

**ПРАВИЛНИК
О ПРИНЦИПИМА, УСЛОВИМА И КРИТЕРИЈУМИМА ЗА ЗАКЉУЧИВАЊЕ
УГОВОРА СА ДАВАОЦИМА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У РЕПУБЛИЦИ
СРПСКОЈ У 2019. ГОДИНИ**

("Сл. гласник РС", бр. 112/2018 и 87/2019)

I - ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1

(1) Овим правилником уређују се принципи, услови и критеријуми за закључивање уговора о пружању здравствене заштите осигураним лицима (у даљем тексту: Правилник) између Фонда здравственог осигурања Републике Српске (у даљем тексту: Фонд) и здравствених установа у Републици Српској - јавних и приватних (у даљем тексту: давалац услуга) у 2019. години.

(2) Износ планираних новчаних средстава за уговарање са даваоцима услуга у 2019. години утврђује се Финансијским планом - Буџетом Фонда здравственог осигурања Републике Српске (у даљем тексту: Буџет Фонда).

Члан 2

Поједини појмови (термини) коришћени у овом правилнику имају сљедеће значење:

- 1) породична/општа медицина је основни облик организовања примарног нивоа здравствене заштите, гдје тим породичне медицине чини прву линију контакта и уласка осигураних лица Фонда у систем здравствене заштите,
- 2) тим породичне медицине (ТПМ) је основни облик организовања примарног нивоа здравствене заштите, а чији су носиоци верификовани од стране Фонда,
- 3) верификована листа кандидата је акт којим се потврђује испуњење услова здравствене установе за уговарање области породичне медицине, педијатрије и гинекологије спроведено по поступку јавног позива у складу са чланом 17. Правилника о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту,
- 4) примарни ниво здравствене заштите је основна здравствена заштита заснована на практичним, научно доказаним и социјално прихватљивим методама и технологији која је универзално приступачна појединцима и породицама; то је први ниво контакта са здравственим системом, односно однос између корисника и даваоца услуге,
- 5) секундарна и терцијарна (болничка) здравствена заштита је специјализована, односно високоспецијализована здравствена заштита која обухвата сложене, односно најсложеније методе и поступке дијагностике, лијечења и рехабилитације,

- 6) цјеновник је акт Фонда којим се утврђују цијене здравствених услуга, односно медицинских средстава,
- 7) Буџет Фонда је акт Фонда усвојен од стране Управног одбора Фонда, уз сагласност Владе Републике Српске, који садржи процјену прихода и расхода здравственог осигурања за 2019. годину, а који је сачињен у складу са Законом о буџетском систему Републике Српске,
- 8) осигурано лице је лице ком је тај статус утврђен од стране Фонда и које је као такво евидентирано у Фонду,
- 9) регистровано лице је лице које је извршило избор доктора у складу са Правилником о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту,
- 10) верификовано лице је лице чију је регистрацију потврдио Фонд у складу са Правилником о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту,
- 11) број становника локалне заједнице у смислу овог правилника званични је податак Републичког завода за статистику Републике Српске,
- 12) општа капитација и коефицијент тежинске капитације су параметри којим се на основу добне групе, односно полне групе, регистрованог, односно верификованог становништва утврђују износ уговорених средстава за лијекове који се издају на рецепт и распоред средстава примарне здравствене заштите у ТПМ,
- 13) понуда представља преглед и структуру здравствених услуга које ће давалац услуге пружати осигураним лицима Фонда у 2019. години и
- 14) иноосигураник је лице које користи здравствену заштиту на основу болесничког листа у складу са међународним споразумом.

II - ПРИНЦИПИ УГОВАРАЊА СА ДАВАОЦИМА УСЛУГА У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Члан 3

Принципи уговарања са даваоцима услуга у Републици Српској су:

- 1) могућност уговарања пружања здравствених услуга са јавним и са приватним даваоцима услуга,
- 2) уговарање по рефералним нивоима здравствене заштите,
- 3) уговарање плаћања за примарни ниво здравствене заштите по буџетском начину плаћања у складу са стандардима и нормативима здравствене заштите,
- 4) уговарање плаћања за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите по комбинованом начину плаћања и

5) уговарање услуга педијатрије и гинекологије у складу са стандардима и нормативима здравствене заштите.

III - УСЛОВИ ЗА ЗАКЉУЧИВАЊЕ УГОВОРА СА ДАВАОЦИМА УСЛУГА У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Члан 4

(1) Основни услов за закључивање уговора са даваоцем услуга јесте да је давалац услуга регистрован за обављање здравствене дјелатности, што се доказује одговарајућим рјешењем Министарства здравља и социјалне заштите.

(2) Ако је даваоцу здравствених услуга надлежно министарство издало привремено рјешење о испуњености услова за рад, са њим се може уговорити пружање здравствених услуга само уколико надлежне службе Фонда утврде да због побољшања доступности здравствене заштите и у другим оправданим случајевима постоји потреба за уговарањем пружања услуга.

IV - КРИТЕРИЈУМИ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ИЗНОСА СРЕДСТАВА ЗА УГОВАРАЊЕ СА ДАВАОЦИМА УСЛУГА У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

IV - 1. Примарни ниво здравствене заштите

Члан 5

(1) Уговарање услуга примарног нивоа здравствене заштите врши се са здравственим установама којим је Фонд верификовао листе кандидата:

1) јавним здравственим установама:

1. домом здравља,

2. специјалистичком амбулантом породичне медицине;

2) приватним здравственим установама:

1. специјалистичком амбулантом породичне медицине,

2. специјалистичким центром (који у свом саставу има специјалистичку амбуланту породичне медицине).

(2) Структура и садржај примарног нивоа здравствене заштите дефинисани су чланом 36. Закона о здравственој заштити и одредбама овог правилника.

Члан 6

Критеријуми за уговарање висине средстава са даваоцем услуга на примарном нивоу здравствене заштите за 2019. годину су:

1) цијена тима у односу на стандард у складу са Правилником о основима стандарда и норматива здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања, уз примјену одговарајућих одредби овог правилника,

2) општа капитација и коефицијент тежинске капитације по добним групама за утврђивање висине средстава која се уговарају за ТПМ слjedeће вриједности:

Редни бр.	Добна група	Тежински коефицијент капитације
1.	0-1	2,73
2.	2-6	2,02
3	7-15	0,94
4.	16-30	0,99
5.	31-64	1,67
6.	65 и више	2,56

Број осигураних лица је основ за уговарање слjedeћих дјелатности:

1) породична медицина, за осигурана лица старости седам и више година живота, која обухвата и ампулиране лијекове,

2) лабораторијска дијагностика,

3) радиолошка и ултразвучна дијагностика примарног нивоа,

4) стоматологија (превентивна, дјечија, општа, ортопедија вилица и орална хирургија),

5) хигијенско-епидемиолошка заштита (ХЕЗ),

6) заштита и унапређење менталног здравља (ЦМЗ),

7) рехабилитација у заједници (ЦБР),

8) прописивање лијекова на рецепт.

Члан 8

Број становника је основ за уговарање дјелатности хитне медицинске помоћи (ХМП).

Члан 9

Хитна медицинска помоћ уговара се на основу броја становника у складу са Правилником о основима стандарда и норматива здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања, осим ако:

- 1) дом здравља има мање од 10% тима за хитну медицинску помоћ - средства уговара у висини средстава за једну трећину тима хитне медицинске помоћи,
- 2) дом здравља има од 10% до 50% тима по стандардима - хитну медицинску помоћ уговара у висини средстава за једну половину тима хитне медицинске помоћи,
- 3) дом здравља има више од 50%, а мање од 100% тима по стандардима - хитну медицинску помоћ уговара у висини средстава за један тим хитне медицинске помоћи.

Члан 10

Са приватним здравственим установама примарног нивоа здравствене заштите којим је Фонд верификовао листе кандидата уговарају се услуге:

- 1) породичне медицине, за осигурана лица старости седам и више година живота, која обухвата и ампулиране лијекове,
- 2) лабораторијске дијагностике,
- 3) радиолошке и ултразвучне дијагностике примарног нивоа и
- 4) прописивање лијекова на рецепт.

Члан 11

Ако приватна здравствена установа примарног нивоа здравствене заштите из претходног члана овог правилника није регистрована за извршење услуга под тачком 2) и/или тачком 3), дужна је прије закључења уговара са Фондом за 2019. годину да достави закључени уговор, у правилу са територијално најближим даваоцем услуга (јавним или приватним) који је регистрован за извршење предметних услуга тако да корисници те услуге не плаћају, већ их остварују на основу упутнице.

Члан 12

Дом здравља може да уговара дјелатност хигијенскоепидемиолошких услуга, дјелатност заштите и унапређења менталног здравља, дјелатност рехабилитације у заједници те стоматолошку здравствену заштиту и за друге домове здравља који нису оспособљени за пружање услуга из ових дјелатности, под условом да се поменуто регулише закључивањем уговора који је потребно доставити Фонду прије закључења уговора о пружању и финансирању примарног нивоа здравствене заштите у 2019. години.

Члан 13

(1) Са домом здравља уговара се вршење санитарског превоза осигураних лица Фонда у медицински индикованим случајевима који су регулисани Правилником о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту, а плаћање ће се вршити по буџетском моделу плаћања.

(2) Са домом здравља уговара се и вршење превоза осигураних лица Фонда на дијализу по извршеној услузи, а плаћање се врши по испостављеним мјесечним фактурама из средстава која су Буџетом Фонда планирана за дијализу и превоз на дијализу.

Члан 14

Дом здравља може да уговори услуге породилишта ако испуњава прописане услове у складу са чланом 55. Закона о здравственој заштити.

IV - 2. Педијатрија

Члан 15

(1) Са здравственим установама којима је Фонд верификовао листе кандидата за област педијатрије уговарају се услуге:

1. специјалистички преглед (Пакет 1):

- контролни преглед доктора специјалисте;

2. дијагностичке процедуре (Пакет 2):

- преоперативна обрада дјетета са издавањем налаза,

- специјалистички преглед у сврху категоризације дјетета,

- диогиторектални преглед,

- ЕКГ и интерпретација налаза,

- УЗ преглед у педијатрији,

- узимање бриса грла, носа, вулве, ране,

- издавање љекарских увјерења,

- пријава заразних болести,

- индивидуална обука мајки о исхрани и хигијени дјетета,

- систематски преглед дојенчета и контролни систематски преглед,

- систематски преглед предшколског дјетета и контролни систематски преглед,

- систематски преглед при упису у школу,
- анализа и израда извјештаја о извршеном систематском прегледу,
- превентивне активности за предшколску дјецу;

3. терапијске процедуре (Пакет 3):

- давање интрамускуларне, супкутане и интравенске инјекције,
- давање инфузије,
- давање клизме,
- инхалације,
- превијање малих рана,
- превијање средњих рана,
- обрада кожних инфекција,
- стављање имобилизационог завоја,
- реанимација,
- обрада пупка, њега усне дупље, коже и др. код новорођенчета,
- испирање уха и ока,
- мјерење крвног притиска,
- антропометријска мјерења,
- клистир код малог дјетета,
- терапија кисеоником.

(2) Критеријуми за утврђивање висине средстава за све услуге из претходног става су:

1. цијена тима за дјелатност педијатрије која обухвата и ампулиране лијекове по стандардима утврђеним у складу са Правилником о основима стандарда и норматива здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања,

2. број евидентираних лица за тимове доктора педијатра.

(3) Са даваоцима услуга из области педијатрије поред пружања пакета услуга из ових области уговара се и прописивање лијекова на рецепт.

(4) Критеријуми за утврђивање висине средстава за лијекове из става 2. овог члана одређују се на бази укупних трошкова за лијекове из претходне године у предметној дјелатности.

(5) Здравствена установа која има закључен уговор из области педијатрије све пружене услуге вакцинације дјеце регистроване код доктора педијатара посебно ће фактурисати по цијени услуге утврђене у Цјеновнику Фонда. Уз наведену фактуру здравствена установа доставља извјештај о пруженим услугама давања вакцине.

IV - 3. Гинекологија

Члан 16

(1) Са здравственим установама којима је Фонд верификовао листе кандидата за област гинекологије уговарају се услуге:

1. специјалистички преглед (Пакет 1):

- контролни преглед доктора специјалисте;

2. дијагностичке процедуре (Пакет 2):

- узимање бриса за Папаниколау тест, припрема препарата и читавање,

- узимање бриса VS,

- колпоскопија.

- систематски преглед труднице,

- контролни преглед труднице,

- израда плана превенције карцинома грлића материце,

- анализа и извјештај о активностима превенције карцинома грлића материце,

- рад са групом - предавање,

- рад са групом - вјежба,

- УЗ преглед у гинекологији и акушерству,

- УЗ преглед са вагиналном сондом,

- антропометријска мјерења труднице,

- обука труднице за пород,

- палпаторни преглед дојке;

3. терапијске процедуре (Пакет 3):

- ИУД вађење или стављање,

- биопсија ПВУ,

- polyrectomia,

- одстрањивање кондилома,

- туширање грлића материце,

- давање инјекционе терапије у ординацији,

- укључивање инфузије у ординацији,

- превијање у ординацији,

- пријава заразног или малигног обољења,

- вођење регистра малигнома,

- савјетовање младих о репродуктивном здрављу, полно преносивим болестима и планирању породице,

- СТГ - кардиотокографија.

(2) Критеријуми за утврђивање висине средстава за све услуге из претходног става су:

1. цијена тима за дјелатност гинекологије која обухвата ампулиране лијекове по стандардима утврђеним у складу са Правилником о основима стандарда и норматива здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања,

2. број евидентираних осигураних лица за тимове доктора гинеколога.

(3) Са даваоцима услуга из области гинекологије поред пружања пакета услуга из ових области уговара се и прописивање лијекова на рецепт.

(4) Критеријуми за утврђивање висине средстава за лијекове из става 2. овог члана одређују се на бази укупних трошкова за лијекове из претходне године у предметној дјелатности.

IV - 4. Начин и поступак за закључење уговора са апотекама

(1) Ради избора здравствених установа - апотека са којима ће се уговорати издавање лијекова на рецепт и одређених врста медицинских средстава на налог у 2019. години на терет Фонда, Фонд ће упутити позив за подношење пријава за уговарање предметних услуга.

(2) Позив из претходног става може бити отворен најкасније до 20.12.2018. године, а објављује се на службеној интернет страници Фонда и у једном штампаном гласилу у Републици Српској.

(3) Заинтересоване апотеке уз пријаву на наведени позив дужне су да доставе сљедећу документацију:

1. актуелни извод из судског регистра са подацима о свакој пословној јединици, не старији од 60 дана,
 2. овјерене копије рјешења Министарства здравља и социјалне заштите о испуњености услова за обављање дјелатности,
 3. увјерење издато од стране Пореске управе Републике Српске о уплаћеним порезима и доприносима, закључно са 30.9.2018. године,
 4. овјерену копију биланса успјеха, са пријемним печатом АПИФ-а, који доказује да апотека није пословала са исказаним губитком за претходну пословну 2017. годину,
 5. овјерену копију уговора са пословном банком о отвореном жиро рачуну установе преко ког ће се вршити финансијске трансакције са Фондом,
 6. изјаву о прихватању издавања лијекова на рецепт и медицинских средстава на рецепт/налог осигураним лицима Фонда уз накнаду за издавање утврђену одлуком надлежног органа Фонда,
 7. изјаву о прихватању обавезе да ће апотека обезбиједити довољне количине свих лијекова са Листе лијекова која се издају на терет Фонда,
 8. изјаву о прихватању одгођеног плаћања од 60 дана и
 9. изјаву о прихватању примјене позитивних прописа у вези са процедурама одобравања права осигураних лица која су утврђена актима Фонда.
- (4) Пријаве које се поднесу након истека рока дефинисаног у позиву и пријаве које не садрже наведене прилоге у траженом облику у правилу неће бити прихваћене.
- (5) Уговорену накнаду апотеци за издавање лијекова на рецепт / медицинских средстава на рецепт/налог утврђује Фонд посебним актом.
- (6) Референтна цијена лијекова са Листе лијекова и цијене медицинских средстава утврђују се у складу са актима који регулишу ову материју.

IV - 5. Консултативно-специјалистичка заштита и дијагностичке процедуре

Члан 18

Закључивање уговора са даваоцима услуга консултативно-специјалистичке заштите и дијагностичких процедура вршиће се у складу са елементима из Одлуке наведене у члану 19. став 2. овог правилника, а по припадајућем моделу плаћања по релативној вриједности бода.

IV - 6. Секундарна и терцијарна (болничка) здравствена заштита

Члан 19

(1) Услуге секундарне и терцијарне (болничке) здравствене заштите уговарају се са специјалистичком амбулантом, специјалистичким центром, болницом, заводом, специјалном болницом, клиничким центром и другим здравственим установама за дјелатности за које су оспособљене.

(2) Врсте услуга и начин плаћања истих даваоцима услуга секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, а у оквиру средстава предвиђених Буџетом Фонда, регулисаће се Одлуком о начину финансирања секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици Српској у 2019. години.

Члан 20

Са здравственом установом секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите уговара се вршење превоза осигураних лица Фонда до и из других болница у медицински индикованим случајевима регулисаним Правилником о садржају, обиму и начину остваривања права на здравствену заштиту након извршене услуге, односно испостављаним фактурама из средстава која су Буџетом Фонда планирана за превоз.

Члан 21

(1) Са болницом која је оспособљена за пружање услуга хемодијализе уговара се пружање одређених услуга хемодијализе у складу са цијенама из Цјеновника Фонда.

(2) Услуге из става 1. овог члана плаћају се из средстава која су Буџетом Фонда планирана за хемодијализу.

Члан 22

(1) Са јавним здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите које повремено ангажују вањске стручњаке ради пружања здравствених услуга које се налазе у Регистру здравствених услуга које се не раде у Републици Српској за текућу годину, уз сагласност Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске, уговара се пружање истих.

(2) Цијене услуга из претходног става утврђују се посебним цјеновником Фонда.

IV - 7. Уговарање спровођења пројеката

Члан 23

Фонд може да закључи уговор за спровођење пројеката из области здравствене заштите у складу са правилником којим се регулише ова материја.

IV - 8. Уговарање са осталим даваоцима услуга у Републици Српској

Члан 24

Фонд ће уговарати пружање здравствених услуга осигураним лицима са осталим даваоцима услуга (заводима, институтима, специјализованим установама за рехабилитацију и другим специјализованим установама) по рефералним нивоима здравствене заштите на основу стандарда и норматива здравствене заштите, броја верификованих осигураних лица, цијене тима, цијене болнички опскрбљеног дана (БОД), цијене услуге утврђене у Цјеновнику Фонда у оквиру средстава предвиђених Буџетом Фонда.

Члан 25

Ради уговарања издавања денталних и других медицинских средстава која се израђују по мјери, а издају на налог у 2019. години на терет Фонда, јавне здравствене установе могу поднијети захтјев за закључење уговора за 2019. годину уз прилагање овјерене копије рјешења Министарства здравља и социјалне заштите о испуњености услова за обављање дјелатности.

Члан 26

(1) Ради избора испоручиоца свих медицинских средстава, осим денталних медицинских средстава, са којима ће се уговарати издавање истих на налог у 2019. години на терет Фонда, Фонд ће упутити позив за подношење пријава за уговарање предметних услуга.

(2) Позив из претходног става може бити отворен најкасније до 20.12.2018. године, а објављује се на службеној интернет страници Фонда и у једном штампаном гласилу у Републици Српској.

(3) Заинтересована правна лица уз пријаву на наведени позив дужна су да доставе сљедећу документацију:

1. актуелни извод из судског регистра, не старији од 60 дана,
2. овјерену копију рјешења Министарства здравља и социјалне заштите о испуњености услова за обављање дјелатности,
3. потврду о упису у Регистар произвођача медицинских средстава у Агенцији за лијекове и медицинска средства БиХ - за установе које се пријављују за уговарање производње медицинских средстава по наруцби,

4. увјерење издато од стране Пореске управе Републике Српске о уплаћеним порезима и доприносима, закључно са 30.9.2018. године,
 5. овјерену копију биланса успјеха, са пријемним печатом АПИФ-а, који доказује да правно лице није пословало са исказаним губитком за претходну пословну 2017. годину,
 6. потврду о регистрованом ЈИБ-у,
 7. овјерену копију уговора са пословном банком о отвореном жиро рачуну преко ког ће се вршити финансијске трансакције са Фондом,
 8. изјаву о прихватању издавања медицинских средстава на налог осигураним лицима Фонда по цијени из Цјеновника Фонда,
 9. изјаву о прихватању одгођеног плаћања од 60 дана и
 10. изјаву о прихватању примјене позитивних прописа у вези са процедурама одобравања права на медицинско средство утврђено актима Фонда.
- (4) Пријаве које се поднесу након истека рока дефинисаног у позиву и пријаве које не садрже наведене прилоге у траженом облику неће бити прихваћене.

V - ПОСЕБНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 27

За потребе здравствених установа Фонд ће вршити јавне набавке на основу закљученог споразума о спровођењу процедура јавних набавки, а у складу са Законом о јавним набавкама и подзаконским актима који регулишу ову област.

Члан 28

Фонд ће тромјесечно пратити промјену броја верификованих осигураних лица код даваоца услуга, те по том основу може вршити пропорционално усклађивање уговорених средстава у случају да се број верификованих осигураних лица промијени за више од $\pm 3\%$.

Члан 29

Приватне здравствене установе примарног нивоа из члана 5. став (1) тачка 2) овог правилника имају обавезу да се придржавају прописаних правила о начину координације рада здравствених установа на примарном нивоу здравствене заштите које прописује директор дома здравља, у складу са чланом 56. Закона о здравственој заштити.

Члан 30

(1) За услуге које је давалац услуга уговорио, а тренутно није у могућности да их извршава, дужан је да закључи уговор у правилу са најближим даваоцем услуга (јавним или приватним) који испуњава прописане услове за рад тако да корисници те услуге не плаћају, већ их остварују на основу упутнице.

(2) Трошкови пружених услуга плаћаће се из средстава уговорног даваоца услуга ако нису плаћени по основу уговора између даваоца услуга из става 1. овог члана.

Члан 31

(1) Фонд са даваоцем услуга уговара ризик прекорачења трошкова код прописивања лијекова на рецепт, осим за одређене лијекове из групе цитостатика, опијатних аналгетика, антиепилептика, антипаркинсоника, психолептика, имуносупресива, хормона хипофизе и хипоталамуса и аналога, нутрицијената и вјештачких заслађивача.

(2) Списак лијекова за које се не уговара ризик прекорачења трошкова налази се у Прилогу број 1, који чини саставни дио овог правилника.

(3) Доктори који су од стране Фонда овлашћени за прописивање лијекова на рецепт дужни су да воде регистар осигураних лица којима се у терапији прописују лијекови из става 2. овог члана.

(4) Ризик прекорачења трошкова из става 1. овог члана сноси здравствена установа примарног нивоа, осим ако је препоруку за прописивање лијека на рецепт дала здравствена установа болничке/КСЗ здравствене заштите, када се ризик прекорачења трошкова дијели у сразмјери 50% здравствене установе примарног нивоа, а 50% здравствене установе болничке/КСЗ здравствене заштите.

Члан 32

(1) Финансијска структура уговора са даваоцем услуга на примарном нивоу исказује се на посебним обрасцима Фонда према дјелатностима из члана 7. овог правилника, а исказује се за сваки тим породичне медицине.

(2) Обрасци из претходног става налазе се у Прилогу број 2, који чини саставни дио овог правилника, а објављују се на службеној интернет страници Фонда.

Члан 33

(1) Здравствене установе које закључују уговор са Фондом дужне су да обезбиједи техничке и организационе претпоставке за електронску размјену података са информационом системом Фонда те да користе функционалности пословно-информационог система Фонда као што су web сервиси, web апликације и слично.

(2) Здравствена установа је у обавези да у периоду важења уговора прати промјене у информационом систему Фонда и техничким упутствима и да их у предвиђеном року примијени у свој информациони систем.

(3) Здравствена установа је обавезна да учествује у имплементацији интегрисаног здравственог информационог система (ИЗИС).

Члан 34

(1) Јавне здравствене установе дужне су да пружају уговорени садржај здравствених услуга и иноосигураницима на основу обима права исказаног у болесничком листу у складу са међународним споразумом.

(2) За извршене здравствене услуге из става 1. овог члана Фонд ће здравственој установи признати испостављену фактуру у висини од 80% од фактурисаног износа, а 20% фактурисаног износа задржава се ради намиривања трошкова спровођења међународних конвенција.

(3) Плаћање пружених здравствених услуга из става 1. овог члана вршиће се на основу испостављене фактуре, а у висини од 80% признатог и фактурисаног износа.

(4) У случајевима основаног оспоравања фактура од стране иностраног носиоца здравственог осигурања, извршиће се корекција фактурисаног и плаћеног износа.

VI - КОНТРОЛА ИЗВРШЕЊА И ПОВРЕДА УГОВОРЕНИХ ОБАВЕЗА

Члан 35

(1) Овлашћени радници Фонда за контролу, за вријеме трајања уговора, вршиће сталну контролу код давалаца услуга, са аспекта законитог, правилног и досљедног извршења обавеза из закључених уговора.

(2) Даваоци услуга дужни су уредно водити потребне евиденције, медицинску, финансијску и другу документацију везану за спровођење уговора.

(3) Приликом контроле од стране овлашћених радника Фонда за контролу давалац услуга је дужан дати на увид сву тражену документацију како би се могла извршити квалитетна контрола.

(4) Поступак и начин вршења контроле регулисани су посебним актом Фонда.

Члан 36

Повреде уговорених обавеза, уговорне казне и раскид уговора поближе се дефинишу уговором између Фонда и давалаца услуга.

VII - ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 37

За прва три мјесеца наредне године финансирање пружања здравствене заштите може се вршити на основу елемената из закључених уговора за 2019. годину.

Члан 38

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

Самостални члан Правилника о измјени и допуни Правилника о принципима, условима и критеријумима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга у Републици Српској у 2019. години

("Сл. гласник РС", бр. 87/2019)

Члан 2

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику Републике Српске", а примјењиваће се од 1.11.2019. године.

Прилог у PDF формату можете преузети [овдје](#)

Прилог број 1.

ЦИТОСТАТИЦИ

АТС	INN	Облик лијека	Доза	Припадност Листи
L01BA01	метотрексат	таблете	2,5 mg	A
L01CB01	егопозид	капсуле	50 mg	A1
L01XX05	хидроксикарбамид	капсуле	500 mg	A1
L02BA01	тамоксифен	таблете	10 mg	A
L02BV03	бикалутамид ¹	филм-таблете	50 mg	A
ИНДИКАЦИЈА	1 – Лијечење хормонски зависног метастатског рака простате (C61) уз препоруку специјалисте онколога.			
L02BG03	анастрозол ²	филм-таблете	1 mg	A
	ексеместан ²	обложене таблете	25 mg	A
ИНДИКАЦИЈА	2 – Лијечење хормонски зависног метастатског карцинома дојке (C50) након неуспјеха терапије са тамоксифеном или контраиндикације за тамоксифен код постменопаузалних жена уз препоруку специјалисте онколога.			
L02BG04	летрозол	таблете	2,5 mg	A
L01BV02	меркаптопурин	таблете	50 mg	A1

ОПИЈАТНИ АНАЛГЕТИЦИ

АТС	INN	Облик лијека	Доза	Припадност Листи
N02AA01	морфин ¹	сируп	10 mg/5 ml	A
		орални раствор	10 mg/5 ml; 30 mg/5 ml	A
		оралне капи	20 mg/ml	A
N02AB03	фентанил ¹	трансдермални фластер	50 mcg/h	A
			25 mcg/h	A
			100 mcg/h	A

АТС	INN	Облик лијека	Доза	Припадност Листи
N03AA02	фенобарбитон	таблете	100 mg	A
N03AE01	клоназепам	таблете	0,5 mg	A
			2 mg	
ИНДИКАЦИЈА	1- За лијечење хроничног умјерено јаког до јаког канцерског бола на тзв. трећој аналгетичкој степенаци (C00-C97). Након што су исцрпљене друге фармакотерапијске могућности у лијечењу бола, а на препоруку специјалисте неуролога или анестезиолога, у терапији: тешког неуропатског бола (неспецифична неуралгија - M79.2), постхерпетичке неуралгије (G53.0), тригеминалне неуралгије (G50.0), дијабетичке амиотрофије (G73.0), болних поремећаја оптичког нерва (H47.0), каузалгије (G56.4), спондилодисцитиса (M50.1 и M51.1), дерматополиомиозитиса (M33.0) и посттрауматске неуралгије.			
N02AX02	трамадол ¹	капсуле	50 mg	A
		филм-таблете	100 mg	A
		оралне капи, раствор	100 mg/ml	A
		таблете са модификованим ослобађањем	100 mg	A
N02AE01	бупренорфин ¹	трансдермални фластер	35 mcg/h 52,5 mcg/h 70 mcg/h	A
ИНДИКАЦИЈА	1 - За лијечење хроничног умјерено јаког до јаког канцерског бола на тзв. трећој аналгетичкој степенаци (C00 - C97) на препоруку специјалисте онколога. Након што су исцрпљене друге фармакотерапијске могућности у лијечењу бола, а на препоруку специјалисте неуролога или анестезиолога, у терапији: тешког неуропатског бола (неспецифична неуралгија - M79.2), постхерпетичке неуралгије (G53.0), тригеминалне неуралгије (G50.0), дијабетичке амиотрофије (G73.0), болних поремећаја оптичког нерва (H47.0), каузалгије (G56.4), спондилодисцитиса (M50.1 и M51.1), дерматополиомиозитиса (M33.0) и посттрауматске неуралгије.			

АНТИЕПИЛЕПТИЦИ

N03AF01	карбамазепин	таблете	200 mg	A
		таблете са продуженим ослобађањем	400 mg	A
		сируп	100 mg/5 ml	A1
N03AF02	окскарбамазепин	орална суспензија	60 mg/ml	A
		филм-таблете	300 mg; 600 mg	
N03AG01	натријум-валпроат	таблете са продуженим ослобађањем	300 mg; 500 mg	A
N03AG01	валпроинска киселина	сируп	300 mg/5 ml	A1
N03AX09	ламотригин	таблете	25 mg; 50 mg; 100 mg	A
		таблете за жвакање	5 mg	A
N03AG04	вигабатрин ¹	пулвис	500 mg	A1
N03AX11	топирамат ¹	таблете	25 mg; 50 mg; 100 mg	A
ИНДИКАЦИЈА	1 – За болеснике са епилепсијом рефрактерном на друге антиепилептике, по препоруци педијатра или неуролога/неуропсихијатра.			
N03AX14	леветирацетам ²	филм-таблете	250 mg; 500 mg; 1000 mg	A
ИНДИКАЦИЈА	2 – Епилепсија (G40).			
N03AX12	габапентин	капсуле	100 mg; 300 mg; 400 mg	B

АНТИПАРКИНСОНИЦИ

АТС	INN	Облик лијека	Доза	Припадност Листи
N04AA02	бипериден	таблете	2 mg	A
N04BA02	леводопа, бензеразид	таблете	(100 + 25) mg	A
		капсуле	(100 + 25) mg	A1
N04BC01	бромокриптин	таблете	2,5 mg	A
N04BC04	ропиниrol ¹	филм-таблете	0,25 mg; 1 mg; 2 mg	A
		таблете са продуженим ослобађањем	2 mg; 4 mg; 8 mg	
N04BC05	прамипексол ¹	таблете	0,18 mg; 0,7 mg	A
		таблете са продуженим ослобађањем	0,26 mg; 0,52 mg; 1,05 mg; 2,1 mg; 3,15 mg	
ИНДИКАЦИЈА	1 – Само за лијечење узнатредовалог стадијума Паркинсонове болести (G20), по препоруци неуролога.			
N04BA03	леводопа, карбидопа, ентакапон ²	филм -таблете	(100 + 25 + 200) mg	B
			(150 + 37,5 + 200) mg	
ИНДИКАЦИЈА	2 – Након исцрпљених терапијских могућности лијечења Паркинсонове болести (G20) антипаркинсонцима прве линије, уз препоруку специјалисте неуролога.			

ПСИХОЛЕПТИЦИ

АТС	INN	Облик лијека	Доза	Припадност Листи
N05AB02	флуфеназин	обложене таблете	2,5 mg; 5 mg	A
N05AD01	халоперидол	таблете	2 mg; 10 mg	A
N05AH02	клозапин	таблете	25 mg; 100 mg	A
N05AH03	оланзапин	филм-таблете, распадљиве таблете за уста	5 mg; 10 mg	A
N05BA01	дiazepam ¹	таблете	10 mg	A
N05BA12	алпразолам	таблете	0,5 mg; 1 mg	A
ИНДИКАЦИЈА	1 – Шизофренија, поремећаји слични шизофренији (F20 – F29).			
N05BA01	дiazepam ²	микроклизма	5 mg/2,5 ml; 10 mg/2,5 ml	A1
ИНДИКАЦИЈА	2 – По препоруци педијатра или неуролога.			
N05AA01	хлоропромазин	таблете	25 mg	A
N05BA09	клобазам ³	таблете	10 mg; 20 mg	A1
ИНДИКАЦИЈА	3 – Као помоћна терапија у лијечењу епилепсије (G40), по препоруци педијатра или неуролога.			
N05AX08	рисперидон ¹	филм-таблете	1 mg; 2 mg; 3 mg; 4 mg	B
		распадљиве таблете за уста	0,5 mg; 1 mg; 2 mg	
N05AX12	арипипразол	орално дисперзибилна таблета	10 mg	B
N05CF02	золпидем	филм-таблете	5 mg; 10 mg	B

ИМУНОСУПРЕСИВИ

АТС	INN	Облик лијека	Доза	Припадност Листи
L04AA01	циклоспорин ¹	капсуле	25 mg; 50 mg; 100 mg	A
		орални раствор	100 mg/ml; 50 ml	
L04AA05	такролимус ¹	капсуле	0,5 mg; 1 mg; 5 mg	A
		тврда капсула са продуженим ослобађањем	0,5 mg; 1 mg; 3 mg; 5 mg	

		таблета са продуженим ослобађањем	0,75 mg; 1 mg; 4 mg	
L04AA06	микофенолат мофетил ¹	капсуле	250 mg	A
L04AA06	микофенолна киселина ¹	гастрорезистентне таблете	180 mg; 360 mg	A
L04AA10	сиролимус ¹	таблете	1 mg	A1
ИНДИКАЦИЈЕ	1 - Аутоимуне болести, хронична бубрежна инсуфицијенција (N18), трансплантација органа (Z94).			

ХОРМОНИ ХИПОФИЗЕ И ХИПОТАЛАМУСА И АНАЛОЗИ

АТС	INN	Облик лијека	Доза	Припадност Листи
H01AC01	соматропин ¹	инјекција, прашак и растварач за раствор за инјекцију и напуњеном инјекционом пену	5 mg/1,5 ml; 10 mg/1,5 ml; 5,3 mg/ml; 12 mg/ml	A
ИНДИКАЦИЈЕ	1 - Хипопитуитаризам (E23.0). - Турнеров синдром (Q96). - Као супституциона терапија код младих особа са урођеним или стеченим дефицитом хормона раста.			

НУТРИЦИЈЕНТИ И ВЈЕШТАЧКИ ЗАСЛАЂИВАЧИ

АТС	INN	Облик лијека	Доза	Припадност Листи
V06CA01	дијететски препарат ¹	прашак		A
V06DX01	дијететски препарат ¹	прашак, течност		A
ИНДИКАЦИЈЕ	- 1 – Само за пацијенте обољеле од фенилкетонурије (E70).			

