

## III

У истом прилогу, Листа Б, у групи В - Крв и крвотворни органи; В01 - Антикоагуланси; В01А - Антикоагуланси (Антитромботичка средства), код лијека АТС: В01АФ01; INN: ривароксабан; облик лијека: филм-таблете; доза: 15 mg, 20 mg; мијења се индикација, и гласи:

“Секундарна превенција можданог удара према препоруци неуролога из Јединице за мождани удар. Примарна превенција исхемијског можданог удара код пацијената са невалвуларном атријалном фибрилацијом, по препоруци кардиолога”.

## IV

Ова одлука ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у “Службеном гласнику Републике Српске”, а примјењиваће се од 1.10.2016. године.

По овлашћењу  
Број: 02/002-5012-7/16 в.д. председника УО  
20. септембра 2016. године в.д. члан УО,  
Бања Лука Др **Сњежана Новаковић Бурсаћ**, с.р.

На основу члана 48. 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, 105/09, 119/11, 113/14 и 30/16), Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске, на XX сједници, одржаној 20.9.2016. године, д о н и о ј е

## ОДЛУКУ

## О ИЗМЈЕНИ И ДОПУНИ ОДЛУКЕ О УСВАЈАЊУ ЦЈЕНОВНИКА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

## I

У Одлуци о усвајању Цјеновника здравствених услуга (“Службени гласник Републике Српске”, број 58/16) у Прилогу - Цјеновник здравствених услуга Фонда здравственог осигурања Републике Српске, који је објављен на интернет страници Фонда: [www.zdravstvo-srpske.org](http://www.zdravstvo-srpske.org), бришу се дјелатност 9950 - Лијекови са обавезне листе и услуга 9950001 - Лијекови са обавезне листе.

У истом прилогу, у дјелатности 2240 - Завод за стоматологију, додају се услуге, како слиједи:

Ознака услуге	Назив услуге	Цијена у КМ
<b>2240</b>	<b>ЗАВОД ЗА СТОМАТОЛОГИЈУ</b>	
2240002	Консултативни преглед са писаним мишљењем	40,00
2240094	Примарна обрада ране са сутуром	20,40
2240132	Реадапација и реоклудација тоталне протезе	15,50
2240133	Реадапација и реоклудација оптуратора	15,50

## II

Ова одлука ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у “Службеном гласнику Републике Српске”.

У складу са овом одлуком, извршиће се измјене и допуне у прегледу Цјеновника здравствених услуга на интернет страници Фонда: [www.zdravstvo-srpske.org](http://www.zdravstvo-srpske.org).

По овлашћењу  
Број: 02/002-5012-9/16 в.д. председника УО  
20. септембра 2016. године в.д. члан УО,  
Бања Лука Др **Сњежана Новаковић Бурсаћ**, с.р.

На основу чл. 20, 43. и 48. 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 55. Правилника о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 102/11, 117/11, 128/11, 101/12 и 28/16) и члана 17.

Статута Фонда здравственог осигурања Републике Српске (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 6/04, 19/05, 63/08, 64/09, 105/09, 119/11, 113/14 и 30/16), Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске, на XX сједници, одржаној 20.9.2016. године, д о н и о ј е

## ОДЛУКУ

## О ИЗМЈЕНАМА И ДОПУНАМА ОДЛУКЕ О ПАРТИЦИПАЦИЈИ

## I

У Одлуци о партиципацији (“Службени гласник Републике Српске”, број 58/16) у тачки V под 1. Прегледи, код услуга из породичне медицине, брише се текст: “преглед умрлог у стану болесника са издавањем потврде - партиципација 5,5 КМ”.

У истој тачки под 2. Стоматологија додају се услуга и партиципација, и гласи:

“- Консултативни преглед са писаним мишљењем..... 5,00 КМ”.

У истој тачки под 2. Здравствена заштита текст под 14. мијења се и гласи:

“14. Услуге које се плаћају по јединичној цијени у оквиру модела 3 (корнеална топографија, пахиметрија, тестирање реактивности пацијента на нагибном столу - TILT тест, PCR CMV, имунофлуоресцентна дијагностика, индиректна офталмоскопија, ХРТ дијагностика глаукома и ОЦТ дијагностика) ..... 25%.”.

## II

Ова одлука ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у “Службеном гласнику Републике Српске”.

У складу са овом одлуком, извршиће се измјене и допуне у прегледу Цјеновника здравствених услуга на интернет страници Фонда: [www.zdravstvo-srpske.org](http://www.zdravstvo-srpske.org).

По овлашћењу  
Број: 02/002-5012-10/16 в.д. председника УО  
20. септембра 2016. године в.д. члан УО,  
Бања Лука Др **Сњежана Новаковић Бурсаћ**, с.р.

На основу чл. 20. и 48. 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”, бр. 106/09 и 44/15) и члана 17. Статута Фонда здравственог осигурања Републике Српске (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 6/04, 19/05, 63/08, 64/09, 105/09, 119/11, 113/14 и 30/16), Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске, на XX сједници, одржаној 20.9.2016. године, д о н и о ј е

## ПРАВИЛНИК

## О ИЗМЈЕНАМА ПРАВИЛНИКА О САДРЖАЈУ, ОБИМУ И НАЧИНУ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

## Члан 1.

У Правилнику о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 102/11, 117/11, 128/11, 101/12 и 28/16) у поглављу II - 3.1.2. Начин остваривања примарне здравствене заштите чл. од 13. до 24. мијењају се и гласе:

## “Члан 13.

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

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

## Члан 14.

(1) Осигурано лице има право на избор доктора из члана 13. овог правилника са верификоване листе здравствених установа у Републици Српској са којима Фонд има закључен уговор или предуговор.

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

(3) За малољетно лице или лице под старатељством избор доктора врши законски заступник.

## Члан 15.

Услуге специјалисте педијатра пружа онај доктор педијатар из здравствене установе у Републици Српској са којом Фонд закључи уговор о пружању услуга из области педијатријске здравствене заштите.

## Члан 16.

Услуге специјалисте гинеколога пружа онај доктор гинеколог из здравствене установе у Републици Српској са којом Фонд закључи уговор о пружању услуга из области гинеколошке здравствене заштите.

## Члан 17.

(1) Фонд објављује позив за кандидате за избор доктора на примарном нивоу здравствене заштите из члана 13. овог правилника (у даљем тексту: изабрани доктор), 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 се одређује за доктора који након спроведеног поступка из члана 19. овог правилника постаје изабрани доктор осигураног лица.

(5) Промјену изабраног доктора осигурано лице врши, у правилу, у периоду октобар - децембар текуће године за наредну годину, осим у случајевима регулисаним чланом 21. овог правилника.

## Члан 18.

(1) Избор доктора осигурано лице врши у амбуланти доктора којег жели да изабере испуњавањем података на обрасцу - изјава о избору/промјени доктора (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 код специјалисте педијатра или гинеколога, у зависности од тога да ли је извршен избор истих.

## Члан 19.

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

(2) Након спроведене верификације података о избору доктора, осигурано лице Фонда један примјерак изјаве доставља изабраном доктору. Фонд електронским путем обавјештава здравствену установу о извршеном избору, односно промјени изабраног доктора.

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

## Члан 20.

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

а) ако би број одређених осигураних лица које је регистровао регистрацијом нових осигураних лица прелазило максималан број утврђен стандардима и нормативима и б) поремећених међусобних односа.

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

(3) Доктор 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 21.

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

а) ако промијени мјесто пребивалишта или из другог оправданог разлога не може остваривати здравствену заштиту код дотадашњег изабраног доктора,

б) ако изабрани доктор престане радити у уговорној здравственој установи, промијени сједиште амбуланте или у случају оправданог дужег одсуствовања,

в) на основу позива за ванредни избор,

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

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

ђ) у случају поремећених међусобних односа.

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

## Члан 22.

(1) Осигурано лице које је извршило избор/промјену изабраног доктора у периоду октобар - децембар остварује здравствену заштиту код тог доктора од датума верификације података садржаних у изјави, а у другим случајевима 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 изабрани доктор 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, на начин који обезбјеђује заштиту тајности и сигурности података.

## Члан 23.

(1) Изабрани доктор је дужан 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) на:

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

б) консултативно-специјалистички преглед из других области медицине и

в) болничко лијечење.

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

а) медицинску рехабилитацију у заједници,

б) услуге заштите и унапређења менталног здравља и

в) одређене хигијенско-епидемиолошке услуге.

(3) Специјалиста 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 педијатар, односно специјалиста 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 изабрани доктор изда упутницу за коришћење здравствене заштите иако доктор сматра да осигураном 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 изабраног доктора да тражена здравствена услуга није неопходна, Фонд може одобрити рефундацију трошкова коришћења здравствене заштите."

#### Члан 2.

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

По овлашћењу  
Број: 02/002-5012-12/16 в.д. предсједника УО  
20. септембра 2016. године в.д. члан УО,  
Бања Лука Др **Сњежана Новаковић Бурсаћ**, с.р.

На основу члана 48. 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, 105/09, 119/11, 113/14 и 30/16), Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске, на XX сједници, одржаној 20.9.2016. године, у тврдио је

## САОПШТЕЊЕ

### О УКУПНИМ ИЗДАЦИМА ЗА ОБАВЕЗНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ ФОНДА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ ЗА 2015. ГОДИНУ

#### I

Укупни расходи Фонда здравственог осигурања Републике Српске за обавезно здравствено осигурање у 2015. години износили су 732.375.649,00 КМ, и то:

1. примарна здравствена заштита	193.106.110,00 КМ,
2. секундарна и терцијарна здравствена заштита	321.909.385,00 КМ,
3. лијекови	97.119.279,00 КМ,
4. ортопедске справе и помагала	8.348.534,00 КМ,
5. превоз у болницу	2.908.128,00 КМ,
6. остали облици здравствене заштите	4.226.006,00 КМ,
7. средства за побољшање услова рада у здравству, спровођење реформе	8.130.349,00 КМ,
8. накнаде боловања преко 30 дана	11.430.234,00 КМ,
9. трошкови спровођења здравственог осигурања	19.485.802,00 КМ,
10. остали расходи	65.711.822,00 КМ,
УКУПНО:	732.375.649,00 КМ.

#### II

Права из обавезног здравственог осигурања у 2015. години имало је укупно 910 055 осигураних лица, од чега 582

788 осигураника (носилаца осигурања) и 327 267 чланова породице осигураника.

#### III

Просјечан мјесечни расход по осигурану у 2015. години износио је 104,72 КМ, а по осигураном лицу 67,06 КМ.

#### IV

Ово саопштење објавиће се у "Службеном гласнику Републике Српске" и доставити иностраним носиоцима осигурања са којим Босна и Херцеговина има закључене споразуме о социјалном осигурању ради израчунавања мјесечног паушалног износа просјечних трошкова по осигураном лицу.

По овлашћењу  
Број: 02/002-5012-5/16 в.д. предсједника УО  
20. септембра 2016. године в.д. члан УО,  
Бања Лука Др **Сњежана Новаковић Бурсаћ**, с.р.

На основу члана 48. 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, 105/09, 119/11, 113/14 и 30/16), Управни одбор Фонда здравственог осигурања Републике Српске, на XX сједници, одржаној 20.9.2016. године, у тврдио је

#### ИСПРАВКУ

#### Одлуке о измјенама и допунама Одлуке о начину финансирања секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици Српској у 2016. години

1. У Одлуци о измјенама и допунама Одлуке о начину финансирања секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици Српској у 2016. години ("Службени гласник Републике Српске", број 17/16) у тачки I исправља се грешка у алинеји 15) и умјесто досадашњег текста алинеја 15) гласи:

"15. сви случајеви код којих је пацијент примљен због вршења једнодневног ендоскопског третмана (бронхоскопија, хистероскопија, колоноскопија, гастроскопија), без седације 92515-\*\* или опште анестезије 92514-\*\* код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан признаће се по коефицијенту од 0,2 бода,

15.1. сви случајеви код којих је пацијент примљен због вршења дијагностичког ендоскопског третмана - гастроскопије (панендоскопија дуоденума - 30473-00 уз седацију 92515-\*\* или општу анестезију 92514-\*\*), код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан признаће се по коефицијенту 0,24 бода,

15.2. сви случајеви код којих је пацијент примљен због вршења дијагностичког ендоскопског третмана - колоноскопије (колоноскопија -32090-00 уз седацију 92515-\*\* или општу анестезију 92514-\*\*), код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан признаће се по коефицијенту 0,26 бодова и

15.3. сви случајеви код којих је пацијент примљен због вршења комбинованог дијагностичког ендоскопског третмана - колоноскопије (колоноскопија - 32090-00 и панендоскопија дуоденума - 30473-00 уз седацију 92515-\*\* или општу анестезију 92514-\*\*), код којих је пацијент отпуштен исти или сљедећи дан признаће се по коефицијенту 0,44 бода."

2. Ова исправка ће се објавити у "Службеном гласнику Републике Српске".

По овлашћењу  
Број: 02/002-5012-8/16 в.д. предсједника УО  
20. септембра 2016. године в.д. члан УО,  
Бања Лука Др **Сњежана Новаковић Бурсаћ**, с.р.

Након савјета са изворним текстом утврђено је да се у Одлуци о усвајању Цјеновника медицинских средстава ("Службени гласник Републике Српске", бр. 58/16 и 61/16) поткрала грешка, па се да је