

XIII

У истом прилогу у дјелатности 3350 - НУКЛЕАРНА МЕДИЦИНА мијења се цијена услуге под ознаком 3350482 - Вентилациона сцинтиграфија плућа, те се износ: "173,20 КМ" замјењује износом: "446,00 КМ".

XIV

У истом прилогу у дјелатности 8040 - ОРЛ мијења се цијена услуге под ознаком 8040004 - Отомикроскопија, те се износ: "19,90 КМ" замјењује износом: "22,50 КМ".

XV

У истом прилогу у дјелатности 8070 - ДЕРМАТОВЕНЕ-РОЛОГИЈА мијења се назив услуге под ознаком 8070004 и исти умјесто: "Дермоскопски преглед по једној лезији" гласи: "Дермоскопски преглед".

XVI

У истом прилогу у дјелатности 8110 - ОФТАЛМОЛОГИЈА мијења се цијена услуге под ознаком 8110002 - Преглед коморног угла - гониоскопија, те се износ: "6,10 КМ" замјењује износом: "9,20 КМ".

XVII

Ова одлука ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику Републике Српске", а примјењује се од 1.1.2018. године.

У складу са овом одлуком извршиће се измјене и допуне у прегледу Цјеновника здравствених услуга на интернет страници Фонда: www.zdravstvo-srpske.org.

Број: 02/002-8117-6/17 Предсједник
15. децембра 2017. године Управног одбора,
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, 106/09 и 110/16), члана 8. став 3. Закона о здравственој заштити ("Службени гласник Репу-

блике 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 XII редовној сједници, одржаној 15.12.2017. године, д о н и о ј е

ПРАВИЛНИК

О ДОПУНИ 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, 28/16 и 83/16) у поглављу II - 3.3. Дијагностичке процедуре, у члану 34. додаје се став 5, који гласи:

"(5) Од 1.1.2018. године упућивање на дијагностичке процедуре: магнетна резонанца (МР) и компјутеризована томографија (КТ) може се вршити и на основу нових образаца упутница које се налазе у прилогу овог правилника. Нови образци упутница могу се размјењивати у електронском облику између Фонда и здравствених установа, те се осигурано лице јавља на заказани преглед без претходног преузимања упутнице код доктора породичне медицине. Доктору породичне медицине електронским путем омогућава се увид у електронски облик налаза и мишљења здравствене установе у којој је пружена дијагностичка процедура."

Члан 2.

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

Број: 02/002-8117-7/17 Предсједник
15. децембра 2017. године Управног одбора,
Бања Лука Др **Сњежана Новаковић Бурсаћ**, с.р.

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:		
УПУТНА ДИЈАГНОЗА	МКБ шифра болести:	

ГРАЖИ СЕ	
КЛИНИЧКО ПИТАЊЕ	
ПОДАЦИ О ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ КОЈИ ПРЕДЛАЖЕ МР - ПРЕГЛЕД	
Шифра:	
Име:	Презиме:
Специјалност:	Шифра специјалност:
Установа:	Мјесто:
Телефон:	
ПОПУНИТИ ЗА СВЕ МР ПРЕГЛЕДЕ	
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 странио 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 ранијим 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.

Овим потврђујем да је пацијент упознат и сагласан са процедуром прегледа и сматрам да је физички и психички способан да приступи истом.

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

Здравствена установа ПЗЗ:

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: У случају спријечености обављања заказаног прегледа, јавити на:

Телефон: 051/249-116

Факс: 051/226-391

E-mail : mr-kt@zdravstvo-srpske.org

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 ≤ 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 захтијеваном 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 КТ 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:		
УПУТНА ДИЈАГНОЗА		МКБ шифра болести:
ТРАЖИ СЕ		
КЛИНИЧКО ПИТАЊЕ		
ПОДАЦИ О ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ КОЈИ ПРЕДЛАЖЕ КТ ПРЕГЛЕД		
Шифра:		
Име:	Презиме:	
Специјалност:	Шифра специјалности:	
Установа:	Мјесто:	
Телефон:		
ПОПУНИТИ ЗА СВЕ КТ ПРЕГЛЕДЕ		
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 ранијим 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:		
<p>Потврђујем на сопствену одговорност да су све горе наведене информације о пацијенту тачне.</p> <p>Овим потврђујем да је пацијент упознат и сагласан са процедуром прегледа и сматрам да је физички и психички способан да приступи истом.</p> <p>Такође се обавезујем да ћу ажурирати наведене податке о пацијенту уколико дође до било каквих промјена од момента заказивања до датума прегледа.</p>		
Здравствена установа ПЗЗ:		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: У случају спријечености обављања заказаног прегледа, јавити на:

Телефон: 051/249-116 Факс: 051/226-391 Е-mail: mr-kt@zdravstvo-srpske.org

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 ≤ 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 захтијеваном 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.