

Водич кроз нове прописе (намијењено здравственим установама)

Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске је усвојио нови цјеновник здравствених услуга и нови цјеновник медицинских средстава, те нову одлуку о партиципацији. Примјена ових прописа почиње од 1. августа ове године.

С циљем што ефикасније примјене нових прописа, на сајту Фонда поставили смо водич у коме ће бити објављени одговори на сва питања здравствених установа у вези са примјеном нових прописа.

На који начин ће здравствене установе евидентирати услугу првог контролног прегледа?

- С обзиром да је услуга првог контролног прегледа садржана у оквиру услуге првог прегледа доктора медицине/специјалисте и да здравствене установе у својим пословним системима немају могућност евидентирања исте, у наредном периоду док не буде извршена измјена Цјеновника здравствених услуга, здравствене установе ћа за услугу првог контролног прегледа користити шифре услуга Контролни преглед доктора медицине (други и сваки наредни) и Контролни преглед доктора специјалисте (други и сваки наредни).

Како се обрачунава партиципација у случају када је дио лијечења обављен прије, а дио након почетка примјене нове одлуке о партиципацији?

- Уколико је осигурано лице започело болничко лијечење или рехабилитацију прије почетка примјене нове одлуке и уколико је лијечење настављено и послје 31. јула, за дио лијечења до 1. августа партиципација се обрачунава и наплаћује према ранијој одлуци, а за дио лијечења послје тога према новој одлуци. Уколико према ранијој одлуци за неке услуге није било партиципације, за сва лијечења до почетка примјене нове одлуке, партиципацију не треба наплаћивати, а за наставак лијечења послје почетка примјене нове одлуке, примјењује се нова одлука.
- **То значи и да ће здравствене установе испостављати Фонду двије фактуре, за услуге пружене до 31.07.2016. године једну фактуру, а другу фактуру за услуге пружене од 01.08.2016. године. Прва фактура обавезно мора да носи датум из седмог мјесеца 2016. године.**

Како се наплаћује партиципација за медицинско средство уколико је налог овјерен прије почетка примјене нове одлуке о партиципацији?

- У случају да је налог за набавку/поправку медицинског средства овјерен од стране Фонда прије почетка примјене нове одлуке о партиципацији, дакле до 31.07.2016. године, а медицинско средство се испоручује послје тог датума, партиципација се наплаћује по Одлуци о партиципацији која се примјењује од 01.08.2016. године, односно у складу са датумом преузимања медицинског средства.

Шта се сматра првим контролним прегледом у случају када се у оквиру првог прегледа спроводи и рехабилитациони третман?

- Код дефинисања услуга прегледа специјалиста/субспецијалиста, први контролни преглед је први контролни преглед након завршеног рехабилитационог третмана, односно након завршене епизоде лијечења.

Како поступа особље здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа у случају да уоче да породични доктор није исправно одредио основ за ослобађање од плаћања партиципације?

- У случају да у здравственој установи секундарног или терцијарног нивоа сматрају да је породични доктор погрешно одредио основ за ослобађање од партиципације, о томе треба да обавијесте Фонд здравственог осигурања, односно Сектор за здравство и контролу.

Зашто је у цјеновнику наведен износ партиципације код услуга и медицинских помагала за категорије које не плаћају партиципацију? Да ли то значи да ће сада нпр. обољели од карцинома плаћати партиципацију?

- Категорије осигураних лица које су ослобођене плаћања партиципације су прописане Правилником о садржају, обиму и начину остваривања здравствене заштите (члан 53.), а не Одлуком о партиципацији. С обзиром да Правилник н ије мијењан, све категорије које су до сада биле ослобођене плаћања партиципације и даље не плаћају партиципацију. Према томе, без обзира што је у Цјеновнику наведен износ партиципације, здравствене установе треба да имају у виду члан 53. Правилника о садржају, обиму и начину остваривања здравствене заштите и да поступају у складу са њим.

На који начин здравствене установе које су уговориле услуге ванболничког КСЗ-а (гинекологија и педијатрија) требају шифрирати услуге које пружају пацијентима?

- Здравствене установе које су са Фондом здравственог осигурања Републике Српске уговориле пружање услуга ванболничког КСЗ-а (педијатрија и гинекологија) за шифрирање пружених услуга користиће шифре из дјелатности **8090 – Педијатрија и 8100 – Гинекологија из важећег Цјеновника здравствених услуга који је у примјени од 01.08.2016. године.**
- У случају пружања услуга ванболничког КСЗ-а (педијатрија и гинекологија) иностраним пацијентима здравствене установе ће за јединичну фактуру користити шифре са дјелатности 2080 – КСЗ Педијатрија и 2090-КСЗ – Гинекологија као и до сада, док ће за услуге прегледа користити шифре са дјелатности 2003 – Заједничке услуге секундарног нивоа.

Које дјелатности/услуге из важећег Цјеновника требају да користе здравствене установе?

- Свака здравствена установа дужна је да из важећег Цјеновника користи оне дјелатности/услуге које је уговорила са Фондом здравственог осигурања Републике Српске.

На који начин ће здравствене установе приказивати здравствене услуге пружене у кућним условима:

- У случајевима пружања услуга здравствене заштите у кућним условима користиће се шифре за услуге Одлазак у кућну посјету до 5 км и Одлазак у кућну посјету преко 5 км, а за све услуге које буду пружене у кући осигураног лица користе се шифре тих услуга из важећег Цјеновника здравствених услуга.