

**Фонд здравственог осигурања  
Републике Српске  
Бања Лука**

Број: 01/004-4276/22

Датум: 24.10.2022. године

На основу члана 36. став 10. Закона о здравственој заштити ("Службени гласник Републике Српске", број: 57/22), а у складу са чланом 31. став 2. Закона о обавезном здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", број: 93/22), в.д. директора Фонда здравственог осигурања Републике Српске, Бања Лука, донио је

**У П У Т С Т В О**

**о начину и поступку утврђивања и вођења Листе чекања на амбулантне услуге  
радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије - КТ  
и магнетне резонанце - MR**

Хитне дијагностичке процедуре радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије - КТ и магнетне резонанце - MR се обављају у току хоспитализације осигураног лица Фонда здравственог осигурања Републике Српске (у даљем тексту: Фонд) у здравственој установи секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите (клинички центар, болница, завод или специјалистички центар). Ове случајеве је доктор медицине специјалиста одређене гране медицине из здравствене установе са територије Републике Српске која има закључен уговор са Фондом дужан упутити доктору медицине специјалисти породичне медицине који је дужан осигураном лицу Фонда који је хитан пацијент издати упутницу за болничко лијечење. Према наведеном, упућивање на радиолишку дијагностику у хитним случајевима није предмет овог Упутства.

1. Овим Упутством дефинишу се права и обавезе у вези поступка утврђивања и вођења Листе чекања на амбулантне услуге радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије - КТ и магнетне резонанце - MR за осигурана лица Фонда.

2. Право на амбулантну услугу радиолошке дијагностике - компјутеризована томографија - КТ и магнетна резонанца - MR на терет средстава обавезног здравственог осигурања осигурано лице Фонда има једном годишње по дијагнози, независно о броју регија за које је потребно урадити радиолошку дијагностику - КТ или MR. Ово право обухвата и један контролни преглед уколико здравствено стање осигураног лица захтијева додатно лијечење и неопходну провјеру. Право се остварује на територији Републике Српске у здравственим установама са којима Фонд има закључен уговор о пружању амбулантних услуга радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије - КТ и магнетне резонанце - MR (у даљем тексту: давалац дијагностичке услуге).

2.1 У случају утврђене медицинске потребе, наведена правила не ограничавају право на амбулантне радиолошке дијагностике - КТ или MR за осигурана лица оболела од малигне болести и за дјецу до 18 година.

3. Фонд дефинише даваоце дијагностичких услуга и број слободних термина на основу исказаних капацитета даваоца дијагностичких услуга које уређује ово Упутство. Приликом закључивања уговора са даваоцима дијагностичких услуга, Фонд обезбјеђује слободне термине по даваоцима дијагностичких услуга путем апликације или интегрисаног здравственог информационог система (ИЗИС-а), који су на располагању тимовима породичне медицине и самим здравственим установама које пружају дијагностичку услугу.

4. За предложену амбулантну радиолошку дијагностику успоставља се и води Листа чекања за амбулантне услуге радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије - КТ и магнетне резонанце - MR (у даљем тексту: Листа чекања).

4.1 Фонд редовно ажурира апликацију или ИЗИС, те према члану 36. Закона о здравственој заштити министру здравља и социјалне заштите Републике Српске подноси годишњи извјештај о вођењу и ажурирању Листе чекања.

5. Приједлог за упућивање на амбулантну компјутеризовану томографију - КТ или магнетну резонанцу - MR даје доктор медицине специјалиста одређене гране медицине из здравствене установе са територије Републике Српске која има закључен уговор са Фондом. Фонд додјељује одговарајућу шифру доктору медицине специјалисти одређене гране медицине да може предложити упућивање осигураних лица Фонда на амбулантну компјутеризовану томографију - КТ и магнетну резонанцу - MR на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

6. Додјелјивање термина за амбулантну компјутеризовану томографију - КТ и магнетну резонанцу - MR врши се од стране доктора медицине специјалисте породичне медицине путем апликације или ИЗИС-а кориштењем електронских образаца упутница које се налазе у прилогу овог Упутства и чине његов саставни дио. Доктор медицине специјалиста породичне медицине је дужан да осигурано лице информисе о првом расположивом/слободном термину и да закаже обављање предложене амбулантне радиолошке дијагностике на први расположиви/слободан термин или на расположив/слободан термин према изјашњењу осигураног лица, водећи рачуна о здравственом стању осигураног лица према дијагнози обољења, стања или повреде. Доктор медицине специјалиста породичне медицине обезбјеђује да осигурано лице приликом заказивања термина за обављање амбулантне радиолошке дијагностике потпише изјаву којом потврђује да је обавијештен о заказаном термину и да је са истим сагласан. Образац изјаве се налази у прилогу и чини саставни дио овог Упутства.

7. Доктор медицине специјалиста одређене гране медицине на основу дијагнозе, има право да, уколико је завршена претходна дијагностика, упути осигурано лице Фонда на додатне дијагностичке процедуре КТ или MR (први преглед), само ако је претходна дијагностика указивала на потребу за КТ или MR.

8. Уколико здравствено стање осигураног лица Фонда захтијева неопходну провјеру доктор медицине специјалиста одређене гране медицине може препоручити контролни преглед, једном у календарској години.

9. Захтјев за понављање прегледа код нејасних налаза, доктор медицине специјалиста одређене гране медицине који је иницирао преглед може тражити само уз мишљење и приједлог три доктора медицине специјалиста одређене гране медицине, на исти процедурални начин дефинисан овим Упутством. У овом случају осигурано лице Фонда има право на још један додатни преглед. Ови случајеви ће бити предмет посебне контроле од стране Фонда.

10. Упутница за амбулантну радиолошку дијагностику - КТ или MR, коју је заказивањем термина попунио доктор медицине специјалиста породичне медицине, је кроз Листу чекања успостављену путем апликације или ИЗИС-а видљива и даваоцима ових услуга и Фонду.


11. Давалац услуге амбулантне радиолошке дијагностике је дужан да пружи услугу у заказаном термину у оквиру укупног броја термина који је дефинисан уговором који је закључио са Фондом.

12. У року од три радна дана након обављања заказане амбулантне радиолошке дијагностике давалац ове услуге је дужан да у апликацији или ИЗИС-у попуни налаз и мишљење у електронској форми, те је овај налаз и мишљење видљив доктору медицине специјалисти породичне медицине и доктору медицине специјалисти одређене гране медицине који је предложио обављање радиолошке дијагностике.

13. Ово Упутство ће се доставити свим здравственим установама примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици Српској и свим даваоцима услуге амбулантне радиолошке дијагностике - КТ или MR са којима Фонд има закључен уговор.

14. Ово Упутство ступа на снагу даном доношења, а примјењује се од 01.11.2022. године.

15. Ово Упутство ће се објавити на службеној интернет страници Фонда: [www.zdravstvo-srpske.org](http://www.zdravstvo-srpske.org).

  
В.д. директора  
Дејан Кустурић, дипл. економиста

*Handwritten signature*

## УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ КТ ПРЕГЛЕД



<b>ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПАЦИЈЕНТА</b>		<i>ИД Упутнице</i>	
ЈМБГ :			
Име :		Презиме :	
Датум рођења :		Пол : <input type="checkbox"/> Мушки <input type="checkbox"/> Женски	
Адреса :		Мјесто :	
Ослобођен плаћања партиципације : <input type="checkbox"/>			
Основ ослобађања плаћања партиципације :			
Контакт фиксни :		Контакт мобилни :	E-mail :
Пацијент инсистира да се преглед обави у одређеној установи : <input type="checkbox"/>			
Изабрана установа :			
<b>УПУТНА ДИЈАГНОЗА</b>		МКБ шифра болести :	
<b>ТРАЖИ СЕ</b>			
<b>КЛИНИЧКО ПИТАЊЕ</b>			
<b>ПОДАЦИ О ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ КОЈИ ПРЕДЛАЖЕ КТ ПРЕГЛЕД</b>			
Шифра :			
Име :		Презиме :	
Специјалност :		Шифра специјалности :	
Шифра и назив установе:		Мјесто :	
Телефон :			
<b>ПОПУНИТИ ЗА СВЕ КТ ПРЕГЛЕДЕ</b>			
Вриједност серумског креатинина :		На дан :	
Вриједност ГФР :			
Да ли је пацијент у другом стању ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је тјелесна тежина пацијента > 120 кг?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је фреквенца рада срца испод 70, (може и са медикаментима) ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Може ли, по мишљењу љекара, пацијент физички да уђе у отвор пречника 70 цм ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли пацијент може бити комуникативан током прегледа ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли пацијент болује од клаустрофобије ? [потребна анестезија]		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли пацијент може бити миран током прегледа?[ потребна анестезија ]		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је анестезиолошки обрађен ? [уколико је потребно]		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не

Да ли је пацијент примао јодно контрастно средство приликом ранијих радиолошких претрага ? [Ако је ДА, да ли је у ранијем случајевима долазило до нежељених алергијских реакција. Ако јесте навести којих] :	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
---	---

Преглед са контрастом или не ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
--------------------------------	---

**ПОДАЦИ О ДОКТОРУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ**

Шифра :

Име :	Презиме :
-------	-----------

Установа :	Мјесто :
------------	----------

Телефон :

Датум упућивања :

Потврђујем на сопствену одговорност да су све горе наведене информације о пацијенту тачне.

Потврђујем да је пацијент упознат са процедуром радиолошке дијагностике и сматрам да је физички и психички способан да приступи истој. Пацијент је сагласан са заказаним термином и потписао је изјаву о прихватању термина у доле наведеној здравственој установи.

Такође се обавезујем да ћу ажурирати наведене податке о пацијенту уколико дође до било каквих промјена од момента заказивања до датума прегледа.

Здравствена установа:	Факсимил и потпис доктора породичне медицине:
Мјесто : _____	Шифра доктора : _____

**МЈЕСТО И ВРИЈЕМЕ ЗАКАЗАНОГ КТ ПРЕГЛЕДА**

Установа у којој ће се преглед обавити :

Мјесто прегледа:	Шифра прегледа:	Телефон установе:
------------------	-----------------	-------------------

Датум прегледа:	Вријеме прегледа:	Бр. протокола :
-----------------	-------------------	-----------------

Напомена :

**ПРИЛОГ УПУТНИЦЕ**

- Обавезно прије обављања заказаног прегледа доставити сву медицинску документацију, нарочито слике ранијих радиолошких прегледа .
- Уз упутницу обавезно је одштампати припадајућа упутства за тражени преглед .
- Ако је доб пацијента  $\leq 7$  година, врло је могуће да ће бити неопходна анестезиолошка припрема, пацијент се упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- Уколико пацијент болује од клаустрофобије или не може бити миран током прегледа неопходна је анестезија, те се пацијент упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- Уколико је на упутници неопходно унијети вриједност креатинина, пацијент је обавезан донијети тражени налаз у захтјеваном року у амбуланту породичне медицине или у установу гдје ће се обавити преглед, како би се и тај параметар унио и на тај начин омогућио тражени преглед.
- На званичној страници Фонда здравственог осигурања Републике Српске можете добити информацију о термину заказаног прегледа.

## УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ МР ПРЕГЛЕД



ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПАЦИЈЕНТА		ИД Упутнице	
ЈМБГ :			
Име :		Презиме :	
Датум рођења :		Пол : <input type="checkbox"/> Мушки <input type="checkbox"/>	
		Женски	
Адреса :		Мјесто :	
Ослобођен плаћања партиципације : <input type="checkbox"/>			
Основ ослобађања плаћања партиципације :			
Контакт фиксни :		Контакт мобилни :	E-mail :
Пацијент инсистира да се преглед обави у одређеној установи : <input type="checkbox"/>			
Изабрана установа :			
<b>УПУТНА ДИЈАГНОЗА</b>		МКБ шифра болести:	
<b>ТРАЖИ СЕ</b>			
<b>КЛИНИЧКО ПИТАЊЕ</b>			
<b>ПОДАЦИ О ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ КОЈИ ПРЕДЛАЖЕ МР - ПРЕГЛЕД</b>			
Шифра :			
Име :		Презиме :	
Специјалност :		Шифра специјалност :	
Шифра и назив установе :		Мјесто :	
Телефон :			
<b>ПОПУНИТИ ЗА СВЕ МР ПРЕГЛЕДЕ</b>			
Вриједност серумског креатинина :		На дан :	
Вриједност ГФР :			
Да ли је пацијент у другом стању ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је тјелесна тежина пацијента > 120 кг?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је фреквенца рада срца испод 70, (може и са медикаментима) ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Може ли, по мишљењу љекара, пацијент физички да уђе у отвор пречника 70 цм ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли пацијент може бити комуникативан током прегледа ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
(а) Да ли пацијент има метално страно тијело (имплантат, гелер,...) ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
(б) Да ли је пацијенту имплантиран ел. уређај (пејсмејкер, дефибрилатор итд.)		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
У случају да је (а) и/или (б) ДА, молимо навести врсту страног тијела/имплантата, те дио тијела у којем се налази.			

Да ли пацијент болује од клаустрофобије ? [потребна анестезија]	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли пацијент може бити миран током прегледа ? [потребна анестезија]	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је анестезиолошки обрађен ? [уколико је потребно]	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је пацијент примао гадолинијумско контрастно средство приликом ранијих радиолошких претрага ? [Ако је ДА, да ли је у ранијем случајевима долазило до нежељених алергијских реакција. Ако јесте навести којих] :	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Преглед са контрастом или не ?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не

### ПОДАЦИ О ДОКТОРУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

Шифра :

Име :	Презиме :
Установа :	Мјесто :
Телефон :	
Датум упућивања :	

Потврђујем на сопствену одговорност да су све горе наведене информације о пацијенту тачне.  
Потврђујем да је пацијент упознат са процедуром радиолошке дијагностике и сматрам да је физички и психички способан да приступи истој. Пацијент је сагласан са заказаним термином и потписао је изјаву о прихватању термина у доле наведеној здравственој установи.  
Такође се обавезујем да ћу ажурирати наведене податке о пацијенту уколико дође до било каквих промјена од момента заказивања до датума прегледа.

Здравствена установа : \_\_\_\_\_  
Мјесто : \_\_\_\_\_

Факсимил и потпис  
доктора породичне медицине: \_\_\_\_\_  
Шифра доктора : \_\_\_\_\_

### МЈЕСТО И ВРИЈЕМЕ ЗАКАЗАНОГ МР ПРЕГЛЕДА

Установа у којој ће се преглед обавити :

Мјесто прегледа :	Шифра прегледа :	Телефон установе :
Датум прегледа :	Вријеме прегледа :	Бр. протокола :
Напомена:		

### ПРИЛОГ УПУТНИЦЕ

- Обавезно прије обављања заказаног прегледа доставити сву медицинску документацију, нарочито слике ранијих радиолошких прегледа .
- Уз упутницу обавезно је одштампати припадајућа упутства за тражени преглед .
- Ако је доб пацијента  $\leq 7$  година, врло је могуће да ће бити неопходна анестезиолошка припрема, пацијент се упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- Уколико пацијент болује од клаустрофобије или не може бити миран током прегледа неопходна је анестезија, те се пацијент упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- Уколико је на упутници неопходно унијети вриједност креатинина, пацијент је обавезан донијети тражени налаз у захтјеваном року у амбуланту породичне медицине или у установу гдје ће се обавити преглед, како би се и тај параметар унио и на тај начин омогућио тражени преглед.
- На званичној страници Фонда здравственог осигурања Републике Српске можете добити информацију о термину заказаног прегледа.

