



Од новембра нови лијекови за притисак и нервни систем

Од 1. новембра ове године осигураним лицима Фонда здравственог осигурања РС биће доступни нови лијекови за повишени крвни притисак и за нервни систем, а ријеч је о лијековима новије генерације.

На Листу лијекова који се издају на рецепт уврштени су сљедећи генерички лијекови:

►ЛИСТА А: **оланзапин** (таблете од 5 mg и 10 mg) - на Листи заступљен са 14 комерцијалних назива, дјелује на нервни систем.

►ЛИСТА Б: **ирбесартан** (таблете од 150 mg и 300 mg) – на Листи заступљен са четири комерцијална назива, користи се код повишеног крвног притиска.

►ЛИСТА Б: **ирбесартан са хидрохлоротиазидом** (таблете 150 mg+ 12,5 mg; 300 mg+ 12,5 mg) – на Листи заступљен са три комерцијална назива, користи се код повишеног крвног притиска.

Лијекови новије генерације који су уврштени на Листу Б умјесто старих представника ове групе лијекова ("лосартана" и "лосартана са хидрохлоротиазидом"), између осталог, имају и нешто нижу цијену, те ће и осигураници за њих издвајати мање новца.

Примјера ради, референтна цијена лијека "лосартан"

од 50 mg је 11,91 KM, "лосартан" од 100 mg – 18,24 KM, док је цијена новог лијека "ирбесартан" од 150 mg— 11,44 KM, а од 300 mg - 17,84 KM. Поред тога што имају нижу цијену, по оцјени стручњака, ови лијекови су дјелотворнији и ефикаснији од старије генерације ове групе лијекова. Иако је на Листу А, такође, уврштен лијек новије генерације за шизофренију ("оланзапин"), и даље су на Листи заступљени и стари представници ове групе лијекова, односно лијек "клозапин" није скинут са Листе.

Подсјећамо да љекари породичне медицине на рецепту прописују генеричке називе лијекова, док су запослени у апотеци обавезни да осигуранику објасне који је лијек референтан, односно који има најнижу цијену коју у потпуности финансира Фонд и за који неће морати да плаћају доплату. Уколико осигураник инсистира на скупљем лијеку (истог састава, дозе и облика), одређеног произвођача, у апотеци су му дужни објаснити да ће за тај лијек платити поред партиципације и доплату, тј. разлику у цијени у односу на референтни лијек.

За лијекове са Листе А осигураници плаћају партиципацију у износу од 10 одсто референтне цијене лијека, уколико нису по неком основу ослобођени плаћања ове обавезе, док за лијекове са Листе Б сви осигураници плаћају 50 одсто цијене лијека.

До краја године избор/промјена доктора

У периоду од октобра до краја децембра осигурана лица имају могућност да промијене свог изабраног доктора породичне медицине, педијатра или гинеколога, без навођења разлога промјене.

Дакле, сви који су незадовољни својим докторима или из неког другог разлога желе да промијене доктора требало би да то учине у "редовном" периоду који је предвиђен за промјене изабраног доктора, односно од 1. октобра до 31. децембра. У овом периоду и процедура промјене је једноставнија, а потребно је да осигураници попуне образац изјаве код новоизабраног доктора, који се потом овјерава у Фонду. Иначе, доктора је могуће промијенити и мимо за то предвиђеног периода, али само у одређеним околностима, односно неопходно је навести разлог промјене, у складу са правилником који регулише ову област (нпр. промјена мјеста пребивалишта, одсуство изабраног доктора у дужем периоду итд.)

Такође, грађани који још уопште нису изабрали свог љекара, требало би да то учине до краја године. Наиме, изузетно је важно да се промјена или избор

доктора изврши до краја године, прије потписивања нових уговора између Фонда и домова здравља, јер управо од броја регистрованих лица у тимовима породичне медицине зависи и колико ће који дом здравља добити средстава, те свака накнадна пререгистрација доводи до проблема, првенствено за дом здравља.

За тим породичне медицине грађани могу да се региструју у домовима здравља или у приватним амбулантама породичне медицине са којима Фонд има потписан уговор, независно од мјеста пребивалишта. Подсјећамо да је од 2011. године омогућено родитељима да дјецу до шест година евидентирају и код педијатра за којег се определијеле, односно женама старијим од 15 година да се евидентирају код свог гинеколога и да код њих одлазе директно, без упутнице. Осигурана лица могу да се определијеле за једног од педијатара/гинеколога који раде у установама са којима ФЗО има потписан уговор, а о тим установама осигураници могу да се информишу у свим пословницама Фонда, на интернет страници Фонда, као и у здравственим установама.