., золпидем тбл.	
Пацијенти с трансплантираним органима	микофенолат-мофетил капсул., микофенолна киселина тбл., такролимус капсул., сиролимус капсул., циклоспорин А капсул., азатиоприн тбл.	
Недостатак хормона раста	соматропин	

Хепатитис Б и Ц	ламивудин тбл., ентецавир тбл., пегинтерферон алфа-2б амп., пегинтерферон алфа-2а, рибавирин
Сида	нелфинавир тбл., индинавир тбл., ставудин капс., диданозин, лопинавир/ритонавир, ламивудин/зидувудин, абацавир, ефавиенз, тенофовир/емтрицитабин
Целијакија	безглутенско брашно
Фенилкетонурија	храна ПАМ I, ПАМ II, ПАМ III, Hämmer Mühle брашно, Loprofin брашно, Aprotin брашно, Harifen напатак, LP-drink, Milupa Basic P, Л-карнитин
Хиперамонијемија	натријум-бензоат прашак, Hämmer Mühle брашно, Loprofin брашно, Aprotin брашно, Harifen напатак, LP-drink, Milupa Basic P, Л-карнитин
Цистична фиброза	тобрамицин, дорназе-алфа, хормони панкреаса (липаза, протеаза, амилаза), нутрини дринк
Аутоимуне болести	микофенолат-мофетил капс., микофенолна киселина тбл. такролимус капс., сиролимус капс., циклоспорин А капс., азатиоприн тбл.
Плућна хипертензија	илопрост, босентан

IV ЗАШТИТА ПРАВА ОСИГУРАНИХ ЛИЦА

У Риму је 2002. године настала Европска повеља о правима пацијената, познатија као «Римска повеља», која је у новембру исте године ратификована у Бриселу и тако је постала темељни документ за реформу здравства у земљама Европске уније. Њено друго поглавље, у коме су прецизирана права пацијената, саставни је дио европског устава.

Фонд здравственог осигурања РС је 2011. године донио Правилник о заштити права осигураних лица, који је урађен по узору на Европску повељу о правима пацијената. Овим правилником је дефинисано 13 права осигураних лица, међу којима је право на поштовање личности и достојанства осигураног лица, право на друго мишљење, право на поштовање времена осигураног лица итд. Такође, Правилником је прописан начин заштите права осигураних лица.



1. ТРИНАЕСТ ПРАВА ОСИГУРАНИХ ЛИЦА



1) Право на доступност здравствене заштите у садржају и обиму и на начин прописан општим актима Фонда
Ово право подразумијева да свако осигурано лице на једнак начин може да се лијечи, да су му доступни лијекови, медицинска помагала, специјализоване установе за рехабилитацију и остала права обухваћена правом на здравствену заштиту, у складу са његовим здравственим стањем, медицинском доктрином и прописима којима је утврђен обим и садржај, као и начин остваривања права на здравствену заштиту.

2) Право на рефундацију средстава у случајевима прописаним општим актима Фонда

Право на рефундацију средстава у

случајевима прописаним општим актима Фонда подразумијева право на рефундацију трошкова здравствене заштите које је осигурано лице лично платило и право на накнаду нето плате за вријеме привремене неспособности за рад, у складу са општим актима Фонда.

3) Право на информисање о правима из здравственог осигурања и начину остваривања тих права

Ово право подразумијева да сваком осигураном лицу буде доступна информација о његовим правима и начину њиховог остваривања. Остварење овог права се обезбјеђује путем водича кроз права из здравственог осигурања, информативних летака, инфо телефона, интернет странице, едукативних састанака, путем средстава

јавног информисања и на друге начине који обезбјеђују једнаку доступност информација сваком осигураном лицу.

4) Право на стручну помоћ при остваривању права из здравственог осигурања

Право на стручну помоћ при остваривању права из здравственог осигурања подразумијева могућност да осигурано лице тражи и да му буде пружена помоћ код остваривања права из здравственог осигурања. У складу са етичким кодексом запослених у Фонду, радник Фонда, коме се обрати осигурано лице за помоћ, дужан је да обезбједи да осигурано лице добије информацију на који начин и гдје може да оствари своје право и да му помогне да своје право оствари на најједноставнији начин. Ово право подразумијева и то да радник Фонда помогне осигураном лицу код заказивања пријема у здравственој установи,

да му прибави адресу и контакт телефоне установе у којој остварује своја права, да му помогне код писања поднеска и прибављања документације у вези с коришћењем права из здравственог осигурања.

5) Право на приједлоге и иницијативе у вези са садржајем и обимом права из здравственог осигурања и начином њиховог остваривања

Право на приједлоге и иницијативе у вези са садржајем и обимом права из здравственог осигурања и начином њиховог остваривања се односи на могућност да осигурано лице лично или у оквиру удружења грађана, предлаже и иницира измјене и допуне општих аката Фонда којима су прописани обим и садржај права и поступак њиховог остваривања, измјене и допуне листи лијекова, и побољшање доступности појединих права из здравственог осигурања. У оквиру овог

права подразумијева се и то да подносилац приједлога, односно иницијативе, добије повратну информацију о томе да ли је приједлог разматран, да ли ће бити прихваћен у цјелости или дијеломично, односно зашто приједлог не може да буде прихваћен.

6) Право на слободан избор доктора на примарном нивоу и здравствене установе на секундарном нивоу,

Ово право подразумијева могућност избора породичног доктора, за жене изнад 15 година живота и избор гинеколога, а за дјецу до 6 година избор педијатра. Избор доктора је могуће извршити у било којој установи у Републици Српској са којом Фонд има закључен уговор о пружању примарне здравствене заштите. Осигурана лица имају и могућност избора здравствене установе на секундарном нивоу у Републици Српској с којом Фонд има закључен уговор.

7) Право на правовремену, квалитетну и ефикасну здравствену услугу

Ово право подразумијева да здравствена заштита, лијек или медицинско помагало буду доступни осигураном лицу у року који неће угрозити или погоршати његово здравствено стање, или, уколико су рокови прописани, у оквиру тога рока.

Право на квалитетну и ефикасну услугу подразумијева примјену свих људских и техничких потенцијала, поступање у складу с водичима добре клиничке праксе, задржавање осигураног лица на лијечењу онолико времена колико је неопходно, примјену интерних путница у случају да су осигурном лицу неопходне услуге других одјела и клиника унутар исте здравствене установе.

8) Право на обавјештеност о референцама здравствене установе и медицинског

особља које пружа здравствене услуге

Осигурано лице има право да буде обавјештено о искуству здравствене установе и медицинског особља код лијечења конкретног обољења, да му буду саопштена имена и стручне квалификације љекара и другог медицинског особља које ће провести његово лијечење. Здравствене установе, с којима Фонд има закључен уговор, обавезне су да осигураном лицу дају наведене информације.

9) Право да тражи и добије мишљење и других љекара у здравственој установи у којој се лијечи

Право осигураног лица да тражи и добије мишљење и других љекара у здравственој установи у којој се лијечи, подразумијева да љекар који проводи лијечење осигурано лице обавијести о томе да може да затражи и мишљење другог љекара из здравствене установе у којој се налази на лијечењу, као и

да му буде обезбијеђено коришћење тог права уколико изрази жељу да чује и друго мишљење у вези с лијечењем његове болести.

10) Право на поштовање времена

Право на поштовање времена подразумијева да осигурано лице добије услугу у најкраћем времену, да се поштују договорени термини, да осигурано лице буде обавијештено о разлогу евентуалног прекорачења договореног термина и времену додатног чекања.

11) Право на приговор и обавјештеност о томе коме може да уложи приговор који се односи на остваривање права из здравственог осигурања

Право на приговор и обавјештеност о томе коме може да уложи приговор који се односи на остваривање права из здравственог осигурања подразумијева да осигурано

лице може да изрази своје незадовољство пруженом услугом и односом особља у здравственој установи или односом радника Фонда, као и да му је доступна информација о томе коме и на који начин може да упути свој приговор.

12) Право на љубазан и професионалан однос здравствених радника и радника Фонда

Право на љубазан и професионалан однос здравствених радника и радника Фонда подразумијева да се особље здравствене установе или службеници Фонда, осигураном лицу обраћају предусретљиво, љубазно и професионално, да се комуникацији с осигураним лицем посвети довољно времена и да се увјери да ли је осигурано лице разумјело информације које су му дате, да у комуникацији не смију да буду испољене нервоза, чуђење и нестрпљење, да нема разлике у комуникацији с обзиром на вјерску,

националну или другу посебност осигураног лица.

13) Право на тајност података о здравственом стању

Право на тајност података о здравственом стању осигураног лица подразумијева да се у здравственој установи и Фонду предузму мјере које ће обезбиједити да подаци о здравственом стању буду доступни ограниченом броју лица, да такви подаци имају карактер службене тајне и да се у вези с тим проводе потребне мјере заштите података и одговорности лица којима су подаци доступни.

**Поштовани
осигураници,**



Фонд здравственог осигурања
Републике Српске

*Поставите питање, затражите мишљење,
савјет или помоћ код заштите својих права
из обавезног здравственог осигурања. Вама на
услуги је ваш*

ЗАШТИТНИК ПРАВА ОСИГУРАНИКА



Заштитник
ПРАВА ОСИГУРАНИКА
Улице Героина Маршић
Тел: 0666 710 485

ДИРЕКЦИЈА
ФОНДА У БИЈАЦОЦИ
Тел: 051 249 238
Факс: 051 249 238

Електронска пошта:
zastitnik.prava@zdravstvo-srpске.org

2. ЗАШТИТНИЦИ ПРАВА



У Фонду здравственог осигурања Републике Српске континуирано се проводе организационе и друге промјене које имају за циљ трансформацију Фонда у ефикасан сервис осигураних лица. У оквиру тих активности, посебна пажња се придаје достопности информација, побољшању љубазности и професионалности службеника Фонда, унапређењу механизма заштите права из обавезног здравственог осигурања и уклањању административних препрека, односно максималном поједностављењу процедура код остваривања права. У вези с тим, у свим пословницама Фонда, дакле у свим општинама Републике Српске, именовани су заштитници права осигураних лица.

Ко је заштитник права осигураних лица?
Заштитник права осигураних лица је

службеник ФЗО РС, који је у сталном непосредном контакту са осигураним лицима и особљем здравствених установа са којима Фонд има уговор о пружању услуга осигураним лицима (домови здравља, болнице, апотеке, ортопедске куће). Основне информације о свим заштитницима (име, презиме и контакт телефон) у свакој општини, могуће је пронаћи у регистру на интернет страници Фонда (www.zdravstvosrpске.org под линком «Права осигураника»), на плакатима који су постављени у канцеларијама и пословницама Фонда, у домовима здравља, болницама, апотекама и другим здравственим установама у којима осигурана лица остварују права из здравственог осигурања. Име заштитника права у вашој општини можете да сазнате и путем телефона број

051 249-238, или путем мејла zastitnik.prava@zdravstvo-srpske.org.

Заштитник је пријатељ, неко ко штити интересе осигураних лица, али и константно унапређује партнерске односе са здравственим установама у којим осигурана лица оставарују своја права.

Које особине треба да има заштитник права?

Заштитник права осигураних лица је љубазна, сусретљива особа, спремна да саслуша и помогне, неко ко ће бити на услузи осигураним лицима, али и запосленима у здравственим установама, уколико је то потребно. У здравственој установи заштитник представља Фонд у цјелини својим знањем, понашањем, манирима, поштујући при томе у потпуности, усвојени Кодекс пословног понашања и пословне етике у Фонду.

Како заштитник права не би требало да поступа?

Заштитник никада не наступа са позиције моћи, није препотентан, арогантан, нестрпљив, нељубазан. Напротив, својим понашањем заштитник представља Фонд као јавни сервис осигураних лица, улијева повјерење и чини све да буде препознат као подршка и пријатељско лице за све особе са којима разговара, било да се ради о осигураним лицима или о здравственим радницима.

Заштитник се труди да неспоразуме или проблеме не продубљује својим дјеловањем, да се не замјера осигураном лицу или запосленима у здравственој установи. Труди се да арбитражира и да спријечи појаву кршења права осигураних лица у здравственим установама и Фонду. Заштитник тежи задовољству осигураних лица и пословних партнера као крајњем циљу.

Шта је задатак заштитника права?

Задатак заштитника је:

- да даје потребне информације осигураним лицима, али и здравственим радницима;
 - да пружа стручну или техничку помоћ осигураним лицима код остваривања њихових права;
 - да спријечи евентуални настанак проблема или појаву кршења права из обавезног здравственог осигурања у здравственој установи или у Фонду;
 - да у случају кршења права осигураних лица води евиденцију ради анализирања узрока који доводе до тих појава и да предлаже мјере за њихово сузбијање;
 - да буде спона између осигураних лица са једне и здравствене установе са друге стране;
 - да у здравственим установама анкетира осигурана лица о задовољству пруженом услугом и односом медицинског особља према њима;
- Осигурано лице Фонда има право да од заштитника тражи мишљење о својим правима, усмено или писмено упути питање или пријаву кршења права, а заштитник је обавезан да осигураном лицу да одговор на његово питање и да му да информацију у вези с упућеном жалбом, односно пријавом кршења права.
 - У одговору на упућену пријаву повреде права, заштитник, у року од 5 дана, обавезно обавјештава осигурано лице да ли је његову пријаву прослиједио на надлежно рјешавање, коме је пријава просљеђена и на који ће начин осигураник бити обавијештен о исходу пријаве;
 - Заштитник упућује осигурано лице да пријаву допуни потребном документацијом или подацима и даје друга обавјештења која су релевантна за конкретно обраћање осигураног лица.

3. РЕГИСТАР ЗАШТИТНИКА ПРАВА

Име и презиме заштитника права	Општина	Установе у којима заштитник права повремено борави	Број телефона заштитника права
Горана Марић	Бањалука	Заводи, институти, приватне установе	066/710-485
Травар Мирна	Бањалука	Дом здравља и Универзитетско- Клинички центар Бањалука	051/249-159
Милана Шодоловић	Бањалука	Апотеке и ортопедске радње	051/249-161
Мира Тодоровић	Бањалука пословница	Зграда дирекције Фонда	051/249-195
Славица Микић	Градишка	Све здравствене установе	051/813-353
Радмила Вуколић	Челинац	Све здравствене установе	065/791-480
Госпана Шкорић	Лакташи	Све здравствене установе	051/532-389
Дијана Теиновић	Котор Варош	Све здравствене установе	051/785-126
Дејан Гавриловић	Мркоњић Град	Све здравствене установе у Мркоњић Граду и Језеру	065/889-713
Зоран Врачар	Рибник	Све здравствене установе у Рибнику, Петровцу и Источном Дрвару	050/431-025
Миловац Зора	Шипово	Све здравствене установе	050/371-432

Име и презиме заштитника права	Општина	Установе у којима заштитник права повремено борави	Број телефона заштитника права
Слађана Стефанишин	Прњавор	Све здравствене установе	051/665-441
Душан Богосавац	Србац	Све здравствене установе	065/043-365
Тихомир Бурановић	Кнежево	Све здравствене установе	065/978-686
Ђорђе Билбија	Приједор	Све здравствене установе у Приједору и Оштрој Луци	065/543-053
Мира Ковачевић	Приједор	Болница Приједор	052/213-255 локал 26
Мира Гороња	Нови Град	Све здравствене установе у Новом Граду	052/751-050
Саша Мајсторовић	Крупа на Уни	Све здравствене установе у Крупи на Уни	065/719-223
Виолета Ацић	Козарска Дубица	Све здравствене установе у Козарској Дубици и Костајници	052/410-218
Бранислава Девић	Добој	Све здравствене установе у Добоју	066/330-047
Дивна Матић	Дервента	Све здравствене установе	053/310-210
Слађана Томичевић	Брод	Све здравствене установе	065/318-742
Петровић Мара	Модрича	Све здравствене установе у Модричи и експозитура Вукосавље	053/811-126
Душко Маслић	Шамац	Све здравствене установе	066/810-614
Тања Лучић	Петрово	Све здравствене установе	053/262-041

Име и презиме заштитника права	Општина	Установе у којима заштитник права повремено борави	Број телефона заштитника права
Милена Ковачевић	Теслић	Све здравствене установе	051/410-281 051/431-072
Радослав Будимир	Бијељина	Све здравствене установе у Бијељини, Доњим Жабарима и Пелагићевићу	065/173-432
Славка Стевић	Лопаре	Све здравствене установе	065/959-339
Милко Максимовић	Угљевик	Све здравствене установе у Угљеву	055/773-340
Митра Јокић	Зворник	Све здравствене установе у Зворнику и Осмацима	064/420-57-57
Миодраг Ђокановић	Братунац	Све здравствене установе	056/420-090
Милена Ђукановић	Милићи	Све здравствене установе	066/843-024
Милена Илић	Шековићи	Све здравствене установе	056/653-112
Соколка Сусловски	Власеница	Све здравствене установе	056/710-200
Стевановић Рајко	Сребреница	Све здравствене установе у Сребреници и Скеланима	056/445-090
Љиљана Ђосић	Источно Сарајево	Све здравствене установе у Источном Сарајевићу и Палама	057/223-047
Гордана Добриловић	Рогатица	Све здравствене установе	066/524-321

Име и презиме заштитиника права	Општина	Установе у којима заштитник права повремено борави	Број телефона заштитника права
Стака Бјелоглав	И. Илица	Све здравствене установе, Источни Стари Град и Трново	057/317-280
Биљана Вукосављевић	Соколац	Све здравствене установе	057/400-030
Милка Наранчић	Хан Пијесак	Све здравствене установе	057/557-215
Љубица Зеловић	Фоча	Све здравствене установе	065/464-436
Тања Савић	Чајниче	Све здравствене установе	065/019-933
Ленка Говедарица	Калиновик	Све здравствене установе	066/810-629
Мирјана Лаловић	Вишеград	Све здравствене установе у Вишеграду и Устипрачи	065/308-708
Слађана Николић	Рудо	Све здравствене установе	058/711-143
Ранко Муратовић	Требиње	Здравствене установе у Требињу и приватне установе Берковићи, Ист. Мостар, Борци	065/909-926
Соња Грубачић	Билећа	Све здравствене установе	059/380-070
Соња Шкиљевић	Гацко	Све здравствене установе	066/659-976
Пупић Дана	Љубиње	Све здравствене установе	059/621-290
Дрена Ђоговић	Невесиње	Све здравствене установе	065/705-627

4. ПРИЈАВА КРШЕЊА ПРАВА



Свако осигурано лице има могућност да пријави кршење права из обавезног здравственог осигурања. Кршење права је могуће пријавити:

- писмено, на обрасцу «Пријава кршења права»
- путем инфо телефона,
- електронском поштом,
- лично, службенику контроле или заштитнику права.

Без обзира на начин подношења, потребно је да пријава садржи неопходне податке и информације:

- име и презиме подносиоца пријаве,
- адреса и број телефона подносиоца пријаве,
- назив здравствене или друге установе на коју се односи пријава
- опис повреде права, мјесто и вријеме када је повријеђено право

- фотокопија медицинске или друге документације која указује или потврђује наводе из пријаве.

У поступку одлучивања о пријави кршења права, службеници контроле ће провјерити све наводе из пријаве и о томе обавијестити подносиоца у року не дужем од 15 дана. Уколико буде установљена повреда права, подносилац пријаве ће бити обавијештен о томе како би требало да поступи. Нпр. уколико се повреда права односи на то што је осигураном лицу наплаћена услуга коју финансира здравствено осигурање, осигурано лице ће бити обавијештено на који начин може да оствари право на рефундацију новца за плаћену услугу. У свим потврђеним случајевима кршења права осигураних лица, Фонд изриче казну према здравственој установи у којој је право прекршено.

Имаш
право,
НЕ
дај
ПАРЕ!



Нека
ВАШ
новац
остане у
ВАШЕМ
цепу!

5. ВОДИЧ ЗА ПОСТУПАЊЕ У СЛУЧАЈУ КОРУПЦИЈЕ

Шта је корупција?

Ријеч корупција латинског је поријекла (corruptio) и има више значења: кварност, изопаченост, поткупљивање, подмићивање, кривотворење, трулост.

Корупција означава злоупотребу службеног положаја ради остваривања личне користи. Она ствара систем у којем су привилеговани они са „дубљим џепом“ или добрим везама. Корупција у здравству има посебну тежину јер може да угрози здравље људи, обесмишљавајући универзални принцип једнакости. Уставно право грађана је да имају једнака права на лијечење, док корупција системски негира то право.

Врсте корупције:

Бијела корупција: давање привилегија на основу рођачких и пријатељских веза, без

очекивања противуслуге. Примјера ради: рођак који је запослен у неком дому здравља сваки пут те преко реда уведе код доктора. *Случајеви „бијеле корупције“ не представљају кривично дјело сама по себи, али би могли евентуално да се подведу под дисциплинску одговорност коју би послодавац требао да казни.*

Сива корупција: давање привилегија по принципу „услуга за услугу“. Примјера ради: у Фонду здравственог осигурања РС ради човјек који вам понуди да ће захтјев за рефундацију бити завршен за један дан, ако му помогнете да његово дијете у школи поправи оцјену из математике коју предаје ваша мајка.

Црна корупција: давање привилегија уз директну новчану надокнаду. Рецимо: чекате на операцију крајника и никако да дођете на ред код доброг љекара. Један пријатељ који ради у болници понуди вам да доктору

„гурнете“ извјесну суму у џеп како би вас оперисао преко реда.

Како постојити у случајевима када примјетите корупцију?

Корупција се тешко открива и кажњава због специфичног односа њених починилаца (љekar - пацијент, професор-студент). Основна ствар у борби против корупције је да о њој слободно и без страха причате. То је предуслов да у својству свједока или жртве корупције испуните грађанску обавезу и надлежним органима пријавите случај или поднесете пријаву са подацима о кривичном дјелу, починиоцу и евентуалним доказима.

Процедура за пријаву корупције

При пријави корупције веома је важно да пружите што више доказа о својим тврдњама,

по могућности у писаној форми. То се највише односи на начин на који је извршено кривично дјело- како, гдје, када, којим средствима, да ли је било посредника или свједока. Конкретно, сумњу на корупцију у здравству можете пријавити *заштитницима њрава осигураних лица*.

Наиме, у случају да вам неко у ФЗО РС или у било којој здравственој установи затражи новац, или неку противуслугу да би вам омогућио да остварите неко право из обавезног здравственог осигурања позовите заштитника права или Службу за заштиту права осигураних лица. Иначе, Служби за заштиту права можете пријавити и сваку другу злоупотребу службеног положаја здравствених радника, али и запослених у ФЗО РС.

Сваку вашу сумњу на злоупотребе Служби за заштиту права можете послати електронски, путем поште, али и пријавити телефоном.

КОНТАКТИ

- **Фонд здравственої осигурања –
Служба за заштитну права осигураних
лица
Здраве Корде 8
78000 Бањалука**
- **Tel./ факс: 051/249-238**
- **електронска пошта:**
- **zastitnik.prava@zdravstvo-srpske.org**



V ДОСТУПНОСТ ИНФОРМАЦИЈА

Поштујући Закон о слободи приступа информацијама, Фонд здравственог осигурања је обезбиједио потпуну доступност

информација које су у његовом посједу. Једини изузетак су лични подаци и подаци о дијагнозама и лијечењу осигураних лица.



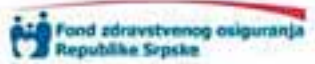
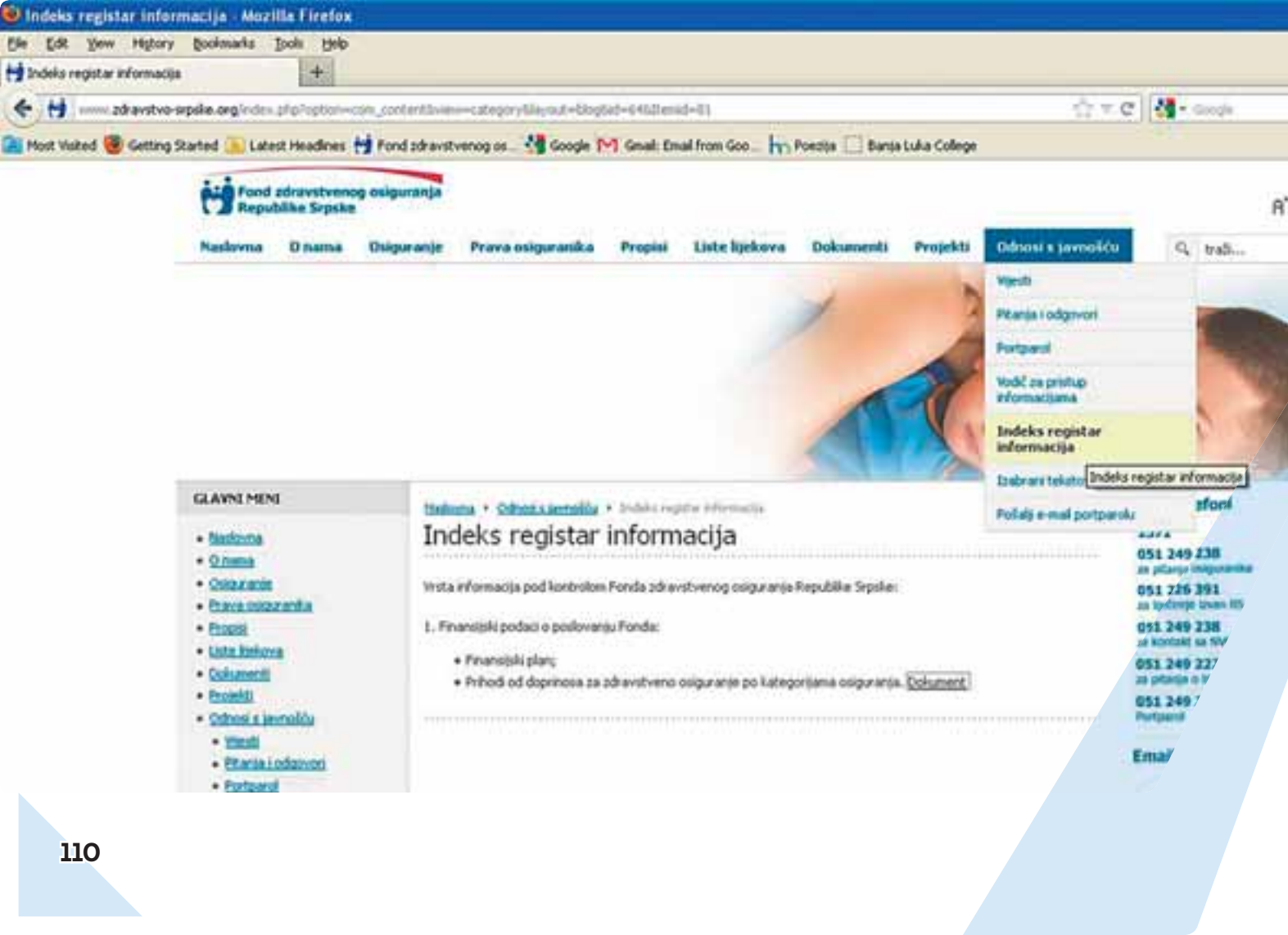
Регистар информација



Како до информација?



Инфо телефони



- Viesti
- Pitanja i odgovori
- Portparol
- Vodič za pristup informacijama
- Indeks registar informacija**
- Izabrani tekstovi: Indeks registar informacija
- Pošalj e-mail portparolu

GLAVNI MENI

- Naslovna
- O nama
- Osiguranje
- Prava osiguranika
- Propisi
- Liste lijekova
- Dokumenti
- Projekti
- Odnosi s javnošću
 - Viesti
 - Pitanja i odgovori
 - Portparol

Indeks • Odnosi s javnošću • Indeks registar informacija

Indeks registar informacija

Vrsta informacija pod kontrolom Fonda zdravstvenog osiguranja Republike Srbije:

I. Finansijski podaci o poslovanju Fonda:

- Finansijski plan;
- Prihod od doprinosa za zdravstveno osiguranje po kategorijama osiguranika. [Dokument](#)

051 249 238
za pitanja osiguranika
 051 249 391
za izdavanje izvaza HZ
 051 249 238
za kontakt sa HZ
 051 249 227
za pitanja o V
 051 249 /
Portparol

Email

1. РЕГИСТАР ИНФОРМАЦИЈА



У посједу Фонда здравственог осигурања налазе се следеће информације:

1. Финансијски подаци

- Финансијски план
- Приходи од доприноса по категоријама осигурања
- Просјечан приход и просјечан трошак по осигуранику и по категорији осигурања
- Трошкови здравственог осигурања по врстама трошка
- Извјештај о пословању ФЗО

2. Прописи које доносе органи Фонда

- Правилници и одлуке
- Цјеновници и шифрарници
- Листе лијекова

3. Статистички подаци о:

- Потрошњи лијекова
- Ортопедским и другим помагалима

- Најчешћим дијагнозама болести
 - Структури трошкова ФЗО
 - Броју одобрених боловања, стопи боловања и сл.
 - Статистика осигураника и осигураних лица
- ## 4. Остале информације
- Здравствене установе с којима је закључен уговор
 - Уговорене услуге
 - споразуми о социјалном осигурању
 - пројекти у чију је реализацију укључен ФЗО
 - Пословни план ФЗО

Захтјев за приступ информацијама које су у посједу Фонда, може да поднесе свако правно и физичко лице, а процедура подношења захтјева је објашњена у Водичу за приступ информацијама, који се налази на интернет страници Фонда.



2. КАКО ДО ИНФОРМАЦИЈА?



Осигурана лица могу на више начина да добију информације из обавезног здравственог осигурања.

Већина информација је доступна на интернет страници Фонда, али се информације могу добити и у свакој пословници Фонда, од заштитника права, електронском поштом, путем инфо телефона.

Информацију која вас занима, потражите у неком од следећих извора:

Интернет страница Фонда:

www.zdravstvo-srpske.org – На интернет станици могуће је пронаћи све важније информације. За осигурана лица нарочито су важне информације објављене у линковима: «Осигурање», «Права осигураника» (у

овом линку се налазе водичи кроз права, информативни леци, регистар заштитника права) и «Прописи». У линку «Цјеновници и шифрарници», могуће је пронаћи податке о висини партиципације за поједине услуге.

E-mail: portparol@zdravstvo-srpske.org

– поставите питање; пријавите кршење ваших права;

E-mail заштитника права:

zastitnik.prava@zdravstvo-srpske.org

– поставите питање; затражите помоћ у вези с остваривањем права; пријавите кршење права;



Опште информације: 1371 – ово је телефонски број Хало центра Пошта Српске, путем кога можете да тражите одговор на ваше питање; одговор ћете добити истог дана, а најкасније следећег радног дана; питања можете да постављате сваког дана у периоду од 07 до 21 час. Пажња: Цијена минута разговора путем овог броја кошта 0,45 КМ + ПДВ (то је накнада за услугу Хало центра);

Лијекови: 051/249-222 – путем овог телефонског броја можете да тражите информације о томе који су лијекови заступљени на листама; који лијек има референтну цијену; колика је партиципација за лијек; како да рефундирате новац за купљени лијек и сл. Путем овог броја можете да пријавите и кршење ваших права у апотеци, а и да тражите информације о томе на који начин да иницирате уврштавање

3. ИНФО ТЕЛЕФОНИ

неког лијека на листу. Цијена позива на овај број је уобичајена цијена импулса за мјесни или међумјесни телефонски саобраћај.

Лијечење изван РС: 051/226-391 – путем овог броја можете да тражити све информације у вези с реализацијом одобреног лијечења изван РС, као и да вам се пружи помоћ код остваривања права (адреса болнице у коју сте упућени; заказивање термина прегледа или пријема итд). Цијена позива на овај број је уобичајена цијена импулса за мјесни или међумјесни телефонски саобраћај.

Удружења грађана: 051/249-238 – овај телефонски број је намијењен удружењима пацијената, удружењима здравствених радника и другим удружењима грађана. Путем овог телефонског броја могуће је

тражити информације, тражити организовање састанка са представницима Фонда и сл. Цијена позива на овај број је уобичајена цијена импулса за мјесни или међумјесни телефонски саобраћај.

Портпарол: 051/249-211 – овај телефонски број је намијењен новинарима којима су потребне информације из обавезног здравственог осигурања.

Заштитници права – У поглављу «Заштита права осигураних лица» дати су телефонски бројеви 55 заштитника права осигураних

лица у свим општинама у РС. Телефонски број Службе за заштиту права осигураних лица је 051 249 238.

Остали извори: актуелне информације из обавезног здравственог осигурања Фонд објављује у информативним лецима које је могуће пронаћи у пословницима Фонда. Извор информација су и водичи кроз права, који се налазе на интернет страници. Посебан значај се придаје непосредној комуникацији и у ту се сврху организују састанци са удружењима грађана, нпр. са пензионерима, борцима, инвалидима и др.

VI РЕГИСТАР ПРОПИСА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА



Област права из здравственог осигурања	Назив прописа којим је право уређено	Гдје је пропис могуће пронаћи
Садржај примарне здравствене заштите	- Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл.11.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи»,) «Службени гласник РС»
Избор доктора	- Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл.13.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи») «Службени гласник РС»
Садржај болничке здравствене заштите	- Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл.37.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи») «Службени гласник РС»
Консултативно-специјалистичка здравствена заштита	- Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл.25.-32.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи») «Службени гласник РС»
Превентивна здравствена заштита и обавезна вакцинација	Правилници о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл.6.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи») «Службени гласник РС»
Хитна медицинска помоћ	Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл.40.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи») «Службени гласник РС»

Област права из здравственог осигурања	Назив прописа којим је право уређено	Гдје је пропис могуће пронаћи
Медицинска рехабилитација у бањама и другим специјализованим установама	Правилник о условима и начину остваривања права на продужену медицинску рехабилитацију у специјализованим установама за рехабилитацију	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи»)» «Службени гласник РС»
Хемодијализа	<ul style="list-style-type: none"> - Правилник о индикацијама и стандардима материјала за дијализе које се обезбјеђују из средстава обавезног здравственог осигурања; - Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту; 	www.zdravstvo-srpske.org (линк: «прописи»)» «Службени гласник РС»
Лијекови на рецепт	<ul style="list-style-type: none"> - Одлука о усвајању листе лијекова (А, А1, Б) - Одлука о критеријумима за стављање лијекова на Листу лијекова који се издају на рецепт на терет ФЗО РСО; - Листа лијекова А, Листа лијекова А1 и Листа лијекова Б; 	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи», «листе лијекова)» «Службени гласник РС»
Лијекови у амбулантама породичне медицине и домовима здравља	<ul style="list-style-type: none"> - Одлука о усвајању Листе основних лијекова за амбуланте породичне медицине и домовне здравља; - Листа основних лијекова за амбуланте породичне медицине и домовне здравља; 	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи» и «листе лијекова)» «Службени гласник РС»

Област права из здравственог осигурања	Назив прописа којим је право уређено	Гдје је пропис могуће пронаћи
Болнички лијекови	<ul style="list-style-type: none"> - Одлука о усвајању Болничке листе лијекова; - Листа болничких лијекова 	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи» и «листе лијекова») «Службени гласник РС»
Цитостатици	<ul style="list-style-type: none"> - Одлука о усвајању Листе цитостатика и пратећих лијекова ФЗО РС; - Листа цитостатика и пратећих лијекова 	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи» и «листе лијекова») «Службени гласник РС»
Ортопедска помагала	<ul style="list-style-type: none"> - Правилник о праву на ортопедска помагала и друга медицинска средства; - Цјеновник ортопедских помагала и других медицинских средстава 	«Службени гласник РС» www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи», «цјеновници и шифрарници»)
Лијечење изван Републике Српске	<ul style="list-style-type: none"> - Правилник о коришћењу здравствене заштите изван Републике Српске; 	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи») «Службени гласник РС»
Вантјелесна оплодња	Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл.7. и чл.8)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи») «Службени гласник РС»

Област права из здравственог осигурања	Назив прописа којим је право уређено	Гдје је пропис могуће пронаћи
Санитетски превоз	Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл. 41.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи»)» «Службени гласник РС»
Лијечење у кући осигураног лица	Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл. 44. и чл. 45.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи»)» «Службени гласник РС»
Право на цјелодневни и дневни смјештај пратиоца уз дијете на болничком лијечењу	Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл. 46.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи»)» «Службени гласник РС»
Лијечење болести уста и зуба	Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл. 35. и чл. 36.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи»)» «Службени гласник РС»
Магнетна резонанца (МР) и компјутеризована томографија (КТ)	Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл. 33. и чл. 34.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи»)» «Службени гласник РС»
Партиципација	- Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл. 52., чл. 53, чл. 54. и чл. 55.) - Одлука о партиципацији	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи»)» «Службени гласник РС»

Област права из здравственог осигурања	Назив прописа којим је право уређено	Гдје је пропис могуће пронаћи
Рефундација	Правилник о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (чл. 56., чл. 57. и чл. 58.)	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи») «Службени гласник РС»
Заштита права осигураних лица	<ul style="list-style-type: none"> - Правилник о заштити права осигураних лица - Правилник о садржају, поступку и начину вршења контроле - Образац пријаве кршења права 	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи»). «права осигураника» «Службени гласник РС»
Накнада плате за вријеме боловања	<ul style="list-style-type: none"> - Правилник о остваривању права на накнаду плате за вријеме привремене неспособности за рад; - образац захтјева за рефундацију нето плате 	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи»), «за пословне партнере – обрасци» «Службени гласник РС»
Коришћење здравствене заштите изван ентитета у БиХ	Споразум о начину и поступку коришћења здравствене заштите осигураних лица на територији БиХ, ван територије ентитета, односно Дистрикта Брчко коме осигурана лица припадају	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи») «Службени гласник РС»
Здравствена књижица	Правилник о утврђивању својства осигураног лица, матичној евиденцији и здравственој књижици	www.zdravstvo-srpske.org (линк «прописи») «Службени гласник РС»



