

I. PREDLOG ČLENOV

Na podlagi 13. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.) je skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na xx. redni seji dd. mm. 2024 sprejela

SPREMEMBE IN DOPOLNITVE PRAVIL obveznega zdravstvenega zavarovanja

1. člen

V Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US, 163/22 in 124/23) se v 2. členu v 23. točki besedilo »na podlagi 78.a člena zakona« nadomesti z besedilom »z zadržanimi pravicami«.

2. člen

17. člen se črta.

3. člen

V 29. členu se v prvem odstavku:

- v 1. točki napovedni del točke spremeni tako, da se glasi:
»1. prevleke, koreninskega zatička z nazidkom in inleja, onleja ali overleja, če:«;
- v 2. točki v drugi alineji vejica in besedilo »ki niso na koncu zobne vrste« črtata;
- v 3. točki v drugi alineji besedilo »na koncu zobne vrste (najmanj kočniki) enostransko« nadomesti z besedilom »zapored, ki so na koncu zobne vrste ali v vrzeli«.

4. člen

V 56. členu se drugi stavek črta.

5. člen

V 59. členu se v prvem odstavku v 1. točki besedilo »in jih mora zagotavljati v skladu s 107. členom pravil« črta.

6. člen

V 65. členu se v prvem odstavku v prvi alineji beseda »svoje« in besedilo »in jih mora zagotavljati v skladu s 105. in 107. členom pravil« črtata.

7. člen

V 91. členu se v prvem odstavku:

- v 8. točki beseda »kontinuirano« črta, za besedo »medceličnini« pa doda beseda »zahtevnega«;
- 8.a točka spremeni tako, da se glasi:
»8.a sistema za merjenje glukoze v medceličnini, ki obsega senzorje, sprejemnik in oddajnik ali medicinskega pripomočka, ki vključuje kombinacije medicinskih pripomočkov iz te točke;«.

8. člen

105. člen se spremeni tako, da se glasi:

»105. člen

(1) Standardi zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih so strokovno – doktrinarno utemeljene zdravstvene storitve glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, skladno s presojo njenega osebnega ali napotnega zdravnika, ki so izvedene tako, da:

- zdravstvena obravnava zavarovane osebe poteka kot celostna storitev,
- temeljijo na z dokazi podprti medicini (npr. slovenske smernice zdravljenja, v Sloveniji potrjene mednarodne smernice zdravljenja).

(2) Celostna storitev je zdravstvena obravnava zavarovane osebe na način, da se časovno in krajevno strnjeno izvedejo potrebne zdravstvene storitve pri izvajalcu.«.

9. člen

107. člen se črta.

10. člen

V 112. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) Standardni material zobozdravstvene storitve iz 28. člena pravil in zobno-protetičnega pripomočka iz 29. člena pravil je za:

1. zalivko v vidnem sektorju, razen v primeru iz 2. točke tega odstavka – kompozitni material;
2. zalivko v vidnem sektorju na mlečnem zobu – kompozitni material ali kompomer;
3. zalivko v stranskem (transkaninem) sektorju, razen v primeru iz 4., 5. in 6. točke tega odstavka – amalgam;
4. zalivko v stranskem (transkaninem) sektorju na mlečnem zobu – kompozitni material ali kompomer, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov;
5. zalivko v stranskem (transkaninem) sektorju na zobu zavarovane osebe, mlajše od 26 let, nosečnice in doječe matere – kompozitni material, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov;
6. zalivko na ličnikih zavarovane osebe, ki ni zajeta v prejšnji točki – kompozitni material, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov;
7. inlej, onlej in overlej – kompozitni material ali porcelan;
8. koreninski zatiček z nazidkom ali koreninska kapica z zatičkom – srebropaladijeva zlitina ali druga polžlahтна zlitina, ki je najcenejša na slovenskem trgu, pri čemer šteje za standard dva grama zlitine po členu, kobaltkromova zlitina ali zlitina s primerljivimi lastnostmi;

9. konfekcijski zatiček – z vlakni ojačan kompozit, titan ali titanova zlitina;
10. dograditev na konfekcijskem zatičku – kompozitni material;
11. prevleko in mostiček – kobaltkromova zlitina ali zlitina s primerljivimi lastnostmi, kompozitni material, porcelan ali monolitna keramika;
12. dvojno prevleko – žlahtna zlitina, ki je najcenejša na slovenskem trgu, pri čemer šteje za standard štiri grame zlitine po konusni ali teleskopski prevleki (zunanja in notranja);
13. umetno dlesen mostička – kompozitni material ali porcelan;
14. protezo – akrilat;
15. delano protezo s kovinsko bazo – akrilat in kovinska baza iz kobaltkromove zlitine ali zlitine s primerljivimi lastnostmi;
16. zobje v protezi – akrilat in kompozitni material.«.

V drugem odstavku se:

- v 2. točki za besedo »porcelan« doda vejica in besedilo »in kobalt kromova zlitina« nadomesti z besedilom »kobaltkromova zlitina ali zlitina s primerljivimi lastnostmi ali monolitna keramika«;
- v 3. točki beseda »ulita« črta in besedilo »kobaltkromove ali podobne zlitine« nadomesti z besedilom »kobaltkromove zlitine ali zlitine s primerljivimi lastnostmi«.

V šestem odstavku se besedilo »najcenejšega materiala na slovenskem trgu iz 4., 5., 7. in 8. točke« nadomesti z besedilom »najcenejše polžlahtne zlitine iz 8. točke in žlahtne zlitine iz 12. točke«.

11. člen

V 113. členu se v drugem odstavku:

- za 2. točko doda nova, 2.a točka, ki se glasi:
»2.a pogodbene cene izposojenega individualno prilagojenega artikla;«;
- v 3. točki za besedo »cena« doda besedilo »iz 4. točke tega odstavka«;
- za 5. točko doda nova, 5.a točka, ki se glasi:
»5.a pogodbene cene izdanega individualno izdelanega medicinskega pripomočka, ko cenovni standard iz prejšnje točke ni ekonomsko upravičen za zavod;«.

12. člen

V 116. členu se v petem odstavku v napovednem stavku beseda »kontinuirano« črta, za besedo »medceličnini« pa doda beseda »zahtevni«.

V šestem odstavku se v napovednem stavku beseda »spremljanje« nadomesti z besedo »merjenje«.

13. člen

V 121. členu se v drugem odstavku:

- v 1.a točki za besedo »mesecev« doda podpičje;
- 2. točka spremeni tako, da se glasi:
»2. inlej onlej in overlej 7 let;«;
- v 4. točki besedilo »nazidek z zatičkom« nadomesti z besedilom »koreninski zatiček z nazidkom«;
- za 4. točko doda nova, 4.a točka, ki se glasi:
»4.a konfekcijski zatiček in dograditev 7 let;«;

- v 9. točki besedilo »proteza z ulito« nadomesti z besedilom »delna proteza s«.

14. člen

V 122. členu se v prvem odstavku:

- v 1.a točki za besedo »mesecev« doda podpičje;
- v 2. točki besedilo »vlito zalivko« nadomesti z besedilom »inlej, onlej in overlej«;
- v 4. točki besedilo »nazidek z zatičkom« nadomesti z besedilom »koreninski zatiček z nazidkom«;
- za 4. točko doda nova, 4.a točka, ki se glasi:
»4.a konfekcijski zatiček in dograditev 1 leto;«.

15. člen

V 137. členu se v prvem odstavku:

- v 2. točki za besedo »zaradi« doda besedilo »bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom« in za besedo »delu« dodata vejica in besedilo »razen v primerih iz 3. in 4. točke tega odstavka«;
- 2.a točka črta;
- v 3. točki številka »20« nadomesti s številko »30«;
- v 4. točki številka »20« nadomesti s številko »30«.

16. člen

V 141. členu se v prvem odstavku:

- v 1. točki za besedo »upokojitvi« doda besedilo »in druge odpravnine«;
- v 8. točki pika nadomesti s podpičjem in doda nova, 9. točka, ki se glasi:
»9. dohodki, ki se v skladu z drugimi predpisi ne vštevajo v osnovo za obračun nadomestil.«.

17. člen

V 158. členu se tretji, četrti in peti odstavek črtajo.

18. člen

159. člen se črta.

19. člen

181. člen se spremeni tako, da se glasi:

»181. člen

Zavarovana oseba ima pravico do nenujnega reševalnega prevoza iz 2., 3. ali 4. točke 54. člena pravil, če njegovo utemeljenost z izdajo listine zavoda za reševalni prevoz ugotovi:

- osebni zdravnik;

- napotni zdravnik – za prevoz zavarovane osebe na in z dialize ali zaradi premestitve v drugo bolnišnico, iz bolnišnice v zdravilišče ali iz bolnišnice, zdravilišča ali od napotnega zdravnika na dom;
- zdravnik zdravilišča, v katerem zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja – za prevoz zavarovane osebe iz zdravilišča na dom.«.

20. člen

182. člen se spremeni tako, da se glasi:

»182. člen

Če ekipo nujne medicinske pomoči aktivira dispečerska služba zdravstva, osebni ali drug zdravnik, utemeljenost nujnega reševalnega prevoza zavarovane osebe ugotovi zdravnik ali diplomirani zdravstvenik kot del ekipe nujne medicinske pomoči z izdajo ustreznega obrazca, določenega s predpisom, ki ureja službo nujne medicinske pomoči.«.

21. člen

183. člen se spremeni tako, da se glasi:

»183. člen

(1) Če zavarovana oseba, njeni svojci ali kdo drug v njenem imenu naroči reševalni prevoz pri izvajalcu reševalnih prevozov, sama plača stroške prevoza.

(2) Če v primeru iz prejšnjega odstavka zdravnik, ki prevzame zavarovano osebo v zdravljenje, ugotovi, da je bil reševalni prevoz nujen in ji o tem izda listino zavoda za reševalni prevoz, lahko zavarovana oseba od zavoda zahteva povračilo stroškov nujnega reševalnega prevoza v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot se krijejo iz obveznega zavarovanja na dan opravljenega prevoza.«.

22. člen

V 187. členu se tretji odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(3) Zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov zavarovane osebe z zdravstvenim stanjem iz 1. in 3. točke prvega odstavka in iz drugega odstavka 30. člena pravil se izvaja pri izvajalcu na terciarni ravni.«.

Za tretjim odstavkom se doda nov četrti odstavek, ki se glasi:

»(4) Izvajalec v primeru zdravstvenih stanj iz 2. ali 3. točke prvega odstavka 30. člena pravil pred začetkom rehabilitacije izdelava načrt ortodontsko-implantološko-protetične rehabilitacije.«.

23. člen

V 188. členu se v prvem odstavku v drugem stavku v 2. točki za besedo »leta« dodata vejica in besedilo »razen, če so prevleke del mostička, ki ni pravica«.

24. člen

V 196. členu se za prvim odstavkom doda nov, drugi odstavek, ki se glasi:

»(2) Napotnica ni potrebna, če osebni ali napotni zdravnik v okviru zdravstvene obravnave določenega zdravstvenega stanja naroči rentgensko slikanje pri izvajalcu, pri katerem dela.«.

Dosedanji drugi odstavek postane tretji odstavek.

25. člen

V 204. členu se v drugem odstavku v prvi alineji besedilo »v 24 urah od« nadomesti z besedilom »najpozneje naslednji dan od dneva«.

V tretjem odstavku se:

- v prvem stavku za besedo »izdaje« doda besedilo »zdravila ali v 15 dneh od tega datuma, če je obnovljivi recept na dan ponovne izdaje zdravila še veljaven« in besedilo »predvideno ponovno izdajo zdravila« nadomesti z besedilom »predvidenim datumom naslednje izdaje zdravila«;
- za drugim stavkom doda nov, tretji stavek, ki se glasi:
»Predviden datum naslednje izdaje zdravila na obnovljivi recept se šteje od datuma predhodne izdaje zdravila.«.

26. člen

V 212. členu se v prvem odstavku v 1. točki v šesti alineji besedilo »sistema za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini« nadomesti z besedilom »sistema za merjenje glukoze v medceličnini zahtevnega«, beseda »spremljanje« pa z besedo »merjenje«.

V petem odstavku se besedilo »na predlog kliničnega inštituta, ki oblikuje doktrino na področju preskrbe s pripomočki in spremlja njeno izvajanje, določi« nadomesti z besedilom »lahko predlaga izvajalec na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki ima usposobljen tim, določi pa jih«.

27. člen

V 213.a členu se v prvem odstavku v 18. točki pika nadomesti s podpičjem in doda nova, 19. točka, ki se glasi:

»19. individualno izdelane čevlje.«.

V drugem odstavku se v prvi alineji za števnikom »17.« doda besedilo »in 19.«.

V tretjem odstavku se v prvi alineji za števnikom »10.« doda besedilo »in 19.«.

V četrtem odstavku se v prvi alineji za števnikom »7.« doda besedilo »in 19.«.

28. člen

V 216. členu se v drugem odstavku v prvi alineji besedilo »sistema za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini« nadomesti z besedilom »sistema za merjenje glukoze v medceličnini zahtevnega«, beseda »spremljanje« pa z besedo »merjenje«.

29. člen

222. člen se črta.

30. člen

V 228.e členu v prvem odstavku:

- se v tretji alineji beseda »in« nadomesti z vejico in doda nova, četrta alineja, ki se glasi: »– na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in«;
- dosedanja četrta alineja postane peta alineja.

31. člen

V 228.f členu v prvem odstavku:

- se v četrti alineji beseda »in« nadomesti z vejico in doda nova, peta alineja, ki se glasi: »– na zahtevo zavoda drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, in«;
- dosedanja peta alineja postane šesta alineja.

32. člen

V 229. členu se v petem odstavku v drugi alineji številka »20« nadomesti s številko »30«.

33. člen

V 230. členu se tretji odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(3) Delodajalci in zavarovanci, ki so sami zavezanci za plačilo prispevka in so vpisani v Poslovni register Slovenije, prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom prevzamejo potrdila o upravičeni zadržanosti od dela iz prvega odstavka tega člena in potrdila o prostovoljnem darovanju krvi ter izvedejo prijavo nezgode in poškodbe pri delu.«.

34. člen

V 235. členu se v prvem odstavku beseda »tri« nadomesti z besedo »pet«.

Za prvim odstavkom se doda nov, drugi odstavek, ki se glasi:

»(2) Ne glede na prejšnji odstavek lahko osebni zdravnik pri zavarovancu, ki je na podlagi odločbe začasno zadržan od dela skrajšan delovni čas, sam ugotovi začasno zadržanost od dela za preostanek ur do polnega delovnega časa, vendar ne več kot pet dni v koledarskem mesecu in ne dlje kot do konca z odločbo odobrene začasne zadržanosti od dela za skrajšan delovni čas. Če osebni zdravnik meni, da so tudi po petih dneh v koledarskem mesecu še podani razlogi za začasno zadržanost od dela, še isti dan, ko to ugotovi, napoti zavarovanca k imenovanemu zdravniku.«.

35. člen

Za 244. členom se doda nov, 244.a člen, ki se glasi:

»244.a člen

(1) Če po izdaji odločbe o začasni zadržanosti od dela nastanejo nova dejstva ali novi dokazi, ki narekujejo izdajo drugačne odločbe, jo lahko imenovani zdravnik brez obnove postopka delno ali v celoti spremeni na predlog osebnega zdravnika, ki ga ta lahko poda v enem mesecu od izdaje odločbe o začasni zadržanosti od dela.

(2) Nova dejstva in novi dokazi iz prejšnjega odstavka se lahko upoštevajo tudi v pritožbenem postopku.

(3) Če je po izdaji odločbe o začasni zadržanosti od dela pri zavarovancu ugotovljena preostala delovna zmožnost z izvršljivo odločbo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, lahko imenovani zdravnik na predlog osebnega zdravnika ali po uradni dolžnosti brez obnove postopka delno ali v celoti spremeni odločbo o začasni zadržanosti od dela z veljavnostjo za naprej.

(4) V primeru iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena že uveljavljene začasne zadržanosti od dela ni mogoče odpraviti.«.

36. člen

V 252. členu se v drugem odstavku v 1. točki za besedilom »ko zavarovana oseba« doda besedilo »z zadržanimi pravicami«, besedilo »v času, ko nima poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, če zdravstveno storitev uveljavi zavarovana oseba iz tretjega odstavka 158. člena pravil in ne gre za družinskega člana iz četrtega odstavka 158. člena pravil« pa črta.

37. člen

253. člen se spremeni tako, da se glasi:

»253. člen

Stroški zdravstvene storitve, ki jih je plačala zavarovana oseba z zadržanimi pravicami, se ji povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot do vrednosti iz prvega odstavka prejšnjega člena, veljavni na dan opravljene zdravstvene storitve.«.

38. člen

V 256. členu se v tretjem odstavku:

- 2. točka spremeni tako, da se glasi:
»2. obveznosti plačila prispevka, ki ga pobira zavod;«;
- 9. točka spremeni tako, da se glasi:
»9. zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in povračilo oziroma izplačilo denarnih dajatev zavarovane osebe, ki je imela zadržane pravice;«.

PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA

39. člen

(1) 5. točka spremenjenega prvega odstavka 112. člena pravil se začne uporabljati 1. januarja 2025.

(2) Naslednje določbe pravil se začnejo uporabljati 1. julija 2025:

- spremenjena 1. točka prvega odstavka 29. člena;
- spremenjeni prvi odstavek 112. člena, razen 5. in 6. točke, spremenjeni 2. in 3. točka drugega odstavka in spremenjeni šesti odstavek 112. člena pravil;
- spremenjeni 2. in 4. točka, nova 4.a točka in spremenjena 9. točka drugega odstavka 121. člena;
- spremenjeni 2. in 4. točka in nova 4.a točka prvega odstavka 122. člena.

(3) 6. točka spremenjenega prvega odstavka 112. člena pravil se začne uporabljati 1. januarja 2027.

(4) Do začetka uporabe določb iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena se uporabljajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US, 163/22 in 124/23).

(5) Ne glede na prejšnji odstavek je trajnostna doba vlite zalivke, ki jo zavarovana oseba prejme do 1. julija 2025, pet let.

40. člen

Te spremembe in dopolnitve začnejo veljati 1. oktobra 2024.

Št. 0072-58/2023-DI/
Ljubljana, dne 6. maja 2024
EVA 2024-2711-0040

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Drago Delalut
predsednik skupščine

Soglašam!

Dr. Valentina Prevolnik Rupel
ministrica
za zdravje

II. OBRAZLOŽITEV ČLENOV

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja¹ (v nadaljnjem besedilu: pravila) podrobneje urejajo vrste in obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ), obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb, pogoje in postopke za uresničevanje pravic iz OZZ, standarde zdravstvenih storitev in pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb in nadzor uresničevanja pravic in obveznosti iz OZZ.

Pravila sprejme skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: zavod) v soglasju z ministrom za zdravje na podlagi 26. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju² (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) ter 13. člena v zvezi s 1. in z 2. točko prvega odstavka 70. člena in s prvim odstavkom 71. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije³.

Predlog sprememb in dopolnitev pravil (v nadaljnjem besedilu: novela pravil) se nanaša na naslednje spremembe in dopolnitve, s katerimi se spremeni natančnejši obseg zdravstvenih storitev, primerneje uredijo postopki uveljavljanja pravic, pravila uskladijo s predpisi in besedilo pravil notranje uskladi:

1. Zobozdravstvene storitve:

- a. preimenovanje zobno-protetičnih pripomočkov (v nadaljnjem besedilu: ZPP): zaradi strokovno ustrežnejšega poimenovanja se posamezni ZPP preimenujejo (npr. »nazidek z zatičkom« v »koreninski zatiček z nazidkom«, »vlita zalivka« v »inlej, onlej in overlej«, »parodontalno podprta proteza« v »delno protezo s kovinsko bazo«);
- b. pravica do mostička: zaradi strokovno ustrežnejše opredelitve se spremeni opredelitev pravice do mostička, ko manjkajo v eni vrzeli zapored najmanj trije zobje;
- c. pravica do delne proteze, če zavarovani osebi manjkajo najmanj trije zobje: ureditev se dopolni zaradi večje jasnosti ureditve ter posledično enotnejšega ravnanja izvajalcev in enakopravnejše obravnave zavarovanih oseb;
- d. standardi zobozdravstvenih storitev (v nadaljnjem besedilu: ZS) in ZPP:
 - zaradi zagotavljanja primernejše in kakovostnejše zdravstvene obravnave otrok se doda nov standardni material (kompomer) za zalivko na mlečnem zobu v vidnem in stranskem sektorju;
 - zaradi zahtevane postopne opustitve uporabe amalgama se razširi uporaba kompozitnega materiala (v nadaljnjem besedilu: kompozit), kot standardnega materiala zalivk v stranskem sektorju;
 - zaradi zagotavljanja primernejše in kakovostnejše zdravstvene obravnave zavarovanih oseb se posodablja nekateri drugi standardni materiali ZPP;
 - trajnostna doba inleja, onleja in overleja se podaljša iz pet na sedem let, kot velja za prevleko, saj gre za primerljiva ZPP;
 - zaradi strokovno ustrežnejšega poimenovanja se »kobalt kromova zlitina« oziroma »kobaltkromova ali podobna zlitina« preimenujeta v »kobaltkromovo zlitino ali zlitino s primerljivimi lastnostmi«;
- e. zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov: zaradi večje dostopnosti do teh zdravstvenih storitev je razširjen krog njihovih izvajalcev tako, da jih bodo pri določenih zdravstvenih stanjih lahko opravljali tudi izvajalci na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti in ne več izključno izvajalec na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti;

¹ Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US, 163/22 in 124/23

² Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23

³ Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.

- f. predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije: zaradi ugotavljanja izpolnjevanja pogojev za uveljavljanje pravice do posamičnih prevlek je dopolnjena ureditev njihovega potrjevanja.
- 2. Zdravila in živila na recept:**
- rok za izdajo zdravila, ki je predpisano na recept v okviru nujnega zdravljenja, se podaljša zaradi lažjega uveljavljanja pravice;
 - rok za ponovno izdajo zdravila in živila na obnovljivi recept se podaljša zaradi lažjega uveljavljanja pravice;
 - določi se način štetja predvidenega datuma naslednje izdaje zdravila in živila na obnovljivi recept zaradi jasnosti ureditve ter posledično enotnejšega ravnanja lekarn in enakopravnejše obravnave zavarovanih oseb;
 - vloga za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, ki ga zavarovana oseba kupi v drugi državi članici EU na podlagi recepta, ali v tujini zaradi motnje v preskrbi v slovenskih lekarnah: enako kot v drugih postopkih se kot sestavina vloge določi dokumentacija na zahtevo zavoda, ki je potrebna zaradi pravilne ugotovitve dejanskega stanja (pogojev za odobritev povračila).
- 3. Medicinski pripomočki (v nadaljnjem besedilu: MP):**
- sistem za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini: zaradi ustrežnejšega poimenovanja se ta MP preimenuje v »sistem za merjenje glukoze v medceličnini zahtevni«;
 - sistem za spremljanje glukoze v medceličnini: zaradi ustrežnejšega poimenovanja se ta MP preimenuje v »sistem za spremljanje glukoze v medceličnini« in njegov sestavni del »čitalnik« v »sprejemnik« ter kot sestavni del sistema doda oddajnik zaradi tehnološkega napredka;
 - vrednost MP: zaradi posebnosti nekaterih MP, ki so individualno prilagojeni ali izdelani in jih zato ni mogoče zagotoviti v okviru cenovnih standardov, se določata novi vrsti pogodbenih cen (pogodbena cena izposojenega individualno prilagojenega artikla in pogodbeni cena izdanega individualno izdelanega MP);
 - pooblaščen zdravniki za predpisovanje MP, pri katerih je potrebna timska obravnava: zaradi lažjega uveljavljanja pravice do teh MP se širi se krog izvajalcev, ki lahko predlagajo te pooblaščen zdravnike;
 - ponovna izdaja MP brez naročilnice: zaradi lažjega uveljavljanja pravice do MP so med te MP dodani individualno izdelani čevlji.
- 4. Standardi zdravstvenih storitev:**
- dopolnjena je opredelitev standarda zdravstvenih storitev iz 105. člena pravil, da se spodbuja celovitejša zdravstvena obravnava zavarovanih oseb v najkrajšem času;
 - odpravljena je podvojena ureditev standarda zagotavljanja zdravil, živil in MP, ki jih uporabljajo izvajalci pri opravljanju zdravstvene dejavnosti.
- 5. Reševalni prevoz:** Postopek uveljavljanja pravice do reševalnega prevoza se spremeni zaradi notranje uskladitve besedila pravil in načina izvajanja nujnih reševalnih prevozov v okviru nujne medicinske pomoči (v nadaljnjem besedilu: NMP).
- 6. Napotnica:** Zaradi zmanjšanja administrativnih ovir in ob upoštevanju organizacijo dela pri izvajalcu je določen dodaten primer, ko napotnica ni potrebna, in sicer za rentgensko slikanje zavarovane osebe pri izvajalcu, pri katerem dela zdravnik, ki naroči to slikanje.
- 7. Začasna zadržanost od dela:**
- predlog za začasno zadržanost od dela: zaradi pravočasne izdaje odločb imenovanega zdravnika se podaljša rok, v katerem mora izbrani osebni zdravnik podati imenovanemu zdravniku predlog za podaljšanje začasne zadržanosti od dela;
 - izjema, ko predlog za začasno zadržanost od dela ni potreben: zaradi hitrejšega ugotavljanja začasne zadržanosti od dela zavarovanca, ki je na podlagi odločbe zavoda

začasno zadržan od dela za skrajšan delovni čas, je določena pristojnost osebnega zdravnika, da sam ugotovi začasno zadržanost od dela za preostanek delovnih ur do polnega delovnega časa;

- c. sprememba odločbe zavoda o začasni zadržanosti od dela: dodana je ureditev, ko lahko zavod brez obnove postopka spremeni odločbo o začasni zadržanosti od dela zaradi novih dejstev in dokazov, ki so nastali po izdaji odločbe, ali zaradi izvršljive odločbe Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: ZPIZ);
- d. uskladitev s predpisi: ureditev nadomestila plače se uskladi z Zakonom o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin⁴ (v nadaljnjem besedilu: ZIUZDS) in s Pravilnikom o prijavi nezgode in poškodbe pri delu⁵.

8. Zadržanje pravic in plačilo prispevkov: ureditvi obeh področij se spremenita zaradi zakonodajnih sprememb, pri čemer se iz pravil črta povzemanje zakonske ureditve.

Ocena finančnih posledic novele pravil na sredstva OZZ

Zaradi postopne opustitve amalgama kot standardnega materiala za zalivke in sprememb drugih standardnih materialov ZZS in ZPP (sprememba 112. člena pravil v zvezi s prehodno določbo novele pravil) bodo odhodki zavoda višji:

- od 1. januarja 2025 za 3,06 mio. evrov letno – zaradi postopne opustitve amalgama;
- od 1. julija 2025 za dodatnih 7,92 mio. evrov letno – zaradi spremembe drugih standardnih materialov;
- od 1. januarja 2027 za dodatnih 4,8 mio. evrov letno – zaradi nadaljnje postopne opustitve amalgama.

Finančne posledice so upoštevane v finančnem načrtu zavoda.

⁴ Uradni list RS, št. 136/23

⁵ Uradni list RS, št. 78/22 in 90/22 – popr.

K 1. členu (2. člen)

Zaradi uskladitve z zakonodajo, ki ureja zadržanje pravic, se spremeni opredelitev izraza »nujno zdravljenje« (23. točka 2. člena pravil) v delu, ki opredeljuje zavarovane osebe, ki lahko nujno zdravljenje uveljavljajo, in so po veljavni ureditvi opredeljene s sklicem na 78.a člena ZZVZZ. Od uveljavitve ZIUZDS zadržanje pravic poleg 78.a člena ZZVZZ ureja 36. člen ZIUZDS. Zato se z novelo pravil zavarovane osebe z zadržanimi pravicami opredelijo opisno in ne več s sklicem na 78.a člen ZZVZZ. Poleg tega se v okviru uskladitve pravil z novo zakonsko ureditvijo zadržanja pravic v pravilih opušta povzemanje te zakonske ureditve (gl. predlog k 158., 159., 252., 253. in 256. členu pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 2. členu (17. člen)

17. člen pravil se črta, saj je področje plačevanja prispevkov urejeno na zakonski ravni (npr. 7., 15.a, 16. in 46. do 60. člen ZZVZZ, 35. člen ZIUZDS, zakon, ki ureja davčni postopek, zakon, ki ureja prispevke za socialno varnost). Zaradi črtanja 17. člena pravil se sklic na ta člen črta v 2. točki tretjega odstavka 256. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 3. členu (29. člen)

Prvi odstavek 29. člena pravil natančneje določa pravico do ZPP.

S terminološko spremembo v napovednem delu 1. točke prvega odstavka 29. člena pravil se »vlita zalivka« preimenuje v strokovno ustrežnejši izraz »inlej«, »onlej« ali »overlej«, saj je po mnenju Sekcije za stomatološko protetiko Slovenskega zdravniškega društva (v nadaljnjem besedilu: SZD) izraz »vlita zalivka« zastarel in se nanaša le na izvedbo v kovini. Prav tako se na predlog predstavnika te sekcije »nazidek z zatičkom« preimenuje v »koreninski zatiček z nazidkom«, saj gre za terminološko bolj pravilen izraz. Spremenjena 1. točka prvega odstavka 29. člena pravil se začne uporabljati 1. julija 2025, ko se začnejo uporabljati spremenjeni standardni materiali za te ZPP (gl. prehodno določbo novele pravil).

Veljavna druga alineja 2. točke drugega odstavka 29. člena pravil določa, da ima zavarovana oseba pravico do mostička, če ji manjkajo v eni vrzeli zapored najmanj trije zobje, ki niso na koncu zobne vrste. Ker vrzel ni na koncu zobne vrste, je kot nepotreben črtan del določbe »ki niso na koncu zobne vrste«.

Veljavna 3. točka prvega odstavka 29. člena pravil določa, da ima zavarovana oseba pravico do delne proteze, če ji manjkajo »najmanj trije zobje na koncu zobne vrste (najmanj kočniki) enostransko in ob tem še najmanj dva zoba v istem ali drugem kvadrantu v isti čeljusti«. Z novelo pravil se:

- kot nepotrebna črta navedba, da ji morajo na koncu zobne vrste manjkati »najmanj kočniki«, saj ti ne morejo biti v vrzeli. Pri tem je treba pojasniti, da najmanj trije zobje na koncu zobne vrste lahko manjkajo na eni ali na drugi strani čeljusti, lahko pa manjkajo na obeh straneh. Zaradi jasnejšega zapisa (da gre za zaporedne zobe) je beseda »enostransko« črtana;
- zaradi jasnosti ureditve ter posledično enotnejšega ravnanja izvajalcev in enakopravnejše obravnave zavarovanih oseb doda, da so najmanj trije zaporedni zobje lahko tudi »v vrzeli«. Pogoj za delno protezo je torej, da manjkajo trije zaporedni zobje in ob tem še vsaj dva dodatna zoba v isti čeljusti. Ti trije zaporedno manjkajoči zobje pa so lahko ali na koncu zobne vrste (torej manjkajo zadnji trije) ali v vrzeli. Sprememba sledi dosedanji razlagi določbe in dosedanjemu načinu njenega izvajanja.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 4. členu (56. člen)

Veljavni drugi stavek 56. člena pravil določa, da nujnost reševalnega prevoza potrdi zdravnik, ki je sodeloval pri reševanju poškodovanca, ali zdravnik, ki ga je sprejel na zdravljenje. Zaradi odprave podvajanja ureditve se določba črta, saj je vsebinsko vključena v spremenjen 182. člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 5. členu (59. člen)

Veljavna 1. točka prvega odstavka 59. člena pravil določa, da na recept ni dovoljeno predpisati zdravil in živil, ki jih izvajalec potrebuje za izvajanje zdravstvene dejavnosti in jih mora zagotavljati v skladu s 107. členom pravil. Odkaz na 107. člen pravil se črta zaradi črtanja 107. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 6. členu (65. člen)

Veljavna prva alineja prvega odstavka 65. člena pravil določa, da izvajalec iz svojih materialnih stroškov zagotovi zavarovani osebi pripomočke, ki jih potrebuje za izvajanje svoje zdravstvene dejavnosti in jih mora zagotavljati v skladu s 105. in 107. členom pravil. Zaradi odprave podvajanja ureditve v pravilih in notranje uskladitve pravil se črta del določbe, ki odkazuje na 105. in 107. člen pravil. Odkaz na 105. člen pravil ni potreben, saj že sam ta člen jasno določa, da v njem opredeljen standard velja za vse zdravstvene storitve v vseh zdravstvenih dejavnostih, torej tudi za MP, saj so tudi MP vključeni v zdravstvene storitve, kot to določa že sam drugi odstavek 23. člena ZZVZZ. Odkaz na 107. člen pravil se črta zaradi črtanja 107. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 7. členu (91. člen)

S terminološkimi spremembami prvega odstavka 91. člena pravil se spremenijo imena dveh MP iz skupine MP pri sladkorni bolezni:

- »sistem za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini« v »sistem za merjenje glukoze v medceličnini zahtevni«;
- »sistem za spremljanje glukoze v medceličnini« v »sistem za merjenje glukoze v medceličnini«, pri katerem se »čitalnik« preimenuje v »sprejemnik«.

Imeni obeh sistemov sta po novem vezani na zahtevnost pogojev, pod katerimi je zavarovana oseba do njiju upravičena, in ne več na tehnologijo MP. Pravica do enega ali drugega sistema (senzorjev in povezanih MP) je odvisna od izpolnjevanja pogojev, ki so za oba sistema različno določeni s sklepom zavoda, ki določa zdravstvena stanja in druge pogoje za upravičenost do MP iz OZZ, pri čemer so zahtevnejša zdravstvena stanja pri sladkorni bolezni določena za upravičenost do sistema za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini. Pravica do enega ali drugega sistema je odvisna od izpolnjevanja teh pogojev, ne pa od načina merjenja (kontinuirano – neprekinjeno spremljanje ali spremljanje z določenim zamikom). Poleg tega so se senzori in z njimi povezani MP na trgu tako spremenili, da jih večina izvaja neprekinjene meritve tudi za manj zahtevna zdravstvena stanja pri sladkorni bolezni. Zato dosedanje poimenovanje obeh sistemov z vidika tehnike meritev ni več smiselno, saj gre pri obeh sistemih

za merjenje glukoze v medceličnini. Zaradi različno določenih pogojev za upravičenost ju je treba kljub temu različno poimenovati. Novo poimenovanje se veže na zahtevnost pogojev, zato se ju poimenuje kot »sistem za merjenje glukoze v medceličnini zahtevni« (saj so zanj določena zahtevnejša zdravstvena stanja pri sladkorni bolezni) in »sistem za merjenje glukoze v medceličnini«. Pri slednjem se sočasno »čitalnik« preimenuje v ustreznejši izraz »sprejemnik«.

S tem poimenovanjem se uskladi poimenovanje obeh sistemov v 116., 212. in 216. členu pravil.

Tako kot pri sistemu za merjenje glukoze v medceličnini zahtevnem (8. točka) je tudi pri sistemu za merjenje glukoze v medceličnini (8.a točka) poleg sensorja in sprejemnika lahko sestavni del takega MP tudi oddajnik. Zato se pri MP iz 8.a točke doda, da lahko obsega tudi oddajnik, ob tem pa tudi kombinacije oddajnika, sensorja in sprejemnika.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 8. členu (105. člen)

Veljavni 105. člen pravil določa standarde zdravstvenih storitev v zdravstvenih dejavnostih kot tiste storitve, ki so strokovno doktrinarno utemeljene glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe po presoji osebnega in napotnega zdravnika. Predlagana dopolnitev te standarde opredeli bolj specifično, in sicer tako, da je zdravstvena obravnava zavarovane osebe izvedena kot celostna storitev in temelji na z dokazi podprti medicini, kot so npr. slovenske smernice zdravljenja, v Sloveniji potrjene mednarodne smernice zdravljenja. Pri tem je celostna storitev opredeljena kot takšna, da vključuje strnjeno pri izvajalcu (v nasprotju s pošiljanjem zavarovane osebe v različne nove čakalne vrste, torej razdrobljenostjo) in potrebnost (v nasprotju z zdravstvenimi storitvami, ki so pri izvajalcu možne oziroma jih lahko izvede, a niso potrebne glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe). Dodatna opredelitev je namenjena usmerjanju zdravstvene obravnave zavarovanih oseb v strnjeno izvedbo potrebnih zdravstvenih storitev v najkrajšem času, torej v optimizacijo, ki bo temeljila na z dokazi podprti medicini (npr. strokovnih smernicah, bodisi slovenskih bodisi v Sloveniji potrjenih mednarodnih smernicah). Taka dopolnitev je potrebna glede na opažene prakse, na primer:

- drobljenje obravnave zavarovane osebe na posamezne storitve, za katere so dodatne čakalne vrste (na primer usmeritev ortopedov v obravnavo samo dela telesa npr. kolena, za drug del telesa npr. ramo pa mora zavarovana oseba v novo čakalno vrsto);
- neupoštevanje smernic, sklepov razširjenih strokovnih kolegijev (organi v sestavi Ministrstva za zdravje), kot ga opažamo v nadzorih (npr. hospitalizacija zavarovanih oseb za dajanje zdravil, ki niso razvrščena, saj ni dokazov iz kliničnih raziskav o učinkovitosti, določanje lokalnih usmeritev za obravnavo zdravstvenih stanj v nasprotju z mnenjem razširjenega strokovnega kolegija);
- izvedba storitev, ki jih zavarovana oseba glede na svoje zdravstveno stanje ne potrebuje (izguba v zdravstvenem sistemu). Tako so bile pri zavarovanih osebah, ki so bile napotene na rtg p.c. zaradi rutinske priprave na operativni poseg ponekod narejene tudi pulmološke obravnave z dodatnimi preiskavami, čeprav za to ni bilo indikacij.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic. Predlagane spremembe so predvsem namenjene učinkovitejšemu obvladovanju odhodkov in spodbujanju celostne obravnave zavarovanih oseb v najkrajšem času.

K 9. členu (107. člen)

Veljavni 107. člen pravil določa, da so v standard zdravstvenih storitev iz 105. člena pravil vključena tudi zdravila, živila in pripomočki, ki jih uporabljajo izvajalci. Člen se črta kot nepotreben, saj že sam drugi odstavek 23. člena ZZVZZ določa, da zdravstvene storitve iz 1. do 6. točke njegovega prvega odstavka vključujejo tudi zdravila, živila in MP, in sicer tako tiste, ki se

predpisujejo na listino zavoda (tj. zdravila in živila na recept ter MP na naročilnico) kot tudi tiste, ki jih zagotavlja izvajalec zdravstvene dejavnosti sam v okviru zdravstvene storitve. Pri slednjih gre za zdravila, živila in MP, ki jih izvajalec uporablja pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. Zato se ta zdravila in živila ne smejo predpisovati na recept, kot to določa 1. točka prvega odstavka 59. člena pravil. Smiselno enako, kot to določa 65. člen pravil, velja za MP oziroma pripomočke (kot so ti opredeljeni v 33. točki 2. člena pravil), ki jih izvajalec uporablja pri opravljanju zdravstvene dejavnosti.

Zaradi črtanja 107. člena pravil se v 1. točki prvega odstavka 59. člena in prvi alineji prvega odstavka 65. člena pravil črta del besedila, ki odkazuje na 107. člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 10. členu (112. člen)

Z vsebinskimi spremembami prvega in drugega odstavka 112. člena pravil se spremenijo oziroma dopolnijo standardni materiali za ZZS in ZPP, saj veljavni standardni materiali v vseh primerih niso več strokovno ustrezni, zaradi česar zavarovane osebe doplačujejo izvajalcem razliko do ustreznega materiala, da si na ta način zagotovijo strokovno ustrezne ZZS in ZPP oziroma v drugačnem standardu, kot je določen v pravilih. Višina doplačila, ki bi morala predstavljati razliko med samoplačniško ceno in pogodbeno ceno, včasih celo presega ceno samoplačniške storitve. S posodobitvijo standardnih materialov posameznih ZZS in ZPP bodo zavarovane osebe deležne primerne in kakovostne zdravstvene obravnave, posledično pa bodo doplačila v večini primerov postala nepotrebna.

Spremembe standardnih materialov ZZS in ZPP je zavod pripravil v sodelovanju s svojimi in zunanjimi strokovnjaki s področja zobozdravstvenih storitev oziroma na podlagi njihovih mnenj o doktrinarni ustreznosti veljavnih standardnih materialov in zagotavljanju funkcionalne rehabilitacije. V ta namen je zavod za strokovna stališča glede standardnih materialov zaprosil za mnenje Razširjeni strokovni kolegij (v nadaljnjem besedilu: RSK) za zobozdravstvo, ta pa Sekcijo za stomatološko protetiko Slovenskega zdravniškega društva. Iz njenega strokovnega mnenja izhaja, da je pri njegovi podaji upoštevano dejstvo, da je primarni cilj rehabilitacije varovanje oziroma izboljšanje ustnega in splošnega zdravja ter psihofizičnega počutja pacientov kot tudi zagotavljanje funkcionalne ustreznosti standardnih materialov ZPP oziroma ZZS; da imajo različni ZPP tudi različne neugodne učinke na človeška tkiva in s tem tudi posebne indikacije; da je strokovno primernejši ZPP, ki je ob ustrezni funkciji in estetiki, tudi najbolj ugoden za ustno in splošno zdravje. Strokovnemu mnenju te sekcije je zavod pri določitvi posodobljenih in novih standardnih materialov v pretežni meri sledil.

Prvi odstavek

Vsebinsko se spremeni prvi odstavek 112. člena pravil, ki določa standardne materiale ZZS iz 28. člena in ZPP iz 29. člena pravil. Spremenjena ureditev se začne uporabljati 1. julija 2025, razen 5. točke (začetek uporabe 1. januar 2025) in 6. točke (začetek uporabe 1. januar 2027) prvega odstavka 112. člena pravil, do takrat pa se uporablja dosedanja ureditev (gl. prehodno določbo novele pravil).

Zaradi obsega sprememb se odstavek spremeni v celoti, in sicer:

1. zalivka v vidnem sektorju: Ohranja se veljavna ureditev, da je standardni material te zalivke kompozit. Ker se z novelo pravil standardni material zalivke v vidnem sektorju na mlečnem zobu ureja posebej v novi 2. točki, se v 1. točki doda odkaz na to novo točko.
2. zalivka v vidnem sektorju na mlečnem zobu): standardni material te zalivke je v dosedanji ureditvi urejen v dosedanji 1. točki. Z novelo pravil se za to zalivko na mlečnem zobu doda nov standardni material (kompomer), zaradi česar se standardni material zanjo ureja v 2. točki. Standardni material zalivke na mlečnem zobu v vidnem sektorju je tako kompozit

ali kompomer. Kompomer je manj občutljiv na prisotnost vlage, kot so kompoziti, omogoča lažje rokovanje, in je posledično primeren pri otrocih, ki težje sodelujejo pri samem zobozdravstvenem zdravljenju (kar je bilo potrjeno s strani predstavnika Stomatološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, Centra za otroško zobozdravstvo).

3. zalivka v stranskem (transkaninem) sektorju, ko je standardni material amalgam: Veljavna ureditev, kot standardni material zalivk v stranskem sektorju določa amalgam, razen za določene zavarovane osebe, za katere je kot primarni standardni material določen kompozit – te zavarovane osebe so do zdaj določene le v dosedanji 3. točki (zdaj 5. točki). Ker se z novelo pravil širi krog teh zavarovanih oseb, za katere je primarni standardni material kompozit, se v 3. točki popravijo sklici.
4. zalivka v stranskem (transkaninem) sektorju na mlečnem zobu: Do zdaj je bila ureditev standardnega materiala te zalivke urejena v dosedanji 3. točki. Z novelo pravil se tudi za to zalivko na mlečnem zobu doda nov standardni material (kompomer), zaradi česar se standardni material zanjo ureja v ločeni, 4. točki. Primarni standardni material zalivke v stranskem sektorju na mlečnem zobu je tako kompozit ali kompomer, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov.
5. zalivka v stranskem (transkaninem) sektorju, ko je za določene zavarovane osebe primarni standardni material kompozit: Enako kot do zdaj je za določene zavarovane osebe primarni standardni material teh zalivk (vključno z zalivkami na ličnikih) kompozit, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov. Z novelo pravil je iz določbe izločena zalivka na mlečnem zobu, ker je ta po novem urejena v novi 4. točki. Po drugi strani je uporaba določbe razširjena na zavarovane osebe, mlajše od 26 let, ne le več na otroke, mlajše od 15 let.

Ureditev iz te 5. točke se začne uporabljati 1. januarja 2025 (gl. prehodno določbo novele pravil) v skladu s fazami za postopno opustitev uporabe amalgama v zobozdravstvu, ki jih določa Nacionalni načrt o ukrepih za postopno opustitev uporabe amalgama v zobozdravstvu do leta 2030, št. 170-1/2021/22 z dne 30. 6. 2021 (v nadaljnjem besedilu: Nacionalni načrt), ki ga je minister za zdravje sprejel na podlagi Uredbe (EU) 2017/852 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 17. maja 2017 o živem srebru in razveljavitvi Uredbe (ES) št. 1102/2008 in Zakona o ratifikaciji Konvencije Minamata o živem srebru⁶. Glavni namen konvencije je postopna opustitev uporabe živega srebra na globalni ravni, na vseh področjih, kjer obstajajo primerne alternative. Pri zalivkah na mlečnih zobeh ter na zobeh otrok do 15 leta starosti, nosečnic in doječih mater je kot standardni material že določen kompozit (na mlečnem zobu po novem tudi kompomer), amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov zavarovane osebe, kar oceni pooblaščen zobozdravnik. Roki za nadaljnjo opustitev amalgama za zalivke v skladu z Nacionalnim načrtom so naslednji:

1. faza do 1. januarja 2025:
 - vsi zobje pri mladostnikih nad 15 let in mlajših odraslih do 26. leta ne glede na njihov status
2. faza do 1. januarja 2027:
 - zalivke pri vseh odraslih na ličnikih (zoba 4 in 5)
3. faza do 1. januarja 2030:
 - zalivke pri vseh odraslih na vseh preostalih zobeh – kočnikih (zobje 6, 7, 8).

6. zalivka na ličnikih za vse zavarovane osebe: Na novo je določeno, da je na teh zalivkah primarni standardni material kompozit, amalgam pa le, če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov. Določba velja za vse zavarovane osebe, brez omejitev le na zavarovane osebe iz 5. točke, ki imajo to pravico že od 1. januarja 2025. Ureditev iz te 6. točke se začne uporabljati 1. januarja 2027 (gl. prehodno določbo novele pravil), kot to določa Nacionalni načrt (gl. obrazložitev pri prejšnji 5. točki).

⁶ Uradni list RS, št. 28/17

7. inlejš, onlejš in overlejš: vlita zalivka se preimenuje v strokovno ustreznejši inlejš, onlejš ali overlejš ter spremeni standardni material, ki je po novem kompozit ali porcelan.

Kovinska vlite zalivke, ki je kot standardni material trenutno določena v pravilih, se ne uporablja več oziroma se uporablja v zanemarljivem obsegu, saj obstajajo materiali za primerljivo ceno, ki so funkcionalno in strokovno bolj ustrezni. Sodobni inlejši, onlejši in overlejši so izdelani z digitalnimi tehnologijami iz različnih materialov (porcelan in kompozitov), odvisno od indikacij in so adhezivno cementirani. Zato se kot standard določi kompozit ali porcelan namesto zlatopaladijeve zlitine, kot velja zdaj.

8. koreninski zatiček z nazidkom ali koreninska kapica z zatičkom – koreninski zatiček z nazidkom je preimenovan (do zdaj »nazidek z zatičkom«) in kot standardni material je dodana kobaltkromova zlitina ali zlitina s primerljivimi lastnostmi, ki je strokovno tudi ustrezen material in se v praksi uporablja, ko je to strokovno utemeljeno. Kobaltkromova zlitina je indicirana bolj za koreninske kapice z zatičkom, srebropaladijeva pa za koreninske zatičke z nazidkom.
9. konfekcijski zatiček – dosedanjsima standardnima materialoma (z vlakni ojačan kompozit in titan) je dodan nov standardni material – titanova zlitina, saj v vseh primerih ni nujno treba uporabiti izključno titana, temveč zadostuje tudi titanova zlitina.
10. dograditev na konfekcijskem zatičku – nova določba, po kateri je za to dograditev (ki je del izdelave konfekcijskega zatička z nazidkom) standardni material kompozit, ki je ustrezen in združljiv material in se je za dograditev tudi do zdaj uporabljal. Do zdaj ta storitev (dograditev) ni bila ustrezno (posebej) urejena, čeprav je sestavni del konfekcijskega zatička. Posledično sta za to dograditev določena trajnostna doba (121. člen pravil) in garancijski rok (122. člen pravil).
11. prevleka in mostiček – po novem je standardni material kobaltkromova zlitina ali zlitina s primerljivimi lastnostmi, kompozit, porcelan ali monolitna keramika.

Izraza »prevleka« in »mostiček« se nanašata na ulite kovinske prevleke in mostičke, ki imajo vestibularno steno fasetirano s plastičnim materialom. V preteklosti se je za prevleke, ki so imele samo vestibularno ploskev fasetirano, uporabljalo za fasetiranje akrilate in kompozite prve ter druge generacije (npr. Cromasit), ki pa niso več dobavljivi. Vse ostale ploskve so bile oblikovane v zlitini. Za takšne prevleke in mostičke je najbolj primerna srebropaladijeva zlitina (npr. Auropal SE, Zlatarna Celje) z visoko vsebnostjo srebra in trdoto, ki omogoča natančno obdelavo in poliranje te kovine z vrtečimi instrumenti v laboratoriju in ordinaciji. V pravilih se je za te prevleke uveljavilo ime »fasetirana prevleka/mostiček«. Že več kot štiri desetletja predstavljajo takšne fasetirane prevleke in fasetirani mostovi po pravilih standardno fiksno protetično oskrbo posameznih zob ali vrzeli, kar pa ni več v skladu s strokovno doktrino. Klinične študije so dokazale, da je stopnja preživetja in uspešnosti takšnih fasetiranih prevlek in mostov, tudi na škodo preostalih zob in obzobnih tkiv, pomembno nižja kot sodobnih prevlek in mostičkov. V sodobni stomatološki doktrini je fasetirana prevleka sestavljena iz kovinskega, keramičnega ali plastičnega ogrodja, ki je delno ali v celoti obdan – fasetiran s kompatibilnim materialom, ki posnema naravni videz zoba. Ogrodja iz kovine so lahko fasetirana s plastičnimi materiali ali porcelani. Čeprav je zobni porcelan strokovni standard, pa se tudi kompoziti tretje generacije lahko uporabljajo kot alternativa porcelanom pri fasetiranju kovinskih ogrodij. Pri tem fasetirni material v veliki meri ali v celoti prekriva kovinsko ogrodje v več slojih (zelo pogosto zajema tudi okluzalno ploskev). Cena kompozita tretje generacije je nekaj krat višja od kompozita druge generacije in zahteva dodatne pripravljalne postopke kovinske površine, dodatne adhezivne materiale ter pomembno več časa in znanja. Kovinska ogrodja pa so najpogosteje iz neplemenitih zlitin - stelitov (CoCr) (npr. Biostar S, Zlatarna Celje) in posebnih plemenitih zlatih zlitin (npr. Bioker, Zlatarna Celje). Še sodobnejša alternativa sodobnim fasetiranim prevlekam in mostičkom pa so monolitne prevleke in mostovi, ki so v celoti izdelani iz enega materiala

(npr. cirkonijevega oksida), ki posnema naravni videz zoba. Cirkonij oziroma monolitna keramika se v praksi široko uporablja in ta material ni več bistveno dražji od ostalih materialov (npr. kobaltkrom, porcelan).

12. dvojna prevleka – črtana je standardni pogoj uporabe »en gram po galvansko izdelani zunanji prevleki« saj se ta pogoj nanaša na postopek izdelave in ne na sam standard materiala.
13. umetna dlesen mostička – kot standardni material je dodan porcelan, saj gre za material, ki je združljiv z materialom (porcelan), ki je kot standarden določen za mostiček. Sočasno sta iz te določbe glede na dosedanjo določbo črtani ZPP »zobna faseta prevleke in mostiček«, saj je standard za te ZPP že določen v okviru prevleke in mostička.
14. proteza – ureditev ni spremenjena, saj se ohranja akrilat kot standardni material.
15. delna proteza s kovinsko bazo – ureditev vsebinsko ni spremenjena. ZPP se preimenuje (prej »parodontalno podprta proteza«) in zaradi poenotenja besedila se kobaltkromovi zlitini »podobna zlitina« preimenuje v »zlitino s primarljivimi lastnostmi«. Pri tem je kot nepotrebno črtano, da se ta ZPP izdeluje iz »ulite« kovinske baze.
16. zobje v protezi – ureditev ni spremenjena, saj se ohranjata akrilat in kompozit kot standardna materiala.

Drugi odstavek

Drugi odstavek 112. člena pravil določa standardne materiale zobnega vsadka iz 30. člena in ZPP iz 32. člena pravil, ki se dopolnijo tako, da se:

- za prevleko in mostiček (2. točka) dodata kobaltkromovi zlitini primerljiva zlitina (zlitina s primerljivimi lastnostmi) in monolitna keramika, torej materiali, ki so standardni tudi pri prevleki in mostičku na lastnem zobu;
- za zobno protezo (3. točka) doda kobaltkromovi zlitini primerljiva zlitina (zlitina s primerljivimi lastnostmi).

Spremenjeni ureditvi iz 2. in 3. točke drugega odstavka 112. člena pravil se začeta uporabljati 1. julija 2025, do takrat pa se uporablja dosedanja ureditev (gl. prehodno določbo novele pravil).

Šesti odstavek

Zaradi notranje uskladitve pravil se v šestem odstavku 112. člena pravil spremenijo sklici na točke iz spremenjenega prvega odstavka tega člena. Upravni odbor zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor zavoda bo tudi v prihodnje določal ceno polžlahtne zlitine kot standardnega materiala za koreninski zatiček z nazidkom in koreninsko kapico z zatičkom (8. točka prvega odstavka 112. člena pravil) ter ceno žlahtne zlitine kot standardnega materiala za dvojno prevleko (12. točka prvega odstavka 112. člena pravil). Upravni odbor zavoda pa ne bo več določal cene standardnega materiala za inlej, onlej, overlej, prevleko in mostiček, saj je za te ZPP črtan dosedanji standardni material, za katerega je ceno določal upravni odbor. Spremenjena ureditev šestega odstavka 112. člena pravil se začne uporabljati 1. julija 2025, do takrat pa se uporablja dosedanja ureditev (gl. prehodno določbo novele pravil).

Finančne posledice

Zaradi postopne opustitve amalgama kot standardnega materiala ob upoštevanju števila zalivk na podlagi realizacije v letu 2023 in cene zalivk, izdelanih iz standardnega materiala (praviloma je to kompozit), bodo odhodki zavoda višji na letni ravni:

- od 1. januarja 2025 za 3,06 mio. evrov;
- od 1. januarja 2027 za dodatnih 4,8 mio. evrov.

Zaradi sprememb drugih standardnih materialov ZZS in ZPP bodo odhodki zavoda višji od 1. julija 2025 za dodatnih 7,92 mio. evrov letno.

K 11. členu (113. člen)

Vsebinsko se spremeni drugi odstavek 113. člena pravil, ki določa vrste vrednosti MP, tj. cenovnih standardov in pogodbenih cen MP. Ureditev se dopolni z novima vrstama pogodbene cene:

- nova 2.a točka – pogodbeni cena izposojenega individualno prilagojenega artikla: Kot pravica zavarovanih oseb se zagotavljajo tudi določeni prilagojeni artikli, za katere je dogovorjena pogodbeni cena, vendar se ti zavarovanim osebam izposojajo (npr. počivalnik – serijsko izdelani);
- nova 5.a točka – pogodbeni cena izdanega individualno izdelanega MP, ko cenovni standard izdanega individualno izdelanega MP (iz 5. točke tega odstavka) ni ekonomsko upravičen za zavod: Kot vrednost individualno izdelanega MP, ki se zavarovani osebi izda (ne izposodi), se opredeli tudi pogodbeni cena, če cenovni standard za tak MP ni ekonomsko upravičen za zavod. Gre npr. za proteze za spodnje in zgornje ude in individualno izdelane ortoze. Zaradi posebnih zahtev glede na različna zdravstvena stanja posameznih zavarovanih oseb vrednosti MP v teh primerih ni mogoče določiti kot cenovni standard. V teh primerih je namreč potrebna izvedba MP v različnih izvedbah, za katere se je mogoče dogovoriti le v obliki pogodbene cene.

Zaradi jasnosti ureditve, ki po novem obsega dve vrsti pogodbenih cen izdanih MP, se dopolni 3. točka istega odstavka z izrecno navedbo, da je v tem primeru mišljena že veljavna vrsta pogodbene cene izdanega individualno prilagojenega artikla iz 4. točke.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 12. členu (116. člen)

S terminološko spremembo v petem in šestem odstavku 116. člena pravil se poenoti poimenovanje MP iz skupine MP pri sladkorni bolezni iz 91. člena pravil – sistem za merjenje glukoze v medceličnini zahtevni in sistem za merjenje glukoze v medceličnini (gl. obrazložitev spremembe 91. člena pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 13. členu (121. člen)

Drugi odstavek 121. člena pravil določa trajnostno dobo za ZZS in ZPP, v katerem se:

- spremeni 1.a točka (zalivka na mlečnih zobeh): redakcijsko se na koncu določbe doda podpičje, ki je pomotoma izpadlo v Spremembah in dopolnitvah Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 61/21);
- spremeni 2. točka (inlej, onlej, overlej): zaradi enotnega poimenovanja se vlita zalivka preimenuje v inlej, onlej ali overlej (gl. obrazložitev spremembe 29. člena pravil). Sočasno se trajnostna doba tega ZPP podaljša iz pet na sedem let. Trajnostna doba se podaljša tako, da se izenači s trajnostno dobo za prevleko, saj gre za primerljiva ZPP. Nova, daljša 7-letna trajnostna doba bo veljala za inlej, onlej in overlej, ki ga bo zavarovana oseba prejela od 1. julija 2025 dalje, ne glede na to, ali se je njegova izdelava začela pred tem datumom. Za vlito zalivko, ki jo bo zavarovana oseba prejela do 1. julija 2025, bo veljala dosedanja 5-letna trajnostna doba (gl. prehodno določbo novele pravil);
- spremeni 4. točka (koreninski zatiček z nazidkom): zaradi enotnega poimenovanja se »nazidek z zatičkom« preimenuje v koreninski zatiček z nazidkom«;
- doda 4.a točka (konfekcijski zatiček in dograditev): vsebinsko novi sta trajnostni dobi za konfekcijski zatiček in dograditev, ki sta na novo določeni v spremenjenem prvem odstavku 112. člena pravil. Določena je 7-letna trajnostna doba, ki je enaka kot pri koreninskem

- zatičku z nazidkom in koreninski kapici z zatičkom, saj gre pri vseh teh ZPP za del izdelave koreninskega zatička z nazidkom;
- spremeni 9. točka: zaradi enotnega poimenovanja se »proteza z ulito kovinsko bazo« preimenuje v »delno protezo s kovinsko bazo«.

Ne glede na to, da so v 112. členu pravil standardni materiali nadomeščeni z bolj sodobnimi in bolj kakovostnimi ali pa so dodani novi standardni materiali, se trajnostne dobe in garancijski roki ne spreminjajo. Treba je namreč upoštevati, da je pri določitvi teh rokov pomembno ne le stanje posamezne ZZS ali posameznega ZPP, temveč tudi dejstvo, da se v okviru rokov iz 121. in 122. člena pravil lahko spremeni ustno stanje posameznika, ki posledično vpliva na npr. potrebo po novem ZPP. Pričakuje pa se, da bo v tem času zaradi bolj kakovostnih standardnih materialov potrebno manj popravil, kar bo dolgoročno lahko vplivalo na pozitiven finančni učinek (za izvajalce in za zavod). Poleg tega sam iztek trajnostne dobe ne pomeni samodejno pravice do novega ZPP. Zavarovana oseba ima pravico do novega ZPP le, če pooblaščen zdravnik ugotovi, da je ZPP, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, funkcionalno neustrezen (drugi odstavek 123. člena pravil).

Razen redakcijskega popravka v 1.a točki se sprememba drugega odstavka 121. člena pravil začne uporabljati 1. julija 2025, do takrat pa se uporablja dosedanja ureditev (gl. prehodno določbo novele pravil).

Finančne posledice

Finančnih posledic ni mogoče predvideti.

K 14. členu (122. člen)

Prvi odstavek 122. člena pravil določa garancijske roke za ZZS in ZPP, v katerem se:

- spremeni 1.a točka (zalivka na mlečnih zobeh): redakcijsko se na koncu določbe doda podpičje, ki je pomotoma izpadlo v Spremembah in dopolnitvah Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 61/21);
- spremeni 2. točka (vlita zalivka): zaradi enotnega poimenovanja se vlita zalivka preimenuje v inlej, onlej ali overlej (gl. obrazložitev spremembe 29. člena pravil);
- spremeni 4. točka (koreninski zatiček z nazidkom): zaradi enotnega poimenovanja se »nazidek z zatičkom« preimenuje v koreninski zatiček z nazidkom«;
- doda 4.a točka (konfekcijski zatiček in dograditev): vsebinsko nova sta garancijska roka za konfekcijski zatiček in dograditev, ki sta na novo določena v spremenjenem prvem odstavku 112. člena pravil. Določen je 1-letni garancijski rok, ki je enak kot pri koreninskem zatičku z nazidkom in koreninski kapici z zatičkom, saj gre pri vseh teh ZPP za del izdelave koreninskega zatička z nazidkom.

Razen redakcijskega popravka v 1.a točki se sprememba prvega odstavka 122. člena pravil začne uporabljati 1. julija 2025, do takrat pa se uporablja dosedanja ureditev (gl. prehodno določbo novele pravil).

Gl. tudi obrazložitev spremembe 121. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 15. členu (137. člen)

Zaradi uskladitve z ZIUZDS (27. in 33. člen v zvezi s 57. členom ZIUZDS) se spremeni prvi odstavek 137. člena pravil, ki določa, od katerega dne dalje ima zavarovanec pravico do nadomestila plače iz OZZ. Z ZIUZDS je podaljšano obdobje izplačevanja nadomestila plače zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, v breme delodajalca nazaj iz 20 na 30 delovnih dni in spremenjena ureditev recidiva, kjer predhodno obdobje ne sme biti daljše od 30 delovnih dni (prej 20 delovnih dni). ZIUZDS je vzpostavil ureditev obdobja izplačevanja nadomestila plače

v breme delodajalca (in samostojnega zavezanca), ki je veljala še v letu 2022 pred uveljavitvijo Zakona o dopolnitvi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju⁷ in Zakona o spremembah Zakona o delovnih razmerjih⁸.

Finančne posledice

Sprememba pravil nima finančnih posledic, saj se ureditev le usklajuje z zakonodajo. Iz zakonodajnega gradiva za ZIUZDS pa izhaja, da je iz naslova določitve zagotavljanja nadomestila v breme delodajalca za čas začasne odsotnosti za obdobje 30 dni (namesto 20) predviden letni prihranek za zdravstveno blagajno v višini 73 mio. evrov.

K 16. členu (141. člen)

Zaradi uskladitev z zakonodajo se spremeni prvi odstavek 141. člena pravil, ki določa, kateri dohodki se ne všttevajo v osnovo za izračun nadomestila, zaradi tega pa se sama vsebina pravice do nadomestila dejansko ne spreminja, ker se je že dosedanja ureditev uporabljala na način, kot se določba dopolni:

- v 1. točki se poleg odpravnine ob upokojitvi dodajo druge odpravnine, saj ti dohodki nimajo značajev plače ali nadomestil, ki v skladu s 140. členom pravil sodijo v osnovo za nadomestilo;
- doda se nova 9. točka, da se v osnovo za izračun nadomestila ne všttevajo dohodki, ki se v skladu z drugimi predpisi ne všttevajo v osnovo za obračun nadomestila zaradi uskladitve s 34. členom ZIUZDS (npr. dodatek za povečan obseg dela za posebne obremenitve iz 16. člena Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema⁹ in dodatek za izbiro specializacije iz družinske medicine iz 35. člena Zakona o nujnih ukrepih za zaježitev širjenja in blaženja posledic nalezljive bolezni COVID-19 na področju zdravstva¹⁰).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 17. členu (158. člen)

Tretji, četrti in peti odstavek 158. člena pravil se črtajo, saj:

- tretji in četrti odstavek povzemata del zakonske ureditve zadržanja pravic, povzemanje zakonske ureditve pa se v pravilih opušta (gl. obrazložitev spremembe 23. točke 2. člena pravil);
- peti odstavek predstavlja podvajanje vsebine v pravilih glede na opredelitvi NMP in nujnega zdravljenja v 22. in 23. točki 2. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 18. členu (159. člen)

159. člen pravil se črta, saj:

- prvi in drugi odstavek predstavljata podvajanje vsebine pravil, ki je določena v tretjem odstavku 256. člena pravil (pristojnost za odločanje o posameznih pravicah iz OZZ, 229. členu pravil (postopek izplačila oziroma povračila nadomestila plače) in v 229.a členu pravil (neposredno izplačilo nadomestila plače delavcem).
- tretji odstavek (zadržanje izplačila denarnih dajatev zavarovanim osebam z zadržanimi pravicami) povzema del zakonske ureditve zadržanja pravic, povzemanje zakonske ureditve pa se v pravilih opušta (gl. obrazložitev spremembe 23. točke 2. člena pravil).

⁷ Uradni list RS, št. 15/22

⁸ Uradni list RS, št. 15/22

⁹ Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ, 76/23 in 136/23 – ZIUZDS

¹⁰ Uradni list RS, št. 141/22 in 136/23 – ZIUZDS

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 19. členu (181. člen)

Veljavni 181. člen pravil določa postopek uveljavljanja pravice do nenujnih reševalnih prevozov oziroma pooblaščne zdravnike, ki lahko ugotovijo njegovo utemeljenost. S spremembo člena se ureditev vsebinsko ne spreminja. Pooblaščen zdravnik odredi ta prevoz z izdajo listine za naročilo prevoza (ki jo izda vnaprej), s katero je mišljena listina zavoda, tj. Nalog za prevoz, ki ga določa Pravilnik o obrazcu in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja¹¹. Poimenovanje te listine se za potrebe pravil poenoti kot »listina zavoda za reševalni prevoz«. Poimenovanje te listine s poudarkom, da gre za listino zavoda, je potrebno tudi zaradi spremembe 182. člena pravil, saj bo nujnost reševalnega prevoza lahko ugotovljena tudi z ustreznim obrazcem za izvajanje nujne medicinske pomoči, kot ga določa predpis, ki ureja službo NMP in kot tak ni listina zavoda. Trenutno je to Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči¹² (v nadaljnjem besedilu: Pravilnik o službi NMP).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 20. členu (182. člen)

Vsebinsko se spremeni 182. člen pravil, ki določa postopek uveljavljanja pravice do nujnih reševalnih prevozov oziroma pooblaščne zdravnike, ki lahko ugotovijo njegovo utemeljenost. Trenutno veljavni člen določa, da lahko to vrsto reševalnega prevoza poleg zdravnikov iz 181. člena pravil odredi tudi drug zdravnik ali potrdi nujnost reševalnega prevoza zdravnik, ki je prevzel zavarovano osebo v zdravljenje po opravljenem prevozu. Praviloma je to zdravnik v urgentnem centru ali v dežurni službi oziroma drug zdravnik, ki je prevzel zavarovano osebo v zdravljenje. Če je ta prevoz naročila zavarovana oseba sama oziroma v njenem imenu kdo drug, kot je to določeno v 183. členu pravil, je ta oseba samoplačnik, razen, če po opravljenem prevozu njegovo nujnost potrdi zdravnik. Tudi v teh primerih se praviloma izda nalog za prevoz. Smiselno enako določa veljavni drugi stavek 56. člena pravil, ki se z novelo pravil črta, saj je vsebinsko zajet v spremenjenem 182. členu pravil.

Ureditev se spreminja zaradi načina izvajanja NMP in v njenem okviru nujnih reševalnih prevozov. Nujni reševalni prevozi se izvajajo v skladu s predpisi ministra za zdravje, med drugim s trenutno veljavnima Pravilnikom o službi NMP in Pravilnikom o dispečerski službi zdravstva¹³, ki je sestavni del službe NMP in koordinira delo vseh, ki se vključujejo in izvajajo NMP ali prevoze pacientov. Dispečerska služba zdravstva lahko tako aktivira ustrezno ekipo NMP v skladu s Slovenskim indeksom za NMP, v okviru te intervencije pa se lahko izvede tudi nujni reševalni prevoz. V tem primeru potrebo po nujnem reševalnem prevozu ugotovi zdravnik ali diplomirani zdravstvenik oziroma diplomirana medicinska sestra ekipe NMP (v členu se za oba spola uporablja skupni izraz »diplomirani zdravstvenik«), ki obravnava zavarovano osebo. Pri tem se v skladu s predpisanim protokolom izpolni tudi enotna zdravstvena dokumentacija oziroma obrazci, ki so predpisani s Pravilnikom o službi NMP, s katerimi se odredi tudi način nujnega prevoza pacienta. Gre za enega od naslednjih obrazcev: »Protokol nujne intervencije« iz Priloge 7 pravilnika (ki ga izpolni zdravnik) ali »Poročilo o reševalnem prevozu« iz Priloge 9 pravilnika (ki ga izpolni diplomirani zdravstvenik) ali »Odklonitev zdravstvene oskrbe ali reševalnega prevoza« iz Priloge 11 pravilnika, ki se izpolni, če do prevoza zavarovane osebe ni prišlo zaradi odklonitve prevoza (podpiše ga zavarovana oseba).

¹¹ Uradni list RS, št. 97/23 in 125/23 – popr.

¹² Uradni list RS, št. 81/15 in 93/15 – popr.

¹³ Uradni list RS, št. 58/17

Tako predpisan način izvajanja nujnih reševalnih prevozov prek dispečerske službe zdravstva terja spremembe 182. člena pravil, s katerimi se za te primere določa pristojnost za ugotovitev nujnosti reševalnega prevoza (zdravnik ali diplomirani zdravstvenik) in način ugotovitve nujnosti reševalnega prevoza tako, da ni potrebna izdaja listine zavoda za reševalni prevoz (Naloga za prevoz), temveč zadostuje izpolnitev enega od ustreznih obrazcev, določenih s Pravilnikom o službi NMP. Ta ureditev po analogiji sledi tudi ureditvi uveljavljanja zdravstvenih storitev NMP in nujnega zdravljenja, po kateri se lahko te zdravstvene storitve uveljavljajo brez listine zavoda, tj. napotnice.

Enako velja, če ekipe NMP ne aktivira dispečerska služba zdravstva, temveč nujni reševalni prevoz opravi izvajalec s svojim reševalnim vozilom potem, ko ga naroči osebni ali drug (npr. dežurni) zdravnik, ki dela pri izvajalcu. Gre običajno za zdravstvene domove v oddaljenejših krajih, ki jih dispečerska služba ne pokriva. Tudi v teh primerih se po novem več ne zahteva izdaja listine zavoda za reševalni prevoz, saj mora tudi v teh primerih zdravnik ali zdravstveni tehnik, ki je del ekipe NMP, izpolniti obrazce v skladu s Pravilnikom o službi NMP.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 21. členu (183. člen)

Veljavni 183. člen pravil določa, kdaj zavarovana oseba sama plača stroške reševalnega prevoza in kdaj lahko zahteva njihovo povračilo od zavoda. S spremembo člena se ureditev vsebinsko ne spreminja, temveč se:

- zaradi jasnosti ureditve določba dopolni tako, da zavarovana oseba sama plača stroške reševalnega prevoza, če ga je sama (njeni svojci ali kdo drug v njenem imenu) naročila neposredno pri samem izvajalcu prevozov, torej ga ne odredi pooblaščen zdravnik, niti se ne izvede prek dispečerske službe zdravstva;
- zaradi notranje uskladitve pravil »prevoz z reševalnim vozilom« nadomešča z »reševalnim prevozom«;
- zaradi enotnega poimenovanja preimenuje »potrdilo« v listino zavoda za reševalni prevoz.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 22. členu (187. člen)

Vsebinsko se spremeni tretji odstavek 187. člena pravil, ki določa, kateri izvajalci lahko opravljajo zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov pri določenih zdravstvenih stanjih. Veljavna ureditev določa, da se zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov pri zavarovani osebi, pri kateri je prisotno zdravstveno stanje iz 1. točke (resekcija čeljusti zaradi tumorja ali stanja, ki je posledica zdravljenja tumorja v glavi ali vratu), 2. točke (oligodontija), 3. točke (shize) in 5. točke (resorpcija kosti ali atrofija zgornje čeljusti), izvaja le pri izvajalcu na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. To pomeni, da izvajalci na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti lahko trenutno izvajajo le implantološko-protetične storitve v povezavi z zdravstvenim stanjem iz 4. točke prvega odstavka 30. člena pravil (resorpcija kosti ali atrofija spodnje čeljusti). Zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov pri vseh ostalih stanjih (iz 1., 2., 3., in 5. točke prvega odstavka 30. člena pravil) pa se izvaja pri edinem izvajalcu na terciarni ravni, to je na Stomatološki kliniki in Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Med dosedanjimi kliničnimi izkušnjami in v skladu s sodobnimi strokovnimi smernicami ter s stanjem na tem področju, je izvajalec terciarne ravni zdravstvene dejavnosti ugotovil, da stanja iz 2. in 5. točke ne predstavljajo strokovno najzahtevnejša stanja in da je dostopnost zaradi le enega izvajalca za zavarovane osebe otežkočena, pri čemer se je povečala tudi čakalna doba. Zato predlaga, da se zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov pri zavarovanih osebah s stanji iz 2. in 5. točke prvega odstavka 30. člena pravil lahko opravi tudi pri specialistih na sekundarni ravni zdravstvene

dejavnosti. Zavod je zaradi večje dostopnosti in krajšanju čakalnih dob za zavarovane osebe, ki te storitve potrebujejo ter strokovne utemeljitve, sledil predlagani strokovni spremembi, zato se iz tretjega odstavka 187. člena pravil črtata 2. in 5. točka.

Posledično se del vsebine, ki je bila do zdaj umeščena v tretji odstavek, umesti v nov četrti odstavek 187. člena pravil, saj se obveznost predhodne izdelave načrta ortodontsko-implantološko-protetične rehabilitacije pri zdravstvenih stanjih iz 2. ali 3. točke prvega odstavka 30. člena pravil, več ne nanaša le na izvajalce na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

Sprememba 187. člena pravil se začne uporabljati z uveljavitvijo novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 23. členu (188. člen)

Vsebinsko se dopolni 2. točka drugega stavka prvega odstavka 188. člena pravil, ki trenutno določa, da predlog načrta zobno-protetične rehabilitacije ni potreben pri izdelavi največ treh posamičnih prevlek v obdobju enega leta. Z dopolnitvijo določbe je določeno, kdaj je ta predlog za potrjevanje posamičnih prevlek potreben, in sicer, če so prevleke del mostička, ki ni pravica. Ureditev je dopolnjena zato, da se onemogoči uveljavljanje prevlek iz sredstev OZZ v primeru, ko za njihovo uveljavljanje niso izpolnjeni pogoji iz pravil. Če mostiček ni pravica (ker pri zavarovani osebi niso izpolnjeni s pravili določeni pogoji za njegovo izdelavo), je ta predlog tudi za posamične prevleke potreben, da zavod preveri, ali so izpolnjeni pogoji za uveljavljanje prevlek iz sredstev OZZ. Prevleke se namreč ne morejo uveljavljati v breme OZZ, če jih je treba izdelati izključno zato, da so nosilec mostička, ki ni pravica; v tem primeru zavod predloga ne bo potrdil. Če pa je prevleka potrebna, ker je npr. zobna krona okvarjena, je prevleka v skladu s pravili pravica in bo zavod predlog potrdil ne glede na to, da ima zavarovana oseba mostiček, ki ni pravica.

Finančne posledice

Zaradi povečanja števila zobno-protetičnih predlogov bodo nastale finančne posledice (povečan obseg dela, dodaten kader), ki pa jih ni mogoče predvideti.

K 24. členu (196. člen)

Vsebinsko novi drugi odstavek 196. člena pravil določa dodaten primer, ko napotnica ni potrebna, in sicer za rentgensko slikanje, ki ga kot del zdravstvene obravnave določenega zdravstvenega stanja naroči osebni ali drug zdravnik, če ga naroči pri izvajalcu, pri katerem dela. Prvi odstavek tega člena sicer že določa primere, ko napotnica ni potrebna, vendar se v teh primerih zavarovana oseba za obisk izvajalca in uveljavljanje zdravstvenih storitev odloči sama (npr. sama se odloči za obisk oftalmologa zaradi pregleda vida ali za obisk specialista – psihiatra zaradi pregleda in zdravljenja). Za razliko od te, že veljavne ureditve pa v primeru iz novega drugega odstavka potrebo po rentgenskem slikanju predhodno ugotovi sam osebni ali napotni zdravnik, in to zdravstveno storitev tudi sam naroči. Tretji odstavek 160. člena pravil določa, da se zavarovana oseba z izbiro izvajalca odloči, da bo pri njem uveljavljala tudi laboratorijske, rentgenske ter druge diagnostične in terapevtske zdravstvene storitve (razen fizioterapije). Če zdravnik v okviru zdravstvene obravnave naroči rentgensko slikanje pri svojem izvajalcu (tj. izvajalcu, pri katerem dela in izvaja zdravstveno obravnavo), mu po novem za to slikanje ni treba izdati napotnice, temveč zavarovano osebo lahko naroči nanj prek internega naročila (npr. prek svojega informacijskega sistema, z interno listino, z evidentiranjem v zdravstveni dokumentaciji). Čeprav napotnica v tem primeru ni potrebna, jo zdravnik lahko izda tudi za interno naročilo. Če pa zdravnik, ki naroča rentgensko slikanje, dela pri izvajalcu, ki tega slikanja ne izvaja, zavarovani osebi izda napotnico za to zdravstveno storitev. Nova ureditev bo pomenila zmanjšanje administrativnega bremena predvsem za izvajalca (ni mu treba izdati napotnice). Na ta način se spodbuja tudi celovita in hitra zdravstvena obravnava, pri čemer bodo tako

zavarovane osebe, ki so napotene na rentgensko slikanje s strani istega izvajalca (ki izvaja zdravstveno obravnavo, skupaj z rentgenskim slikanjem), ali s strani drugih izvajalcev (z napotnico) obravnavane glede na svojo stopnjo nujnosti.

Zaradi novega drugega odstavka dosedanji drugi odstavek postane tretji odstavek.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 25. členu (204. člen)

Vsebinsko se spremenita drugi in tretji odstavek 204. člena pravil.

Drugi odstavek 204. člena pravil določa roke, v katerih mora zavarovana oseba v lekarni prevzeti zdravilo, ki je predpisano na neobnovljivi recept oziroma ga prvič prevzeti na obnovljivi recept. Poseben rok za prevzem zdravila v lekarni je določen za zdravilo, ki je predpisano v okviru nujnega zdravljenja (sedma alineja drugega odstavka 103. člena pravil), pri čemer pooblaščenim zdravnikom ob predpisu tega zdravila na elektronskem receptu označi »nujno zdravljenje!« oziroma recept na papirnati listini označi z besedami »nujno zdravljenje!« in se poleg podpiše (tretji odstavek 203. člena pravil). To zdravilo mora zavarovana oseba po veljavni ureditvi prevzeti v 24 urah od predpisa recepta. Z novelo pravil se ta rok podaljšuje tako, da ga lahko prevzame najpozneje naslednji dan od dneva, ko ji je predpisan recept (npr. če je recept predpisan v ponedeljek, zdravilo lahko prevzame tudi v torek; če je zdravilo predpisano v soboto, zdravilo lahko prevzame tudi v nedeljo v dežurni lekarni). Podaljšanje roka je posledica dejstva, da papirnati recepti ne vsebujejo podatka o uri predpisa recepta. Če je zdravilo predpisano na papirnati recept, farmacevt v lekarni zato ne more ugotoviti ure predpisa recepta, zaradi česar ne more ugotoviti, ali je od prepisa recepta že minilo 24 ur. Zato bo v skladu z novelo pravil zavarovana oseba lahko prevzela to zdravilo še ves naslednji dan od datuma predpisa recepta, ki pa je razviden tudi iz papirnatega recepta.

Tretji odstavek 204. člena pravil določa roke, v katerih zavarovana oseba uveljavi ponovne, tj. drugo in naslednje izdaje zdravila, ki je predpisano na obnovljivi recept. Ureditev predčasne ponovne izdaje zdravila na obnovljivi recept (tj. v 30 dneh pred predvidenim datumom ali izjemoma prej) se ne spreminja. Če ne gre za predčasno ponovno izdajo, pa mora zavarovana oseba po veljavni ureditvi zdravilo na obnovljivi recept ponovno prevzeti točno na predviden datum ponovne izdaje. Z novelo pravil se ta rok podaljšuje tako, da ga bo lahko ponovno prevzela ne samo na predviden datum ponovne izdaje, ampak še 15 dni po tem datumu (npr. če je predviden datum ponovne izdaje 3. marec, ga bo lahko prevzela do vključno 18. marca). Rok za izdajo zdravila na obnovljivi recept se ob drugi in vseh naslednjih izdajah tako podaljša za 15 dni od datuma predvidene ponovne izdaje zdravila. Če bo zavarovana oseba zamudila tudi ta 15-dnevni rok, pa se ji zdravilo za nazaj ne sme več izdati. Sprememba je posledica prakse, saj se je pokazalo, da ima zavarovana oseba včasih na zalogi še manjšo količino zdravila in zato pozabi dvigniti novo količino zdravila na predviden datum. Po novem bo lažje, saj bo možno prevzeti zdravilo 15 dni po predvidenem datumu ponovne izdaje. V nasprotnem primeru bi morala zavarovana oseba ponovno k pooblaščenemu zdravniku po nov recept, ker bi bil prejšnji recept že neveljaven. Ta 15-dnevni rok pri tem ne vpliva na samo obdobje veljavnosti recepta, saj se zaradi tega veljavnost obnovljivega recepta ne podaljša. V izogib morebitni nasprotni razlagi je zaradi jasnosti ureditve določeno, da lahko zavarovana oseba ponovno prevzame zdravilo v teh 15 dneh le, če je na dan, ko ga bo dejansko prevzela, obnovljivi recept še vedno veljaven.

Sočasno se tretji odstavek 204. člena pravil dopolni zaradi jasnosti ureditve in poenotenja prakse lekarn, ki bo zagotovila enako obravnavo vseh zavarovanih oseb. Na novo se namreč določa, od kdaj se računa predviden datum ponovne izdaje zdravila na obnovljivi recept. Ta datum se šteje od datuma dejanske predhodne izdaje zdravila na ta recept.

Ureditev v skladu z novelo bo veljala tudi za recepte oziroma obnovljive recepte, ki bodo veljavni ob uveljavitvi novele pravil.

Spremenjena ureditev smiselno velja tudi, če je na recept oziroma obnovljivi recept predpisano živilo (drugi odstavek 209.a člena pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 26. členu (212. člen)

S terminološko spremembo v prvem odstavku 212. člena pravil se poenoti poimenovanje MP iz skupine MP pri sladkorni bolezni iz 91. člena pravil – sistem za merjenje glukoze v medceličnini zahtevni in sistem za merjenje glukoze v medceličnini (gl. obrazložitev spremembe 91. člena pravil).

Z vsebinsko spremembo petega odstavka 212. člena pravil se širi krog izvajalec, ki smejo predlagati zavodu v imenovanje pooblaščenih zdravnikov, ki predpisujejo MP, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe. V skladu z veljavno določbo je predlagatelj lahko le Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča kot klinični inštitut, ki oblikuje doktrino na področju preskrbe s pripomočki in spremlja njeno izvajanje. Ker pa ima več izvajalcev (npr. Ortopedska bolnišnica Valdoltra) posebne time, ki so usposobljeni za predpis vsaj nekaterih takih MP (npr. nekaterih ortoz in protez), se možnost podaje predloga za določitev takšnih pooblaščenih zdravnikov razširiti tudi na druge izvajalce, in sicer na izvajalce sekundarne ali terciarne ravni zdravstvene dejavnosti, ki pa morajo za dodelitev pooblastila izkazati ustrezno usposobljenost tima, ki bo izvajal predpisovanje teh MP (dokazilo o strokovni usposobljenosti ali strokovnem izpopolnjevanju). S to spremembo se zmanjšujejo administrativne obremenitve in olajša dostop zavarovanih oseb do teh MP.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 27. členu (213.a člen)

Veljavni 213.a člen pravil določa MP, ki jih lahko zavarovana oseba po izteku dobe trajanja ponovno prevzame brez nove naročilnice. Z novelo pravil se med te MP dodajo individualno izdelani čevlji, da bodo zavarovane osebe čim prej po izteku trajnostne dobe predhodno prejetih prišle do novega MP. V praksi so dobavni roki za izdelavo te obutve več mesecev, naročilnice pa zavarovana oseba ne more prejeti več kot 30 dni pred iztekom trajnostne dobe. Zavarovana oseba je zato doslej individualno izdelani čevlji dejansko prejela šele nekaj mesecev po izteku trajnostne dobe, ne pa čim prej, ko bi to bilo možno.

Posledično je z dopolnitvami prvih alinej drugega, tretjega in četrtega odstavka 213.a člena pravil določeno, da je nov prevzem takega čevlja možen na podlagi predhodno izdane naročilnice za istovrstni čevlji, da se za ta čevlji ponovna izdaja lahko uveljavi šest let od prvega prejema na naročilnico (kot je to že urejeno za nekatere druge MP, ki se izdajajo samostojno), in da zavarovana oseba ponovno izdajo tega čevlja lahko uveljavi pri katerem koli dobavitelju, ki izdaja take čevlje v breme OZZ.

S temi spremembami 213.a člena pravil bodo zavarovane osebe prej prišle do novega individualno izdelanega čevlja, gre pa tudi za razbremenitev zavarovanih oseb in zdravnikov specialistov, saj bo manj obiskov zavarovanih oseb zaradi izdaje naročilnice.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 28. členu (216. člen)

S terminološko spremembo v drugem odstavku 216. člena pravil se poenoti poimenovanje MP iz skupine MP pri sladkorni bolezni iz 91. člena pravil – sistem za merjenje glukoze v medceličnini

zahtevni in sistem za merjenje glukoze v medceličnici (gl. obrazložitev spremembe 91. člena pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 29. členu (222. člen)

222. člen pravil se črta, saj je področje plačevanja prispevkov urejeno na zakonski ravni (npr. 7., 15.a, 16. in 46. do 60. člen ZZVZZ, 35. člen ZIUZDS, zakon, ki ureja davčni postopek, zakon, ki ureja prispevke za socialno varnost).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 30. členu (228.e člen)

Vsebinsko se dopolni prvi odstavek 228.e člena pravil, ki določa sestavine zahteve, ki jo zavarovana oseba vloži za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, ki ga je kupila v drugi državi članici EU na podlagi recepta in za njegov nakup ni potrebna predhodna odobritev zavoda. Določba se dopolni tako, da bo v postopku odločanja o tej zahtevi lahko zavod od vlagatelja zahteval tudi predložitev druge dokumentacije (ki ni že taksativno določena v pravilih), ki dokazuje izpolnjevanje pogojev za odobritev povračila stroškov, če ti ne bodo razvidni že iz predložene dokumentacije. Dopolnitev je potrebna, saj se je v praksi pokazalo, da včasih vseh pogojev za odločanje (npr. diagnoza v povezavi z omejitvijo predpisovanja) ni mogoče ugotoviti na podlagi samega recepta, ki je ena od obveznih sestavin vloge.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 31. členu (228.f člen)

Vsebinsko se dopolni prvi odstavek 228.f člena pravil, ki določa sestavine zahteve, ki jo zavarovana oseba vloži za povračilo stroškov vrednosti zdravila ali živila, ki ga je kupila v tujini zaradi motene preskrbe v slovenskih lekarnah. Dopolnitev je vsebinsko enako dopolnitvi prvega odstavka 228.e člena pravil iz smiselno enakih razlogov (gl. obrazložitev spremembe 228.e člena pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 32. členu (229. člen)

Zaradi uskladitve z ZIUZDS se spremeni druga alineja petega odstavka 229. člena pravil (gl. obrazložitev spremembe 137. člena pravil).

Finančne posledice

Gl. obrazložitev spremembe 137. člena pravil.

K 33. členu (230. člen)

Zaradi uskladitve z zakonodajo se spremeni tretji odstavek 230. člena pravil, ki določa, katere listine prevzamejo prek informacijskega sistema za podporo poslovnim subjektom (t. i. portal SPOT) delodajalci in zavarovanci, ki so sami zavezanci za plačilo prispevka in so vpisani v Poslovni register Slovenije. Določba se uskladi s Pravilnikom o prijavi nezgode in poškodbe pri delu¹⁴, na podlagi katerega ti subjekti prek portala SPOT izvedejo prijavo nezgode in poškodbe pri delu, je pa prek portala ne prevzamejo.

¹⁴ Uradni list RS, št. 78/22 in 90/22 – popr.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 34. členu (235. člen)

Vsebinsko se spremeni prvi odstavek 235. člena pravil, ki trenutno določa najmanj tridnevni rok za podajo predloga za podaljšanje začasne zadržanosti od dela imenovanemu zdravniku. Rok se podaljša na najmanj pet dni, tako da bo osebni zdravnik ta predlog podal imenovanemu zdravniku vsaj pet dni pred iztekom začasne zadržanosti od dela. Podaljšanje roka bo glede na zakonski osemdnevni rok za odločanje imenovanega zdravnika pripomoglo k pravočasnemu odločanju o začasni zadržanosti od dela. Na ta način bo lahko odločba imenovanega zdravnika v večini primerov izdana pred potekom predhodno odobrene začasne zadržanosti od dela, zavarovanec pa ne bo v časovni stiski, ali bo pravočasno izvedel, kdaj naj bi nastopil delo (če mu začasna zadržanost od dela ne bo podaljšana), delodajalec pa bo lahko na podlagi pravočasne informacije o zavarovančevi začasni zadržanosti od dela lažje organiziral nadomeščanje.

Nov drugi odstavek 235. člena pravil določa pristojnost osebnega zdravnika, da lahko v primeru, ko je bila z odločbo imenovanega zdravnika zavarovancu odobrena začasna zadržanost od dela za skrajšani delovni čas, za preostanek ur do polnega delovnega časa, zavarovancu sam odobri začasno zadržanost od dela. To pomeni, da v tem primeru ne bo treba poslati predloga imenovanemu zdravniku za odobritev začasne zadržanosti od dela za preostale ure. Osebni zdravnik bo lahko sam odobril začasno zadržanost od dela (za preostale ure) vendar le za največ do pet dni v posameznem koledarskem mesecu, in ne dlje kot do konca z odločbo odobrene začasne zadržanosti od dela za skrajšan delovni čas. Teh pet dni je lahko zaporednih, lahko pa gre za posamične dneve, katerih skupni seštevek v enem mesecu ne sme presežati pet (koledarskih) dni. Tako lahko osebni zdravnik zavarovancu odobri začasno zadržanost od dela, npr. od 28. marca do 3. aprila, torej štiri dni v mesecu marcu in tri dni v mesecu aprilu. Pri tem gre lahko za razloge začasne zadržanosti od dela, ki se na podlagi 231. člena pravil med seboj seštevajo (npr. »bolezen« in »poškodba pri delu«) ali ne seštevajo med seboj ali skupaj z drugimi razlogi (npr. »nega«, »spremstvo«). V primeru razlogov, ki se na podlagi prvega odstavka 231. člena pravil ne seštevajo (pri njih nadomestilo od prvega dne dalje bremeni sredstva OZZ), je že zdaj v skladu z 81. členom ZZVZZ osebni zdravnik pristojen, da sam odobri začasno zadržanost od dela za preostale ure delovne obveznosti v primeru nege, spremstva ali izolacije, in sicer za obdobje, ki sodi v njegovo pristojnost. Če je npr. zavarovancu z odločbo imenovanega zdravnika odobrena začasna zadržanost od dela v skrajšanem delovnem času za razlog »bolezen«, nato pa osebni zdravnik ugotovi potrebo po negi ožjega družinskega člana, mu je že po dosednji ureditvi sam odobril začasno zadržanost od dela za preostale ure zadržanosti do polnega delovnega časa iz razloga »nega«. Po novem bo to lahko storil tudi pri drugih razlogih. Če osebni zdravnik meni, da so tudi po petih dneh v koledarskem mesecu še podani razlogi za začasno zadržanost od dela, še isti dan, ko to ugotovi, napoti zavarovanca k imenovanemu zdravniku. O daljši začasni zadržanosti od dela bo torej odločal imenovani zdravnik. Izbrani osebni zdravnik lahko odobri začasno zadržanost od dela za preostale ure za naprej, za nazaj pa le za največ za tri dni od dneva, ko se je zavarovanec zglasil pri njem, razen če osebni zdravnik zaradi praznikov ni bil dosegljiv v tem času (prvi odstavek 232. člena pravil). V primeru odsotnosti, daljše od treh dni za nazaj bo osebni zdravnik posredoval predlog imenovanemu zdravniku za odobritev zadržanosti od dela.

Navedena rešitev pomeni zmanjšanje administrativnega bremena za zavarovanca (ni mu treba čakati na odločitev imenovanega zdravnika), za osebnega zdravnika (ni mu treba pošiljati listine – predloga imenovanemu zdravniku, skupaj s celotno zdravstveno in drugo dokumentacijo zgolj zaradi odobritve nekaj dni začasne zadržanosti od dela), za delodajalca (hitrejša odločitev in izdaja t. i. bolniškega lista) in je tudi razbremenitev za imenovanega zdravnika (manj izdanih odločb). Zaradi zapletenosti in časovne zamudnosti celotnega postopka se nekateri zavarovanci v takšnih primerih raje odločajo za koriščenje dopusta, kot pa da bi se spustili v celoten postopek,

čeprav ostanejo doma, ker za delo v polnem delovnem času niso zmožni. Nova ureditev pomeni možnost osebnega zdravnika, da lahko postopa na navedeni način (sam odloči o začasno zadržanosti od dela za preostale ure), lahko pa se določi, da bo vseeno izstavil predlog imenovanemu zdravniku in predlagal, da ta (z odločbo) odobri začasno zadržanost od dela za določeno število dni oziroma ur.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic. Do zdaj je osebni zdravnik za primere iz drugega odstavka 235. člena pravil posredoval predlog imenovanemu zdravniku za odobritev začasne zadržanosti od dela za preostale ure, pri čemer tudi imenovani zdravnik ni mogel odpraviti te zadržanosti, ki jo je zavarovanec uveljavil po navodilu svojega osebnega zdravnika (da ostane doma, dokler ne prejme odločbe imenovanega zdravnika). Zato se izdatki iz naslova nadomestila zaradi začasne zadržanosti od dela ne bodo povečali.

K 35. členu (244.a člen)

Nov prvi odstavek 244.a člen pravil ureja primere, ko po izdaji odločbe o začasni zadržanosti od dela nastanejo nova dejstva in novi dokazi, ki sicer niso obstajali v času prejšnjega postopka, vendar bi ti sami zase ali v povezavi z drugimi dokazi utemeljevali izdajo drugačne odločbe. V postopku ugotavljanja začasne zadržanosti od dela pogosto namreč prihaja do primerov, da je začasna zadržanost od dela odobrena za določeno daljše časovno obdobje vnaprej, nato pa se po izdaji odločbe ugotovijo nova dejstva oziroma dokazi, ki so nastali po izdaji odločbe in narekujejo drugačno odločitev (npr. zavarovanec pridobi pravice iz naslova invalidskega zavarovanja, ki na novo določajo njegovo, krajšo delovno obveznost; nov izvid utemeljuje začasno zadržanost od dela za več ur, kot je bilo ugotovljeno v prejšnji odločbi). Dejstva, ki so nastala kasneje, so namreč lahko podlaga za vodenje novega upravnega postopka. Poleg tega je zdravstveno stanje spremenljiva kategorija, tako, da pozneje pridobljena medicinska in druga dokumentacija lahko kaže na dejansko (zdravstveno) stanje, ki je podlaga za odločitev o začasni zadržanosti od dela. Če se v novem postopku ugotovi, da nova dejstva in dokazi narekujejo drugačno odločitev, imenovani zdravnik lahko delno ali v celoti spremeni prejšnjo odločbo, ne glede na to, ali je ta postala dokončna ali pa ne. To pomeni, da se za razliko od instituta obnove postopka po zakonu, ki ureja splošni upravni postopek, upoštevajo nova dejstva in novi dokazi, ki niso obstajali v času prejšnjega postopka, prav tako se ne upošteva le dokončna odločba. Če nova dejstva in dokazi ne vplivajo na že ugotovljeno začasno zadržanost od dela, imenovani zdravnik izda negativno odločbo. Sočasno je določen rok, v katerem lahko osebni zdravnik predlaga spremembo odločitve o začasni zadržanosti od dela. Navedeni rok je kratek, saj to zahteva narava odločanja imenovanih zdravnikov v teh postopkih, ki morajo biti hitri, saj je od pravočasne oziroma čimprejšnje odločitve o začasni zadržanosti od dela odvisna pravna varnost zavarovanca, organizacija dela pri delodajalcu (da lahko nadomesti odsotnega delavca), s tem se tudi lahko doseže ažurnost postopkov izplačila oziroma povračila nadomestila. Ugotovljena začasna zadržanost od dela je namreč pogoj, da lahko zavarovanec oziroma njegov delodajalec zahteva izplačilo oziroma povračilo nadomestila.

Drugi odstavek 244.a člena pravil določa, da se nova dejstva in dokazi lahko upoštevajo tudi v pritožbenem postopku, če so seveda ta priložena pritožbi in je bil pritožbeni organ s temi dejstvi in dokazi seznanjen.

Tretji odstavek 244.a člena pravil ureja primer, če je po izdaji odločbe o začasni zadržanosti od dela pri zavarovancu ugotovljena preostala delovna zmožnost z izvršljivo odločbo ZPIZ. V tem primeru lahko imenovani zdravnik delno ali v celoti spremeni odločbo o začasni zadržanosti od dela na predlog osebnega zdravnika ali po uradni dolžnosti. Do spremembe odločbe o začasni zadržanosti od dela (za naprej) ne bo prišlo samodejno, zgolj iz razloga, da obstaja izvršljiva odločba ZPIZ, temveč le v primeru, če v času po izdaji odločbe ZPIZ pri zavarovancu ni prišlo do spremembe zdravstvenega (funkcionalnega stanja) oziroma ni prišlo do takšne spremembe, ki vpliva na delazmožnost zavarovanca. Odločitev imenovanega zdravnika velja le za naprej. To

pomeni, da lahko imenovani zdravnik spremeni odločbo o začasni zadržanosti od dela le za naprej, upošteva zavarovančevo zdravstveno stanje in ob upoštevanju preostale delovne zmožnosti v skladu z izvršljivo odločbo ZPIZ (tretji odstavek 233. člena pravil). Če je imenovani zdravnik npr. zavarovancu odobril začasno zadržanost od dela v polnem delovnem času od 1. marca do 15. aprila, 28. marca nato prejme izvršljivo odločbo ZPIZ, s katero je bilo ugotovljeno, da je zavarovanec zmožen za svoje delo po štiri ure dnevno, bo pri ponovni obravnavi ob ugotovitvi, da zavarovančevo trenutno zdravstveno stanje omogoča delo v skrajšanem delovnem času, spremenil svojo predhodno odločbo in odločil, da je zavarovanec od npr. 5. aprila dalje (torej za naprej) zmožen za delo v skladu z izvršljivo odločbo ZPIZ. Če pa imenovani zdravnik meni, da je zavarovanec kljub odločbi ZPIZ še nadalje popolno nezmožen za delo (ker je npr. pri njem prisotno še drugo zdravstveno stanje, ki v izvedenskem mnenju ZPIZ ni bilo upoštevano), v odločbo ne poseže.

Zaradi pravne varnosti zavarovancev in delodajalcev ter glede na posebnosti odločanja o začasni zadržanosti od dela pri ponovnem odločanju na podlagi prvega, drugega ali tretjega odstavka 244.a člena pravil ni mogoče odvzeti že odobrene in uveljavljene začasne zadržanosti od dela (četrti odstavek 244.a člena pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 36. členu (252. člen)

Zaradi notranje uskladitve pravil se spremeni 1. točka drugega odstavka 252. člena pravil, na podlagi katere sme izvajalec zavarovani osebi, ki ima zadržane pravice (v skladu z 78.a členom ZZVZZ in s 36. členom ZIUZDS), zaračunati pogodbeno ceno zdravstvene storitve, ki ni NMP ali nujno zdravljenje, če tako, nenujno zdravstveno storitev zavarovana oseba uveljavi, medtem ko ima zadržane pravice. S spremembo določbe je opuščena sklica na črtan tretji odstavek 158. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 37. členu (253. člen)

Zaradi opustitve povzemanja zakonske ureditve zadržanja pravic se spremeni 253. člen pravil, s katerim se ohranja dosedanja ureditev, da se stroški zdravstvene storitve, ki jih je med zadržanjem pravic plačala zavarovana oseba, povrnejo zavarovani osebi v višini vrednosti iz OZZ, ki velja na dan opravljene zdravstvene storitve (gl. obrazložitev spremembe 23. točke 2. člena pravil).

Na podlagi 36. člena ZIUZDS lahko zavarovana oseba v času zadržanja pravic na račun OZZ uveljavlja le pravico do NMP in nujnega zdravljenja, medtem ko je sama plačnik stroškov vseh drugih zdravstvenih storitev. Zadržanje pravic (ki velja, le za zakonsko določene kategorije zavarovanih oseb) nastopi, ko znesek zapadlih obveznosti plačevanja prispevkov preseže znesek 8 % povprečne mesečne bruto plače v Republiki Sloveniji za preteklo leto (t. i. limit za zadržanje pravic), ki ga vsako leto izračuna zavoda. Zavod odpravi zadržanje pravic, ko zapadle obveznosti iz naslova prispevkov ne presegajo več tega limita (za razliko od prejšnje ureditve za odpravo zadržanja pravic ni več potrebno, da zavarovana oseba poravnava vse zapadle prispevke). V tem primeru lahko zavarovana oseba pri zavodu zahteva tako povračilo stroškov zdravstvenih storitev iz OZZ v vrednosti iz OZZ (po pravilih je to t. i. pogodbeno ceno) kot tudi povračilo oziroma izplačilo denarnih dajatev iz OZZ v vrednosti iz OZZ, zavod pa jih povrne oziroma izplača, če zavarovana oseba v času povračila oziroma izplačila nima zadržanih pravic.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 38. členu (256. člen)

Zaradi uskladitve z zakonodajo, ki ureja plačevanje prispevka, in zaradi notranje uskladitve besedila pravil se spremeni 2. točka tretjega odstavka 256. člena pravil, ki določa pristojnost območne enote in Direkcije zavoda za odločanje o obveznosti plačevanja prispevkov. V spremenjeni določbi je opuščen sklic na črtan 17. člen pravil in sočasno določeno, da zavod odloča o obveznosti plačila prispevka, ki ga zavod sam pobira, tj. o plačilu prispevka, ki ga plačujejo t. i. samoplačniki, in sicer za zavarovance iz 11., 12., 13., 14. in 20. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, zavarovane osebe, ki so zavarovane kot družinski člani zakonci ali starši (1. točka pod a) in 3. točka pod b) prvega odstavka 20. člena ZZVZZ) ter za zavarovance iz tretjega in četrtega odstavka 35. člena ZIUZDS.

Zaradi uskladitve z zakonodajo, ki ureja zadržanje pravic, in zaradi notranje uskladitve pravil se spremeni 9. točka tretjega odstavka 256. člena pravil, ki določa pristojnost območne enote in Direkcije zavoda za odločanje o zahtevi za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in povračilo oziroma izplačilo denarnih dajatev, ki jo vloži zavarovana oseba, ki je imela zadržane pravice. V spremenjeni določbi je opuščen sklic na črtan tretji odstavek 158. člena pravil in sklic na 78.a člen ZZVZZ (gl. obrazložitev spremembe 23. točke 2. člena in črtanja 158. člena pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA**K 39. členu (začetek uporabe)**

Novela pravil začne veljati 1. oktobra 2024, vendar se vse njene določbe takrat ne bodo začele uporabljati. Poznejši začetek uporabe je določen za spremembe in dopolnitve standardov ZS in ZPP (standardni materiali iz 112. člena pravil, trajnostne dobe iz 121. člena pravil in garancijski roki iz 122. člena pravil) in za preimenovanje ZPP iz 1. točke prvega odstavka 29. člena pravil.

Zaradi postopne opustitve amalgama v skladu z Nacionalnim načrtom se na podlagi prvega oziroma tretjega odstavka te prehodne določbe:

- od 1. januarja 2025 uporablja 5. točka spremenjenega prvega odstavka 112. člena pravil, da je za zalivko v stranskem sektorju za vse zavarovane osebe mlajše od 26 let primarni standardni material kompozit.
Do 1. januarja 2025 se za to zalivko pri zavarovanih osebah v starostnem obdobju od 15. do 26. leta, ki niso nosečnice ali doječe matere, uporablja dosedanja ureditev v skladu s četrtrim odstavkom te prehodne določbe, torej standardni material iz 3. točke dosedanjega prvega odstavka 112. člena pravil, tj. amalgam;
- od 1. januarja 2027 uporablja 6. točka spremenjenega prvega odstavka 112. člena pravil, da je za vse zalivke na ličnikih primarni standardni material kompozit.
Do 1. januarja 2027 se za to zalivko pri zavarovanih osebah, ki so stare 26. let ali več in niso nosečnice ali doječe matere (torej niso zajete v 5. točki spremenjenega prvega odstavka 112. člena pravil), uporablja dosedanja ureditev v skladu s četrtrim odstavkom te prehodne določbe, torej standardni material iz 3. točke dosedanjega prvega odstavka 112. člena pravil, tj. amalgam.

Razen spremembe standardnega materiala za zalivke, ki so posledica postopno opustitve amalgama, se v skladu z drugim odstavkom te prehodne določbe zaradi potrebnih prilagoditev na strani izvajalcev in zavoda, ostale spremembe standardov ZPP (standardni materiali iz 112. člena pravil, trajnostne dobe iz 121. člena pravil in garancijski roki iz 122. člena pravil) ter preimenovanje ZPP (nazidek z zatičkom v koreninski zatiček z nazidkom in vlita zalivka v inlej, onlej ali overlej) začnejo uporabljati 1. julija 2025, do takrat pa se uporablja dosedanja ureditev v skladu s četrtrim odstavkom te prehodne določbe.

V skladu s četrnim odstavkom te prehodne določbe se kot že predhodno obrazloženo, do začetka uporabe nove ureditve (iz prvega, drugega in tretjega odstavka te prehodne določbe) uporablja ureditev iz dosedanjih pravil. Ob začetku uporabe nove ureditve bodo nekatere ZZS iz 28. člena pravil že začete, vendar še ne dokončno izvedene, in nekateri ZPP iz 29. člena pravil že v izdelavi, vendar še ne izdelani oziroma jih zavarovane osebe še ne bodo prejele. Tudi zanje se bo uporabljala nova ureditev standardov (standardni material, trajnostne dobe in garancijski roki).

Zaradi ohranitve dosedanjega obsega pravice do vlite zalivke (od 1. julija 2025 preimenovana v inlej, onlej oziroma overlej) peti odstavek te prehodne določbe določa izjemo, da za vlito zalivko, ki jo zavarovana oseba prejme do 1. julija 2025 (tj. pred začetkom uporabe 7-letne trajnostne dobe), velja dosedanja, 5-letna trajnostna doba, in ne nova, 7-letna trajnostna doba, ki bi sicer veljala tudi zanjo, če ne bi bilo te prehodne določbe.

Finančne posledice

Gl obrazložitev k spremembi 112., 121. in 122. člena pravil.

K 40. členu (začetek veljavnosti)

Novela pravil se objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, ko da nanjo soglasje minister, pristojen za zdravje (26. člen ZZVZZ). Novela pravil bo po predhodni objavi začela veljati 1. oktobra 2024. Tega dne se mora začeti uporabljati spremenjena ureditev pravice do MP, saj je ta ureditev vezana na spremembe pravice do MP iz predhodne novele pravil, ki se prav tako začne uporabljati 1. oktobra 2024 (gl. prvi odstavek 117. člena Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, Uradni list RS, št. 124/23). S 1. oktobrom 2024 se bodo začele uporabljati tudi druge določbe novele pravil, razen določb, ki se v skladu z novelo pravil začnejo uporabljati pozneje.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.