

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

На основу чл. 20. и 49. Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09 и 106/09), члана 8. став 3. Закона о здравственој заштити ("Службени гласник Републике Српске", број 106/09) и члана 17. Статута Фонда здравственог осигурања Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", бр. 6/04, 19/05, 63/08, 64/09 и 105/09), Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске, на VIII сједници, одржаној 1. септембра 2011. године, донио је

ПРАВИЛНИК

О САДРЖАЈУ, ОБИМУ И НАЧИНУ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

I - ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Правилником о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (у даљем тексту: Правилник) прописују се садржај, обим и начин остваривања права на здравствену заштиту, као једног од права из обавезног здравственог осигурања, прописаног Законом о здравственом осигурању (у даљем тексту: Закон).

Члан 2.

(1) Под садржајем здравствене заштите подразумијевају се поступци и методи дијагностике, лијечења и рехабилитације ради спречавања, сузбијања, раног откривања и лијечења болести, повреда и других поремећаја здравља, а који се финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања.

(2) Под садржајем здравствене заштите из става 1. овог члана подразумијевају се и лијекови, медицинска средства и санитетски превоз.

Члан 3.

(1) Под обимом здравствене заштите подразумијевају се величине којима се може изразити обим појединих садржаја здравствене заштите, а који чине садржај права из обавезног здравственог осигурања, укључујући и лично учешће осигураних лица у трошковима здравствене заштите (партиципација).

(2) Лично учешће у трошковима здравствене заштите (партиципација) је новчани износ који осигурано лице плаћа даваоцу услуге приликом коришћења здравствене заштите за коју се, у складу са овим правилником, из средстава обавезног здравственог осигурања трошкови не обезбјеђују у пуном износу.

Члан 4.

(1) Право на здравствену заштиту, у садржају и обиму дефинисаним овим правилником, остварује се у здравственим установама у Републици Српској са којима Фонд здравственог осигурања Републике Српске (у даљем тексту: Фонд) има закључен уговор, а на начин и под условима прописаним овим правилником.

(2) Право на здравствену заштиту у здравственим установама изван Републике Српске остварује се у садржају, обиму и на начин прописан законом, овим правилником и посебним правилником Фонда.

Члан 5.

(1) Садржај и обим права на здравствену заштиту који се финансирају из средстава обавезног здравственог осигурања, а који су прописани овим правилником и другим општим актима Фонда усклађују се са финансијским планом Фонда.

(2) Ради усклађивања садржаја и обима права на здравствену заштиту са финансијским планом Фонда, за одређене врсте здравствених услуга које нису хитне, као и за медицинска средства, може се утврдити редослијед коришћења,

у зависности од медицинских индикација и здравственог стања осигураног лица, с тим да вријеме чекања не може да буде такво да угрози живот или здравље осигураног лица.

II - САДРЖАЈ, ОБИМ И НАЧИН ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

II - 1. Мјере промоције здравља, превенције и раног откривања болести

Члан 6.

(1) Осигураним лицима се, ради очувања и унапређења здравља, односно спречавања, сузбијања и раног откривања болести, као и других поремећаја здравља обезбјеђују сљедеће мјере:

а) промоција здравља (примарна превенција);
б) секундарна и терцијарна превенција болести, која обухвата:

1. систематске и циљане прегледе:

- дјеце, школске омладине и студената до краја редовног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота,

- жена у вези са трудноћом и

- одраслих лица у складу са програмима превенције и раног откривања болести од већег социјално-медицинског значаја,

2. здравствено васпитање,

3. превентивне стоматолошке и профилактичке мјере за превенцију болести уста и зуба код:

- дјеце до навршених 15 година живота,

- трудница,

- лица у стању менталне ретардације и

- лица тјелесно ометених у развоју,

4. имунизацију и хемопрофилаксу становништва,

5. хигијенско-епидемиолошке и друге законом предвиђене мјере и поступке у вези са спречавањем, откривањем и лијечењем заразних болести и спречавањем њиховог ширења и

в) рано откривање масовних незаразних болести кроз реализацију програма и пројеката.

(2) Садржај и обим превентивних мјера из става 1. тачка б) овог члана дат је у табеларном прегледу, који се налази у Прилогу број 1. и чини саставни дио овог правилника.

(3) Обавезне имунизације и хемопрофилактике против заразних болести из става 1. тачка б) алинеја 4. овог члана обезбјеђују се осигураним лицима у складу са законским и подзаконским прописима који регулишу ову материју.

II - 2. Прегледи и лијечење у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и постнаталним периодом

Члан 7.

Здравствена заштита у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и постнаталним периодом подразумијева:

а) прегледе и генетска тестирања у вези са планирањем породице, трудноћом и стањима која могу да изазову компликацију трудноће, као и прекид трудноће из медицинских разлога,

б) болничко лијечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи,

в) посјете и помоћ породици, те рутинску његу новорођенчета,

г) дијагностику и лијечење стерилитета и

д) право на једну процедуру асистираних репродукције (вантјелесна оплодња).

Члан 8.

(1) Под једном процедуром асистираних репродукције - вантјелесна оплодња подразумијева се успостављање индикације, поступак стимулације (терапија) и поступак асистираних репродукције - вантјелесне оплодње (IVF и ACSI).

(2) Право на једну процедуру асистираних репродукције - вантјелесна оплодња може се остварити уколико су испуњени следећи услови:

- а) доказан стерилитет пара или једног од њих и
- б) да се пар налази у браку или ванбрачној заједници више од двије године.

(3) Финансирање права на једну процедуру асистираних репродукције - вантјелесна оплодња врши се према годинама живота жене, и то:

а) до навршених 38 година - једна асистираних репродукција у цијелости према Цјеновнику Фонда,

б) од 39. до навршених 40 година - једна асистираних репродукција у висини од 50% од цијене наведене процедуре према Цјеновнику Фонда,

в) од 41. до навршене 42. године - једна асистираних репродукција у висини од 30% од цијене наведене процедуре према Цјеновнику Фонда.

(4) Изузетно, жени која последице навршене 42. године живота роди дијете након трудноће остварене поступком асистираних репродукције могу се рефундирати трошкови асистираних репродукције из средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са Цјеновником Фонда.

(5) О захтјеву за остваривање права на једну процедуру асистираних репродукције - вантјелесна оплодња одлучује посебна Комисија Фонда, коју именује директор Фонда.

(6) Одлука Комисије доставља се надлежној канцеларији Фонда, која на основу исте доноси рјешење.

(7) Против рјешења из става 6. овог члана осигурано лице има право жалбе директру Фонда у року од 15 дана од дана пријема рјешења.

II - 3. Прегледи и лијечење у случају болести и повреда

Члан 9.

Обољелом, односно повријеђеном осигураном лицу, у зависности од медицинских индикација и стручно-методолошких и доктринарних ставова, у складу са одредбама овог правилника, обезбјеђују се:

- а) прегледи и лијечење у примарној здравственој заштити,
- б) консултативно-специјалистичка здравствена заштита,
- в) дијагностичке процедуре (лабораторијска, рендгенска, МР, КТ и друга дијагностика),
- г) прегледи и лијечење болести уста и зуба,
- д) болничко лијечење,
- ђ) здравствена заштита у хитним медицинским стањима,
- е) санитарски превоз,
- ж) лијечење у кући осигураног лица и
- з) право на пратиоца.

Члан 10.

Осигураном лицу обезбјеђује се и продужена медицинска рехабилитација у специјализованим установама за рехабилитацију, под условима и на начин прописаним посебним правилником Фонда.

II - 3.1. Примарна здравствена заштита

II - 3.1.1. Садржај примарне здравствене заштите

Члан 11.

(1) Право на прегледе и лијечење у примарној здравственој заштити обухвата:

а) прегледе доктора медицине, терапију и савјетовања намијењена откривању, спречавању и лијечењу болести,

б) систематске и превентивне прегледе,

в) дијагностичке процедуре (лабораторијске претраге, рендгенска снимања и ултразвучни преглед),

г) утврђивање привремене неспособности за рад,

д) хитну медицинску помоћ,

ђ) лијечење у кући осигураног лица,

е) санитарски превоз,

ж) рану рехабилитацију у центру за физикалну рехабилитацију у заједници,

з) услуге центра за заштиту менталног здравља,

и) превентивну, дјечију и општу стоматологију,

ј) обавезну имунизацију и хемопрофилаксу,

к) хигијенско-епидемиолошке услуге,

л) лијекове са листе лијекова за амбуланте породичне медицине и домове здравља и

љ) прописивање лијекова који се издају на рецепт.

(2) Права из става 1. овог члана остварују се у обиму и на начин утврђен овим правилником, а утврђивање привремене неспособности за рад врши се под условима и на начин прописаним посебним правилником Фонда.

Члан 12.

(1) Услуге примарног нивоа здравствене заштите обезбјеђују се у амбуланти породичне медицине, стоматолошкој амбуланти, дому здравља, апотеци, специјалистичкој педијатријској амбуланти и специјалистичкој гинеколошкој амбуланти.

(2) Услуге тима породичне медицине, специјалисте консултанта педијатра, специјалисте консултанта гинеколога, хитне медицинске помоћи, превентивне, дјечије и опште стоматологије и одређене хигијенско-епидемиолошке услуге осигурана лица користе без упутнице.

II - 3.1.2. Начин остваривања примарне здравствене заштите

Члан 13.

(1) Осигурано лице остварује право на здравствену заштиту на примарном нивоу код доктора породичне медицине код кога је регистровано, те код специјалисте консултанта педијатра и специјалисте консултанта гинеколога.

(2) Право на услуге специјалисте консултанта педијатра има дијете до навршених шест година живота, а право на услуге специјалисте консултанта гинеколога има жена изнад 15 година живота.

Члан 14.

(1) Осигурано лице има право на избор доктора породичне медицине са списка свих доктора породичне медицине из здравствених установа у Републици Српској са којима Фонд има закључен уговор о пружању услуга из области примарне здравствене заштите.

(2) Избор доктора породичне медицине није условљен мјестом пребивалишта осигураног лица.

(3) За малолетно лице или лице под старатељством избор доктора породичне медицине врши законски заступник.

Члан 15.

Услуге специјалисте консултанта педијатра пружа онај доктор консултант педијатар из здравствене установе у Републици Српској са којом Фонд закључи уговор о пружању услуга из области педијатријске здравствене заштите у вези са чланом 13. став 2. овог правилника.

Члан 16.

Услуге специјалисте консултанта гинеколога пружа онај доктор консултант гинеколог из здравствене установе у Републици Српској са којом Фонд закључи уговор о пружању услуга из области гинеколошке здравствене заштите у вези са чланом 13. став 2. овог правилника.

Члан 17.

(1) Фонд објављује позив за кандидате за избор доктора породичне медицине, у правилу, у септембру.

(2) Након извршених пријава по позиву из става 1. овог члана, Фонд утврђује верификовану листу кандидата.

(3) Здравствена установа на примарном нивоу здравствене заштите дужна је да верификовану листу из става 2. овог члана истакне на видно мјесто.

(4) На основу верификоване листе из става 2. овог члана, осигурано лице одређује се за доктора породичне медицине, који након спроведеног поступка из члана 19. овог правилника постаје доктор породичне медицине осигураног лица.

(5) Промјену доктора породичне медицине осигурано лице врши, у правилу, у периоду октобар - децембар текуће године за наредну годину, осим у случајевима регулисаним чланом 22. овог правилника.

Члан 18.

(1) Избор доктора породичне медицине осигурано лице врши у амбуланти доктора којег жели да изабере испуњавањем података на обрасцу - Изјава о избору/промјени доктора породичне медицине (у даљем тексту: Изјава), који се налази у Прилогу број 2. и чини саставни дио овог правилника.

(2) Изјава из става 1. овог члана важи све док осигурано лице не достави нову изјаву.

(3) Осигурано лице својим потписом овјерава тачност унесених података у Изјави из става 1. овог члана.

(4) Податке на обрасцу Изјаве уноси и доктор породичне медицине, те их овјерава потписом или факсимилом и печатом здравствене установе у којој ради, уз евентуално спровођење додатног поступка евидентирања специјалиста консултаната у смислу члана 25. став 2. овог правилника.

Члан 19.

(1) Верификацију података садржаних у Изјави врши надлежна служба Фонда према сједишту здравствене установе доктора породичне медицине кога је осигурано лице изабрало.

(2) Након спроведене верификације података о избору доктора породичне медицине, надлежна служба Фонда један примјерак Изјаве доставља доктору породичне медицине осигураног лица, а уколико је извршена промјена доктора породичне медицине, о извршеној промјени се електронским путем обавјештава здравствена установа у којој ради дотадашњи доктор породичне медицине.

(3) У случају да верификацију података о избору или промјени доктора породичне медицине осигураног лица није могуће спровести, надлежна служба Фонда обавезна је одмах о томе обавјестити осигурано лице и упутити га о даљем поступању.

Члан 20.

(1) Осигурано лице које је извршило избор/промјену доктора породичне медицине у складу са одредбама овог правилника остварује здравствену заштиту код тог доктора породичне медицине од датума верификације података садржаних у Изјави, а најкасније у року од десет дана од дана потписивања Изјаве, под условом да нису наступиле околности из члана 19. став 3. овог правилника.

(2) Дотадашњи доктор породичне медицине након пријема обавјештења из члана 19. став 2. овог правилника обавезан је одмах, а најкасније у року од три дана сву медицинску документацију о осигураном лицу предати новоизабраном доктору породичне медицине, на начин који обезбјеђује заштиту тајности и сигурности података.

Члан 21.

(1) Доктор породичне медицине има право одбити избор осигураног лица само у случају:

а) ако би број одређених осигураних лица које је регистровао регистрацијом нових осигураних лица прелазно максималан број утврђен стандардима и нормативима и

б) поремећених међусобних односа.

(2) Разлог одбијања доктор породичне медицине обавезно уписује у за то предвиђену рубрику на обрасцу Изјаве.

(3) Доктор породичне медицине не смије одбити избор осигураног лица само зато што је осигурано лице старије животне доби, болесно, непокретно, психички болесник, болује од болести зависности, односно из других разлога који нису наведени у ставу 1. овог члана.

Члан 22.

(1) Изузетно од одредаба члана 17. овог правилника, осигурано лице има право извршити промјену доктора породичне медицине и прије истека рока од годину дана:

а) ако промијени мјесто пребивалишта или из другог сличног разлога не може остваривати здравствену заштиту код дотадашњег доктора породичне медицине,

б) ако доктор породичне медицине престане радити у уговорној здравственој установи, промијени сједиште амбуланта или буде дуже одсутан због школовања, болести и другог сличног разлога,

в) на основу позива за ванредни избор,

г) ако број регистрованих осигураних лица прелазно максималан број утврђен стандардима и нормативима,

д) на основу изјаве осигураног лица да је код доктора породичне медицине евидентиран без свог знања и

ђ) у случају поремећених међусобних односа.

(2) Промјена доктора породичне медицине у случајевима из става 1. овог члана спроводи се на начин утврђен чл. 18., 19. и 20. овог правилника.

Члан 23.

(1) Доктор породичне медицине, специјалиста консултант педијатар, те специјалиста консултант гинеколог дужан је да прими осигурано лице, изврши преглед, изврши потребне медицинске интервенције, пружи потребне савјете или да осигурано лице, у складу са смјерницама за клиничку праксу у примарној здравственој заштити, упутити (изда упутницу) за:

а) дијагностичке процедуре (лабораторијска, радиолошка и друга испитивања),

б) консултативно-специјалистички преглед из других области медицине и

в) болничко лијечење.

(2) Доктор породичне медицине, поред упутница из става 1. овог члана, дужан је да, ако постоје медицинске индикације, осигурано лице упутити (изда упутницу) и за:

а) медицинску рехабилитацију у центру за физикалну рехабилитацију у заједници,

б) услуге центра за заштиту менталног здравља и

в) одређене хигијенско-епидемиолошке услуге.

(3) Специјалиста консултант педијатар може да, ако постоје медицинске индикације утврђене посебним правилником Фонда, осигураном лицу изда налог за набавку/поправку медицинског средства - ортопедског и другог помагала, према посебном овлашћењу.

(4) Специјалиста консултант педијатар, односно специјалиста консултант гинеколог дужан је да одмах по завршеном испитивању или лијечењу доктору породичне медицине осигураног лица достави на увид медицинску документацију електронским путем или поштом.

Члан 24.

(1) Уколико осигурано лице захтијева да му доктор породичне медицине, специјалиста консултант педијатар или специјалиста консултант гинеколог изда упутницу за коришћење здравствене заштите иако доктор сматра да осигу-

раном лицу таква здравствена заштита није медицински индикована, доктор ће осигураном лицу издати упутницу у облику и садржају “упутнице на властити захтјев”.

(2) У случају коришћења здравствене заштите на основу упутнице из става 1. овог члана, осигурано лице плаћа трошкове коришћења здравствене заштите по Цјеновнику Фонда, а уколико се покаже да је захтјев осигураног лица за коришћење здравствене заштите био оправдан, односно да резултат дијагностичке и друге претраге није потврдио мишљење доктора да тражена здравствена услуга није неопходна, Фонд може одобрити рефундацију трошкова коришћења здравствене заштите.

II - 3.2. Консултативно-специјалистичка здравствена заштита

Члан 25.

(1) Ради повећања ефикасности примарне здравствене заштите, Фонд уговором са здравственим установама обезбјеђује консултанте за консултативно-специјалистичку здравствену заштиту из следећих области:

- а) интерна медицина,
- б) кардиологија,
- в) неурологија,
- г) пнеумофтизиологија,
- д) урологија,
- ђ) ортопедија,
- е) офталмологија,
- ж) оториноларингологија,
- з) дерматовенерологија,
- и) општа хирургија,
- ј) педијатрија и
- к) гинекологија.

(2) Избор консултаната из става 1. овог члана врши Фонд, у правилу, на основу јавног позива из реда здравствених установа које су се пријавиле на јавни позив, с тим да се код избора консултаната из области педијатрије и гинекологије са којима ће се закључити уговор спроводи додатни поступак евидентирања на обрасцу дефинисаном чланом 18. овог правилника.

(3) Поступак евидентирања из става 2. овог члана регулисаће се посебним упутством.

(4) Уколико се на јавни позив поднесе више пријава од потребног броја за одређено подручје, Фонд ће се код одређивања консултаната из става 1. т. од а) до и) овог члана руководити мишљењем доктора породичне медицине са тог подручја.

(5) Промјену изабраног консултаната из става 1. т. од а) до и) овог члана, прије истека периода на који је закључен уговор, могу да затраже доктори породичне медицине или удружења осигураних лица, уколико су незадовољни његовим радом.

Члан 26.

(1) Консултанти из члана 25. став 1. т. од а) до и) овог правилника дужни су да:

а) упућеним осигураним лицима обаве специјалистички преглед, те дијагностичке и терапијске претраге из пакета услуга уговорених за одређену консултативно-специјалистичку област и

б) по завршеном испитивању доктору породичне медицине осигураног лица доставе на увид медицинску документацију електронским путем или поштом, те дају савјете и објашњења у вези са здравственим стањем осигураног лица и поступком лијечења.

(2) Здравствене установе, односно консултанти, у смислу става 1. овог члана, дужни су и да:

а) организују посјете изван сједишта установе за осигурана лица на подручјима која су удаљена више од 30 километара и

б) обавијесте доктора породичне медицине о термини-ма посјета и садржају пакета услуга које могу обавити изван сједишта установе.

Члан 27.

Консултант из члана 25. овог правилника може, у циљу успостављања коначне дијагнозе у оквиру своје области, осигураном лицу издати упутницу за консултативни преглед доктора специјалисте друге гране медицине из реда специјалиста консултаната доктора породичне медицине тог осигураног лица.

Члан 28.

Здравствене установе у којима раде консултанти из члана 25. став 1. т. од а) до и) овог правилника дужни су да се придржавају следећих услова и стандарда:

а) за контролни преглед који специјалиста консултант закаже послје свог прегледа није потребна упутница доктора породичне медицине,

б) упућивање кардиологу, у правилу, препоручује специјалиста интерне медицине,

в) терапијске процедуре специјалиста консултант пружа када је то неодложно,

г) максималан рок од упућивања пацијента специјалисти до обављања прегледа износи седам дана, а изузетак су дијагностичке процедуре код специјалисте кардиолога, гдје максималан рок за обављање холтер мониторинга износи 15 дана, а ултразвук срца 30 дана,

д) специјалиста консултант је обавезан да буде доступан доктору породичне медицине којем је одређен за консултанта и да му да информације у вези са препорученим лијечењем и

ђ) специјалиста консултант, у правилу, препоручује генерички назив лијека или групе лијекова.

Члан 29.

(1) Доктор породичне медицине уз упутницу за специјалистички преглед прилаже налазе који се раде на примарном нивоу здравствене заштите, а на упутници специјалисти консултанту обавезно се исписује број тима код којег је регистровано осигурано лице.

(2) Заказани термин могуће је отказати само изузетно, с тим што је специјалиста консултант обавезан да о томе обавијести осигурано лице.

(3) Доктор породичне медицине осигурано лице упућује консултанту из члана 25. став 1. т. од а) до и) овог правилника у складу са садржајем уговореног пакета услуга.

Члан 30.

Поред услуга консултативно-специјалистичке здравствене заштите из члана 25. овог правилника, осигурана лица имају право и на услуге осталих области консултативно-специјалистичке здравствене заштите, а на основу упутнице доктора породичне медицине или упутнице специјалисте консултаната.

Члан 31.

(1) Уколико су за постављање тачне дијагнозе потребни консултативно-специјалистички прегледи из осталих области, а уговорени су у истој здравственој установи, консултативно-специјалистички прегледи остварују се на основу једне основне упутнице, а путем интерне упутнице специјалисте коме је осигурано лице упућено.

(2) Образац интерне упутнице из става 1. овог члана налази се у Прилогу број 3. и чини саставни дио овог правилника.

(3) Осигурано лице остварује право на први контролни преглед без упутнице.

Члан 32.

Уговорна здравствена установа је дужна да осигурано лице упућено због коришћења консултативно-специјалистичке здравствене заштите из члана 30. овог правилника

прими у року који неће угрозити живот или здравље осигураног лица.

II - 3.3. Дијагностичке процедуре

Члан 33.

Осигураном лицу обезбјеђују се дијагностичке процедуре уколико су медицински оправдане и неопходне за лијечење болести или повреде.

Члан 34.

(1) Приједлог за упућивање на магнетну резонанцу (МР) и компјутеризовану томографију (КТ) даје доктор специјалиста одређене гране медицине.

(2) Упућивање на дијагностичке процедуре из става 1. овог члана врши се на основу упутница за амбулантни МР и КТ преглед, које издаје доктор овлашћен од стране Фонда, а које се издају на обрасцима који се налазе у прилозима бр. 4. и 5. и чине саставни дио овог правилника.

(3) Овлашћени доктор породичне медицине попуњава дио упутнице из става 2. овог члана и исту електронским путем доставља у Дирекцију Фонда у Бањој Луци, гдје се попуњава остали дио упутнице (назив здравствене установе у коју се осигурано лице упућује, мјесто и вријеме прегледа и друго).

(4) Попуњену упутницу Фонд враћа доктору породичне медицине, који је уручује осигураном лицу и са којом се осигурано лице јавља на заказани преглед.

II - 3.4. Прегледи и лијечење болести уста и зуба

Члан 35.

Прегледи и лијечење болести уста и зуба подразумијевају:

- а) прегледе и лијечење болести зуба и екстракције зуба,
- б) прегледе и лијечење болести уста и зуба код дјете до навршених 15 година живота, укључујући и право на покретни ортодонтски апарат, као и код лица у стању менталне ретардације или тјелесно ометених у развоју и лица са тежим урођеним или стеченим деформитетима лица и вилица,
- в) прегледе и лијечење болести уста и зуба, изузев протетског збрињавања, код жена у вези са трудноћом и за вријеме материнства до 12 мјесеци послје порођаја, односно за близанце и свако треће и наредно дијете у трајању од 18 мјесеци послје порођаја,
- г) пружање хитних услуга стоматологије за одрасле,
- д) прегледе уста и зуба, изузев протетског збрињавања, прије трансплантације бубрега, односно операција на срцу,
- ђ) прегледе и лијечење болести уста и зуба прије и послје оперативног третмана малигнух болести максилофацијалног предјела,
- е) ургентне стоматолошке и хируршке прегледе и лијечење повреда зуба и костију лица, укључујући примарну реконструкцију остеосинтетским материјалом,
- ж) израду акрилатне тоталне протезе код лица старијих од 65 година живота,
- з) неопходан стоматолошки третман, укључујући и фиксне ортодонтске апарате прије и послје оперативног третмана код лица са урођеним или стеченим тежим деформитетом лица и вилице и
- и) израду протетских надокнада лица и вилице (интраоралне постресекционе протезе и протезе лица) у оквиру постгуморске рехабилитације и реконструкције, укључујући и имплантате за њихово учвршћивање.

Члан 36.

(1) Право на здравствену заштиту из члана 35. овог правилника осигурано лице остварује код доктора стоматологије, с тим што је за зубнопротетичка средства потребна претходна овјера налога од стране надлежне службе Фонда, у складу са посебним правилником Фонда.

(2) Право на здравствену заштиту из члана 35. овог правилника која је високоспецијализована осигурано лице

остварује код доктора специјалисте стоматолога на основу упутнице доктора стоматологије, а у случају из члана 35. став 1. т. д), њ), е) и з) овог правилника и на основу упутнице доктора породичне медицине или специјалисте консултанта педијатра или специјалисте консултанта гинеколога.

II - 3.5. Болничко лијечење

II - 3.5.1. Садржај и обим болничког лијечења

Члан 37.

Право на болничко лијечење обухвата:

- а) лијечење, дијагностику и медицинску рехабилитацију,
- б) смјештај и исхрану осигураног лица,
- в) лијечење у дневној болници,
- г) обезбјеђење лијекова са болничке листе лијекова и потребних медицинских средстава и
- д) санитарски превоз.

II - 3.5.2. Начин остваривања болничког лијечења

Члан 38.

(1) Право на болничко лијечење осигурано лице, у привилу, остварује на основу упутнице доктора породичне медицине.

(2) Лијечење у болници послје пружене хитне медицинске помоћи осигурано лице може остварити и на основу упутнице службе хитне медицинске помоћи.

(3) Право на болничко лијечење осигурано лице може да оствари и на основу упутнице консултанта из чл. 25. и 30. овог правилника, уколико је упућивање у болницу неопходно потребно.

(4) Доктори који осигурано лице упућују на болничко лијечење дужни су да осигурано лице, прије упућивања на болничко лијечење, упознају са правом да бира установу у којој жели да се лијечи.

(5) Осигураном лицу које се упућује на дијализу доктор породичне медицине издаје упутницу која важи 12 мјесеци.

(6) На основу једне упутнице доктора породичне медицине осигурано лице остварује право на услуге хемио и радио-терапије у болничкој здравственој установи или у дневној болници, без обзира на број и динамику циклуса хемиотерапије, односно радио-терапије.

(7) У случају премјештаја осигураног лица из једне у другу болницу на подручју Републике Српске, упутницу издаје болница из које се осигурано лице премјешта.

(8) Образац упутнице из става 7. овог члана налази се у Прилогу број 6. и чини саставни дио овог правилника.

Члан 39.

(1) Здравствена установа из члана 38. овог правилника у коју је упућено осигурано лице дужна је да га прими на испитивање и лијечење ако за то постоје медицинске индикације.

(2) Уколико не постоје медицинске индикације за испитивање и болничко лијечење, здравствена установа је дужна да изда налаз и мишљење у којем образлаже разлоге одбијања пријема и доктору који је дао упутницу за лијечење да стручно упутство о даљем поступку са осигураним лицем.

(3) Након отпуштања са болничког лијечења здравствена установа је дужна издати отпусно писмо, односно отпусну листу о току и исходу лијечења и стручно упутство о даљем поступку лијечења.

II - 3.6. Здравствена заштита у хитним медицинским стањима

Члан 40.

(1) Стањем у коме је потребно указати хитну медицинску помоћ сматра се свако изненадно нарушавање здравља или погоршање болести, настало због било ког узрока који може угрозити живот или изазвати оштећење здравља.

(2) Сва хитна патолошка стања, обољења, повреде и тровања имају апсолутан приоритет, означавају се као ургентна стања и степењују се првим степеном хитности.

(3) Под хитном медицинском помоћи подразумијева се:

а) непосредна - тренутна медицинска помоћ која се пружа да би се избјегло довођење осигураног лица у животну опасност, односно непоправљиво или озбиљно слабење или оштећење његовог здравља или смрт и

б) медицинска помоћ која се пружа у току 12 часова од момента пријема осигураног лица како би се избјегао очекивани настанак хитног медицинског стања.

(4) Садржај здравствене заштите у хитним стањима чине мјере:

а) на мјесту повређивања и разболијевања:

1. прва помоћ,
2. преглед доктора,
3. медицинска интервенција,
4. медикаментозна терапија и
5. хитан санитарски превоз;

б) у здравственој установи:

1. прва помоћ,
2. преглед доктора,
3. потребна дијагностика и лабораторијска испитивања,
4. медицинска интервенција и одговарајућа нега,
5. терапијски третман и
6. хитан санитарски превоз у здравствену установу вишег нивоа здравствене заштите.

(5) Обим здравствене заштите у хитним стањима дефинише исказана потреба, односно захтјев према степену угрожености здравственог стања усљед повреде, болести или других поремећаја здравља.

II - 3.7. Санитарски превоз

Члан 41.

(1) Осигурано лице има право на превоз санитарским возилом када из здравствених или других разлога није могућ превоз јавним превозним средствима или аутомобилом.

(2) Право на санитарски превоз обухвата:

- а) хитан санитарски превоз и
- б) санитарски превоз који није хитан.

Члан 42.

(1) Хитан санитарски превоз обезбјеђује се у случају када је непходно обезбиједити хитну медицинску помоћ и спријечити посљедице по живот или здравље осигураног лица и здравље других лица, као и у другим случајевима када је осигураном лицу потребно хитно лијечење.

(2) Хитан санитарски превоз подразумијева превоз до најближе здравствене установе која је оспособљена за наставак даљег лијечења обољелог, односно повријеђеног.

Члан 43.

(1) Право на санитарски превоз који није хитан може се одобрити на терет средстава обавезног здравственог осигурања у случају:

- а) превоза непокретног осигураног лица,
- б) превоза осигураног лица на дијализу и
- в) када би превоз другим превозним средством био штетан по осигурано лице или друга лица.

(2) Санитарски превоз који није хитан подразумијева превоз између здравствених установа различитог нивоа здравствене заштите, а изузетно и од здравствене установе до куће осигураног лица, уколико из медицинских разлога превоз другим превозним средством није могућ.

(3) Уколико осигурано лице одбије да буде упућено у најближу болницу у којој је могуће спровести лијечење,

сноси трошкове превоза санитарским возилом у висини разлике удаљености између најближе болнице и болнице коју је изабрао, а према ценовнику здравствене установе која организује превоз.

II - 3.8. Лијечење у кући осигураног лица

Члан 44.

(1) Право на лијечење у кући осигураног лица могуће је остварити када је такво лијечење оправдано и медицински неопходно, односно када обољели или повријеђени због стања у којем се налази не може да користи амбулантне услуге, а смјештај у болницу није неопходан.

(2) Лијечење у кући осигураног лица организује и спроводи тим доктора породичне медицине.

Члан 45.

(1) Лијечење у кући осигураног лица може се спроводити као:

а) пружање хитне медицинске помоћи у кући осигураног лица и

б) збрињавање акутних и хроничних стања.

(2) Осигурано лице остварује право на кућно лијечење из става 1. тачка б) овог члана у сљедећим случајевима:

а) уколико је непокретно,

б) уколико болује од хроничне болести у фази погоршања или компликације,

в) уколико му је урађен сложенији оперативни захват који захтијева превривање и његу ране и

г) уколико је у терминалној фази болести.

II - 3.9. Право на пратиоца

Члан 46.

(1) Право на смјештај уз дијете које се налази на болничком лијечењу остварује:

а) мајка дјетета под условом да је једина прехрана дјетета мајчино млијеко, односно да постоји потреба дојења дјетета, коју утврђује доктор дјетета, односно доктор уговорне болничке установе у којој се дијете лијечи и

б) један од родитеља или старатеља дјетета са тешкоћама у развоју које о томе у складу с посебним прописима посједује одговарајуће рјешење надлежног органа, а на приједлог доктора уговорне болничке установе у којој се дијете лијечи.

(2) Изузетно, право на смјештај уз дијете које се налази на болничком лијечењу остварује један од родитеља или старатеља дјетета млађег од шест година живота уколико за исто постоје медицинске индикације.

(3) Право из ст. 1. и 2. овог члана остварује се на основу упутнице за пратиоца, која се издаје на основу упутнице за болничко лијечење дјетета, на којој доктор који је упутио дијете на болничко лијечење, односно доктор уговорне болничке здравствене установе означава потребу смјештаја пратиоца.

(4) Право на дневни смјештај уз дијете које се налази на болничком лијечењу, а на приједлог доктора уговорне болничке установе у којој се дијете лијечи, остварује:

а) један од родитеља или старатеља дјетета млађег од шест година живота,

б) један од родитеља или старатеља дјетета с тешкоћама у развоју и

в) један од родитеља или старатеља дјетета млађег од 18 година обољелог од малигне болести.

II - 4. Лијекови

Члан 47.

Право на лијекове, у складу са посебним актима Фонда, обухвата:

а) лијекове са листе лијекова који се издају на рецепт на терет средстава Фонда,

б) лијекове са листе лијекова за амбуланте породичне медицине и домове здравља,

в) лијекове са болничке листе лијекова и

г) лијекове са листе цитостатика и пратећих лијекова Фонда.

Члан 48.

(1) Право на лијек са листе лијекова који се издају на рецепт на терет средстава Фонда осигурано лице остварује на рецепт, а прописани лијек уписује се у здравствени картон осигураног лица.

(2) Лијек прописује и рецепт издаје доктор који је овлашћен од стране Фонда додјелом одговарајуће шифре.

Члан 49.

Болница обезбјеђује осигураном лицу лијекове са болничке листе лијекова за вријеме:

а) болничког лијечења и послје завршеног болничког лијечења уколико је осигурано лице отпуштено са болничког лијечења у нерадни дан све до првог радног дана и

б) лијечења у дневној болници.

II - 5. Медицинска средства - уградни материјали и ортопедска и друга помагала

Члан 50.

(1) Медицинска средства која се, уколико су медицински индикована, осигураном лицу приликом пружања здравствене заштите уграђују привремено или трајно у дијелове тијела, а која стимулишу функцију органа и система органа су:

а) остеосинтетски фиксациони материјал,

б) вјештачки зглоб,

в) срчани електростимулатор (pace maker),

г) артериовенозни спој (av shunt и av fistula),

д) систем за деривацију мождане течности,

ђ) уградна очна сочива,

е) аерационе цјевчице,

ж) стент,

з) мрежица за вентралну хернију,

и) био-ос и колаген-мембрански,

ј) орбитални имплант и

к) инсулинска пумпа.

(2) Медицинска средства из става 1. овог члана осигураном лицу обезбјеђују се у складу са чланом 5. овог правилника, а стандард квалитета истих се регулише посебним актом.

Члан 51.

Осигураним лицима обезбјеђују се медицинска средства - ортопедска и друга помагала под условима и на начин прописан посебним правилником Фонда.

III - ЛИЧНО УЧЕШЋЕ У ТРОШКОВИМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ (ПАРТИЦИПАЦИЈА)

Члан 52.

Право на здравствену заштиту обезбјеђује се осигураним лицима Фонда на терет средстава обавезног здравственог осигурања у цијелости или уз лично учешће осигураног лица у трошковима здравствене заштите (партиципација).

III - 1. Здравствена заштита која се обезбјеђује из средстава обавезног здравственог осигурања у цијелости (без партиципације осигураног лица)

Члан 53.

(1) Здравствена заштита која се обезбјеђује из средстава обавезног здравственог осигурања у цијелости и за коју су осигурана лица ослобођена партиципације обухвата:

а) мјере превенције и раног откривања болести из члана 6. став 1. т. б) и в) овог правилника - МКБ шифре: Z 11 - Z 13 и Z 20 - Z 29 (шифра основа ослобађања - 01),

б) прегледе и савјетовања у сврху планирања породице, прегледе и лијечења за вријеме трудноће, порођаја и за вријеме материнства до 12 мјесеци послје порођаја, односно за близанце и свако треће и наредно дијете у трајању од 18 мјесеци послје порођаја и прекид трудноће из медицинских разлога - МКБ шифре: O 00 - O 99 и Z 30 - Z 39 (шифра основа ослобађања - 02),

в) прегледе и лијечење болести уста и зуба жена у вези са трудноћом и за вријеме трајања материнства до 12 мјесеци послје порођаја, односно за близанце и свако треће и наредно дијете у трајању од 18 мјесеци послје порођаја (шифра основа ослобађања - 03),

г) прегледе и лијечење болести уста и зуба лица са урођеним или стеченим деформитетом лица и вилица (шифра основа ослобађања - 04),

д) вантјелесну оплодњу из члана 8. овог правилника (шифра основа ослобађања - 05),

ђ) прегледе и лијечење у вези са заразним болестима за које је законом предвиђено спровођење мјера за спречавање њиховог ширења (шифра основа ослобађања - 06),

е) хитна медицинска стања, односно стања непосредне животне угрожености, укључујући и вријеме проведено на интензивној њези и хитан санитетски превоз (шифра основа ослобађања - 07),

ж) прегледе, лијечење и рехабилитацију због професионалних болести и повреда на раду (шифра основа ослобађања - 08),

з) обезбјеђење сљедећих медицинских средстава (шифра основа ослобађања - 09):

1. покретних ортодонтских апарата за дјецу и

2. акрилатних тоталних протеза за лица старија од 65 година.

(2) Здравствена заштита за коју су осигурана лица ослобођена партиципације обухвата и сљедећа медицинска стања:

а) лијечење болести и компликација основне болести (шифра основа ослобађања - 10):

1. малигне болести - МКБ шифре: C 00 - C 99, D 00 - D 09, Z 51.0 и Z 51.1,

2. дијабетес - МКБ шифре: E 10 - E 14.8, N 08.3, G 99.0, G 59.0, G 63.2, H 28.0, H 36.0 и I 79.2,

3. хемофилија - МКБ шифре: D 66 - D 67,

4. епилепсија - МКБ шифре: G 40 - G 41,

5. прогресивна мишићна обољења - МКБ шифре: G 12, G 36 - G 37 и G 70 - G 71,

6. церебрална парализа - МКБ шифра: G 80,

7. мултипла склероза - МКБ шифра: G 35,

8. неправилан развој костију и хрскавице (osteogenesis imperfecta - терминални стадијум) - МКБ шифра: Q 78.0,

9. плегије (пара и квадри) - МКБ шифра: G 82,

10. хронична бубрежна инсуфицијенција - МКБ шифре: N 18 и Z 49,

11. цистична фиброза - МКБ шифра: E 84,

12. целијакија и фенилкетонурија - МКБ шифре: K 90.0 и E 70.0,

13. реуматска грозница - МКБ шифре: I 00 - I 01,

14. херидитарне булозне епидермолизе - МКБ шифра: Q 81;

б) здравствену заштиту лица у вези са трансплантацијом људских органа, људских ткива и ћелија - МКБ шифре: Z 52 и Z 94 (шифра основа ослобађања - 11);

в) здравствену заштиту лица обољелих од менталних болести (психозе), која могу да угрозе себе или друге - МКБ шифре: F 20 - F 29, F 30, F 31, F 32.2, F 33.3 и F 53 (шифра основа ослобађања - 12);

г) здравствену заштиту лица у стању менталне ретардације неспособних за самосталан живот и рад - МКБ шифре: F 70 - F 79 (шифра основа ослобађања - 13).

(3) Осигурана лица која су ослобођена партиципације приликом коришћења здравствене заштите с обзиром на статус, односно својство које имају су:

а) дјеца до 15 година живота и лица преко 65 година живота (шифра основа ослобађања - 14),

б) корисници личне и породичне инвалиднине за које по Закону о правима бораца, војних инвалида и породица погинулих бораца Одбрамбено-отаџбинског рата партиципацију плаћа надлежни државни орган, а који свој статус доказују легитимацијом или рјешењем о признатом праву на личну или породичну инвалиднину (шифра основа ослобађања - 15),

в) лица са оштећењем вида - слијепа лица прве и друге категорије (шифра основа ослобађања - 16),

г) добровољни даваоци крви који су дали крв 10 и више пута - трајно и добровољни даваоци крви који су дали крв мање од 10 пута - под условом да од посљедњег давања крви није протекло више од годину дана (шифра основа ослобађања - 17),

д) корисници сталне новчане помоћи и лица смјештена у установе социјалне заштите, за које допринос за здравствено осигурање плаћа центар за социјални рад (шифра основа ослобађања - 18),

ђ) пензионери који примају најнижу пензију према прописима Републике Српске, на основу увида у чек о посљедњој исплаћеној пензији (шифра основа ослобађања - 19) и

е) пратиоци осигураног лица у случају из члана 46. овог правилника (шифра основа ослобађања - 20).

Члан 54.

Ослобађање од партиципације из члана 53. овог правилника не односи се на:

а) издавање лијекова са листе лијекова који се издају на рецепт - Листа Б и

б) упућивање осигураних лица на лијечење у здравствене установе изван Републике Српске на изричит захтјев осигураног лица.

III - 2. Здравствена заштита која се обезбјеђује из средстава обавезног здравственог осигурања уз партиципацију осигураног лица

Члан 55.

Услуге здравствене заштите које се обезбјеђују из средстава обавезног здравственог осигурања уз партиципацију осигураног лица утврђују се одлуком о партиципацији, којом се, између осталог, прописују висина партиципације и начин плаћања исте.

IV - ПРАВО НА РЕФУНДАЦИЈУ ТРОШКОВА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Члан 56.

Осигурано лице има право на рефундацију трошкова здравствене заштите у случају када:

а) давалац услуга наплати услугу која се у цијелости или дјеломично финансира из средстава обавезног здравственог осигурања,

б) давалац услуга наплати партиципацију, а осигурано лице је према одредбама овог правилника ослобођено плаћања партиципације,

в) давалац услуга наплати већи износ партиципације од износа прописаног одлуком о партиципацији,

г) је дијагностичком и другом претрагом коришћеном на основу упутнице на властити захтјев, у складу са чланом 24. овог правилника, установљен позитиван налаз и

д) је купило лијек, санитарски материјал или медицинско средство које се у цијелости или дјеломично финансира из средстава обавезног здравственог осигурања.

Члан 57.

Осигурано лице има право на рефундацију трошкова набавке лијека у случају када се лијек:

а) налази на листи лијекова који се издају на рецепт на терет средстава Фонда, прописан је од стране овлашћеног доктора, али га осигурано лице није могло набавити у апотеци са којом је Фонд закључио уговор, па је купљен у апотеци која нема закључен уговор са Фондом - у висини референтне цијене лијека,

б) налази на листи лијекова за амбуланте породичне медицине и домове здравља, а здравствена установа није располагала тим лијеком, па је осигурано лице купило лијек - на терет средстава здравствене установе која је дала приједлог, на основу стручног мишљења које даје Сектор за здравство Фонда,

в) налази на болничкој листи лијекова, а болница није располагала тим лијеком, па је осигурано лице купило лијек - на терет средстава болнице која је дала приједлог, а на основу стручног мишљења које даје Сектор за здравство Фонда,

г) не налази на болничкој листи лијекова, а ради се о лијеку који је препоручен од стране комисије за лијекове болнице, па је осигурано лице купило препоручени лијек - на терет средстава болнице која је дала приједлог, а на основу стручног мишљења које даје Сектор за здравство Фонда,

д) налази на листи цитостатика и пратећих лијекова Фонда, а болница није располагала тим лијеком, па је осигурано лице купило лијек - на терет средстава Фонда или здравствене установе која је дала приједлог, а на основу стручног мишљења које даје Сектор за здравство Фонда, и

ђ) не налази на листи цитостатика и пратећих лијекова Фонда, а ради се о лијеку који је препоручен од стране комисије за лијекове болнице, па је осигурано лице купило препоручени лијек - на терет средстава здравствене установе која је дала приједлог, а на основу стручног мишљења које даје Сектор за здравство Фонда.

Члан 58.

(1) Право на рефундацију трошкова из чл. 56. и 57. овог правилника остварује се на основу захтјева осигураног лица, уз који се прилаже:

а) медицинска документација из које се види да је осигураном лицу пружена услуга или препоручен лијек, санитарски материјал или медицинско средство за коју тражи рефундацију трошкова и

б) оригиналан рачун о плаћеној услузи, купљеном лијеку и друго.

(2) Уколико се уз захтјев за рефундацију прилаже фискални рачун, на полеђини рачуна давалац услуге уписује име осигураног лица и овјерава својим печатом.

(3) Начин остваривања права на рефундацију ближе је уређен посебним упутством, које доноси директор Фонда.

V - ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 59.

Осигурана лица која на дан почетка примјене овог правилника користе право на здравствену заштиту по прописима који су били на снази до тог дана настављају коришћење здравствене заштите по одредбама претходно важних прописа до завршетка лијечења.

Члан 60.

(1) Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику Републике Српске".

(2) Ступањем на снагу овог правилника престају да важе:

а) Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту и партиципацији ("Службени гласник Републике Српске", бр. 54/07, 59/07, 63/08, 42/09, 101/09, 38/10 и 73/10),

б) Правилник о начину остваривања здравствене заштите ("Службени гласник Републике Српске", бр. 54/07, 63/08, 95/08, 42/09, 38/10 и 63/10),

в) Правилник о начину регистрације осигураних лица у поступку избора доктора на примарном нивоу здравствене заштите ("Службени гласник Републике Српске", бр. 111/08 и 38/10),

г) Одлука о признавању права једне процедуре асистираних репродукције (вантјелесне оплодње) ("Службени гласник Републике Српске", број 6/08),

д) Упутство о примјени Правилника о начину регистрације осигураних лица у поступку избора доктора на примарном нивоу здравствене заштите ("Службени гласник Републике Српске", број 64/09) и

ђ) Упутство о начину и поступку упућивања на магнетну резонанцу (МР) и компјутеризовану томографију (КТ); ("Службени гласник Републике Српске", број 73/10).

Број: 02/015-3943-2/11
1. септембра 2011. године
Бања Лука

Предсједник
Управног одбора,
Оливера Марковић, с.р.

Прилог број 1.

САДРЖАЈ И ОБИМ ПРЕВЕНТИВНИХ МЈЕРА

Популационе групе	Врста	Садржина	Обим
Новорођенче (први мјесец)	- Вакцинација BCG	Према Правилнику о имунизацији и хемопрофилактици против заразних болести	- једанпут најкасније до навршене 1. године живота (породилиште или амбуланта)
	- Вакцинација - прва доза Hepatitis B		- прва доза по рођењу у првих шест часова, а само изузетно у првих 12 часова - код дјете HBsAg позитивних мајки - прва доза по рођењу у првих шест часова
	Скрининг за детекцију фенилкетонурије и хипотиреоидизма		једанпут - до пет дана по рођењу
	Посјета новорођенчету и породилји		- упознавање са здравственим стањем мајке и дјетета, сагледавање социо-економских и стамбених услова - демонстрирање њега новорођенчета - обавезно купање и њега пупчаног патрљка - контрола бабињаре - давање флуор таблета - здравствено-васпитни рад
Дојенче - навршен 1. мјесец живота	- Вакцинација - друга доза	- Hepatitis B	- једанпут
Дојенче - навршен 2. мјесец живота	- Вакцинација - прва доза	- Di-Te-Per - Polio - Hemophilus influenza B - Hepatitis B	- једанпут - једна доза - једна доза - за дјецу HbsAg позитивних мајки (трећа доза)
- 3 мјесеца	- систематски преглед	- анамнеза и клинички преглед по системима - UZ - преглед кукова	- једанпут
- 4. мјесец	- Вакцинација - друга доза	- Di-Te-Per - Poliomyelitis - Hemophilus influenza B	- једна доза
- 5./6. мјесец	- Вакцинација - трећа доза	- Di-Te-Per - Poliomyelitis - Hemophilus influenza B	- једна доза
- 6. мјесец	Скрининг	- детекција анемије - провјера вакциналног статуса - оцјена здравственог стања и предузимање одговарајућих мјера - здравствено - васпитни рад са мајком (дојење и друго)	- једанпут
	- Вакцинација - трећа доза	- Hepatitis B	- једанпут
	- стоматолошки савјет	- упознавање са оралном хигијеном и прехранбеним навикама	- једанпут

- 7. мјесец	- контролни клинички преглед		- једанпут
- 12. мјесец	- Вакцинација - четврта доза	- Hepatitis B	- код дјете HBsAg позитивних мајки (4. доза)
	- стоматолошки преглед	- Упознавање са оралном хигијеном у циљу смањења учесталости цирк каријеса	- једанпут
	- посјета	- према Програму превенције	- једанпут
Друга година-тринаести мјесец	- клинички преглед по системима (анализа крвне слике, оцјена вакциналног статуса, скрининг за детекцију оштећења слуха и вида) - здравствено-васпитни рад	- према Програму превенције	
	- Вакцинација и ревакцинација	- Мо-Ru-Par - Hemophilus influenza B	- једанпут
Уколико се из било којег разлога вакцинација Мо-Ru-Par не спроведе у 13. мјесецу живота, иста се може спровести најкасније до 14. године живота.			
- 18. мјесец	- Прва ревакцинација	- Di-Te-Per - Polio	- једанпут
	- контролни стоматолошки преглед	- Упознавање са оралном хигијеном у циљу смањења учесталости цирк каријеса	- једанпут
Трећа година	- контролни општи и стоматолошки преглед	- према Програму превенције - рано стицање навика за одржавање оралне хигијене	- једанпут
Четврта година	- контролни општи и стоматолошки преглед	- према Програму превенције - одржавање оралне хигијене	- једанпут
6./7. година (полазак у основну школу)	- Друга ревакцинација	- Di-Te - Polio	- једанпут
	- Прва ревакцинација	- Мо-Ru-Par	- једанпут
	- контролни општи и стоматолошки преглед	- према Програму превенције - здравствено-васпитни рад везано за мјешовиту дентицију	- једанпут
8./9. година	- контролни општи и стоматолошки преглед	- према Програму превенције - здравствено-васпитни рад везано за мјешовиту дентицију, евидентирање стања здравља зуба и евентуалне присутности ортодонтских аномалија	- једанпут
11./12. година	- контролни општи и стоматолошки преглед	- према Програму превенције - здравствено-васпитни рад везано за мјешовиту дентицију	- једанпут
- 14/15. година	- Трећа ревакцинација	- Di-Te-pro adultus - Polio	- једанпут
	- контролни општи и стоматолошки преглед	- према Програму превенције - одржавање оралне хигијене, здравствено-васпитни рад везано за сталну дентицију	- једанпут
- 18. година	- Четврта ревакцинација	- Тетанус	- једанпут
	- систематски општи клинички преглед		- једанпут
Дјеци која се активно баве спортом у периоду адолесценције обезбјеђује се систематски преглед најмање једном годишње.			
Одрасло становништво (19 - 35 година)	- Систематски преглед	- анамнеза, општи клинички преглед и по системима - обавезан неуролошки статус (код жена и палпаторни преглед дојки), - стандардне лабораторијске претраге - оцјена здравственог стања - одређивање додатних медицинских испитивања у зависности од нађеног стања и фактора ризика	једанпут у добном периоду, код прегледа у случају болести или једанпут у пет година
Одрасло становништво (35 и више година)	- Систематски преглед	Исти садржај као код популације од 19 до 35 година уз допуну код: старијих од 50 година дигито-ректални преглед; код мушкараца палпаторни преглед простате; код лица са 65 и више година извршити процјену функционалног статуса	једанпут у двије године или једном у добном периоду код првог прегледа у случају болести

	- Посјета	За одрасле са 65 и више година: упознавање са здравственим стањем и функционалном способношћу старих; здравствено-васпитни рад	према индикацијама (за одрасле 65 и више година - једанпут годишње)
Жене генеративног доба (15-49 година)	Преглед у вези са планирањем породице (захтијева присуство оба партнера)	Здравствено-васпитни рад о значају одговорности везане за родитељство, потребе учешћа оба партнера у планирању породице и штетности намјерног прекида трудноће; анамнеза, клинички преглед, лабораторијска испитивања и по потреби одређивање врсте контрацепције	најмање два прегледа
Труднице - први триместар	Први преглед	Анамнеза, мјерење ТА и тјелесне масе, преглед дојки и брадавица, одређивање карличних мера, гинеколошки преглед: под спекулумом, бимануелни, колпоскопски; узимање вагиналног секрета и цитолошког налаза по РА; утврђивање старости трудноће; одређивање термина порођаја, инспекција доњих екстремитета; палпаторни преглед штитне жлијезде; тестирање на HIV; одређивање Rh фактора; одређивање крвне групе; лабораторијска испитивања; здравствено-васпитни рад; у случају сумње на високоризичну трудноћу, предузети одговарајуће мјере; код трудних жена са 35 и више година савјетовати једну од метода инвазивне пренаталне дијагностике	најмање један преглед
	Стоматолошки преглед	Здравствено-васпитни рад са савјетима о оралној хигијени	једанпут
Труднице - други триместар	Контролни преглед	Исти садржај као код првог прегледа, уз допуњу: слушање срчаних тонова плода, одређивање става и положаја плода; скрининг тест на хипергликемију и хипертензију; упућивање на психолошко-физичку припрему за порођај	четири пута
	Ултразвучни преглед	Утврђивање стања плода и тока трудноће	три пута
	Стоматолошки преглед	Флуор профилакса	једанпут
Труднице - трећи триместар	Посјета	Упознавање са здравственим стањем жене, сагледавање социо-економских и стамбених услова; здравствено-васпитни рад уз давање савјета у вези са његом, личном хигијеном и правилном исхраном	једанпут
	Превентивни стоматолошки преглед	- Здравствено-васпитни рад са савјетима о оралној хигијени	једанпут
Труднице - високоризична трудноћа	Контролни преглед	Праћење тока трудноће и предузимање потребних мјера	према индикацијама
	Циљани прегледи (генетска и друга испитивања)	Рано откривање фактора ризика за правилан развој плода	према индикацијама
	Посјета	Упознавање са факторима ризика трудне жене и давање савјета у вези са хигијенско-дијететским режимом у току трудноће	према индикацијама
Породиља	Први преглед	Гинеколошки преглед; праћење инволуције материце; преглед дојки; здравствено-васпитни рад	једанпут после порођаја након шест недјеља
	Контролни преглед	Гинеколошки преглед; утврђивање здравственог стања жене; здравствено-васпитни рад	једанпут након шест мјесеци
Жене 20 - 65 година	Циљани преглед на рано откривање рака грлића материце	Анамнеза, гинеколошки преглед (под спекулумом, колпоскопски са узимањем РА и вагиналног бриса, бимануелни); по потреби узимање биопсије; преглед дојки	једанпут годишње
	Циљани преглед на рано откривање рака дојке	Процена ризика на рак дојке (анамнеза, породична анамнеза, преглед) - од 30. године препорука и упутство за самопреглед дојке - од 40. године клинички преглед дојке - од 50. године - мамографски преглед	једном у том добном узрасту једном годишње једном у двије године
Жене 15 и више година	Систематски гинеколошки преглед	Анамнеза, гинеколошки преглед (под спекулумом, узимање РА и вагиналног бриса, колпоскопски, бимануелни); преглед дојки; лабораторијска испитивања; утврђивање здравственог стања и предузимање одговарајућих мјера	једанпут годишње код првог јављања љекару

Прилог број 2.

ИЗЈАВА о избору / промјени доктора породичне медицине

Име и презиме _____	Фонд здравственог осигурања Републике Српске
Јединствени матични број ЈМБГ <input type="text"/>	Пословница / експозитура _____
Број личне карте <input type="text"/>	Датум: / / / / / / / / / / Дан мјесец и година
Адреса _____	М.П.
Број телефона _____	

ПОДАЦИ О ДОКТОРУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

Име и презиме доктора породичне медицине _____	Здравствена установа / амбуланта _____
Разлог избора / промјене - шифра <input type="text"/>	ТПМ - шифра <input type="text"/>
Датум: / / / / / / / / / / Дан мјесец и година	Прихватам <input type="checkbox"/>
_____	Одбијам <input type="checkbox"/> Разлог одбијања - шифра <input type="text"/> *
потпис подносиоца изјаве	_____ М.П. потпис или факсимил доктора породичне медицине

ЕВИДЕНЦИЈА О СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИМ КОНСУЛТАНТИМА

Име и презиме специјалисте консултанта педијатра _____	Здравствена установа / амбуланта _____
Датум: / / / / / / / / / / Дан мјесец и година	Шифра специјалисте консултанта педијатра <input type="text"/>
_____	_____ М.П.
потпис законског заступника	потпис или факсимил специјалисте консултанта педијатра

Име и презиме специјалисте консултанта гинеколога _____	Здравствена установа / амбуланта _____
Датум: / / / / / / / / / / Дан мјесец и година	Шифра специјалисте консултанта гинеколога <input type="text"/>
_____	_____ М.П.
потпис осигураног лица	потпис или факсимил специјалисте консултанта гинеколога

Шифра разлога	Назив разлога избора / промјене доктора породичне медицине
01	Први избор - новорођени
02	Први избор - неопређијелена осигурана лица
03	Промјена након истека годину дана
04	Промјена унутар рока од годину дана - промјена мјеста пребивалишта или други сличан разлог
05	Промјена унутар рока од годину дана - ако доктор породичне медицине престане радити у уговорној здравственој установи
06	Промјена унутар рока од годину дана - ако доктор породичне медицине промијени сједиште амбуланте
07	Промјена унутар рока од годину дана - ако доктор породичне медицине буде дуже одсутан због школовања, болести и других сличних разлога
08	Промјена унутар рока од годину дана - на основу позива за ванредни избор
09	Промјена унутар рока од годину дана - ако број регистрованих осигураних лица прелази максималан број утврђен стандардима и нормативима

10	Промјена унутар рока од годину дана - на основу изјаве осигураног лица да је код доктора породичне медицине евидентиран без свог знања
11	Промјена унутар рока од годину дана - због поремећених међусобних односа
12*	Ако број регистрованих осигураних лица прелази максималан број утврђен стандардима и нормативима
13*	Ако између доктора породичне медицине и осигураног лица постоји поремећај међусобних односа

Изјава се попуњава у потребном броју примјерака

Прилог број 3.

ИНТЕРНА УПУТНИЦА ЗА
КОНСУЛТАТИВНО-СПЕЦИЈАЛИСТИЧКЕ ПРЕГЛЕДЕ

1 - ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПАЦИЈЕНТА		
Име:	Презиме:	
ЈМБГ:	Датум рођења:	
Адреса:	Пол: <input type="checkbox"/> Мушки <input type="checkbox"/> Женски	
Број телефона:		
2 - ПОДАЦИ О ОСНОВНОЈ УПУТНИЦИ		
Шифра доктора који је издао основну упутницу:		
Број протокола гдје је заprimљена основна упутница:		
Одјељење/клиника:		
3 - УПУТНА ДИЈАГНОЗА	МКБ шифра болести:	
4 - УПУЋУЈЕ СЕ НА:		
1. Консултативни преглед		
Код доктора:		
Специјалност:		
2. Дијагностику (заокружити):		
<input type="checkbox"/> УЗВ	<input type="checkbox"/> РТГ	<input type="checkbox"/> лабораторија
<input type="checkbox"/> патологија	<input type="checkbox"/> хумана генетика	<input type="checkbox"/> микробиологија
Тражи се _____		

(навести прецизно)		
5 - ОСЛОБОЂЕН ПЛАЋАЊА ПАРТИЦИПАЦИЈЕ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
Навести шифру основа ослобађања: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6 - ДАТУМ УПУЋИВАЊА:		
ВРИЈЕМЕ УПУЋИВАЊА:		

Потпис (факсимил) доктора

Прилог број 4.

УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ МР ПРЕГЛЕД

Упутницу у сарадњи са пацијентом испуњава доктор породичне медицине.

Ако упутница није адекватно попуњена, преглед се неће моћи обавити!

1 - ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПАЦИЈЕНТА		
Име:	Презиме:	
ЈМБГ:	Датум рођења:	
Адреса:	Пол: <input type="checkbox"/> Мушки	<input type="checkbox"/> Женски
Контакт тел. (кућни):	Контакт тел. (мобилни):	e-mail:
2 - ПОДАЦИ О ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ КОЈИ ПРЕДЛАЖЕ МР ПРЕГЛЕД		
Име доктора:	Презиме доктора:	
Специјалност (навести):		
Број телефона:		
3 - УПУТНА ДИЈАГНОЗА		МКБ шифра болести:
4 - Упућује се на МР:		
Обавезно приликом заказаног МР прегледа доставити сву ранију медицинску документацију, нарочито слике ранијих радиолошких прегледа!		
5 - ПОПУНИТИ ЗА СВЕ МР ПРЕГЛЕДЕ		
Да ли пацијент има метално страно тијело (имплантат, гелер,...)?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је пацијенту имплантиран електронски уређај (пејсмејкер, дефибрилатор итд.)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
У случају да је одговор на било коју од ових ставки потврдан, молимо навести врсту страног тијела/имплантата и дио тијела у којем се налази!		
Да ли пацијент болује од клаустрофобије?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је тјелесна тежина пацијента > 120 kg?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је пацијент имао неки проблем код претходног МР прегледа	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Ако јесте, описати проблем:		
6 - Ослобођен плаћања партиципације		
Навести шифру основа ослобађања: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Потврђујем на сопствену одговорност да су све наведене информације о пацијенту тачне. 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 или потпис
Мјесто: _____	М.П.	доктора породичне медицине:
Датум: _____		Шифра доктора: _____
7 - МЈЕСТО И ВРИЈЕМЕ ЗАКАЗАНОГ МР ПРЕГЛЕДА (попуњава ФЗО РС)		
Установа у којој ће се преглед обавити:		Шифра установе:
Мјесто прегледа:	Шифра прегледа:	Контакт телефон:
Датум прегледа:	Вријеме прегледа:	Бр. протокола:
Напомена: У случају спријечености обављања заказаног прегледа, јавити на:		
телефон: <u>051/249-116</u>	факс: <u>051/249-119</u>	e-mail:
		М.П.

Адреса:	Пол: <input type="checkbox"/> Мушки <input type="checkbox"/> Женски
Број телефона:	

2 - ПОДАЦИ О ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ КОЈИ ПРЕДЛАЖЕ ПРЕМЈЕШТАЈ:	
Име и презиме доктора:	
Специјалност доктора:	
Број телефона:	
Здравствена установа:	

3 - УПУТНА ДИЈАГНОЗА	МКБ шифра болести:

4 - УПУЋУЈЕ СЕ НА БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ:	
Болницу:	
На клинику:	
Службу:	
Одјељење:	

5 - ОСЛОБОЂЕН ПЛАЋАЊА ПАРТИЦИПАЦИЈЕ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Навести шифру основа ослобађања: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

6 - ДАТУМ УПУЋИВАЊА:
ВРИЈЕМЕ УПУЋИВАЊА:

Потпис (факсимил) доктора

На основу члана 49., а у вези са чланом 28. и чланом 43. став 2. Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", бр. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09 и 106/09) и члана 17. Статута Фонда здравственог осигурања Републике Српске ("Службени гласник Републике Српске", бр. 6/04, 19/05, 63/08, 64/09 и 105/09), Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске, на VIII сједници, одржаној 1. септембра 2011. године, донио је

ПРАВИЛНИК

О УТВРЂИВАЊУ СВОЈСТВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА, МАТИЧНОЈ ЕВИДЕНЦИЈИ И ЗДРАВСТВЕНОЈ КЊИЖИЦИ

I - ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Правилником о утврђивању својства осигураног лица, матичној евиденцији и здравственој књижици (у даљем тексту: Правилник) регулишу се:

а) утврђивање својства осигураног лица, односно потврђивање својства осигураника Фонда здравственог осигурања Републике Српске (у даљем тексту: Фонд),

б) вођење матичне евиденције у области здравственог осигурања,

в) услови и начин издавања, овјере и употребе здравствене књижице и

г) облик, величина, изглед и садржај здравствене књижице.

II - УТВРЂИВАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

Члан 2.

(1) Осигураним лицем Фонда (осигураник и члан уже породице, члан шире породице и члан пољопривредног домаћинства осигураника) сматра се лице које је на начин прописан законом, овим правилником и другим општим актима Фонда пријављено на здравствено осигурање.

(2) Осигураником Фонда сматра се осигурано лице које је:

а) пријављено на здравствено осигурање у Јединствени систем регистрације, контроле и наплате доприноса (у даљем тексту: Јединствени систем), који води Пореска управа Републике Српске и

б) пријављено на здравствено осигурање у Фонду, у складу са међународним споразумом.

(3) Члан уже породице, члан шире породице и члан пољопривредног домаћинства осигураника Фонда сматра се осигураним лицем Фонда уколико је пријављен на здравствено осигурање у Фонду на начин прописан међународним споразумом, законом, овим правилником и другим општим актима Фонда.

Члан 3.

(1) Својство осигураника Фонда из члана 2. став 2. тачка а) овог правилника потврђује Фонд на основу увида у Јединствени систем.

(2) Својство осигураника Фонда из члана 2. став 2. тачка б) овог правилника утврђује Фонд на основу пријаве на здравствено осигурање поднесене у складу са међународним споразумом.