

II. OBRAZLOŽITEV

PRAVILA OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

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 in 85/14; v nadaljnjem besedilu: pravila) podrobneje urejajo:

- vrste in obseg pravic,
- obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb,
- pogoje in postopke za uresničevanje pravic,
- standarde zdravstvenih storitev in medicinskih pripomočkov,
- varstvo pravic zavarovanih oseb in
- nadzor uresničevanja pravic in obveznosti.

Pravila sprejme Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: zavod) v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje, na podlagi 26. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (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, 63/13 – ZIUPTDSV, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT; 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 Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.).

PREDLOG NOVELE PRAVIL

Predlog sprememb in dopolnitev pravil (v nadaljnjem besedilu: novela pravil) vključuje naslednje vsebinsko zaokrožene sklope, ki se nanašajo na:

- pravico do storitev zobozdravstvene dejavnosti;
- pravico do zdraviliškega zdravljenja;
- pravico do obnovitvene rehabilitacije invalidov in udeležbe v organiziranih skupinah za usposabljanje;
- pravico do zdravil in živil na recept;
- pravico do medicinskih pripomočkov;
- pravico do zdravljenja v tujini;
- pravico do nadomestila plače;
- pravico do povračila potnih stroškov;
- standarde storitev;
- druge določbe pri uveljavljanju pravic;
- uskladitev pravil z zakonodajo in notranjo uskladitev besedila pravil.

Vsebinski sklopi vključujejo naslednje bistvene spremembe in dopolnitve določb pravil:

1. Pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti

- sprememba ureditve pravice do zobno-protetičnih pripomočkov (v nadaljnjem besedilu: ZPP) zaradi napredka medicinske stroke in jasnejše ureditve pravice;
- nova ureditev pravice do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov in ZPP na vsadkih z določitvijo podrobnejšega obsega pravice (zdravstvena stanja in starostno obdobje, ki so indikacija; stanja, ki so kontraindikacija; število zobnih vsadkov; narava pravice), njihovih standardov (trajnostna in garancijska doba), postopka uveljavljanja pravice in začetka izvajanja določb pravil. Predlog je usklajen s predstavniki UKC Ljubljana, Stomatološke klinike in Kirurške klinike, Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo;
- podrobnejša ureditev pravice do ortodontskega zdravljenja;
- uskladitev podrobnejšega obsega pravice do preventivnih zobozdravstvenih pregledov z zakonodajo;
- sprememba standardnih materialov in trajnostne dobe zobozdravstvenih storitev in ZPP;
- natančnejša ureditev pravice do prilagoditve, popravila in novega ZPP.

2. Pravica do zdraviliškega zdravljenja

- nova indikacija za zdraviliško zdravljenje pri boleznih dihal – idiopatska (družinska) in kronična trombembolična pljučna arterijska hipertenzija;
- podrobnejša ureditev standarda prehrane zavarovane osebe ter standarda nastanitve in prehrane spremljevalca slepe zavarovane osebe med zdraviliškim zdravljenjem, ki se izvaja na stacionarni način.

3. Pravica do obnovitvene rehabilitacije invalidov in udeležbe v organiziranih skupinah za usposabljanje

- glede na veljavne pogoje za uveljavitev pravice do zdraviliškega zdravljenja se dopušča uveljavljanje zdraviliškega zdravljenja ne glede, kdaj je zavarovana oseba pred tem uveljavila obnovitveno rehabilitacijo invalidov ali udeležbo v organiziranih skupinah za usposabljanje.

4. Pravica do zdravil in živil na recept

- določitev starosti otrok, katerim se lahko predpiše magistralna zdravila, s ciljem njihove enakopravne obravnave;
- ukinitve možnosti uvedbe potrjevanja receptov za zdravila z omejitvijo predpisovanja zaradi nepotrebnosti;
- sprememba ureditve količine izdanega zdravila, predpisanega na enoletni obnovljivi recept, s ciljem, da se izda za celotno enoletno obdobje zdravljenja brez ponovnega obiska zdravnika, pooblaščenega za predpisovanje zdravila, zaradi manjkajoče količine;
- predpis recepta za t. i. drago zdravilo (cena pakiranja presega 200 eurov) in določitev roka za naslednjo (ponovno) izdajo dragega zdravila, oboje zaradi veljavnega pravila mesečne izdaje dragega zdravila;
- sprememba dodelitve in predpisovanja receptov za osebno rabo glede na namen teh receptov ter s ciljem bolj primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe zavarovanih oseb;
- sprememba postopka uveljavljanja pravice do zdravil in živil zaradi uvedbe elektronskega recepta (v nadaljnjem besedilu: e-recept) v Republiki Sloveniji (v nadaljnjem besedilu: RS), vključno z določitvijo pogojev za predpis recepta na papirnatem obrazcu (v nadaljnjem besedilu: papirnati recept), ki je namenjen nakupu zdravila in živila v drugi državi, in vključno s spremembo roka za prevzem zdravila in živila v lekarni v RS na podlagi tega recepta;
- sprememba podrobnejše ureditve pravice do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila v skladu z Direktivo 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem, vključno z določitvijo oblike (papirnatega) recepta in receptnega obrazca ter roka za predpis papirnatega recepta, s spremembo roka za vložitev zahteve za izdajo odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov in roka za nakup zdravila in živila na podlagi odločitve zavoda, vse s ciljem čim hitrejšega začetka zdravljenja ter enakopravnejše obravnave zavarovanih oseb pri uveljavljanju pravice do zdravil in živil;
- sprememba podrobnejše ureditve pravice do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila kupljenega v tujini zaradi motnje v preskrbi na slovenskem trgu, vključno z določitvijo oblike (papirnatega) recepta in roka za njegov predpis, vsebine in oblike potrdila o deficitarnosti ter roka za nakup zdravila in živila v tujini, vse zaradi uvedbe e-recepta in uskladitve s sistemom medsebojno zamenljivih zdravil oziroma smiselno enako primerljivih živil ter s ciljem čim hitrejšega začetka zdravljenja.

5. Pravica do medicinskih pripomočkov

- uvedba nekaterih novih medicinskih pripomočkov (v nadaljnjem besedilu: MP);
- sprememba postopkov zagotavljanja elastomernih črpalk in aparatov za nadomestno komunikacijo;
- natančnejša razmejitev popravil, vzdrževanja in prilagoditve MP ter ukinitve naročilnice za prilagoditve MP;
- na novo opredeljene cene in cenovni standardi MP;
- na novo opredeljene in skrajšane dobe trajanja ter obdobja in količine MP;
- spremenjena je ureditev zagotavljanja minimalnega nabora na izdajnih mestih dobavitelja glede predlog, hlačnih predlog (plenici), posteljnih podlog za enkratno uporabo in fiksirnih hlačk;
- spremenjena je dolžnost dobaviteljev glede zagotavljanja MP iz skupin MP pri umetno izpeljanem črevesju, pri težavah z odvajanjem seča, pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialov zavarovani oseb;
- prenos vseh pogojev za uveljavitev pravice do dihalnih aparatov in MP pri zdravljenju sladkorne bolezni v splošni akt skupščine zavoda iz prvega odstavka 64. člena pravil, to je Sklep o določitvi zdravstvenih stanj za upravičenost do posameznih medicinskih pripomočkov (v nadaljnjem besedilu: Sklep o določitvi zdravstvenih stanj za MP).

Predlogi sprememb in dopolnitev pravil glede MP so usklajeni s klinikami in inštituti, ki sprejemajo strokovne smernice zdravljenja s področja uporabe MP, na katerega se spremembe nanašajo.

6. Pravica do zdravljenja v tujini

- določitev preračuna stroškov zdravstvenih storitev in potnih stroškov iz tuje v domačo valuto;
- dopolnitev ureditve (širitev) pravice do spremljanja zavarovane osebe, starejše od 18. let, v primeru zdravljenja v tujini, če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja, in če je v RS določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo ali razumen čas.

7. Pravica do nadomestila plače

- dopolnitev ureditve pravice do nadomestila plače za spremljevalca zavarovane osebe v primeru zdravljenja v tujini;
- opustitev nepotrebne določbe glede obračuna nadomestila.

8. Pravica do povračila potnih stroškov

- sprememba podrobnejše ureditve pravice do povračila prevoznih stroškov ter stroškov prehrane in nastanitve v RS in tujini.

9. Standardi storitev

- sprememba standarda zdravstvenih storitev po času njihove izvedbe;
- podrobnejša ureditev standarda zdravstvenih storitev izbranega osebnega ginekologa na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti po času njihove izvedbe.

10. Druge določbe pri uveljavljanju pravic

- sprememba ureditve uveljavljanja zdravstvenih storitev brez kartice zdravstvenega zavarovanja;
- podrobnejša ureditev uveljavljanja patronažne zdravstvene nege in zdravstvene nege na domu;
- jasnejša ureditev dopustnih plačil in doplačil zdravstvenih storitev, vključno z MP.

11. Uskladitev pravil z zakonodajo in notranja uskladitev besedila pravil

- uskladitev pravil z zakonodajo zaradi usklajenosti pravnega reda;
- terminološka in nomotehnična uskladitev besedila pravil zaradi notranje skladnosti in jasnejše vsebine pravil.

OBRAZLOŽITEV ČLENOV PREDLOGA NOVELE PRAVIL**K 1. členu (2. člen pravil)****3. točka**

Sprememba 3. točke 2. člena pravil je uskladitvene narave z naravo delovnega naloga kot listine, s katero pooblaščen zdravnik naroča zobotehnične storitve, in ne zobotehnične preiskave.

30.a točka

Z novo 30.a točko 2. člena pravil je opredeljen izraz "prilagoditev", ki se uporablja v Zakonu o medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 98/09; v nadaljnjem besedilu: ZMedPri). Izraz nadomešča v pravilih uporabljen izraz "predelava", ki ga zakonodaja s področja MP in ZPP ne pozna. Prilagoditev je poseg v MP, kadar v času njegove uporabe pride na strani zavarovane osebe do funkcionalnih ali anatomskih sprememb in je zato treba MP prilagoditi novemu zdravstvenemu stanju. Če gre za spremembo na strani MP, govorimo o popravilih in vzdrževanjih MP. Izraz "prilagoditev" se z enako vsebino uporablja tudi pri ZPP.

36. točka

Dopolnitev 36. točke 2. člena pravil je posledica uvedbe e-recepta v RS ter dejstva, da med RS in drugimi državami članicami Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: EU) še ni vzpostavljena elektronska izmenjava receptov in receptnih obrazcev. Dopolnitev vsebinsko ne spreminja določbe. Z njo se le jasno določa oblika receptnega obrazca, ki mora biti predpisan na papirnati listini, če se uporabi pri uveljavljanju pravic v skladu s pravili. Dopolnitev tudi ne spreminja veljavne ureditve. Ta oblika receptnega obrazca izhaja že iz veljavnega 228.e člena pravil. Na njegovi podlagi je že sedaj obvezna sestavina vloge tudi izvirnik ali kopija receptnega obrazca, torej na papirju.

Iz istih razlogov je v tem predlogu novele pravil tudi za recept določeno, da se ga predpiše na papirnatem obrazcu, če se ga želi uporabiti za uveljavljanje pravice iz 135.e in 135.f člena pravil (gl. tudi obrazložitev k predlaganim spremembam 135.e, 135.f, 228.e in 228.f člena pravil in predlaganem novem 135.g členu pravil).

49. točka

Sprememba 49. točke 2. člena pravil je uskladitvene narave zaradi notranje skladnosti besedila pravil.

50. točka

Sprememba 50. točke 2. člena pravil je uskladitvene narave zaradi notranje skladnosti besedila pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 2. členu (20. člen pravil)

20. člen pravil določa uveljavljanje zdravstvenih storitev brez kartice zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: KZZ) ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: OZZ). Dopolnitev prvega odstavka je uskladitvene narave pravil s splošnim aktom zavoda iz šestega odstavka 78. člena ZZVZZ, s katerim se določa vsebina in oblika KZZ, način dostopa do podatkov in pooblastila za njihovo branje in zapisovanje. V skladu z veljavnim 20. členom pravil lahko zavarovana oseba uveljavlja brez KZZ nujno medicinsko pomoč in nujno zdravljenje. V predlogu novega pravilnika, ki bo uredil KZZ, pa so na novo določeni primeri dostopa do podatkov zavarovane osebe v zbirkah podatkov zavoda brez sočasne uporabe KZZ in profesionalne kartice (v primeru nedelovanja KZZ; opravljanja storitev, pri katerih prisotnost zavarovane osebe ni potrebna in podobno). Zato je prvi odstavek dopolnjen tako, da bo brez KZZ ali drugega dokazila o urejenosti OZZ lahko zavarovana oseba uveljavila zdravstvene storitve (vključno z zdravlili,

živili in MP), ne le v primeru nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja, temveč tudi v drugih primerih, ki jih bo določil pravilnik, ki bo uredil KZZ.

Nov drugi in tretji odstavek sta vsebinsko enaka 11. točki drugega odstavka in tretji alineji četrtega odstavka veljavnega 252. člena pravil. Določata, da lahko izvajalec zahteva plačilo celotne pogodbene cene storitve oziroma da lahko dobavitelj zahteva za MP plačilo v celoti, če zavarovana oseba ne predloži KZZ oziroma drugega dokumenta, ki dokazuje OZZ. V tem primeru izvajalec oziroma dobavitelj zavarovano osebo napoti na zavod, pri katerem lahko uveljavlja povračilo vrednosti računa, če izkaže, da je imela v času uveljavljanja zdravstvenih storitev urejeno OZZ. Medtem, ko določba o višini plačila sodi v 252. člen pravil, v ta člen ne sodi določba, ki določa obveznost zavarovane osebe glede plačila ter obveznost izvajalca in dobavitelja glede seznanitve zavarovane osebe o možnosti vložitve zahteve za povračilo stroškov vrednosti zdravstvene storitve oziroma MP. Zato se ta del določbe iz 252. člena pravil umesti v nov drugi in tretji odstavek 20. člena pravil, ki ureja uveljavljanje zdravstvenih storitev brez KZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 3. členu (22. člen pravil)

Sprememba 5. in 6. točke prvega odstavka 22. člena pravil je uskladitvene narave z opredelitvijo izraza "recept" in "živilo" iz 2. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 4. členu (25. člen pravil)

S spremembo 1. točke 3. člena pravil se izraz estetskih "operacij" nadomešča z izrazom estetskih "posegov". S tem se izraz vsebinsko nekoliko širi, saj se v medicinski nomenklaturi izraz "operacija" uporablja predvsem za opredelitev bolj radikalnih posegov, izraz "poseg" pa zajema širši terapevtski spekter (npr. laserska terapija, infiltracija botoksa in podobno).

Dopolnitev 9. točke 3. člena pravil je uskladitvene narave s 135.a in 135.b členom pravil. Veljavna 9. točka se nanaša na primere iz X. poglavja pravil, ko gre za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev med potovanjem in bivanjem v tujini, ko zavarovane osebe nimajo pravice do povračila stroškov prevoza iz tujine. Zavarovane osebe pa imajo pravico do povračila potnih stroškov, vključno s prevoznimi stroški, v primeru zdravljenja v tujini iz 135.a (če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja) in 135.b člena pravil (če je v RS določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo ali razumen čas). Zaradi notranje skladnosti pravil se zato točka dopolni.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 5. členu (28. člen pravil)

Določba je vsebinsko enaka veljavni določbi z novo 5. točko, ki je vsebinsko enaka veljavni 1. točki 29. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 6. členu (29. člen pravil)

Predlaga se črtanje 29. člena pravil, saj je veljavna 1. točka 29. člena pravil vključena kot 5. točka v predlagan 28. člen pravil in ker je veljavna 2. točka 29. člena pravil neskladna s predlagano novo pravico do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov iz predlaganega 32.a člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 7. členu (30. do 32. člen pravil)

30. člen pravil

Sprememba 30. člena pravil obsega natančnejšo določitev ZPP, ki so že pravica, zaradi poenotenja izrazov v zobozdravstveni stroki (napredka medicinske stroke).

V prvem odstavku je nova 5. točka, ki določa pravico do mostička ali delne proteze zaradi novega zdravstvenega stanja – zaradi zagotovitve vsaj ene funkcionalne okluzijske enote na vsaki strani čeljusti.

Drugi odstavek vsebinsko vključuje veljavni drugi odstavek 32. člena pravil, ki natančneje določa pravico do delne proteze, ki nadomesti vse vrzeli v eni čeljusti.

Tretji odstavek na novo določa štetje zob v posameznem kvadrantu.

Četrty odstavek na novo določa, da se pri uveljavljanju pravice do ZPP šteje kot lastni zob tisti zobni vsadek, ki si ga zavarovana oseba vsadi samoplačniško na lastno željo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

31. člen pravil

Sprememba obsega natančnejšo opredelitev, do katerega leta imajo zavarovane osebe pravico do ZPP.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

32. člen pravil

Sprememba obsega natančnejši zapis pogojev, ki morajo biti izpolnjeni pred izdelavo ZPP iz 30. člena pravil. Določba je vsebinsko enaka veljavnima določbama prvega odstavka 32. člena in 5. točke 30. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 8. členu (32.a do 32.c člen pravil)

32.a člen pravil

V novem 32.a členu pravil je opredeljena pravica do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov, ki obsega protetično in kirurško oskrbo. Pri zobno-protetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov gre za celovito obravnavo, pri kateri je kirurški postopek vstavitve zobnih vsadkov predpriprava za protetično oskrbo. Zato je potrebno, da pred začetkom kirurškega dela zdravljenja, mnenje glede potrebe po tovrstni rehabilitaciji poda specialist za stomatološko protetiko.

Pogoja za uveljavljanje navedene pravice sta:

- da v konkretnem primeru zavarovani osebi ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne zobno-protetične rehabilitacije z ZPP iz 30. člena pravil;
- da je pri zavarovani osebi podano eno od stanj, navedenih v tej določbi.

Gre za zdravstvena stanja, pri katerih funkcionalno ustrezno zdravljenje in protetična rehabilitacija z ZPP iz 30. člena pravil praviloma ni mogoča. Ta stanja so: resekcije v zgornji ali spodnji čeljusti, ki so posledica tumorjev, oligodontije, shize in obsežne resorpcije kosti oziroma atrofije alveolnega grebena. Oskrba z zobnimi vsadki in

ZPP na vsadkih je v primeru izpolnjevanja navedenih pogojev mogoča tako v primeru oskrbe vrzeli (npr. pri resekcijah zaradi tumorja, oligodontije, shize) kot tudi v primeru popolne brezzobe čeljusti (pri obsežni resorpciji kosti oziroma atrofiji alveolnega grebena).

Drugi odstavek ureja pravico zavarovanih oseb do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov pri zdravstvenih stanjih, ki jih ni mogoče v naprej natančneje opredeliti, kot npr. stanja v prvem odstavku tega člena, pri katerih pa zaradi kompleksnega zdravstvenega stanja prav tako ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustreznega zdravljenja z ZPP iz 30. člena pravil. Ker gre za izjemna stanja, je za opredelitev zdravljenja s pomočjo zobnih vsadkov kot edine možne oskrbe zavarovane osebe potrebno mnenje protetično kirurškega konzilija klinike terciarne ravni.

V tretjem in četrtem odstavku je navedeno število zobnih vsadkov, do katerih je zavarovana oseba upravičena, tako v zgornji kot tudi v spodnji čeljusti. Število teh pri določenih stanjih ni omejeno (resekcije čeljusti, ki so posledica tumorjev in oligodontije), pri drugih stanjih pa navedeno število po mnenju stroke predstavlja sprejemljiv minimum. Z omejitvijo števila zobnih vsadkov, ki lahko zagotavljajo funkcionalno ustreznost, se poskuša zagotoviti enako obravnavo vseh zavarovanih oseb oziroma dati enako možnost vsem, in sicer v okviru razpoložljivih materialnih sredstev.

Peti odstavek ureja omejitve zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov pri zavarovanih osebah z oligodontijo ali shizo do dopolnjenega 24. leta starosti. Predstavniki stroke (UKC Ljubljana, Stomatološke klinike in KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo) menijo, da je omejitev strokovno utemeljena, saj gre pri navedenih stanjih za kompleksno obravnavo, pri katerih je v postopkih zdravljenja potrebno sodelovanje specialistov čeljustne ortopedije, maksilofacialne kirurgije in stomatološke protetike. Za uspešno celovito zdravljenje pa je pomemben tudi njegov začetek, ki je v otroški ali mladostniški dobi oziroma najpozneje do končane rasti.

V šestem odstavku je navedena omejitev zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov – pravica je pri nespremenjenem zdravstvenem stanju opredeljena kot enkratna pravica. To pomeni, da ima zavarovana oseba po že zaključeni zobno-protetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov (npr. v primeru atrofije) pravico do nove oziroma ponovne zobno-protetične rehabilitacije le, če to narekuje drugačno zdravstveno stanje (npr. kot posledica tumorja), kot je bila prvotna zobno-protetična rehabilitacija in bi tudi sicer utemeljevalo takšno rehabilitacijo. Nima pa pravice do ponovne zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov, če gre za nespremenjeno zdravstveno stanje (ni prišlo do nastanka drugega razloga za zobno-protetično rehabilitacijo z zobnimi vsadki iz 32.a člena pravil) in se je njeno oralno zdravje po zobno-protetični rehabilitaciji z zobnimi vsadki poslabšalo npr. zaradi neustrezne ustne higiene, razvad in navad (npr. kajenje več kot 10 cigaret, bruksizem) in drugih razlogov (peri-implantitis ipd.). Prej omenjena stanja so navedena tudi kot kontraindikacija za zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov.

Finančne posledice

Zavarovane osebe so do sedaj lahko uveljavljale povračilo stroškov za zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov kot izjemno odobritev na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil, in sicer pod enakimi pogoji, kot so navedeni v predlaganem 32.a členu pravil. V letu 2014 so znašali stroški za zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov skupaj 670.000 eurov, pri čemer je zavod kril stroške po ceniku izvajalcev v samoplačniških ambulantah v njihovi celotni vrednosti. Konkretnije je bilo v letu 2014 število zavarovanih oseb glede na zdravstveno stanje naslednje:

- 25 v primeru resekcije v zgornji ali spodnji čeljusti, ki so posledica zdravljenja tumorjev,
- 8 v primeru oligodontije,
- 2 v primeru razvojne anomalije kosti – shize,
- 96 v primeru atrofije alveolnega grebena in
- 8 drugih primerov.

Ocenjujemo, da se bodo v primeru uveljavitve predlagane določbe stroški teh storitev zvišali, saj je pričakovati, da se bo povečalo število zavarovanih oseb, ki bodo uveljavljale tovrstno zobno-protetično rehabilitacijo. Stroški teh storitev pa se ne bodo obračunavali v breme zavoda v celotni vrednosti kot do sedaj, temveč po ceni, ki bo dogovorjena v pogodbi med zavodom in izvajalci, v ustreznem odstotnem deležu v skladu s 23. členom ZZVZZ ter Sklepom o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 1/13).

Pričakovano število zavarovanih oseb, pri katerih bo potrebna tovrstna zobno-protetična rehabilitacija po oceni s predstavniki stroke (UKC Ljubljana, Stomatološke klinike in KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo) in glede na podatke iz odobrenih vlog zavarovanih oseb za zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov na podlagi 259. člena pravil v letu 2013 in 2014, je naslednje:

- 80 v primeru resekcije v zgornji ali spodnji čeljusti, ki so posledica zdravljenja tumorjev, ali stanja, ki so posledica zdravljenja tumorjev glave ali vratu in drugih izjemnih primerov,
- 20 v primeru oligodontije,
- 20 v primeru razvojne anomalije kosti – shize in
- 400 v primeru atrofije alveolnega grebena.

Upoštevajoč skupno število pričakovanih zavarovanih oseb, ki bodo potrebovale tovrstno zobno-protetično rehabilitacijo, in povprečni dosednji strošek za posamezno vrsto (upoštevani so 80 % delež kirurških storitev na in 10 % delež za ZPP), ocenjujemo, da bo znašal **skupni strošek 1,2 mio eurov letno**. Glede na dosednji strošek v višini približno 0,7 mio eurov letno, pričakujemo v te namene približno **povečanje stroškov za 0,5 mio eurov letno**.

32.b člen pravil

V novem 32.b členu pravil so opredeljene kontraindikacije za zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov. Gre za stanja, pri katerih je uspešnost zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov oziroma trajnost takšne rehabilitacije vprašljiva oziroma visoko rizična – lahko pride do zavrnitve zobnih vsadkov ali drugih nezaželenih zapletov (npr. trajne poškodbe čeljusti, peri-implantitis idr.). Zato v teh primerih takšen način zobno-protetične rehabilitacije v breme OZZ strokovno ni utemeljeno.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

32.c člen pravil

V novem 32.c členu pravil so določeni ZPP na zobnih vsadkih, do katerih je zavarovana oseba upravičena pri posameznih stanjih iz predlaganega 32.a člena pravil. Gre za enake ZPP, ki so navedeni v predlaganem 30. členu pravil, le da so ti sidrani na zobnih vsadkih. Določeno je tudi, pri katerih stanjih iz 32.a člena pravil je pravica do fiksnih ZPP in pri katerih stanjih je pravica snemnih ZPP.

Finančne posledice

Gl. finančne posledice predlaganega 32.a člena pravil.

K 9. členu (33. do 35. člen pravil)

33. člen pravil

Določba je vsebinsko enaka veljavnemu 33. členu pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

34. člen pravil

Določba je dopolnjena z opredelitvijo, kdaj se šteje, da je ugotovljena potreba po ortodontskem zdravljenju, kar je pogoj za uveljavljanje te pravice, in posledično z opredelitvijo začetka ortodontskega zdravljenja.

V preostalem delu je določba vsebinsko enaka veljavnemu 34. členu pravil, pri čemer je črtan veljavni tretji odstavek 34. člena pravil, ker ni skladen s 23. členom ZZVZZ.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

34.a člen pravil

Določba je dopolnjena (prva alineja drugega odstavka), da mora biti zavarovana oseba, ki več kot šest mesecev brez upravičenega razloga ni prišla na kontrolni pregled, ponovno pisno pozvana na kontrolni pregled ter v dopisu opozorjena tudi na posledice izostanka (da bo ortodonsko zdravljenje prekinjeno in ne bo imela pravice do nadaljevanja ali ponovnega ortodonskega zdravljenja v breme zdravstvenega zavarovanja). V tej zvezi je dodan nov četrti odstavek, da o morebitnem sporu glede izpolnjevanja navedenega pogoja za prekinitev zdravljenja, odloča območna enota zavoda.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

35. člen pravil

Sprememba določbe je usklajitvene narave z ZZVS. Na podlagi drugega odstavka 23. člena ZZVS je namreč minister, pristojen za zdravje, pristojen izdati akt, ki ureja zagotavljanje pravic in programov preventivnih in sistematičnih pregledov in storitev zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni, vključno s presejalnimi testi ter storitev s področja krepitve zdravja iz prve, druge in tretje alineje 1. točke prvega odstavka 23. člena ZZVS ter navodila za njegovo izvajanje. Med te sodi tudi pravica do preventivnih zobozdravstvenih pregledov predšolskih otrok, učencev in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, ki jo ureja pravilnik, ki ureja izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 10. členu (45. člen pravil)

Z novo tretjo alinejo 9. točke prvega odstavka 45. člena pravil je določeno novo zdravstveno stanje bolezni dihal, ki je indikacija za zdraviliško zdravljenje – idiopatska ali družinska pljučna arterijska hipertenzija in kronična trombembolična pljučna arterijska hipertenzija.

Pljučna hipertenzija (PAH) je bolezen pljučnih žil. Po najnovejši WHO klasifikaciji iz Nice 2013 jo razdelimo v pet skupin. Najpogostejše je povezana s prizadetostjo leve strani srca (skupina II) in boleznimi pljuč (skupina III). Pri teh oblikah PAH pride v poštev predvsem podporno zdravljenje osnovne bolezni srca ali pljuč. Pri redkih oblikah pljučne hipertenzije iz skupine I (idiopatska ali družinska pljučna arterijska hipertenzija i/dPAH, ki prizadene periferne arterije predvsem mladih žensk in po etiopatogenezi njej podobnih redkih oblikah PAH povezane s sistemskimi boleznimi veziva, kongenitalnimi srčnimi hibami, jetrnimi boleznimi, HIV okužbo in jemanjem nekaterih zdravil) in iz skupine IV (kronična trombembolična pljučna arterijska hipertenzija KTEPH) pa pridejo v poštev še drugi, dragi načini zdravljenja. Trenutno se v RS zdravi 50 bolnikov z redkimi oblikami pljučne hipertenzije iz skupine I in skupine IV. Glede na incidenco same bolezni v svetu, se pričakuje, da bomo v naslednjih letih z novimi diagnostičnimi metodami odkrili v RS še dodatnih 50 bolnikov z idiopatsko in kronično trombembolično pljučno arterijsko hipertenzijo.

Pri bolnikih s KTEPH je vedno na prvem mestu ocena, ali pride v poštev možnost kirurške odstranitve strdkov iz pljučnih arterij, ki ednina vodi v ozdravitev bolezni, v novjšem času pa so razvili tudi možnost balonskega širjenja pljučnih arterij, vendar pri zelo majhni in izbrani populaciji bolnikov, kar še ni v rutinski obravnavi. Bolnike, ki niso sposobni operativnega zdravljenja zaradi pridruženih bolezni ali zato, ker so strdki preveč distalno in bolnike z idiopatsko PAH pa zdravimo s specifičnimi zdravili, ki delujejo na zaviranje procesov na pljučnih arterijah in spadajo v skupino inhibitorjev receptorjeve endotelina-1, fosfodiesteraze, spodbujevalcev guanilatne ciklaze in prostaciklinov. Delujejo vazodilatatorno, antiproliferativno in antitrombotično. Pomembno izboljšajo kazalce napredovanja bolezni, preživetje in kvaliteto življenja. Vendar niso vedno učinkoviti, včasih niti v kombinaciji več zdravil skupaj. Ob odpovedi zdravljenja pride pri bolnikih, ki nimajo zadržkov zaradi starosti in pridruženih bolezni, presaditev pljuč. Ocenjeno je, da so stroški zdravljenja bolnikov z redkimi oblikami PAH od 52.000 do 350.000 eurov letno, kar je odvisno od samega načina zdravljenja, kombinacije različnih zdravil in kirurških posegov.

Vendar zdravila in operativni posegi niso vse. Vedno več raziskav potrjuje, da je pri bolnikih, pri katerih je v celostni pristop obravnave vključena tudi zdraviliška rehabilitacija, zdravljenje bolj učinkovito. Dokazano je, da se po zdraviliški rehabilitaciji z uporabo naravnega faktorja, predvsem ugodne klime, ki je priporočljiva pri rehabilitaciji tudi drugih pljučnih obolenj, poveča zmogljivost, kvaliteta življenja, podaljša se čas do presaditve pljuč in poceni zdravljenje, saj je manj poslabšanj bolezni, počasnejše napredovanje bolezni in manjša potreba po kombiniranju več zdravil. Nedavne strokovne raziskave so potrdile, da ob medikamentoznem zdravljenju zdraviliška rehabilitacija bistveno izboljša telesno zmogljivost in funkcionalno stanje bolnikov z redkimi oblikami PH. Take celostne obravnave so že deležni bolniki v Evropi, zato se bo s predlagano dopolnitvijo pravil sledilo strokovnim smernicam tudi v RS.

Finančne posledice

Ocenjujemo, da bo predlagana dopolnitev pravil imela ugodne finančne posledice. Z zdraviliškim zdravljenjem se bo pri bolnikih z redkimi oblikami PAH doseglo znižanje stroškov medikamentoznega zdravljenja, zmanjšalo število hospitalizacij zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja in zmanjšalo število transplantacij pljuč.

K 11. členu (47. člen pravil)

S spremembo petega odstavka 47. člena pravil je določba dopolnjena z jasno določitvijo standarda prehrane v času zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja na stacionarni način. Določen je enak standard kot velja v bolnišnicah v skladu s 110. členom pravil. Zaradi notranje skladnosti besedila pravil je določba sočasno nomotehnično (terminološko) usklajena glede vrednosti standarda (cena nemedicinskega oskrbnega dne, določena s pogodbo).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 12. členu (53. člen pravil)

Veljavni tretji odstavek 53. člena pravil določa, da lahko zavarovana oseba, ki je uveljavila pravico iz 50. in 51. člena pravil, zaradi iste bolezni ali stanja uveljavi pravico do zdraviliškega zdravljenja šele po preteku dveh let, pri čemer organizatorji pravice iz 50. in 51. člena predložijo poimenske seznime udeležencev. Podrobnejša ureditev pravice do zdraviliškega zdravljenja je bila pri tem spremenjena z zadnjima novelama pravil (Uradni list RS, št. 25/14 in 85/14). Pravico do zdraviliškega zdravljenja imajo zavarovane osebe z zdravstvenim stanjem, ki je indikacija v skladu s 45. členom pravil, če je s tem zdravljenjem pričakovati povrnitev funkcionalnih sposobnosti (44. člen pravil). Z zdraviliškim zdravljenjem ni pričakovati povrnitve funkcionalnih sposobnosti pri boleznih in stanjih, ki so določena kot indikacija za pravico do obnovitvene rehabilitacije invalidov in za pravico do udeležbe v organiziranih skupinah za usposabljanje, to je pri naslednjih boleznih in stanjih:

- pri zavarovanih osebah z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s paraplegijo, cerebralno paralizo, z najtežjo obliko generalizirane psoriaze, multiplo sklerozo in paraliziranih ob določeni funkcionalni okvari (50. člen pravil) in
- pri otrocih in mladostnikih s cerebralno paralizo, z drugimi težjimi in trajnimi telesnimi okvarami ali s kroničnimi boleznimi – za otroke z juvenilnim revmatoidnim artritidom, s sladkorno boleznijo, fenilketonurijo in celiakijo (51. člen pravil).

Zato te bolezni in stanja niso več indikacija za zdraviliško zdravljenje. Izjema je le najtežja oblika generalizirane psoriaze, ki je določena kot indikacija za zdraviliško zdravljenje (prva alineja 7. točke prvega odstavka 45. člena pravil) in to le v primerih, ko bolezen ni mogoče obvladati z zdravili. Tovrstna oblika luskavice je zelo redka, saj je bolezen popolnoma obvladljiva z medikamentozno terapijo, predvsem po uvedbi bioloških zdravil. Glede na navedeno zdravstvena komisija zavoda predlaga, da se tretji odstavek 53. člena pravil črta, saj zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz 50. ali 51. člena pravil zaradi tega stanja ne more uveljavljati zdraviliškega zdravljenja, razen v primeru generalizirane psoriaze, ki je ni mogoče obvladati z zdravili. Glede na to, da se ta oblika psoriaze le izjemoma pojavlja, se predlaga črtanje določbe v celoti.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 13. členu (57. člen pravil)

Dopolnitev drugega odstavka 57. člena pravil je posledica dejstva, da se v skladu s pravili posamezna magistralna zdravila iz Seznama magistralnih zdravil (ki je Priloga pravil), predpisujejo tudi ali izključno otrokom (na primer nekatere farmacevtske oblike za peroralno uporabo – peroralne raztopine, peroralni praški in druge peroralne oblike z odmerjanjem; poltrdne (gel) in tekoče (raztopine) dermalne farmacevtske oblike; rektalne farmacevtske oblike – svečke). Za industrijsko proizvedeno zdravilo je v povzetku glavnih značilnosti zdravila (t. i. SmPC) natančno navedena starostna omejitev njegovega predpisovanja. Za magistralno zdravilo (ki se izdelava v lekarni po receptu za posamezno zavarovano osebo in se ga izda neposredno po izdelavi) omejitev predpisovanja, ki se nanaša na populacijsko skupino, določeno s starostjo, ni navedena niti v smernicah niti v priporočilih. Prav tako veljavna pravila ne določajo natančne starosti zavarovane osebe, ko je omejitev predpisovanja določena "za otroke". Zato se predlaga dopolnitev pravil z natančno opredelitvijo starosti teh zavarovanih oseb. Predlog je podan zaradi enakopravne obravnave otrok, s ciljem, da se poenoti predpisovanje in izdajanje magistralnih zdravil iz Seznama magistralnih zdravil, ki imajo določeno omejitev predpisovanja "za otroke". Na ta način bo zagotovljen enak dostop do teh magistralnih zdravil za vse otroke do iste starosti. S predlagano dopolnitvijo se bodo ta magistralna zdravila lahko predpisovala zavarovanim osebam do dopolnjenega 15. leta starosti, to je v starostnem obdobju, ki vključuje datum 15. rojstnega dne. S tem je določena enaka meja starosti kot je že določena pri živilih – mlečnih formulah. To je starost, ko otroci zaključijo osnovno šolo. V tej starosti so že telesno razviti do te mere, da so sposobni uživati vsa zdravila v obliki tablet, ki se predpisujejo odraslim, in za njih ni več treba pripravljati praškov, svečk, sirupov ali drugih farmacevtskih oblik magistralnih zdravil. Tudi pri teh magistralnih zdravilih (ki imajo v Seznamu magistralnih zdravil določeno starostno omejitev predpisovanja izključno ali tudi "za otroke") pa velja peti odstavek 202. člena pravil. Na njegovi podlagi pooblaščen zdravnik lahko zdravilo z omejitvijo predpisovanja v izvidu predlaga za predpisovanje na recept ali ga predpiše na recept izven okvira določene omejitve predpisovanja (konkretno otrokom nad 15. letom starosti), kadar iz zdravstvenih razlogov enakovredno zdravljenje ni mogoče z drugim zdravilom, ki nima določene omejitve predpisovanja, kar pooblaščen zdravnik utemelji z dokumentiranjem v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

Finančne posledice

Zaradi predlagane dopolnitve se ne pričakuje finančnih posledic na sredstva zavoda, saj se magistralna zdravila za otroke ne predpisujejo v velikih količinah. Odhodki zavoda bodo zaradi jasne starostne omejitve predpisovanja magistralnih zdravil za otroke lahko celo nekaj nižji, ker se sedaj predpisujejo tudi otrokom, ki so starejši od 15 let.

K 14. členu (63. člen pravil)

S spremembo drugega odstavka 63. člena pravil je določba dopolnjena z jasno določitvijo standarda nastanitve in prehrane spremljevalca slepe zavarovane osebe v času zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja na stacionarni način. Določen je enak standard kot velja za slepo zavarovano osebo, to je v skladu s predlagano spremembo petega odstavka 47. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 15. členu (64. člen pravil)

Prvi odstavek je dopolnjen tako, da se s Sklepom o določitvi zdravstvenih stanj za MP kot pogoj za pravico do posameznih MP določijo tudi drugi pogoji, ki niso zdravstvena stanja (na primer starost zavarovane osebe, izpolnjevanje pogojev za kak drug MP). Take druge pogoje sedaj določajo že pravila in se prav tako prenašajo v navedeni sklep skupščine. Prvi odstavek je poleg tega dopolnjen z določbo, da se šifrant vrst MP objavi na spletni strani zavoda.

Četrty odstavek je vsebinsko nespremenjen in le bolj jasno opredeli, da so MP praviloma last zavarovane osebe (v veljavni določbi je opredelitev "individualna pravica"). Izjema so še vedno pes vodič in MP iz 97. člena pravil, ki se zagotavljajo z izposojjo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 16. členu (65. člen pravil)

Zaradi številnih vsebinskih in redakcijskih sprememb se spreminja cel člen.

V prvem odstavku sta sedaj prva in tretja alineja združeni v enotno prvo alinejo. V drugi alineji prvega odstavka se spreminja:

- 12. točka, ki je uskladišvene narave s predlaganim sedmim odstavkom 89. člena pravil;
- 13. točka, ki je uskladišvene narave s predlaganima petim in šestim odstavkom 89. člena pravil;
- 16. točka, ki je redakcijske narave (slovnica).

Nov drugi odstavek določa način zagotavljanja pripomočkov zavarovanim osebam s strani izvajalcev. Enako kot doslej ne bo treba, da bi bili taki pripomočki uvrščeni na seznam MP, da bi izpolnjevali osnovne zahteve kakovosti (prej imenovane minimalne zahteve) ali se izdajali v okviru cenovnega standarda MP oziroma cene, niti da bi zavarovane osebe izpolnjevale zdravstvena stanja in druge pogoje, ki so sicer določeni za predpis MP na naročilnico.

Tretji odstavek je vsebinsko spremenjen veljavni drugi odstavek. Nekatere blazine za preprečevanje preležanin (zahtevnejše in zelo zahtevne) se bodo zavarovanim osebam v domovih za starejše, posebnih socialnih zavodih in zavodih za usposabljanje po novem predpisovale na naročilnico, ne pa več iz materialnih stroškov izvajalcev. Ureditev glede predpisovanja tovrstnih blazin se spreminja, tako da bo smiselno podobna ureditvi inkontinenčnih MP iz 13. točke druge alineje prvega odstavka v teh zavodih. Že doslej so se te blazine predpisovale hkrati ob predpisu vozičkov (predpisuje zdravnik specialist) in so se zagotavljale v breme zavoda (ZZSZ), ne pa v breme materialnih stroškov teh zavodov, če je šlo za zavarovane osebe, ki bivajo v teh socialnih zavodih. Taka ureditev torej ne bo veljala enako za vse izvajalce, temveč le za te zavode, kjer bivajo zavarovane osebe s trajnimi stanji.

Za dodatne spremembe, ki se nanašajo na MP pri zdravljenju sladkorne bolezni v socialnih zavodih, gl. obrazložitev k predlaganemu 91. členu pravil in Sklepa o določitvi zdravstvenih stanj za MP.

Četrty odstavek je vsebinsko nespremenjen veljavni tretji odstavek.

Nov peti odstavek v povezavi s predlaganim črtanjem 96. člena pravil določa spremembo način financiranja in zagotavljanja aparata za nadomestno sporazumevanje (komunikatorja; v nadaljnjem besedilu: ANK), da ta aparat dobijo kot pravico pri izvajalcu v breme cene (njegove) storitve. Glede na veljavno ureditev se v pravico zavarovanih oseb do ANK torej ne posega, ta pripomoček se zgolj ne bo več predpisoval na naročilnico, temveč ga bo zavarovani osebi iz svojih materialnih stroškov v izposojno po strokovni presoji zagotovil neposredno izvajalec - klinični inštitut za rehabilitacijo, ki oblikuje doktrino na področju preskrbe s pripomočki, izvaja dejavnost medicinske rehabilitacije in storitve za zagotavljanje nadomestne komunikacije. Ob pripravi te obrazložitve je to URI Soča.

ANK je najzahtevnejši MP, ki osebam še zmožnim za komunikacijo to zagotavlja s pomočjo simbolov ali sistemov simbolov. Sistem simbolov je lahko individualno izdelan ali serijsko načrtovan ter umeščen v aparat kot enostavna ali zelo kompleksna računalniška rešitev, z možnostjo sinhroniziranega govora in upravljanja, npr. z mežikanjem. Rešitve, ki jih sistem nadomestne komunikacije omogoča, so vedno individualno prilagojene in nameščene. **ANK torej ni le MP, ampak zlasti splet storitev in MP, ki je prilagojen posamezni osebi.**

Nekatere osebe, upravičene do ANK, lahko ta splet storitev in MP potrebujejo zelo kratek čas zaradi hitro napredujoče bolezni (ALS) ali sprememb zdravstvenega stanja, nekatere pa trajno (več kot pet let, otroci), ko jih je treba v času uporabe še nadgrajevati ali pa uporabljajo aplicirano rešitev ves čas trajnostne dobe.

Predlagana sprememba načina zagotavljanja ANK se bo začela uporabljati šele, ko se bo začel izvajati sklenjen splošni dogovor in ustrezna pogodba med zavodom in izvajalcem. Do tedaj ga bo zavarovana oseba še naprej prejela na podlagi naročilnice pooblaščenega zdravnika specialista in odločbe imenovanega zdravnika.

Finančne posledice

Finančne posledice glede ANK trenutno ni možno ovrednotiti, ker bodo natančno ocenjene ob spremembi splošnega dogovora. Glede na sedanjí način zagotavljanja (to je izdaja v last) in predvidene spremembe v tem členu (v prihodnje "izposoja") se dolgoročno pričakuje racionalizacija stroškov v tem delu.

Zaradi izločitve zahtevnih in zelo zahtevnih blazin za preprečevanje preležanin iz materialnih stroškov socialnih zavodov in predpisovanje teh na naročilnico se zavodu ne bodo povišali odhodki za MP. Namreč te zahtevne in zelo zahtevne blazine so se zavarovanim osebam že sedaj zagotavljale na podlagi naročilnice, socialni zavodi pa so zagotavljali le standardne blazine.

K 17. členu (66. člen pravil)

Spremembi v prvem odstavku sta redakcijske narave.

Sprememba tretjega odstavka s črtanjem tretjega stavka je uskladitvene narave s predlagano spremembo ureditve popravil in prilagoditev. Določba, da pri protezah lahko znašajo stroški popravil (po novem prilagoditev) do 70 % cene novega MP, je smiselno prenesena v predlagan 120. člen pravil.

Veljavna pravila urejajo garancijsko dobo, garancijski list in navodilo za uporabo MP v sedmem odstavku 66. člena, četrti alineji prvega odstavka 98. člena in v 217. členu. S spremembo sedmega odstavka 66. člena pravil se v pravilih ne ureja več obveznosti iz garancije in navodil za uporabo, ampak se napotuje na posebne predpise, ki urejajo zadevna področja, to sta Zakon o varstvu potrošnikov (obveznosti iz garancije, garancijski rok in garancijski list) in ZMedPri (navodilo za uporabo in dajanje MP v promet).

Spremembi tretjega in četrtega odstavka sta uskladitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 18. členu (68. člen pravil)

Nov tretji odstavek določa vakuumsko opornico za zdravljenje rane na stopalu kot pravico do novega MP. Zavod ga je v primerih določenih zdravstvenih stanj zavarovanih oseb že doslej izjemoma odobral na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil. S to spremembo se pravica ureja sistemsko. Razširjeni strokovni kolegij za internistiko je glede na priporočilo Strokovnega kolegija diabetologov na seji 18. 1. 2011 podal pozitivno mnenje k predlogu za umestitev vakuumske opornice za stopalo na "listo ZZSZ". Zavod je v Analizi potreb po sodobnih oblogah za nego rane v letu 2008 ugotavljal, da ima v RS v vsakem trenutku vsaj 800 oseb kronično rano na stopalu, ki je posledica sladkorne bolezni. Nadalje je po podatkih NIJZ v RS približno 130.000 bolnikov s sladkorno boleznijo, od katerih prej ali slej 2,2 do 3 % oseb dobi razjedo na stopalu (če upoštevamo 2,5 %, je to 3250 oseb). Zato se ocenjuje, da bo na letnem nivoju treba zagotoviti oskrbo z vakuumsko opornico za 700 zavarovanih oseb, in sicer z vzpostavitvijo mreže pooblaščenih zdravnikov diabetologov in kirurgov. Upošteva je mnenje stroke, in sicer Združenja diabetologov Slovenije in Društva kirurgov, bodo ta MP lahko predpisovali zdravniki različnih specialnosti, s stroko pa je usklajeno tudi, da bo te zdravnike imenoval generalni direktor zavoda po pooblastilu iz predlaganega 212. člena pravil. Z Diabetološko in Kirurško kliniko je usklajeno zdravstveno stanje (medicinski kriterij), pri katerem bodo zavarovane osebe upravičene do tega MP. Namenjen je osebam z rano na stopalu v primerih, ko je rana posledica sladkorne bolezni ali ishemije stopala. Ob ustrezni predhodni oskrbi rane s strani zdravnika specialista, vakuumška opornica omogoča razbremenitev prizadetega mesta in izboljša prekrvavitev območja rane, s tem pa pripomore k hitrejšemu celjenju. Bolniku kljub rani nudi udobje in stabilnost pri hoji, tako da lahko ostane mobilni. Nameščanje vakuumske opornice je enostavno in omogoča redno izvajanje prevez ter stalno spremljanje stanja rane oziroma ustrezno skrb zanjo. Čas celjenja rane z vakuumsko opornico se v primeru oskrbe diabetičnega stopala, glede na uveljavljene načine oskrbe, zmanjša za polovico. Po izkušnjah Kirurške klinike UKC Ljubljana se s pomočjo vakuumske opornice zacelijo tudi rane, ki se sicer sploh ne bi zacelile. Zdravstvena stanja in druge pogoje naj bi skupščina zavoda sprejela s Sklepom o določitvi zdravstvenih stanj za MP, in sicer istočasno s temi spremembami in dopolnitvami pravil.

Spremembi prvega in drugega odstavka sta uskladitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil.

Finančne posledice:

Ocenjujemo, da bo na letni ravni do tega MP upravičeno 700 zavarovanih oseb. Od teh naj bi pri polovici oseb zadostovalo zdravljenje za 90 dni. Za ostale bi v večini primerov bilo potrebno podaljšanje za nadaljnjih 90 dni. Na podlagi pogajanj z zastopnikom proizvajalca je dogovorjena cena dnevnega najema 2,82 eura z DDV (vakuumska opornica za stopalo visoka negibljiva) in 2,32 eura z DDV (vakuumska opornica za stopalo-kratka gibljiva). Kolikšno bo število vakuumskih opornic kratkih ni mogoče oceniti, zato pri finančni posledicah upoštevamo, kot da bodo vse zavarovane osebe prejele visoko. Glede na navedeno je strošek na zavarovano osebo za 90 dni 253,00 eurov z DDV, v primeru podaljšanja pa 506,00 eurov z DDV. Tako ocenjujemo, da bo strošek teh opornic znašal približno **270.000 eurov letno**. Pri tem je treba poudariti, da gre za neposredno povečanje strošek zaradi uvedbe tega MP. Ni pa mogoče vnaprej ovrednotiti učinka znižanja stroškov, ki bodo zaradi določitve tega MP kot nove pravice posledica krajšanja časa celjenja ran, preprečevanja poznejših zapletov (še posebej amputacij), zmanjšanja uporabe določenih zdravil in drugih MP, skrajšanje staleža pri aktivnih zavarovanih oseb in podobno.

K 19. členu (70. člen pravil)

Spremembe prvega, tretjega, četrtega in petega odstavka so uskladitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 20. členu (84. člen pravil)

Sprememba tretjega odstavka je redakcijske narave. Gre za uskladitev besednih zvez Braillova pisava, Braillov pisalni stroj in Braillova vrstica v celotnem besedilu pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 21. členu (89. člen pravil)

Sprememba 7. točke prvega odstavka je posledica dejstva, da so brizge in igle opredeljene le kot "igle za dajanje insulina" po veljavnem 91. členu pravil. Zato se prenašajo v prvi odstavek tega člena, saj pri njih ne gre nujno le za MP pri zdravljenju sladkorne bolezni, temveč se uporabljajo za dajanje zdravila, ki si ga zavarovane osebe same dajejo v podkožje, torej vključno z insulinom.

V petem in šestem odstavku se izraza "predloga, hlačna predloga (plenica) za enkratno uporabo" posodabljata glede na opise proizvodov, ki so dejansko na trgu. Za te je zavodova komisija, ki presoja osnovne zahteve kakovosti, ugotovila, da vsebino obstoječih nazivov vrst MP zaobjamemo z izrazi predloga, hlačna predloga oziroma plenica, ki je namenjena otrokom in posteljno podlogo. Pravica do predloge, hlačne predloge oziroma plenice, posteljne podloge in fiksirnih hlačk je ločeno zapisana za inkontinenco urina in ločeno blata. Fiksirne (predhodno mrežaste) hlačke se po novem prenašajo kot pravica v pravila kot ustrezen pravni akt, skladno s 26. členom ZZVZZ. Vsebina veljavnega šestega odstavka 89. člena pravil se prenaša v 91. člen pravil, ki opredeljuje vse pravice do MP pri zdravljenju sladkorne bolezni, šesti odstavek pa po novem opredeljuje pravico do MP pri inkontinenci blata.

Druge spremembe so uskladitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil in nomotehnične uskladitve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 22. členu (91. člen pravil)

V spremenjen 91. člen pravil so združeni MP pri zdravljenju sladkorne bolezni iz veljavnega šestega odstavka 89. in 91. člena pravil. Pri tem je izpuščen opis zdravstvenega stanja za MP za zdravljenje sladkorne bolezni, kar pa ne pomeni, da bi se npr. pogoj samokontrole in samozdravljenja črtal. Ta zdravstvena stanja in drugi pogoji bodo po novem določeni s Sklepom o določitvi zdravstvenih stanj za MP.

Ta člen, v povezavi s spremembo prvega odstavka 65. člena pravil in s Sklepom o določitvi zdravstvenih stanj za MP, je še posebej pomemben z vidika razumevanja pojmov "samokontrola" in "samozdravljenje", tudi v socialnih zavodih, kar je obrazloženo v navedenem sklepu.

Igle za mehanski injektor se po novem prenašajo kot pravica v pravila kot ustrezen pravni akt, skladno s 26. členom ZZVZZ.

Potisne paličice z navojem novejša inzulinska črpalka več ne potrebujejo. Zato se v zadnjih dveh letih v nobenem primeru ne predpisuje. Posledično se predlaga črtanje pravice do tega MP.

Navadna lanceta se prav tako več ne predpisuje. Zato se predlaga črtanje pravice do tega MP.

Na novo sta določeni pravica do testnih trakov za optično določanje glukoze in ketonov v urinu in pravica do sprejemnika rezultatov sistema za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnici.

Zavarovane osebe, ki se zdravijo zaradi sladkorne bolezni, so upravičene tudi do testnih trakov za določanje glukoze v krvi in urinu. Kadar je v telesu premalo inzulina, ki zagotavlja preskrbo celic z glukozo, nivo glukoze v krvi pa je visok, začne telo kot vir energije pospešeno porabljati maščobe, katerega stranski produkt so škodljivi ketoni, ki ob sladkorni bolezni lahko vodijo v zastrupitev telesa (ketoacidozo), komo in smrt. Kontrolo nad vrednostjo ketonov v krvi morajo izvajati zlasti sladkorni bolniki tipa 1, kadar imajo večkrat zapored izmerjeno vrednost glukoze v krvi višjo od 15 mmol/l, ob akutnem vnetnem obolenju, osebe pod stresom in nosečnice. Zato se predlaga določitev pravice do **testnih trakov za optično določanje ketonov v urinu**.

Zavarovana oseba, ki je na podlagi rezultatov meritev sposobna izboljšati urejenost glikemije, je po veljavnih pravilih upravičena do sistema za kontinuirano merjenje glukoze (v nadaljnjem besedilu: SKMG). SKMG vključuje senzorje in oddajnik. Za prikaz podatkov, to je rezultatov SKMG, se uporablja inzulinska črpalka ali poseben sprejemnik-monitor. Kadar zavarovana oseba ni upravičena do inzulinske črpalke, je treba za prikaz rezultatov SKMG zagotoviti poseben sprejemnik, ki se lahko prepiše neposredno na naročilnico. Trenutno tega zagotavljamo v okviru funkcionalne ustreznosti SKMG. Za poenostavitev postopkov se predlaga, da se po novem posebej določi **sprejemnik za spremljanje rezultatov kontinuiranega merjenja glukoze** kot pravica iz OZZ na naročilnico.

Finančne posledice:

Zaradi vključitve **igle za mehanski injektor** v pravila **ne bodo nastale finančne posledice**.

Pričakujemo, da bo število **testnih trakov za semikvantitativno (optično) določanje glukoze in ketonov v urinu** enako številu testnih trakov za optično čitanje glukoze v krvi, tudi cena kosa MP je enaka. Finančne posledice so tako ocenjene na **56.400 eurov letno** dodatnih stroškov.

Letno v okviru funkcionalne ustreznosti zavod zagotovi 30 **SKMG** za osebe, ki so upravičene do sistema za kontinuirano merjenje glukoze in se ne zdravijo z inzulinsko črpalko. Vrednost enega sprejemnika je 558,45 eurov, kar na letnem nivoju pomeni **16.753,30 eurov**. Ker se ta že doslej zagotavlja v okviru funkcionalne ustreznosti, to **ne predstavlja povečanja stroškov** v OZZ.

K 23. členu (93. člen pravil)

Predlaga se črtanje določbe, na podlagi katere se za zdravljenje hude onkološke bolečine in za lajšanje drugih simptomov pri bolnikih z napredovalim rakom v okviru OZZ zagotavlja magistralno pripravo analgetične raztopine, ki se bolniku aplicira s pomočjo elastomerne črpalke. Analgetična raztopina je praviloma sestavljena

iz več gotovih industrijsko izdelanih raztopin, ki so med seboj kompatibilne in delujejo proti bolečini, bruhanju in pomirjevalno. Zdravnik predpiše recept za magistralno zdravilo. Analgetično raztopino v lekarni pripravijo pod aseptičnimi pogoji in jo polnijo v pet ali sedem dnevne elastomerne črpalke, ki se predpisujejo na naročilnico za MP.

Pri zdravljenju hudo obolelih pa pogosto prihaja do potreb po spremembah količine zdravila in razmerij zdravil v mešanici. Temu pa ne more v celoti slediti z zagotavljanjem elastomernih črpalk, ki so opredeljene kot MP (ki se predpisujejo na naročilnico) in imajo zato določene omejitve v okviru količine in obdobja. Zato je podan predlog, da se elastomerne črpalke izvzamejo iz sistema pravic do MP in se zagotavljajo skupaj z zdravilom neposredno na recept. Elastomerna črpalka se bo obračunala kot nabavna vrednost porabljenih surovin, materiala, zaščitnih sredstev in vrednost opravljenih storitev. Za elastomerne črpalke bi tako veljala enaka pravila kot za embalažo pri pripravi ostalih magistralnih zdravil. Za zdravnika in bolnika bo tako postopek poenostavljen, saj bo na receptu predpisana le večdnevna mešanica zdravil, elastomerna črpalka pa se bo izdala kot embalaža zdravilu, ki bo sledila predpisanemu zdravilu.

Finančne posledice

Strošek za OZZ bo enak ali celo nižji kot doslej, ker bo lahko predpis zdravila in elastomerne črpalke usklajen dejanski potrebi.

K 24. členu (95. člen pravil)

S spremembo določbe so izpuščena zdravstvena stanja za MP pri zdravljenju z dihalnimi aparati, ki bodo z drugimi pogoji določena v Sklepu o določitvi zdravstvenih stanj za MP.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 25. členu (96. člen pravil)

Predlaga se črtanje veljavne določbe, ki ureja pravico do ANK – gl. obrazložitev k predlaganem petem odstavku 65. člena pravil.

Finančne posledice

Gl. obrazložitev k predlaganem 65. členu pravil.

K 26. členu (97. člen pravil)

Sprememba 16. točke je posledica predlagane spremembe 91. člena pravil. Dosedanja opredelitev pravice zavarovane osebe do insulinske črpalke v času načrtovane nosečnosti, med nosečnostjo in v času dojenja je prenesena iz veljavne 4. točke drugega odstavka 91. člena pravil v predlagani 97. člen pravil. Vsebinsko se ureditev s to spremembo ne spreminja.

Nova 21. točka je posledica predlagane dopolnitve 68. člena pravil, da se določi pravica do vakuumske opornice za zdravljenje rane na stopalu kot novega MP. Z dopolnitvijo 97. člena pravil bi se ta MP zagotavljal z izposojjo, saj ga zavarovana oseba ne potrebuje dlje časa in ga po njegovi predvideni 90-dnevni uporabi lahko uporablja tudi druga zavarovana oseba.

Finančne posledice

Gl. obrazložitev k predlaganem 68. členu pravil.

K 27. členu (97.a člen pravil)

Novi 97.a člen pravil določa obdobje izposoje MP. Predvideni čas izposoje določi pooblaščen zdravnik glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in predvideni potek zdravljenja. Če se tekom zdravljenja spremeni zdravstveno stanje, se spremeni tudi upravičenost do MP. Predvideni čas zdravljenja je pogosto bistveno krajši od trajnostne dobe MP ali s pravili določenega obdobja, v katerem se lahko predpiše določena količina MP.

Zato se z novo določbo opredeljuje obveznost zdravnika, da predvidi upravičen čas zdravljenja z možnostjo podaljšanja zdravljenja. Gre za aktivno upravljanje pravic zavarovanih oseb do MP, ki so predmet izposoje.

Finančne posledice

Finančnih posledic ni možno ovrednotiti, ker ni možno oceniti število zavarovanih oseb z zdravstvenimi stanji, ki bi jim lahko predpisali MP za krajše obdobje, kot je s pravili določena trajnostna doba.

K 28. členu (98. člen pravil)

Dopolnitev tretje alinee prvega odstavka je uskladitvene narave s predlaganim petim odstavkom 113. in predlaganim prvim odstavkom 120. člena pravil.

Sprememba četrte alinee prvega odstavka je uskladitvene narave s predlaganim sedmim odstavkom 66. člena pravil.

Nova peta alinea prvega odstavka zagotavlja, da dobavitelji, ki izposojajo MP, zagotavljajo funkcionalno ustrezne MP.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 29. členu (100. člen pravil)

Sprememba prve alinee prvega odstavka je uskladitvene narave zaradi notranje skladnosti besedila pravil.

Sprememba četrte alinee prvega odstavka je uskladitvene narave s predlaganim 120. členom pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 30. členu (103. člen pravil)

Sprememba 8. točke tretjega odstavka 103. člena pravil je uskladitvene narave s petim in šestim odstavkom 89. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 31. členu (naslov VII. poglavja pravil)

Sprememba naslova VII. poglavja je uskladitvene narave z vsebino določb, ki se v njem urejajo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 32. členu (108. člen pravil)

Veljavni 108. člen pravil določa, da storitve iz prvega odstavka 105. člena pravil (to so zdravstvene storitve v vseh zdravstvenih dejavnostih), vključno s storitvami lekarniške dejavnosti in reševalnih prevozov, štejejo v standard, če so opravljene ob delavnikih med 6. in 20. uro, pri čemer se storitve, opravljene zavarovani osebi izven tega časa, štejejo za standard le, če gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč. Sprememba je predlagana s ciljem, da se pri izvajalcih zagotovi enotnost opravljanja zdravstvenih storitev glede na opredelitev dežurstva iz Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 81/15). V skladu s tem pravilnikom je dežurstvo ena od oblik dela, s katero se organizira dežurna služba (2. točka 3. člena), ki se izvaja med tednom od 20-7 ure ter sobote, nedelje in praznike (Priloga 1 pravilnika). S spremembo določbe pravil se spreminja ura začetka opravljanja zdravstvenih storitev ob delavnikih, ki šteje v standard, in sicer iz 6. ure na 7. uro. Pri tem se izrecno več ne navaja storitev lekarniške dejavnosti in reševalnih prevozov, saj so te zdravstvene storitve zajete

že v sami opredelitvi prvega odstavka 105. člena pravil. Zato je ta del veljavne določbe izključen iz predlagane določbe, ker ni potreben. Veljavni drugi odstavek 108. člena pravil je vključen v spremembo določbe, ki je v tem delu vsebinsko nespremenjena, je pa dopolnjena s ciljem večje jasnosti določbe.

Poudariti je treba, da se ta časovni standard veže na ugotovljeno potrebo po izvedbi zdravstvene storitve, in ne na dejanski čas izvedbe storitve (npr. ko je bila ugotovljena potreba po izvedbi reševalnega prevoza, in ne na čas dejansko opravljenega reševalnega prevoza).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 33. členu (111. člen pravil)

Sprememba prvega odstavka 111. člena pravil je uskladitvene narave s predlaganim prvim odstavkom 64. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 34. členu (112. člen pravil)

Prvi odstavek določa standardni material zobozdravstvene storitve iz predlaganega 28. člena pravil in ZPP iz predlaganega 30. člena pravil. Določba je dopolnjena. Pri tem so posebej opredeljeni materiali, ki se že sedaj dejansko uporabljajo pri izdelavi ZPP (npr. pri nazidku z zatičkom in koreninski kapici). Nova 7. točka določa material pri dvojnih prevlekah. Dvojne prevleke se uporabljajo tako na zobeh kot na vsadkih in predstavljajo klinično zelo uspešen, predvidljiv in dolgotrajen ter zato pogost način povezovanja proteze z zobmi ali vsadki. Za izdelavo dvojnih prevlek je strokovno indicirana uporaba posebnih plemenitih zlitin z dodatkom platine. Neplemenite zlitine zaradi korozijskega potenciala in neustreznega koeficienta elastične deformacije niso primerni za izdelavo dvojnih prevlek. Dopolnjeni sta 8. in 9. točka, ki določata material pri zobnih fasetah prevlek in mostičkov ter protez. Pri mostičkih na vsadkih je potrebno pogosto vključiti tudi umetno dlesen, tako je za fasete, kot za umetno dlesen pri fiksnih konstrukcijah standardni material lahko samo kompozitni material ali porcelan. Parodontalno podprta proteza pa je lahko delna ali totalna in je v vseh primerih strokovno utemeljena uporaba kovinske ulite baze in akrilata. Nova 11. točka določa material za zobe v protezah. Proteza kot celota je namreč sestavljena iz "baze proteze", ki je iz akrilata in/ali iz kovinske baze (odvisno od vrste proteze) ter iz posameznih zob, ki so lahko iz akrilata ali kompozitnega materiala. Ti materiali se dejansko že sedaj uporabljajo, zato je bilo potrebno navedeno ustrezno dopolniti.

Drugi odstavek določa standardni material pri zobnih vsadkih ter pri prevlekah in mostičkih na zobnih vsadkih, ker gre za novo pravico.

Tretji odstavek določa standardni material ZPP iz predlaganega prvega odstavka 33. člena pravil. Za obturatorij (ali obturator) je ta enak kot doslej, za opornico pri parodontopatijah pa je dodan silikon (poleg kovine za vlivno tehniko in akrilata).

Četrty odstavek določa standardni material ortodonskega aparata iz predlaganega tretjega odstavka 34. člena pravil, ki je enak veljavnim standardom.

Nov peti odstavek določa pravico zavarovane osebe v primeru alergije na standardni zobno-protetični material, ki mora biti izkazana z alergološkimi testi. V tem primeru ima zavarovana oseba pravico do ZPP, narejenega iz drugega materiala, ki zagotavlja njegovo funkcionalno ustreznost, je dosegljiv in najcenejši na slovenskem tržišču.

Nov šesti odstavek določa pristojnost upravnega odbora ali po njegovem pooblastilu generalnega direktorja zavoda, da določi ceno najcenejšega standardnega materiala zobozdravstvene storitve in ZPP.

Finančne posledice

Ocenjujemo, da se bodo stroški pri ZPP iz predlagane 3. in 7. točke prvega odstavka nekoliko povečali, saj je za izdelavo vlitih zalivk (inlay) in dvojnih prevlek strokovno indicirana uporaba žlahtnih zlitin, saj pol-žlahtne zlitine zaradi korozijskega potenciala in neustreznega koeficienta elastične deformacije niso primerni za izdelavo teh pripomočkov. Sedanja cena za standardni material pol-žlahtne zlitine, ki jo je določil upravni odbor zavoda, znaša 10,55 eura za gram. Na podlagi predlaganega šestega odstavka 112. člena pravil bo tudi ceno za žlahtno zlitino določil upravni odbor zavoda ali po njegovem pooblastilu generalni direktor zavoda. Glede na navedeno ocenjujemo, da se bodo stroški zaradi spremembe standardnega materiala povečali za **158.404 eurov letno**.

K 35. členu (113. člen pravil)

Praviloma je določitev cenovnega standarda MP ali cene pristojnost upravnega odbora ali po njegovem pooblastilu generalnega direktorja zavoda, kot to določa prvi stavek prvega odstavka. Vsebinska razlika od dosedanje ureditve je, da je v pravilih izrecno navedena možnost, da upravni odbor tako pooblastilo podeli generalnemu direktorju.

Nadalje je v prvem odstavku na novo določena izjema glede te pristojnosti v primeru spremembe DDV. V primeru spremembe DDV bo cenovni standard MP, najvišjo priznana ceno in pogodbeno ceno vselej določil generalni direktor zavoda. Gre le za tehnični preračun, saj je sprememba DDV določena z zakonom. Zato je zaradi ažurnosti cenovnega standarda in cene MP potrebna takojšnja uskladitev. Način njune določitve je sicer urejen v Pravilniku o določitvi izhodišč za cenovne standarde medicinskih pripomočkov in za cene pripomočkov (artiklov) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Ostale spremembe prvega do petega odstavka so uskladitvene narave s 64. členom ZZVZZ, ki terminološko določa le izraza cenovni standard in cene (MP). V četrtem odstavku je po novem tudi opredeljeno, da se pogodbeno ceno dogovori samo za pripomočke (artikle), torej za MP, ki so izdelani serijsko (ne pa individualno). Sprememba v petem odstavku določa obveznost dobavitelja, da v okviru dnevne izposojnine zagotavlja tudi prilagoditve MP. Obveznost se tako izrecno določa še v pravilih, in ne le v dogovoru o preskrbi z MP.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 36. členu (naslov VIII. poglavja pravil)

Sprememba naslova VIII. poglavja je uskladitvene narave z vsebino določb, ki se v njem urejajo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 37. členu (114. do 123. člen pravil)

Zaradi preglednosti ureditve si določbe poglavja na novo sledijo v dveh vsebinskih sklopih:

- od 114. do 120. člena – določbe, ki se nanašajo na MP;
- od 121. do 123. člena – določbe, ki se nanašajo na zobozdravstvene storitve in ZPP.

114. do 118. člen pravil

Pri določenih MP (predlagan 116. in 117. člen pravil) je, za razliko od preostalih, na novo določeno t. i. obdobje in količina, in sicer v dveh variantah. Razlika med trajnostno dobo in obdobjem je, da bo samo v primeru določene trajnostne dobe imenovani zdravnik pooblaščen odločati o upravičenosti zavarovane osebe do novega MP pred iztekom trajnostne dobe, medtem ko pri določitvi obdobja in količine (npr. pri plenica ali katetrih) to ni možno. Doslej je bilo to v praksi sporno in je pri nekaterih MP prihajalo do neenotne prakse med predlagatelji – pooblaščenimi zdravniki in imenovanimi zdravniki po območnih enotah zavoda. Tudi z namenom poenotenja in enakopravne obravnave oseb v celotni državi je predlagana ta sprememba. Obdobje in količina sta določena samo pri t. i. MP potrošnega značaja, kjer bistveno prej izteče obdobje predhodno odobrenim MP (trajnostna doba je bila zanje praviloma zelo kratka), preden imenovani zdravnik sploh lahko odloči o odobritvi novega, istovrstnega MP pred iztekom trajnostne dobe. Običajno gre celo za take MP, ki so namenjeni enkratni

uporabi (npr. diagnostični trakovi). V celoti gledano se v praksi že doslej ni odločalo o t. i. potrošnih materialih pred iztekom trajnostne dobe.

Razlika med predlaganim 116. in 117. členom pravil je, da pri MP iz 116. člena pravil že pravila sama določijo oziroma zamejijo, koliko največ MP in za kakšno obdobje lahko pooblaščen zdravnik predpiše MP take vrste, medtem ko pri MP iz 117. člena pravil pooblaščen zdravnik sam oceni, koliko MP zavarovana oseba v določenem (največkrat 90-dnevem) obdobju rabi glede na zdravstveno stanje in strokovne smernice. Ureditev je sicer smiselno enaka kot doslej.

Po novem je v tretjem odstavku 117. člena pravil izrecno določeno, da je pri tistih MP, za katere pooblaščen zdravnik določi obdobje in količino (gre za nekatere vrste t. i. potrošnih materialov), možna izdaja novih tudi pred iztekom obdobja predhodno odobrenih MP. Za razliko od tistih MP, za katere obdobje in količino določajo pravila, lahko pri MP iz predlaganega 117. člena pravil pooblaščen zdravnik že pred iztekom obdobja ugotovi, da predhodno predpisana količina MP zaradi spremembe zdravstvenega stanja zavarovani osebi ne zadošča in pri teh MP predpiše novo količino. V tem primeru obdobje iz predlaganega drugega odstavka 117. člena pravil začne teči, ko zavarovana oseba prejme novo količino MP.

Za novo opredeljeno pravico do vakuumske opornice za zdravljenje rane na stopalu je predvidena izposoja za največ 90 dni z možnostjo podaljšanja glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

Skrajšanje trajnostne dobe MP

Trajnostna doba ***inzulinske črpalke*** je bila doslej 8 let. Na drugi strani proizvajalci, ki so odgovorni za varnost uporabe MP, ki jih dajejo v uporabo, določajo življenjsko dobo 4 leta. V času življenjske dobe MP so proizvajalci odgovorni za varnost uporabe. Obraba gumbov in ohišja inzulinske črpalke je po štirih letih namreč taka, da ne zagotavlja več varne oziroma kakovostne oskrbe bolnikov z neprekinjeno infuzijo inzulina, ki ga črpalka zagotavlja. Zavarovane osebe iztrošene črpalke nadomeščajo same ali so odvisne od dobre volje ali daril ponudnikov. Predlagano je skrajšanje trajnostne dobe na štiri leta in s tem zagotovitev varne preskrbe zavarovanih oseb z neprekinjeno infuzijo inzulinov v breme OZZ.

Trajnostna doba ***ortoza*** je bila doslej za otroke in odrasle dve leti. Otroci glede na svojo prizadetost potrebujejo ortoze v različnih obdobjih. Ortoza mora biti funkcionalno ustrezna glede na funkcionalno težavo (deformacije, način hoje, pomanjkljivo mišično aktivnost) in velikost. Za razliko od odraslih, se otrokovo stanje spreminja zlasti zaradi rasti. Zato je treba ortoze pogosteje zamenjevati, ker so premajhne (tako kot čevlji in hlače). Temu je treba prilagoditi tudi njihovo trajnostno dobo. Glede na krivulje rasti je povprečno spreminjanje funkcijskega stanja najhitreje v prvih letih življenja do sedmega leta starosti. Zato je treba v tem obdobju zagotoviti možnost zamenjave ortoza na šest mesecev. V obdobju med sedmim in 18. letom starosti se obdobja hitre rasti menjujejo z obdobji počasnejše rasti, različni otroci pa v različnih obdobjih različno intenzivno rastejo. Zato se na predlog stroke (URI Soča) predlaga možnost predpisa ortoza na 10 mesecev, če stara ortoza ni več funkcijsko ustrezna, tako kot pri protezah. Trenutno se te ortoze zagotavljajo pred iztekom trajnostne dobe. Predlog pa pomeni poenostavitev postopkov za vse vključene.

Trajnostna doba ***elastičnih rokavic in elastičnih kompresijskih nogavic*** je sicer določena kot doslej, a pooblaščen zdravnik lahko predpiše dva kosa. Po mnenju stroke (UKC Ljubljana, Dermatovenerološka klinika) je življenjska doba teh MP okoli šest mesecev. Zato je na novo določeno, da zdravnik lahko predpiše do dva kosa. Opustitev uporabe kompresijskih oblačil ima za posledico hudo zatekanje okončin, hude okužbe ran in kronično rano, ki pomembno poslabšajo zdravstveno stanje zavarovane osebe z limfedemom. Vzpostavitev prejšnjega stanja za zmanjšanje posrednih stroškov pa zahteva dolgotrajno fizioterapijo (limfno drenažo), povijanje s povoji in zdravljenje z antibiotiki, kar predstavlja povečanje stroškov za zdravila, zdravstvene storitve, stalež in podobno.

Skrajšanje trajnostne dobe z 8 na 2 leti za ***aparat za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP)*** predlaga Klinika Golnik. Ugotavlja namreč, da približno 1/3 zavarovanih oseb, ki prejmejo CPAP, tega ne uporablja. Zato predlaga, da se trajnostna doba CPAP skrajša na dve leti in s tem zameji nepotrebna preskrba z aparatom. S prehodno določbo v predhodno prejeto MP ne posegamo, nova trajnostna doba velja le za novo prejeto po uveljavitvi te spremembe.

Skrajšanje trajnostne dobe s 5 na 3 leta za **MP za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo** (doslej imenovan flutter) predlaga Pediatrična klinika, ker ugotavlja, da so pri redni uporabi ti MP v treh letih iztrošeni in se jih po treh letih ne da več ustrezno higiensko vzdrževati.

Pediatrična klinika predlaga, da se za **MP za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvulo)**, namesto režima enkratne pravice, prav tako določi trajnostna doba, in sicer tri leta, saj so ob redni uporabi ti MP v treh letih iztrošeni in se jih po treh letih ne da več ustrezno higiensko vzdrževati.

Črtana je trajnostna doba **ANK** glede na predlagano črtanje 96. člena pravil. Ta pripomoček bi se v bodoče zagotavljal po postopku, kot velja za storitve, in ne na naročilnico.

Nov je drug odstavek 116. člena pravil. Pri nekaterih MP, kjer količino in obdobje določajo pravila in je to obdobje krajše od 90 dni (npr. pri katetru za dovajanje kisika je določen največ 1 kos na 7 dni), lahko zdravnik predpiše več kosov takih MP naenkrat (npr. pri katetru za dovajanje kisika 13 kosov, kar zadošča za obdobje 90 dni). V pravilih pa je lahko določena omejitev, kakršna je npr. pri vakuumskem zbiralniku za plevralno drenažo, ki je sicer kot pravica opredeljen kot največ 2 kosa na 7 dni, a zdravnik lahko predpiše največ 10 kosov naenkrat, torej največ za 35 dni, ne za 90.

Med na novo določenimi obdobji in količino, ki ju določajo pravila, je **skrajšana doba trajanja naslednjih MP**: irigacijskega sistema s konusom in rokavnikom z 18 mesecev na 90 dni, traku za fiksacijo kanile pri traheostomi z 21 dni na 2 kosa za 30 dni, endotrahealne kanile silikonske z 90 na 30 dni, vrvic za polžev vsadek od enega na tri kose za 180 dni in senzorja za pulzni oksimeter za večkratno uporabo z 18 na 12 mesecev. Razlogi so navedeni spodaj med finančnimi učinki.

V novem 118. členu pravil je določeno, da pojem enkratna pravica pomeni, da zavarovana oseba lahko tak MP prejme le enkrat (npr. Braillov pisalni stroj).

V določenih pravilih, ki urejajo dobe trajanja (115. do 118. člen pravil) in se nanašajo na starost zavarovanih oseb, smo zaradi jasne opredelitve pravice do MP starost opredelili kot npr. "manj kot 15 let" ali "vsaj 15 let". Na ta način je v prvem primeru jasno, da oseba, ki še ni dopolnila 15 let, pogoju starosti zadosti in v drugem primeru pogoju zadosti, če je že stara 15 let.

Finančne posledice

Zaradi sprememb glede trajnostnih dob oziroma obdobja so predvidene naslednje finančne posledice:

Glede na skrajšanje trajnostne dobe **inzulinske črpalke** in prehodno določbo te novele pravil, da se trajnostna doba skrajša tudi za nazaj za že prejete inzulinske črpalke (za vse prejete pred uveljavitvijo te novele pravil), bo treba v prvem letu po uvedbi skrajšane trajnostne dobe zavarovanim osebam, ki so inzulinsko črpalko prejele v letih 2009 do vključno 2012 zagotoviti zamenjavo 848 inzulinskih črpalk, to je 248 za osebe do 18. leta in 600 za odrasle osebe, v skupni vrednosti 1.586.000 eurov, kar je v finančnem načrtu za leto 2016 predvideno. Iz istega naslova bo v letu 2017 potrebnih 393.805 eurov in v letu 2018 475.823 eurov.

Pri **ortozah za spodnje ude za otroke** ugotavljamo, da rast otrok zahteva zamenjave MP pred iztekom trajnostne dobe. Sprememba pa predstavlja poenostavitev postopkov in nima finančnih posledic.

Pri **aparatu za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh (CPAP)** ugotavljamo, da je v letu 2014 710 oseb prejelo CPAP, katerega letni najem za eno osebo stane 609,55 eura, za 710 oseb to znese 432.780,50 eurov. Če strošek zmanjšamo za 1/3, je to le še 288.520 eurov za tretje in naslednja leta po uvedbi spremembe. Finančna ocena koristi za zavod je s spremembo trajnostne dobe torej 144.260 eurov letno.

Skrajšanje trajnostne dobe in dopolnitev medicinskih kriterijev za **MP za izkašljevanje z oscilirajočo PEEP valvulo**:

- zaradi skrajšanja trajnostne dobe pričakujemo, da se bodo stroški Zavoda povečali za 8 primerov letno, to je za približno 300 eurov letno in
- zaradi dopolnitev medicinskih kriterijev za otroke in odrasle je glede na veljavni cenovni standard 36,37 eura in razširjene MK (za 175 oseb) je ta MP treba dodatno zagotoviti 6.364,75 eurov oziroma skupno zaradi obeh razlogov za 6.664,75 eurov.

Določitev trajnostne dobe in dopolnitev medicinskih kriterijev za **MP za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvulo)**:

- zaradi določitve trajnostne dobe pričakujemo, da se bodo stroški Zavoda povečali za 5 primerov letno, to je za približno 586 eurov letno in
- zaradi dopolnitev medicinskih kriterijev za otroke in odrasle je glede na veljavni cenovni standard 117,12 eura in razširjene MK (za 150 oseb) je ta MP treba dodatno zagotoviti približno 8.500 eurov oziroma skupno zaradi obeh razlogov za 18.000 eurov.

Pri **elastičnih kompresijskih nogavicah in rokavicah** je zaradi podvojitve števila upravičenih kosov MP pričakovati (največ) podvojitev povišanja odhodkov. V letu 2014 je bilo izdanih približno 500 rokavic in 1100 nogavic. Glede na cenovne standarde pričakujemo do približno 50.000 eurov letno povišanja odhodkov zavoda.

Irigacijski sistem s konusom in rokavnikom: skrajšanje trajnostne dobe na šestino predhodne (od 18 na 3 mesece) je potrebno zaradi higiensko varnostnih razlogov. Za približno 85 izdanih pripomočkov (glede na podatke za leto 2014) pričakujemo povečanje odhodkov približno 20.000 eurov letno.

Trak za fiksacijo kanile pri traheostomi: ker je dejansko po novem pravica 1 kos na 15 dni, prej pa 1 kos na 21 dni, kar je potrebno iz higienskih razlogov, (1870 kosov izdanih v letu 2014), pričakujemo povečanje odhodkov približno 15.000 eurov letno.

Endotrahealna kanila silikonska: je po novem pravica na 30 dni, skrajšana zaradi življenjske dobe MP, ki jo je določil proizvajalec, prej je bila 90 dni (143 kosov izdanih v letu 2014), pričakujemo povečanje odhodkov približno 20.000 eurov letno, a obenem istočasno zmanjšanje števila izdanih plastičnih kanil, ki so dražje, tako da bo zvišanje odhodkov dejansko nižje.

Vrvice za polžev vsadek: zvišanja odhodkov ne pričakujemo, saj je bilo število predpisanih in izdanih vrvic že doslej odvisno predvsem od tipa slušnega aparata, zgornja meja števila vrvic je opredeljena za en polžev vsadek.

Senzor za pulzni oksimeter za večkratno uporabo: skrajšanje je potrebno zaradi življenjske dobe senzorja in njegove lomljivosti. Senzor za pulzni oksimeter za večkratno uporabo je pravica šele od konca aprila 2014 (leta 2014 izdanih 13 kosov). Zato so podatki na letnem nivoju za leto 2014 nepopolni. Pričakuje se povečanje odhodkov v višini do približno 5.000 eurov.

Skupne finančne posledice, zaradi navedenih sprememb pri dobah trajanja in zaradi dopolnitev medicinskih kriterijev, bodo pomenile povečanje odhodkov zavoda na letni ravni v prvem letu od uveljavitve 1,576 milijona eurov. Finančne posledice so sicer predvidene v finančnem načrtu zavoda za leto 2016, kot da veljajo spremembe od začetka leta.

119. člen pravil

V novem 119. členu pravil je na enem mestu opredeljeno zagotavljanje pravice do MP na obnovljivo naročilnico. Pogoja za izdajo obnovljive naročilnice sta, da gre za njihovo dolgotrajno uporabo in za stabilno kronično zdravstveno stanje zavarovane osebe.

Zavarovana oseba lahko prevzame MP pri dobavitelju na 90 dni, veljavnost obnovljive naročilnice pa je eno leto od njene izdaje. Enoletna veljavnost obnovljive naročilnice v povezavi z osmim odstavkom 212. člena pomeni, da mora zavarovana oseba obnovljivo naročilnico dobavitelju predložiti v 30 dneh od njene izdaje, ne pa pozneje. Veljavnost se torej nanaša na možnost izdaje MP zavarovani osebi, ne pa na predložitev naročilnice.

Tretji odstavek določa podlago za določitev MP, ki se lahko predpisujejo na obnovljivo naročilnico, ter zdravstvena stanja in druge pogoje, pri katerih se te MP lahko predpiše na obnovljivo naročilnico. Seznam, enako kot doslej, določi upravni odbor zavoda, objavi pa se na spletni strani zavoda. V praksi gre za MP t. i. potrošnega značaja, razen npr. obvezilnih materialov. Upravni odbor zavoda te MP, zdravstvena stanja in druge pogoje določi izmed tistih, ki jih na podlagi prvega odstavka 64. člena pravil predhodno določi skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

Četrty odstavek je prenesen iz predhodno veljavnega prvega odstavka 216. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

120. člen pravil

V novem 120. členu pravil je določeno, da so v breme OZZ zagotovljene prilagoditve MP, če gre za vrste MP, za katere je določena trajnostna doba. Zavarovana oseba je upravičena do prilagoditve MP, če je pri njej prišlo do anatomskih in funkcionalnih sprememb, zaradi katerih je MP treba prilagoditi, ker ne ustreza zdravstvenemu stanju zavarovane osebe. Prilagoditev MP se zagotavlja pred iztekom trajnostne dobe v vrednosti 50 % in pri protezah udov v vrednosti 70 % MP, ki je bila krita iz OZZ. Po izteku trajnostne dobe predhodno prejetega MP se prilagoditev zagotavlja v vrednosti 30 %, pri protezah udov pa v vrednosti 50 % MP, ki je bila krita iz OZZ. Veljavna določba pravil, ki ureja predelave MP, pa določa, da so zavarovane osebe pred iztekom in po izteku trajnostne dobe upravičene do 50 % vrednosti novega MP in ne predhodno prejetega, kot je to določeno s tem predlogom.

Nadalje je določeno, da je zavarovana oseba upravičena do novega MP pred iztekom trajnostne dobe, če je pri njej prišlo do funkcionalnih in anatomskih sprememb zdravstvenega stanja, tako da je MP funkcionalno neustrezen. Dodaten pogoj je določen za MP, ki jih je v breme OZZ možno popraviti in vzdrževati (MP iz prvega odstavka 66. člena pravil). V tem primeru je na novo določen dodaten pogoj, da se MP ne da niti popraviti niti prilagoditi v deležih, kot so določeni v pravilih. V teh postopkih odloča imenovani zdravnik.

Po izteku trajnostne dobe je zavarovana oseba upravičena do novega MP (tretji odstavek), če je sedanjí postal funkcionalno neustrezen - gre torej enako kot doslej za vzrok na strani MP, ne pa zavarovane osebe. Črtan je del določbe, ki je kot alternativni pogoj neuporabnosti MP določal, da prejšnjega pripomočka ni mogoče popraviti ali prilagoditi. Črtani del določbe se po oceni zavoda do zdaj niti ni izvrševal. O pravici iz te določbe enako kot doslej odloča pooblaščení zdravnik (zdravnik, ki je pooblaščen za predpis MP) oziroma v primeru zahtevnejšega MP imenovani zdravnik, kar je po novem izrecno navedeno že v tej določbi.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic, ker imajo zavarovane osebe že na podlagi veljavnih pravil pravico do "predelav" (nova izraz "prilagoditev"). Predlagane določbe natančneje opredeljujejo pravico do prilagoditev.

121. člen pravil

Določa trajnostne dobe za zobozdravstvene storitve (zalivka) in ZPP, ki je opredeljena kot sestavni del standarda.

Trajnostna doba je določena glede na strokovne smernice. Tako je npr. za vlito zalivko in koreninsko kapico (vrsta prevleke) na novo določena trajnostna doba petih let.

Tretji odstavek določa, od katerega dne dalje začne teči trajnostna doba zobozdravstvene storitve (od dneva opravljene zobozdravstvene storitve) in prejetega ZPP (od dneva, ko zavarovana oseba prejme ZPP).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

122. člen pravil

Prvi odstavek določa garancijski rok za ZPP, ki je sestavni del standarda zobozdravstvenih storitev in ZPP. Na novo je določen dve letni garancijski rok za zobni vsadek glede na predlagano novo pravico do zobno-protetične rehabilitacije z zobnimi vsadki.

Drugi odstavek (vsebinsko enako kot veljavni drugi odstavek 121. člena pravil) določa, da ni garancijskega roka za zalivke na mlečnih zobeh pri predšolskih otrocih.

Tretji odstavek na novo (glede na predlagano novo pravico do zobno-protetične rehabilitacije z zobnimi vsadki) določa, da garancijski rok za zobni vsadek izteče z iztekom garancijskega roka za ZPP na zobnem vsadku, če garancijski rok za ta ZPP izteče pozneje.

Četrty odstavek določa, od katerega dne dalje začne teči garancijski rok, in sicer od dneva opravljene zobozdravstvene storitve oziroma od dneva, ko zavarovana oseba prejme ZPP.

Peti odstavek (smiselno enako kot veljavni prvi in tretji odstavek 121. člena pravil) določa obveznost izvajalca med garancijskim rokom, in sicer krije stroške prilagoditve, popravil in novega ZPP, razen v primerih iz predlaganega 123. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

123. člen pravil

Prvi odstavek določa, da ima zavarovana oseba, pri kateri je prišlo do anatomskih ali funkcionalnih sprememb, ki jih pooblaščen zobozdravnik ni mogel predvideti že pri načrtovanju in izdelavi pripomočka, pravico do:

- prilagoditve in popravila funkcionalno neuporabnega ZPP pred iztekom trajnostne dobe, in sicer če je strošek manjši od 50 % vrednosti novega ZPP;
- novega ZPP pred iztekom trajnostne dobe, in sicer če je strošek prilagoditev ali popravil enak 50 % ali višji od 50 % vrednosti novega ZPP.

Drugi odstavek določa, da ima po preteku trajnostne dobe zavarovana oseba pravico do novega ZPP, in sicer če je pri njej prišlo do takšnih anatomskih ali funkcionalnih sprememb in zaradi katerih je ZPP postal funkcionalno neuporaben in se ga ne da prilagoditi ali popraviti tako, da je strošek manjši od 50 % vrednosti novega ZPP.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 38. členu (124. člen pravil)

Sprememba je uskladjitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 39. členu (125. člen pravil)

Sprememba je uskladjitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 40. členu (135. člen pravil)

Nov drugi odstavek določa preračun stroškov zdravstvene storitve iz tuje v domačo valuto (euro) v primeru zdravljenja v tujini na podlagi 135.a do 136. člena pravil. Določen je referenčni tečaj Evropske centralne banke in dan, na katerega se izvede preračun. V primeru zdravstvenih storitev se preračun izvede na dan opravljene storitve, v primeru nakupa MP, zdravil in živil pa na dan izstavitve računa.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 41. členu (135.a člen pravil)

Drugi odstavek se dopolni tako, da se pravica do spremstva med zdravljenjem v tujini (če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja) širi tudi na zavarovano osebo, starejšo od 18 let, če spremstvo zahteva njeno zdravstveno stanje. Dopolnitev pomeni tudi uskladitev s prakso, po kateri se že sedaj zavarovanim osebam nad 18. letom starosti zaradi zdravstvenih razlogov odobri spremljevalec tudi za čas zdravljenja v tujini.

Finančne posledice

Glede na dejstvo, da se bo spremstvo odobrilo tudi zavarovanim osebam, starejšim od 18 let, bi dopolnitev lahko pomenila določeno povečanje odhodkov zavoda za potne stroške. Glede na obstoječo prakso pa so odhodki zavoda v ta namen deloma že zajeti v sedanjih odhodkih zavoda.

K 42. členu (135.b člen)

Drugi odstavek se dopolni tako, da se pravica do spremstva med zdravljenjem v tujini (če je v RS določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo ali razumen čas) širi tudi na zavarovano osebo, starejšo od 18 let, če spremstvo zahteva njeno zdravstveno stanje. Dopolnitev pomeni tudi uskladitev s prakso, po kateri se že sedaj zavarovanim osebam nad 18. letom starosti zaradi zdravstvenih razlogov odobri spremljevalec tudi za čas zdravljenja v tujini.

Finančne posledice

Glede na dejstvo, da se bo spremstvo odobrilo tudi zavarovanim osebam, starejšim od 18 let, bi dopolnitev lahko pomenila določeno povečanje odhodkov zavoda za potne stroške. Glede na obstoječo prakso pa so odhodki zavoda v ta namen deloma že zajeti v sedanjih odhodkih zavoda.

K 43. členu (135.c člen pravil)

Spremembe drugega in petega odstavka so uskladitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 44. členu (135.e člen pravil)

135.e člen pravil določa podrobnejšo ureditev pogojev za uresničevanje pravice do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila v skladu z Direktivo 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu.

Dopolnitev prvega in četrtega odstavka z opredelitvijo oblike recepta (papirnati recept) je posledica uvedbe e-recepta in vsebinsko ne spreminja določbe (gl. tudi obrazložitev k predlagani spremembi 36. točke 2. člena in predlaganem novem 135.g členu pravil).

Črtanje dela prvega, drugega in tretjega odstavka, ki se nanaša na potrditev recepta in receptnega obrazca, je uskladitvene narave s predlaganim črtanjem šestega odstavka 202. člena pravil.

Sprememba tretjega odstavka (velja le za zdravila in živila, ki bi bila uvrščena na seznam zdravstvenih storitev, ki ga določi minister, pristojen za zdravje) se nanaša na spremembo dolžine roka, v katerem mora zavarovana oseba:

- vložiti zahtevo za izdajo odločbe zavoda o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravila in živila (v nadaljnjem besedilu: predhodna odobritev);
- kupiti zdravilo in živilo na podlagi odločitve zavoda, ki jo ta izda na podlagi zahteve za predhodno odobritev.

Če zavarovana oseba ne uveljavlja pravice iz 135.e člena pravil, mora zdravilo prevzeti v lekarni v RS v roku iz drugega in tretjega odstavka 204. člena pravil (v nadaljnjem besedilu: rok za prevzem zdravila v RS). Njegova dolžina je odvisna od vrste predpisanega zdravila, teči pa začne od predpisa recepta – 24 ur, če je v okviru

nujnega zdravljenja predpisano zdravilo s pozitivne liste; tri dni, če je predpisano protimikrobno zdravilo za akutno bolezen; 30 dni, če je predpisano katerokoli drugo zdravilo (drugi odstavek 204. člena pravil). Posebej je določen rok, v katerem mora zavarovana oseba prevzeti nadaljnje (ponovne) izdaje zdravila, ki je predpisano na obnovljivi recept (tretji odstavek 204. člena pravil). Isti rok kot za prevzem zdravila v RS velja tudi za nakup zdravila v drugi državi člani EU (na podlagi papirnatega recepta ali receptnega obrazca) in za nakup zdravila v RS (na podlagi receptnega obrazca), ko predhodna odobritev zavoda ni potrebna (v primeru iz prvega in drugega odstavka 135.e člena pravil). Isti rok kot za prevzem zdravila v RS pa ne velja za nakup zdravila v drugi državi članici EU in RS, ko mora zavod pred nakupom zdravila izdati odločitev o zahtevi za predhodno odobritev. V skladu z veljavno ureditvijo je določen 30 dnevni rok (od predpisa recepta oziroma receptnega obrazca) za vložitev zahteve za predhodno odobritev in 30 dnevni rok (od dokončnosti odločitve zavoda) za nakup zdravila. Po mnenju zavoda se z veljavnima 30 dnevnima rokoma prekomerno podaljšuje začetek zdravljenja z zdravili glede na rok za prevzem zdravila v RS. Zato se predlaga sprememba obeh rokov (za vložitev zahteve in za nakup zdravila), s katero bodo tudi zavarovane osebe enakopravneje obravnavane pri uveljavljanju pravice do zdravila na recept, ne glede, ali uveljavljajo pravico iz 135.e člena pravil ali ne. Če bo želela zavarovana oseba uveljavljati pravico do povračila stroškov vrednosti zdravila bo morala po predlagani ureditvi vložiti zahtevo za predhodno odobritev v roku za prevzem zdravila v RS, torej:

- za zdravilo na neobnovljivi recept in na obnovljivi recept pred prvo izdajo – v roku iz drugega odstavka 204. člena pravil;
- za naslednje (ponovne) izdaje zdravila na obnovljivi recept (npr. ko je v RS že prevzela vsaj prvo izdajo zdravila) – v roku iz tretjega odstavka 204. člena pravil (za zadnjo izdajo zdravila najpozneje na dan, ko je ta predvidena).

Če je vložena zahteva za predhodno odobritev mora po predlagani ureditvi zavarovana oseba kupiti zdravilo v petih dneh od dokončnosti odločitve zavoda o tej zahtevi ali v roku za prevzem zdravila v RS, če se ta rok izteče pozneje kot petdnevni rok od dokončnosti odločitve zavoda.

Spremembe 135.e člena pravil veljajo tudi, če je predpisano živo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 45. členu (135.f člen pravil)

135.f člen pravil določa podrobnejšo ureditev pogojev za uresničevanje pravice do povračila stroškov vrednosti zdravila in živila kupljenega v tujini zaradi motnje v preskrbi na slovenskem trgu. Sprememba prvega odstavka se predlaga zaradi uvedbe e-recepta, jasnejše ureditve in uskladitve z drugimi določbami te novele pravil.

Dopolnitev napovednega stavka prvega odstavka in drugega odstavka z opredelitvijo oblike recepta (papirnati recept) je posledica uvedbe e-recepta in vsebinsko ne spreminja določbe (gl. tudi obrazložitev k predlagani spremembi 36. točke 2. člena in predlaganem novem 135.g členu pravil).

Za uveljavljanje pravice morajo biti izpolnjeni vsi pogoji (kumulativno) iz predlaganega prvega odstavka.

Za uveljavljanje pravice je še vedno pogoj, da je zdravilo in živilo kupljeno v tujini zaradi motnje z njegovo preskrbo na trgu RS. Zaradi jasnosti ureditve je na novo določen pogoj, da zdravila ni mogoče zamenjati z drugim zdravilom s seznama medsebojno zamenljivih zdravil. Smiselno enak pogoj se določa za živilo, ki ga ni mogoče zamenjati z drugim primerljivim živilom (živilom, ki ima primerljivo sestavo). Da ni mogoča ustrezna zamenjava bo ugotovil farmacevt v lekarni v RS ob nameravanem prevzemu zdravila in živila ali zdravnik ob predpisu recepta.

Za uveljavljanje pravice je prav tako še vedno pogoj, da je zavarovani osebi izdano potrdilo lekarne v RS o moteni preskrbi z zdravilom in živilom. Potrdilo je na novo opredeljeno kot "potrdilo o deficitarnosti". Izdano mora biti v skladu s predlaganim novim drugim odstavkom 228.f člena pravil, ki podrobneje določa njegovo vsebino in obliko. Pri tem je iz prvega odstavka 135.f člena pravil črtana zahteva, da se to potrdilo izda na zadnji strani recepta, kar je posledica uvedbe e-recepta, na katerega ni mogoče pripisati tega potrdila. Zaradi jasnosti ureditve je na novo izrecno določen rok, v katerem mora biti izdano potrdilo o deficitarnosti – pred nakupom zdravila in živila v roku, ki sicer velja za prevzem zdravila v lekarni v RS.

Zaradi uvedbe e-recepta in ker med RS in drugimi državami še ni vzpostavljena elektronska izmenjava receptov, lahko zavarovana oseba uveljavlja pravico v tujini le na podlagi papirnatega recepta, čeprav ji bo praviloma predpisan e-recept. Zato je določen rok (predlagan drugi odstavek novega 135.g člena pravil), v katerem se zavarovani osebi na njeno zahtevo lahko predpiše papirnat recept. Posledično je določen rok (predlagana tretja alineja prvega odstavka 135.f člena pravil), v katerem mora na podlagi papirnatega recepta kupiti zdravilo in živilo v tujini. Oba roka (za predpis papirnatega recepta ter nakup zdravila in živila) sta enaka in tečeta sočasno. Zaradi čim hitrejšega začetka zdravljenja s predpisanim zdravilom in živilom je določen najdaljši 14 dnevni rok od izteka roka za prevzem zdravila v RS. Če je torej zavarovani osebi predpisano zdravilo na e-recept, mora zaradi uveljavljanja pravice iz tega člena najpozneje v 14 dneh po roku za prevzem zdravila v RS zahtevati predpis papirnatega recepta (ta ji bo predpisan pod pogoji iz novega 135.g člena pravil) in na njegovi podlagi v tem roku tudi kupiti zdravilo v tujini.

Črtanje dela določbe, ki se nanaša na potrditev recepta, je uskladitvene narave s predlaganim črtanjem šestega odstavka 202. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 46. členu (135.g člen pravil)

Nov 135.g člen pravil določa posebnosti predpisa in izdaje zdravila in živila na recept, če zavarovana oseba uveljavlja pravico v skladu s 135.e ali 135.f členom pravil.

Prvi in drugi odstavek določata:

- obliko recepta (papirnat recept), ko želi zavarovana oseba uveljavljati pravico do zdravila na recept v drugi državi (gl. tudi obrazložitev k predlaganim spremembam 36. točke 2. člena, 135.e, 135.f, 228.e in 228.f člena);
- rok, v katerem mora zavarovana oseba zahtevati predpis papirnatega recepta. Njegova dolžina je odvisna od pravice, ki jo zavarovana oseba želi uveljavljati na njegovi podlagi (135.e ali 135.f člen pravil).

Prvi odstavek določa predpis papirnatega recepta, če zavarovana oseba želi kupiti zdravilo, predpisano na recept, v drugi državi članici EU in uveljavljati pravico do povračila stroškov njegove vrednosti v skladu s prvim in tretjim odstavkom 135.e člena pravil. V tem primeru mora zahtevati predpis papirnatega recepta:

- če ji še ni bil predpisan recept – že ob predpisu zdravila, ko se ji zato ne predpiše e-recepta, ali
- če ji je že bil predpisan e-recept – v roku za prevzem zdravila v RS, ki začne teči od predpisa e-recepta.

Drugi odstavek določa predpis papirnatega recepta, če zavarovana oseba želi kupiti zdravilo, predpisano na recept, v tujini in uveljavljati pravico do povračila stroškov njegove vrednosti v skladu s 135.f členom pravil. V tem primeru mora zahtevati predpis papirnatega recepta:

- če ji še ni bil predpisan recept – že ob predpisu zdravila, ko se ji zato ne predpiše e-recepta, ali
- če ji je že bil predpisan e-recept – najpozneje v 14 dneh po izteku roka za prevzem zdravila v RS (ki začne teči od predpisa e-recepta), če ji je bilo na podlagi e-recepta izdano potrdilo o deficitarnosti. To potrdilo mora biti izdano pravočasno (v roku za prevzem zdravila v RS, ki teče od predpisa e-recepta) in mora biti vsebinsko ustrezno (v skladu s predlaganim novim drugim odstavkom 228.f člena pravil).

Glede na pogoje za uveljavljanje te pravice (prva alineja prvega odstavka 135.f člena pravil) se v obeh primerih papirnat recept predpiše le, če zdravila ni mogoče zamenjati z drugim medsebojno zamenljivim zdravilom oziroma, če živila ni mogoče zamenjati z drugim primerljivim živilom, ki je na slovenskem trgu.

Tretji odstavek podrobneje ureja pogoje za predpis papirnatega recepta, ko se ta predpiše potem, ko je bil zavarovani osebi za isto zdravilo ali živilo v istem časovnem obdobju predhodno že predpisan e-recept. Določba velja tako v primeru, če želi zavarovana oseba kupiti zdravilo ali živilo v drugi državi članici EU v skladu z Direktivo 2011/24/EU (135.e člen pravil) kot tudi, če ga želi kupiti v tujini zaradi deficitarnosti na slovenskem trgu (135.f člen pravil). V vsakem primeru se ob predpisu papirnatega recepta sočasno zaključi predhodno predpisan e-recept, da se prepreči dvojna izdaja zdravila ali živila v istem obdobju (v RS in tujini). Pogoj za predpis papirnatega recepta je, da na podlagi e-recepta še ni bila izdana predpisana količina zdravila ali živila. Papirnat recept predpiše zdravnik, ki je predpisal e-recept, lahko pa ga namesto njega predpiše splošni osebni zdravnik oziroma osebni otroški zdravnik. Slednjemu je dano pooblastilo za predpis papirnatega recepta

namesto e-recepta, ki ga je predpisal drug pooblaščen zdravnik, z namenom, da zavarovanim osebam le zaradi predpisa papirnatega recepta ni treba ponovno obiskati napotnega zdravnika, če je ta predpisal e-recept, temveč lahko gredo k svojemu splošnemu osebemu zdravniku oziroma osebemu otroškemu zdravniku, ki je praviloma bližje in lažje dosegljiv.

Četrty odstavek določa začetek teka roka iz drugega in tretjega odstavka 204. člena pravil, ko se ta rok uporablja pri uveljavljanju pravice iz 135.e in 135.f člena pravil. Če zavarovana oseba ne uveljavlja nobene od teh pravic in prevzame zdravilo v lekarni v RS, ta rok začne teči od predpisa recepta. Posebna ureditev v primeru uveljavljanja obeh navedenih pravic je potrebna zaradi uvedbe e-recepta, ki bo praviloma osnova za predpis papirnatega recepta, na podlagi katerega se lahko uveljavljata navedeni pravici. Zato je treba jasno določiti, ali rok začne teči od predpisa e-recepta ali od poznejšega predpisa papirnatega recepta, če je ta predpisan na podlagi e-recepta. Zaradi čim bolj enakopravne obravnave z zavarovanimi osebam, ki ne uveljavljajo nobene od obeh pravic, začne teči rok iz drugega in tretjega odstavka 204. člena pravil od predpisa e-recepta, če je na njegovi podlagi predpisan papirnat recept zaradi uveljavljanja pravice iz 135.e in 135.f člena pravil.

Peti odstavek določa daljši rok, v katerem lahko zavarovana oseba prevzame (ne kupi) zdravilo in živilo v lekarni v RS na podlagi papirnatega recepta, ki ji je bil sicer predpisan zaradi nakupa v drugi državi članici EU ali tujini. V tem primeru zavod neposredno lekarni krije vrednost zdravila in živila. Določba je uskladitvene narave s spremembo tretjega odstavka 135.e člena in prvega odstavka 135.f člena pravil. Gre za primer, ko zavarovana oseba zdravilo in živilo prevzame v lekarni v RS čeprav ga je nameravala kupiti:

- v drugi državi članici EU na podlagi odločbe zavoda o predhodni odobritvi, zaradi česar je pravočasno vložila zahtevo za predhodno odobritev. Pri tem ni pomembno niti, ali je že izdana odločitev zavoda o zahtevi niti, ali bi zavod zahtevi ugodil ali jo zavrnil. V tem primeru ga lahko prevzame v lekarni v RS v istem roku, ki sicer velja za nakup v drugi državi članici EU na podlagi odločbe zavoda o predhodni odobritvi – v petih dneh od dokončnosti odločitve zavoda, če se ta rok izteče pozneje kot rok za prevzem zdravila v RS. Da bi ga lahko prevzela v tem poznejšem roku mora lekarni ob predložitvi papirnatega recepta priložiti tudi listino, iz katere izhaja, da je zahtevo vložila pravočasno (v roku iz prve alineje tretjega odstavka 135.e člena pravil);
- v tujini zaradi deficitarnosti na slovenskem trgu. Gre za primer, ko do izteka roka za nakup zdravila in živila v tujini postane to dostopno na slovenskem trgu. V tem primeru ga lahko prevzame v lekarni v RS v istem roku, ki sicer velja za nakup deficitarnega zdravila in živila v tujini – najpozneje v 14 dneh po izteku roka za prevzem zdravila v RS. Da bi ga lahko prevzela v tem poznejšem roku mora lekarni ob predložitvi papirnatega recepta priložiti tudi vsebinsko ustrezno in pravočasno izdano potrdilo o deficitarnosti.

V obeh primerih lekarna v RS priloženo dokazilo (listino, iz katere izhaja, da je zahteva za predhodno odobritev vložena pravočasno oziroma potrdilo o deficitarnosti) zadrži in jo priloži receptu, na podlagi katerega je prevzeto zdravilo in živilo. S tem bo zavodu tudi omogočen nadzor nad pravilnostjo izdaje zdravila in živila v skladu s to določbo pravil.

Šesti odstavek določa obveznost zavarovane osebe, da pisno obvesti zavod o prevzemu zdravila in živila v lekarni v RS, če ga je prevzela preden je zavod izdal dokončno odločitev o njeni zahtevi za predhodno odobritev. Določen je tri dnevni rok za pisno obvestilo, ki začne teči od dneva prevzema zdravila in živila. Pisno obvestilo je potrebno zaradi nadaljnjega teka (zaključka) postopka odločanja zavoda o zahtevi za predhodno odobritev.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 47. členu (137. člen pravil)

Dopolnitev 1. točke prvega odstavka je uskladitvene narave s predlaganim drugim odstavkom 135.a in drugim odstavkom 135.b člena pravil, da ima zavarovana oseba med zdravljenjem v tujini pravico do spremstva tako v primeru, če gre za zavarovano osebo do 18. leta starosti, kot v primeru, če gre za zavarovano osebo nad 18. letom starosti, katere zdravstveno stanje zahteva spremstvo. V tem primeru o pravici do spremstva zavarovane osebe odloči zavod, pri čemer je lahko spremljevalec starši ali katerakoli druga oseba. V primeru pravice zavarovane osebe do spremstva ima spremljevalec (zavarovanec) tudi pravico do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 48. členu (138. člen pravil)

Sprememba šestega odstavka je uskladitvene narave s predlagano dopolnitvijo 1. točke prvega odstavka 137. člena pravil, v katerega je vsebinsko vključeno besedilo, ki se črta iz šestega odstavka 138. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 49. členu (153. do 156. člen pravil)**153. člen pravil**

V 153. členu pravil je zaradi uskladitve z drugim odstavkom 109. člena pravil (določa standard storitev po kraju uveljavljanja) določeno, da se pravica do povračila potnih stroškov zagotavlja do najbližjega ustreznega izvajalca. Zaradi uskladitve z določbami ZZVZZ je določba črtana v delu, da se pravica do povračila potnih stroškov zagotavlja tudi do izvajalca, ki opravlja izključno dejavnost na področju psihiatrije, rehabilitacije, onkologije in ortopedije.

Finančne posledice

Zaradi črtanja določbe v delu, ki je določala, da se pravica do povračila potnih stroškov zagotavlja do izvajalca, ki opravlja izključno dejavnost na področju psihiatrije, rehabilitacije, onkologije in ortopedije, se bodo nekoliko znižali odhodki iz naslova prevoznih stroškov, vendar tega učinka ni mogoče vnaprej ovrednotiti.

154. člen pravil

S predlagano spremembo 154. člena pravil je bolj podrobno določena pravica do prevoznih stroškov.

S prvim odstavkom je na novo določena višina povračila prevoznih stroškov v primeru, če zavarovana oseba potuje k izvajalcu v RS z avtotaksi prevozom, ki sodi v javni prevoz glede na določbe Zakona o prevozih v cestnem prometu (Uradni list RS, št. 131/06, 5/07 – popr., 123/08, 28/10, 49/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 39/13 in 92/15).

Drugi odstavek določa višino odbitka, ki se upošteva pri obračunu prevoznih stroškov zavarovane osebe za potovanje v posameznem koledarskem mesecu (v nadaljnjem besedilu: odbitek). Po veljavnih pravilih odbitek znaša 3 % minimalne plače, veljavne v tem mesecu, ki od 1. januarja 2015 znaša 23,72 eurov. Z namenom, da pravico do povračila prevoznih stroškov lahko uveljavlja večje število zavarovanih oseb, se predlaga znižanje odbitka na 2 %. S tem bi se približali višini odbitka, ki je veljal v obdobju od 2005 do 2007 leta. To posledično pomeni širitev obsega pravice, saj bo lahko pravico do povračila prevoznih stroškov glede na zmanjšan odbitek uveljavljalo večje število zavarovanih oseb. Glede na zadnjo veljavno minimalno plačo bi odbitek v višini 2 % znašal 15,81 eura.

V tretjem odstavku so zaradi večje jasnosti poleg primerov, ko spremljevalec potuje skupaj z zavarovano osebo opredeljeni tudi primeri, ko spremljevalec potuje sam, in sicer od izvajalca, h kateremu je spremljal zavarovano osebo, ali k izvajalcu po zavarovano osebo. Ureditev obračuna višine povračila prevoznih stroškov spremljevalca se sicer ne spreminja, saj se tudi po veljavnih pravilih spremljevalcu za prevoz z javnim prevoznim sredstvom, obračunajo stroški brez upoštevanja odbitka, torej v dejanski višini, kot izhaja iz vozne karte ali drugega ustreznega dokazila, da je bil prevoz plačan. Namen zagotovitve povračila stroškov spremljevalcu za vozno karto v celoti je v tem, da se omogoči, da spremljevalec ne nosi bremena potovanja zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev druge zavarovane osebe, ki jo sicer ni dolžan spremljati. V primerih, ko se povračilo prevoznih stroškov obračuna ob upoštevanju kilometrine, se navedeni odbitek upošteva tudi pri spremljevalcu, kot je to veljalo tudi do sedaj. Stroški vozne karte so vezani na posamezno osebo, v primeru potovanja z avtomobilom ali taksijem, pa gre za stroške, povezane s prevoznim sredstvom ne glede na število potnikov. tako da se v teh primerih upošteva odbitek.

Na kakšen način oziroma, v kakšni višini, se obračunajo prevozni stroški za potovanja spremljevalca (ko potuje skupaj z zavarovano osebo ali sam), je določeno v četrtem odstavku. Zavarovana oseba in njen spremljevalec sta v primeru, ko potujeta skupaj z osebnim avtomobilom ali avtotaksi prevozom oziroma v primerih, ko ne predložita vozne karte ali drugega dokazila o plačilu javnega prevoza, ki ni avtotaksi prevoz, upravičena do povračila skupnih stroškov. Ti stroški se torej povrnejo le enemu.

Peti odstavek povzema ureditev tretjega odstavka 43. člena ZZVZZ.

Finančne posledice

V letu 2014 je bilo iz naslova prevoznih stroškov za potovanje k izvajalcu v RS skupaj **izplačano 2.542.356,75 eurov**. Če bi upoštevali znižanje odbitka iz obstoječih 3 % na predlagani odbitek v višini 2 %, bi odhodki zavoda iz tega naslova, ob enakem številu zavarovanih oseb kot v letu 2014, znašali skupaj 3.143.293,32 eurov. Če bi že v letu 2014 upoštevali predlagano spremembo višine povračila prevoznih stroškov z znižanjem odbitka, bi se odhodki zavoda iz tega naslova **povečali za 600.936,57 eurov letno**. Potrebno je upoštevati, da se bo zaradi znižanja višine odbitka povečalo število oseb, ki bodo uveljavljale to pravico, vendar povečanja stroškov iz tega naslova ni mogoče oceniti.

155. člen pravil

Člen ureja pravico do povračila prevoznih stroškov v primeru zdravljenja v tujini na podlagi 135.a in 135.b člena pravil. V tovrstnih primerih se uporabljajo določbe 154. člena pravila. Izjema je povračilo stroškov avtotaksi prevoza, ki se v primerih zdravljenja v tujini povrnejo v višini dejanskega stroška, ob upoštevanju odbitka v višini, kot ga predvideva sprememba 154. člena pravil. Navedena izjema je utemeljena z dejstvom, da zavarovana oseba v primerih zdravljenja v tujini nima možnosti prevoza z lastnim osebnim vozilom ali prevoza z javnim prevoznim sredstvom.

V primeru, da ima zavarovana oseba ali njen spremljevalec pravico do povračila stroškov za nastanitev v tujini (predlagan 156.a člen pravil), biva(ta) na naslovu nastanitve (na primer hotela). Tretji odstavek zato določa, da se v teh primerih prevozni stroški povrnejo tudi za najkrajšo razdaljo od naslova nastanitve do izvajalca.

Četrty odstavek ureja primere, kadar zavarovana oseba umre med uveljavljanjem pravice iz prvega odstavka 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil. Zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do zdravljenja v tujini iz 135.a in 135.b člena pravil, imajo skladno s 155. členom pravil pravico do prevoznih stroškov za potovanje k izvajalcu v tujino in nazaj. Če zavarovana oseba umre med uveljavljanjem pravice iz 135.a ali prvega odstavka 135.b člena pravil se dejanski stroški prevoza njenega trupla nazaj v RS izplačajo osebi, ki je poskrbela za prevoz v RS. Ob tem pojasnjujemo, da gre za zelo redke primere v praksi. V letu 2015 beležimo en takšen primer, kjer je zavod te stroške tudi povrnil.

Finančne posledice

V letu 2014 je bilo iz naslova prevoznih stroškov za potovanje k izvajalcu v tujino skupaj izplačano 83.382,19 eurov. Če bi že v letu 2014 upoštevali predlagano spremembo višine povračila prevoznih stroškov z znižanjem odbitka, bi se odhodki zavoda iz tega naslova povečali za 3.785,61 eurov letno. Ocenjujemo, da zaradi četrtega odstavka 155. člena pravil večjih finančnih posledic ne bo, saj je število primerov izjemno nizko. Tako je bil v letu 2015 povrnen en takšen primer v višini 1.848,36 EUR.

156. člen pravil

Prvi odstavek določa pogoje in višino povračila stroškov prehrane v primeru, če mora zavarovana oseba potovati k izvajalcu v RS v skladu s 153. členom pravil. Višina povračila teh stroškov se veže na višino dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v RS. Dnevnic se izplača za 24 ur, ob pogoju, da je zavarovana oseba odsotna nad 12 ur iz kraja svojega bivališča in ji ni zagotovljena prehrana v okviru zdravstvene storitve.

Drugi odstavek določa pogoje in zgornjo višino povračila stroškov nastanitve za nočitev. Enako kot velja v primeru zdravljenja v tujini, se višina povračila veže na višino dnevnice (trikratnik vrednosti dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v RS), kar je v skladu z ureditvijo, ki velja za javne uslužbence.

Tretji odstavek določa pogoje in višino povračila stroškov prehrane in nastanitve spremljevalca zavarovane osebe, ki je odobrena pravica do spremstva. Pri tem enako kot za povračilo prevoznih stroškov spremljevalca, tudi za povračilo stroškov njegove prehrane in nastanitve velja posebna ureditev v skladu s tretjim odstavkom 43. člena ZZVZZ, če je spremljevalec zdravnik ali drug zdravstveni delavec.

Četrty odstavek določa višino povračila stroškov prehrane in nastanitve za otroka, starega do sedem let. Določba je glede na veljavni šesti odstavek 156. člena pravil spremenjena v delu, ki določa starostno mejo otroka (do sedem let, in ne več do dopolnjenega sedmega leta starosti), saj gre za uskladitev s tretjim odstavkom 42. člena ZZVZZ.

Finančne posledice

Ocenjujemo, da zaradi spremembe drugega odstavka 156. člena pravil finančnih posledic ne bo, saj je število primerov, ko je potrebna nastanitev zavarovane osebe v drugem kraju (prenočitev), izjemno nizko. Tako sta bila v letu 2014 le dva takšna primera. Prav tako trikratna vrednost dnevnice iz prvega odstavka 156. člena pravil (trenutno 48 eurov), ki se predlaga kot zgornja meja povračila stroškov nastanitve, praviloma ne presega cene enoposteljne sobe v najcenejšem hotelu s tremi zvezdicami v posameznih krajih v RS (kar trenutno velja kot zgornji limit) oziroma ustreza tej ceni.

K 50. členu (156.a člen pravil)

Pravica do povračila stroškov prehrane in nastanitve, ko zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravljenja v tujini na podlagi 135.a in 135.b člena pravil, je urejena v veljavnem 156. členu pravil skupaj s pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve, ko zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno storitev v RS. Zaradi večje preglednosti obeh ureditev in različnih pravil povračila teh stroškov, ki nastanejo v RS oziroma tujini, se predlaga nov, 156.a člen pravil, ki ureja pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve, ko zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravljenja v tujini na podlagi 135.a in 135.b člena pravil.

Prvi odstavek pomeni vsebinski prenos veljavnega tretjega odstavka 156. člena pravil. Pri tem je določeno, da se dnevica izplača za 24 ur, ob pogoju, da je zavarovana oseba odsotna nad 12 ur iz kraja svojega prebivališča in ji ni zagotovljena prehrana v okviru zdravstvene storitve v tujini. Na dan je zavarovana oseba upravičena zgolj do povračila ene dnevnice za prehrano, in ne na vsakih več kot 12 ur odsotnosti, kot je bilo v praksi včasih napačno razumljeno. Natančneje je opredeljen tudi način obračuna dnevnic, pri čemer se vsaka dnevica (na dan) obračuna glede na skupen čas odsotnosti zavarovane osebe od bivališča. V primeru, da poteka zdravljenje, pregled ali preiskave zavarovane osebe en dan in ji v okviru tega ni bil odobren obrok, se pri obračunu odsotnosti upošteva celotna, skupna odsotnost od bivališča. Višina povračila stroškov prehrane je spremenjena, tako, da se upošteva celoten znesek dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za službena potovanja v tujino, kar je v skladu z ureditvijo, ki velja za javne uslužbenke.

Drugi odstavek pomeni vsebinski prenos veljavnega četrtega odstavka 156. člena pravil, izključene pa so določbe o dokumentaciji, ki jo mora zavarovana oseba priložiti zahtevi za povračilo potnih stroškov glede na predlagan spremenjen 247. člen pravil. Na novo je določeno, da se pri obračunu stroškov nastanitve kot zgornja meja upošteva dvakratni znesek celotne dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za službena potovanja v tujino, in ne več odstotni delež le-te. Za preračun teh stroškov v domačo valuto se upošteva tečaj Evropske centralne banke na dan nočitve, to je na dan, ko se je nočitev začela (pri nočitvi iz 1. na 2. januar se upošteva tečaj, veljaven 1. januarja).

Tretji odstavek določa posebne pogoje, ko je zavarovana oseba (ob pogojih iz prvega in drugega odstavka) upravičena do povračila stroškov prehrane in nastanitve za dodatne dneve:

- 1. točka določa, da je zavarovana oseba upravičena do povračila stroškov tudi za dan pred predvideno zdravstveno storitvijo v tujini. Pri tem pa mora biti izpolnjen eden izmed treh določenih pogojev - ali, da je razdalja med bivališčem zavarovane osebe in izvajalcem zdravstvene storitve nad 400 km ali da potovanje dan pred predvideno zdravstveno storitvijo zahteva zdravstveno stanje zavarovane osebe ali da potovanje dan pred predvideno zdravstveno storitvijo zahteva potek izvedbe zdravstvene storitve. Mnenje o zdravstvenem stanju zavarovane osebe poda konzilij terciarja ali zdravnik zavoda. Razdalja 400 km, ki pomeni približno štiri ure vožnje, predstavlja razumno mejo za odobritev povračila stroškov, ob izpolnjevanju drugih pogojev;

- 2. točka določa, da je zavarovana oseba upravičena do povračila stroškov za dneve, ko bivanje v tujini zahteva njeno zdravstveno stanje oziroma postopek zdravljenja v tujini. Navedena potreba po bivanju pa mora biti razvidna iz mnenja zdravnika specialista, ki zavarovano osebo zdravi v tujini;
- 3. točka določa primere, ko je zavarovana oseba zaključila zdravstvene storitve v tujini in bi se morala vrniti domov, ji pa v kraju opravljenih zdravstvenih storitev, ni zagotovljena vrsta prevoza, ki ji je bil odobren z odločbo zavoda. Če je bil osebi odobren npr. prevoz z letalom, oseba pa potuje z osebnim vozilom, bo skladno s prvim odstavkom 154. člena pravil, v kolikor ne bo predložila dokazila o prevozu (npr. vozna karta), upravičena do povračila kilometrine. V tem primeru zavarovana oseba ne bo upravičena do povračila po 3. točki, saj je imela zagotovljen prevoz z osebnim vozilom;
- v 4. točki so določeni primeri, ko si zdravstvene storitve, ki jih zavarovana oseba, skladno z odločbo zavoda, uveljavlja v tujini, sledijo v razmiku največ treh dni (npr. prvi pregled v ponedeljek, naslednji v četrtek). V teh primerih je zavarovana oseba upravičena do povračila stroškov za dneve, ki sledijo predhodni zdravstveni storitvi (torej v predhodnem primeru za torek, sredo in četrtek), pri čemer je osnovni pogoj za povračilo, da je razdalja med bivališčem zavarovane osebe in izvajalcem zdravstvenih storitev nad 400 km. Primeri, ko si zdravstvene storitve sledijo v večjem razmiku, ali primeri, ko je razdalja manjša od 400 km, pa so urejeni v 2. točki tega odstavka.

Četrty odstavky podrobneje določa pravico do povračila stroškov prehrane in namestitve za spremljevalca zavarovane osebe, ko je pravica do spremstva odobrena na podlagi drugega odstavka 135.a ali drugega odstavka 135.b člena pravil, torej za ves čas zdravljenja v tujini, in ne le za čas potovanja.

Pety odstavek podrobneje določa pravico do povračila stroškov prehrane in namestitve za spremljevalca zavarovane osebe, katerega spremstvo je odobreno (na podlagi mnenja konzilija iz prvega odstavka 225. člena pravil) le za čas poti na zdravljenje in/ali iz zdravljenja, ker niso izpolnjeni pogoji iz drugega odstavka 135.a in drugega odstavka 135.b člena pravil. Ta ima pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve za primere, kadar zavarovana oseba potuje v kraj zdravljenja dan pred načrtovano storitvijo (pri čemer morajo biti izpolnjeni pogoji iz 1. točke tretjega odstavka tega člena), kadar po opravljeni zdravstveni storitvi zavarovane osebe, ni zagotovljen prevoz s prevoznim sredstvom, ki je odobren z odločbo zavoda, ter kadar potuje en dan pred zaključkom zdravstvene storitve zavarovane osebe po osebo v kraj izvajanja storitve, razdalja med bivališčem zavarovane osebe in izvajalcem pa je večja od 400 km.

Šesti odstavek določa pravilo glede povračila stroškov prehrane in nastanitve spremljevalca, če je ta zdravnik ali drug zdravstveni delavec. V skladu s tretjim odstavkom 43. člena ZZVS v tem primeru velja za povračilo teh stroškov ureditev te pravice v zdravstvenem zavodu, v katerem dela zdravnik ali drug zdravstveni delavec, pri čemer plačilo teh stroškov bremeni materialne stroške izvajalca.

Sedmi odstavek v skladu s tretjim odstavkom 42. člena ZZVS določa, da so otroci do sedmega leta starosti upravičeni do polovice dnevnice iz prvega in tretjega odstavka tega člena.

Finančne posledice

V letu 2014 je bilo na račun dnevnic **za prehrano v tujini** skupaj izplačano **66.082,38 eurov**. Če bi že lansko leto upoštevali predlagano spremembo višine povračila stroškov prehrane v tujini v višini ene dnevnice (100 % znesek dnevnice), **bi znašal** skupni znesek povračil iz tega naslova **132.164,76 eurov**.

V letu 2014 je bilo na račun dnevnic **za nastanitev v tujini** skupaj izplačano **28.328,13 eurov**. Če bi že lansko leto upoštevali predlagano spremembo višine povračila stroškov nastanitve v tujini v višini dvakratnika dnevnice, **bi znašal** skupni znesek povračil iz tega naslova **80.937,51 eurov**.

Sprememba bo tako imela za posledico višje odhodke zavoda. Pri izračunu je treba tudi upoštevati, da so dnevnice v različnih državah različno visoke in da se pri izplačilih za nastanitev upošteva dejanska vrednost nočitve, kadar je nižja od 70 % dnevnice oziroma 70 % dnevnice, kadar je dejanska vrednost višja.

K 51. členu (160. člen pravil)

V skladu s tretjim odstavkom 160. člena pravil se zavarovana oseba z izbiro zdravnika in zdravstvenega zavoda odloči, da bo pri njej uveljavljala tudi laboratorijske, rentgenske ter druge potrebne diagnostične in terapevtske storitve, ki jih predpiše zdravnik in ki jih opravi zavod ali zdravstveni delavec, ki ga določi osebni zdravnik, če jih ne opravlja niti on sam niti zdravstveni zavod, v katerem dela. Izjema so fizioterapevtske storitve.

V praksi se dogaja, da ima zavarovana oseba izbranega osebnega zdravnika izven kraja svojega stalnega ali začasnega prebivališča. Zato se na novo določa, da ji določene zdravstvene storitve (patronažna zdravstvena nega in zdravstvena nega na domu) po nalogu njenega izbranega izvajalca opravi drug izvajalec (patronažna služba) v kraju njenega stalnega ali začasnega prebivališča, če je ta bližji od kraja, v katerem je izbrani izvajalec. Druge spremembe določbe so terminološke narave.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 52. členu (164. člen pravil)

Na podlagi veljavnega 164. člena pravil si zavarovana oseba izbere osebnega ginekologa praviloma v zdravstvenem domu ali med zasebnimi ginekologi, izjemoma pa tudi v bolnišnici ali na kliniki ob upoštevanju veljavne 6. točke drugega odstavka 252. člena pravil. Ta določa, da lahko izvajalec zahteva plačilo ali doplačilo, kadar zavarovana oseba zahteva ali predhodno soglaša, da se storitev uveljavi v višjem oziroma drugačnem standardu, konkretno, če doplača k ceni za pregled na primarni ravni, ko si ženska izbere svojega ginekologa v terciarni ustanovi, če je bil pregled opravljen izven rednega delovnega časa izvajalca.

Prvi odstavek pravico ureja vsebinsko enako kot veljavni 164. člen pravil.

Drugi odstavek na novo jasno določa, v katerem času lahko izvajalec na sekundarni in terciarni ravni, ki si ga je zavarovana oseba izbrala za osebnega ginekologa, opravlja storitve izbranega osebnega ginekologa, in sicer le izven ordinacijskega časa, ki je po pogodbi z zavodom namenjen izvajanju zdravstvenih storitev na sekundarni oziroma terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

Tretji odstavek (vsebinsko enako kot veljavni določbi 164. člena in 6. točke drugega odstavka 252. člena pravil) določa, da lahko izvajalec zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni, pri katerem si je zavarovana oseba izbrala osebnega ginekologa, od zavarovane osebe zahteva doplačilo, in sicer plačilo dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno. V skladu s predlaganim drugim odstavkom 252. člena pravil izvajalec to lahko stori na podlagi pisnega soglasja zavarovane osebe, ki ga ta poda po predhodni pisni informaciji o predvidenih stroških zdravstvene storitve.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 53. členu (185. člen pravil)

Z dopolnitvijo prvega odstavka je zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov izvzeta iz zobozdravstvene dejavnosti na primarni ravni.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 54. členu (187. člen pravil)

Z dopolnitvijo drugega odstavka je določeno, kateri specialisti so pooblaščen za zobno-protetično rehabilitacijo s pomočjo zobnih vsadkov, in sicer so to za vstavev zobnih vsadkov: specialisti parodontologije, specialisti oralne kirurgije in specialisti maksilofacialne kirurgije. Po mnenju RSK za stomatologijo in RSK za maksilofacialno in oralno kirurgijo je osnovno strokovno vodilo, da zobne vsadke lahko vstavi le tisti, ki zna pravilno odreagirati ob

možnih komplikacijah. Vstavljanje zobnih vsadkov je kirurško znanje in veščina, ki ni vključeno v dodiplomski program dentalne medicine na Medicinski fakulteti. Zajeto je v specialističnem izobraževanju in so zato kompetentni za te storitve specialisti parodontologi, specialisti oralne kirurgije in specialisti maksilofacialne kirurgije.

Nov tretji odstavek določa, da se zobno-protetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov zavarovanih oseb z resekcijo čeljusti po operaciji tumorja, oligodontijo, razvojno anomalijo kosti - shizo ali obsežno resorpcijo kosti oziroma atrofijo alveolnega grebena zgornje čeljusti ter v primerih iz predlaganega drugega odstavka 32.a člena pravil lahko izvaja le na kliniki terciarne ravni. Takšna ureditev je predlagana zaradi potrebne kompleksne multidisciplinarne obravnave zavarovanih oseb, ki v procesu zdravljenja in rehabilitacije potrebujejo sodelovanje specialistov stomatoloških, maksilofacialnih in drugih medicinskih strok. Gre tudi za majhno incidenco in je za ohranjanje kakovosti zdravljenja potrebno določeno število primerov obravnave.

Sprememba četrtega odstavka je uskladitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 55. členu (188. člen pravil)

Določba je vsebinsko enaka veljavni, pri čemer je dopolnjen prvi odstavek z določbo, da zavodu ni treba predložiti načrta zobno-protetične rehabilitacije v potrditev pred začetkom zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov oziroma izdelave ZPP na zobnih vsadkih V teh primerih gre za storitve kompleksne oskrbe zavarovanih oseb, ki bi jih opravljala le klinika na terciarni ravni, razen za stanja atrofije alveolnega grebena spodnje čeljusti in oskrbe z dvema zobnima vsadkoma. V vseh primerih pa gre za specifična in zahtevna zdravstvena stanja, ki hkrati zahtevajo hitro odzivnost in za obravnavo katerih je potrebna posebna strokovna usposobljenost. Morebitna predhodna presoja oziroma potrjevanje na zavodu strokovno ne bi bila primerljiva s strokovno interdisciplinarno obravnavo pri izvajalcu in bi tako, poleg podaljševanja rehabilitacije, pomenila le dodatno administrativno breme in stroške za izvajalce.

Finančne posledice

Predlog ima pozitivne finančne posledice, saj se bo zmanjšalo število Predlogov načrta zobno-protetične rehabilitacije, ki sedaj potrebujejo predhodno odobritev zavoda, s tem pa se bo zmanjšal obseg dela in posledično tudi število kadrov, ki sedaj to delo opravljajo in so pretežno zunanji sodelavci.

K 56. členu (202. člen pravil)

Sprememba tretje alineje drugega odstavka je uskladitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil.

Sprememba četrtega odstavka je posledica uvedbe e-recepta in vsebinsko ne spreminja določbe. Če je zdravilo predpisano na obnovljivi e-recept lahko zavarovana oseba prevzame posamezno izdajo zdravila v katerikoli lekarni v RS, lahko vsako izdajo v drugi lekarni. Če pa je zdravilo predpisano na papirnati obnovljivi recept lahko zavarovana oseba prevzame zdravilo (vse izdaje) le v eni (isti) lekarni, v kateri ga je prvič prevzela. Temu ustrezno je spremenjena določba.

Črtanje šestega odstavka ukinja možnost uvedbe potrjevanja receptov na zavodu, ki jo zavod lahko uvede za vsa ali posamezna zdravila, ki imajo z njegove strani določeno omejitev predpisovanja. Zavod ocenjuje, da uvedba potrjevanja receptov ni več potrebna glede na ureditev iz Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo (Uradni list RS, št. 35/13) in Pravilnika o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo (Uradni list RS, št. 110/10). Na njuni podlagi lahko namreč zavod zdravilom in živilom, za katere oceni, da je to potrebno in primerno, določi omejitev predpisovanja (zdravnik lahko predpiše zdravilo in živilo v breme OZZ le v okviru določene omejitve) ali omejitev izdajanja (farmacevt v lekarni lahko izda zdravilo in živilo v breme OZZ le v okviru določene omejitve) ali obe omejitvi hkrati. Navedeni omejitvi zavod določa in spreminja tako v postopku razvrščanja ali prerazvrščanja kot tudi za že razvrščeno zdravilo in živilo. Zavod zato ocenjuje, da dodatna možnost uvedbe potrjevanja receptov na zavodu ni potrebna in tudi v praksi že nekaj časa ni uvedena. S predlagano ukinitvijo se usklajujejo 135.e, 135.f in 209. člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 57. členu (202.a člen pravil)

Sprememba druge alineje četrtega odstavka je uskladitvene narave s predlagano spremembo prvega odstavka 135.f člena pravil.

Sprememba drugega stavka petega odstavka je uskladitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil, sprememba tretjega stavka pa je posledica uvedbe e-recepta in vsebinsko ne spreminja določbe.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 58. členu (203. člen pravil)

Dopolnitev tretjega odstavka je posledica uvedbe e-recepta in vsebinsko ne spreminja določbe.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 59. členu (204. člen pravil)

Sprememba prvega odstavka je uskladitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil.

S spremembo napovednega stavka drugega odstavka je izključena zahteva po predložitvi recepta zaradi uvedbe e-recepta. Tega se ne more "predložiti" lekarni kot se predloži papirnati recept. Zdravilo, predpisano na e-recept, zavarovana oseba prevzame v lekarni le ob predložitvi KZZ ali druge ustrezne listine, ki dokazuje, da ima urejeno OZZ. Zato je napovedni stavek spremenjen tako, da zavarovana oseba zdravilo prevzame v lekarni, ne glede, ali ga prevzame le ob predložitvi KZZ oziroma druge ustrezne listine (če je predpisan e-recept) ali ob sočasni predložitvi papirnatega recepta. V obeh primerih, ne glede na obliko recepta (e-recept ali papirnati recept), veljajo za prevzem zdravila isti roki iz drugega in tretjega odstavka 204. člena pravil, ki začnejo teči od predpisa recepta.

Napovedni stavek drugega odstavka je hkrati dopolnjen z opredelitvijo, da roki iz tega odstavka veljajo za prevzem zdravila, ki je predpisano na neobnovljivi recept, in za prvo izdajo zdravila, ki je predpisano na obnovljivi recept. Dopolnitev je določena zaradi večje jasnosti določbe. Iz istega razloga je dopolnjen tretji odstavek tega člena z opredelitvijo, da zavarovana oseba ponovno izdajo zdravila na obnovljivi recept uveljavi na predviden datum naslednje izdaje, s katerim jo poznani farmacevt ob izdaji zdravila (drugi odstavek 202.a člena pravil).

Črtanje četrte alineje drugega odstavka (določa rok za prevzem zdravila v lekarni v RS v primeru odločitve zavoda o predhodni odobritvi iz tretjega odstavka 135.e člena pravil) je uskladitvene narave s predlaganim četrtem odstavkom novega 135.g člena pravil.

Sprememba tretjega odstavka (določa obdobje, v katerem lahko zavarovana oseba uveljavi ponovno izdajo zdravila, ki je predpisano na obnovljivi recept) je uskladitvene narave z veljavnim pravilom mesečne izdaje dragih zdravil in posledica uvedbe e-recepta. Dopolnitev s 15 dnevni rokom za drago zdravilo je uskladitvene narave s sedmim odstavkom 209. člena pravil, ki določa pravilo njegove mesečne izdaje. Če je to zdravilo predpisano za več kot enomesečno zdravljenje se za njegovo ponovno izdajo določa za polovico krajši, 15 dnevni rok, v katerem lahko zavarovana oseba uveljavi njegovo naslednjo izdajo. V nasprotnem primeru bi lahko praktično istočasno prevzela količino dveh izdaj dragega zdravila, kar pa ni skladno s pravilom mesečnih izdaj in njegovim namenom (zmanjšanje domačih zalog dragih zdravil). Tudi za draga zdravila sicer velja izjema, da se lahko pred tem rokom (več kot 15 dni pred predvideno naslednjo izdajo) izjemoma (zaradi študijske obveznosti v tujini, daljšega službenega ali zasebnega potovanja v tujino in podobno) izda večja količina. Tudi v tem primeru mora farmacevt dokumentirati razlog predčasne ponovne izdaje zdravila. Zaradi uvedbe e-recepta

to opombo vpiše v elektronsko evidenco receptov (če je predpisan e-recept) oziroma na zadnjo stran papirnatega obnovljivega recepta.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 60. členu (206. člen pravil)

Sprememba drugega odstavka je posledica uvedbe e-recepta in vsebinsko ne spreminja določbe.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 61. členu (209. člen pravil)

Sprememba četrtega odstavka s spremembo druge in črtanjem tretje alineje je določena zaradi nepotrebnega podvajanja navedbe rokov, ki jih za prevzem zdravila določajo pravila v drugih členih (gl. predlagan nov 135.g in 204. člen pravil). Sočasno se nova druga alineja dopolnjuje z določitvijo predpisov (ki urejajo predpisovanje in izdajanje zdravil za uporabo v humani medicini) in drugih splošnih aktov zavoda (poleg pravil), kot podlag, ki prav tako lahko določajo roke za prevzem zdravila.

Sprememba petega odstavka je posledica uvedbe e-recepta in vsebinsko ne spreminja določbe.

Veljavni šesti odstavek določa naslednji pravili:

- da se vedno izda optimalno pakiranje za predpisano količino zdravil, npr. eno veliko pakiranje po 90 enot, čeprav je zdravnik predpisal tri pakiranja po 30 enot;
- možnost prilagoditve števila izdanih pakiranj, da se prilagodi obdobja izdaj za obnovljive recepte za obdobje enega leta.

Sprememba šestega odstavka vsebinsko ne spreminja prvega pravila – še vedno se izda pakiranje, ki je najbližje predpisani količini zdravila. Sprememba spreminja pravilo glede količine izdanih zdravil, predpisanih na obnovljivi recept. Zaradi uvedbe e-recepta je treba to pravilo opredeliti na način, ki omogoča računalniško (informacijsko) podporo. Zato je bilo z Ministrstvom za zdravje dogovorjeno, da se lahko na letni ravni dodatno izda največ eno pakiranje. Po predlagani določbi se lahko v enoletnem obdobju izda eno dodatno pakiranje, če je zdravilo predpisano na obnovljivi recept za enoletno zdravljenje. Nekatera pakiranja namreč ne zadostujejo za celotno enoletno obdobje zdravljenja (npr. eno pakiranje z 28 tabletami zadostuje s 4 x 3-mesečnimi izdajami le za 11 mesecev). S tem se omogoči izdaja zdravila za celotno obdobje zdravljenja ne da bi morala zavarovana oseba predčasno obiskati pooblaščenega zdravnika, ki bi ji predpisal eno dodatno pakiranje zaradi manjkajoče količine zdravila.

Veljavni sedmi odstavek določa, da se drago zdravilo izdaja za obdobje do enomesečnega zdravljenja, vsaka izdaja pa se obračuna in evidentira kot izdaja na obnovljivi recept. Določba o mesečnih izdajah dragih zdravil je bila vključena v pravila s prvo novelo v letu 2014 (Uradni list RS, št. 25/14) z namenom, da se zmanjšajo njihove domače zaloge, kar je tudi uspelo. Predlagana sprememba določbe je posledica uvedbe e-recepta in temelji na pobudi Ministrstva za zdravje. To je med uvajanjem e-recepta v ambulate na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in lekarne ugotovilo, da veljavna določba ni tehnično izvedljiva. Nanaša se le na lekarne, kjer farmacevt vsak recept za drago zdravilo spremeni v obnovljivega in ga začne izdajati v količini, ki zadostuje za mesec dni zdravljenja. Z uvedbo e-recepta pa lekarna ne more več spremeniti tega recepta. Tehnično izvedljivo je le, da že zdravnik predpiše pravilni e-recept, saj se zdravniku že ob predpisu dragega zdravila avtomatično pripravi obnovljivi recept z mesečnimi izdajami. Kljub uvedbi e-recepta bodo nekatera zdravila še vedno predpisana na papirnati recept. Zato morajo lekarne tudi v bodoče ohraniti pristojnost za ustrezno obravnavo papirnatega recepta za drago zdravilo. S predlagano spremembo določbe sta urejeni obe možnosti, tako ustrezen predpis e-recepta kot ustrezna izdaja dragega zdravila. Z vidika zavarovane osebe sprememba ne prinaša novosti.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 62. členu (210. člen)

210. člena pravil podrobneje ureja predpis zdravila na "recept za osebno rabo", ki je posebna listina zavoda (obrazec Obr. Rp OR). Njeno vsebino in obliko (enako kot listino recept – Obr. Rp) določa Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15 in 1/16).

Zaradi večje preglednosti in jasnosti ureditve je člen po novem oblikovan v več odstavkov.

Prvi odstavek na novo opredeli izraz "recept za osebno rabo". Z odkazom na opredelitev izraza "recept" (35. točka 2. člena pravil) se tudi za recept za osebno rabo jasno določa, da gre za listino zavoda za predpisovanje zdravil in živil, ki jih zavod razvrsti na pozitivno ali vmesno listo in jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik (v tem primeru zdravnik, ki izpolnjuje pogoje iz predlaganega četrtega in petega odstavka tega člena). Zato tudi v primeru predpisa zdravila na recept za osebno rabo praviloma veljajo isti predpisi in splošni akti zavoda, ki veljajo za predpisovanje in izdajanje zdravil na recept (obrazec Obr. Rp). Za ta recept ne veljajo le tiste določbe, za katere tako določa sam predpis ali splošni akt zavoda. Tako na primer Pravilnik o pogojih, rokih, načinu vključitve in uporabe eZdravja za obvezne uporabnike (Uradni list RS, št. 69/15) v svoji Prilogi določa, da so lahko izjema od predpisovanja e-receptov tudi recepti za osebno rabo. Način uporabe receptov za osebno rabo je tudi izjema od pravila, ki ga določa 5. člen Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na njegovi podlagi lahko listine iz drugega odstavka 2. člena tega pravilnika pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, ki je predmet OZZ, uporabljajo le izvajalci. Pri tem jih pri izvajanju zdravstvenih storitev zavarovanim osebam ne smejo uporabljati zasebni zdravniki in drugi zdravstveni delavci, ki za to z zavodom nimajo sklenjene pogodbe, in tudi ne zdravniki in drugi zdravstveni delavci v javnih zavodih, ki zavarovanim osebam nudijo zdravstvene storitve v okviru samoplačniške ambulante. Posledično bo služba zavoda ob prvi naslednji spremembi tega pravilnika predlagala ustrezno uskladitev pravilnika z 210. členom pravil.

Drugi odstavek na novo določa, da so recepti za osebno rabo neobnovljivi recepti. Z uveljavitvijo novele pravil teh receptov ne bo več dopustno uporabljati kot obnovljivih receptov. Ta opredelitev izhaja iz namena receptov za osebno rabo. Ti naj se uporabljajo le pri akutnih zdravstvenih stanjih in ne za dolgotrajno zdravljenje, čemur so namenjeni obnovljivi recepti.

Tretji odstavek določa zavarovane osebe, katerim lahko zdravnik predpiše zdravilo na recept za osebno rabo. Enako kot na podlagi veljavne določbe ga lahko prepíše le sam sebi ali svojim družinskim članom. Pri tem se določba usklajuje s prvim odstavkom 202. člena pravil, ki določa zdravnike, pooblaščen za predpis zdravil na recept. Na podlagi veljavnega člena zdravnik ne sme predpisati recepta za osebno rabo svojim družinskim članom, če je njihov osebni ali napotni zdravnik. Zaradi navedene uskladitve pa se na novo določa, da zdravnik tega recepta ne sme predpisati v vseh primerih, ko je pooblaščen predpisati zdravilo na recept (Obr. Rp), torej tudi v primeru, če je zdravnik zdravilišča ali drug pooblaščen zdravnik v skladu s splošnimi akti zavoda. Izrečna navedba pogoja, da lahko zdravnik sebi ali svojim družinskim članom predpiše recept za osebno rabo le, če ima sam oziroma če imajo družinski član urejeno OZZ, ni potrebna. Že iz opredelitve izraza "recept" in posledično iz opredelitve izraza "recept za osebno rabo" namreč izhaja, da se lahko zdravilo predpiše le zavarovani osebi. To velja tako v primeru, če ga zdravnik predpiše sebi kot tudi, če ga predpiše svojemu družinskemu članu. S tem se zagotavlja namenska raba sredstev OZZ, da so do pravice kritja vrednosti zdravil upravičene le zavarovane osebe.

Četrty odstavek zaradi jasnosti ureditve na novo določa osebe, ki so v razmerju do zdravnika njegovi družinski člani. Določba pravil odkazuje na osebe iz 20. člena ZZVZZ. Ta člen zakona sicer določa zavarovane osebe, ki so lahko obvezno zdravstveno zavarovane kot družinski člani. Vendar za sam predpis zdravila na recept za osebno rabo ni pogoj, da so zavarovane iz tega naslova (kot družinski člani).

Peti odstavek (enako kot veljavni člen) določa letno število 30 receptov za osebno rabo, ki jih zavod dodeli zdravniku na njegov predlog. Pri tem se na novo določata dva pogoja za zdravnika, da je upravičen do teh receptov. Enako kot na podlagi veljavnega člena mora biti zdravnik evidentiran v t. i. bazi podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev, katere naziv se usklajuje z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00 in 47/15). Na novo je določen pogoj, da ima zdravnik licenco Zdravniške zbornice Slovenije. Pogoj veljavne licence je določen zaradi zagotovitve primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe zavarovanih oseb, katerim se predpiše zdravilo na recept za osebno rabo. Poleg tega je na novo določen

statusni pogoj zdravnika. Ta se veže na opravljanje zdravstvenih storitev javne zdravstvene službe ali na opravljanje dela po pogodbi o zaposlitvi s ključnimi inštitucijami v zdravstvenem sistemu (z zavodom, Ministrstvom za zdravje, Nacionalnim inštitutom za javno zdravje ali Nacionalnim laboratorijem za zdravje, okolje in hrano) ali z Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, katerega zdravniki prav tako opravljajo delo s področja medicinskega izvedenstva, enako kot zavodovi zdravniki. Poleg tega se lahko osebni recepti dodelijo upokojenim zdravnikom, če so zavarovani na podlagi 10. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ (ker imajo v RS stalno prebivališče in prejemajo pokojnino po predpisih RS), če so imeli neposredno pred upokojitvijo na tej podlagi vsaj enega od predhodno navedenih dveh statusov (da so opravljali zdravstvene storitve v okviru javne zdravstvene službe ali so opravljali delo za navedene inštitucije). Tudi upokojeni zdravniki morajo imeti veljavno licenco in morajo biti evidentirani v bazi podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev.

Šesti odstavek vsebinsko enako kot veljavni člen določa zavrnitev dodelitve receptov za osebno rabo, če zdravnik pri predpisu zdravil v breme OZZ ni ravnal v skladu s predpisi in splošnimi akti zavoda. Pri tem se na novo jasno določa, da ravnanje zdravnika v nasprotju s predpisi in splošnimi akti zavoda glede predpisovanja zdravil velja tako v primeru, če je zdravila nepravilno predpisal na recept ali recept za osebno rabo, kot tudi če jih je nepravilno predpisal v okviru standarda zdravstvene storitve, ki jo zagotovi izvajalec (ko se zdravil ne predpisuje na recept v skladu s pravili). Pri tem se na novo tudi določa, da se zavrnitev dodelitve receptov za osebno rabo za takšnega zdravnika vedno določi (in ne le, da se "lahko" določi, kot velja sedaj), in sicer kot trajen ali začasen ukrep.

Sedmi odstavek na novo predvideva, da merila, ki bodo podlaga za odločitev, ali se zdravniku trajno ali začasno zavrne dodelitev teh receptov, in natančnejši postopek dodelitve receptov za osebno rabo sprejme generalni direktor zavoda, saj uporaba receptov za osebno rabo ne predstavlja pravice zavarovanih oseb (pravica so zdravila). Na podlagi končne določbe te novele pravil bo generalni direktor zavoda izdal splošni akt v enem mesecu od uveljavitve te novele pravil. Ta splošni akt zavoda bo objavljen na njegovi spletni strani.

Finančne posledice

Predlog ima finančnih posledic.

K 63. členu (211. člen pravil)

Sprememba je uskladjitvene narave s predlaganim prvim odstavkom 64. člena pravil in uskladjitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 64. členu (212. člen pravil)

Enako kot veljavni 212. člen pravil se ureja pooblaščen zdravnike za predpisovanje MP. Pri tem je v uvodu 1. točke prvega odstavka posebej določeno, da je za predpisovanje MP potrošnega značaja oziroma MP za nego na domu pooblaščen osebni zdravnik ali po njegovem pooblastilu napotni zdravnik, določba je prenesena iz prvega stavka drugega odstavka. Nadalje je skladno predlaganemu črtanju pravice do elastomerne črpalke, črtano tudi pooblastilo za njeno predpisovanje. V novi četrti alineji 1. točke so posebej navedeni MP pri zdravljenju sladkorne bolezni iz 91. člena pravil, ki jih predpisuje pooblaščen osebni zdravnik oziroma napotni zdravnik specialist, zato so MP pri zdravljenju sladkorne bolezni iz predhodnih alinej preneseni v novo četrto alinejo. Dopolnitev 2. točke prvega odstavka je redakcijske narave. Na predlog UKC Ljubljana, Pediatrične klinike, Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in ob strinjanju Sveta diabetes foruma sta črtani veljavna 5. in 6. točka prvega odstavka, ki se nanašata na pooblastila specialistov diabetologov pediatrov in specialistov diabetologov internistov glede predpisovanja inzulinske črpalke. Po veljavnih pravilih so specialisti diabetologi pediatri, ki jih imenuje upravni odbor zavoda, pooblaščen za predpisovanje teh MP samo za osebe do 18. leta, specialisti diabetologi internisti, ki jih imenuje UO, pa za osebe od 18. leta naprej. Predlagano je črtanje teh določb, kar pomeni, da takšnih omejitev glede starosti zavarovanih oseb in ločitve med specialisti diabetologi internisti in specialisti diabetologi pediatri ni več. Ob črtanju teh določb bi tudi za predpisovanje teh MP veljala splošna določba nove 5. točke prvega odstavka, ki določa pooblastilo napotnim zdravnikom s svojega delovnega področja.

Na podlagi drugega odstavka bi poimenski seznam pooblaščenih zdravnikov določil generalni direktor zavoda namesto upravnega odbora zavoda. Izvajalci zdravstvenih storitev predlagajo spremembe seznama ob vsaki spremembi zaposlitve ali prerazporeditvah zdravnikov znotraj organizacijskih enot. Zato je sprememb v seznamih veliko in jih upravni odbor zavoda obravnava zelo pogosto (pet sprememb v zadnjem letu, načrtujemo, da jih bo še več). Da bi lahko zagotovili bolj ažurno zagotavljanje pooblastil in boljšo dostopnost zavarovanih oseb do MP, se predlaga navedena sprememba pristojnosti.

Na podlagi tretjega odstavka bo strokovni nadzor nad izdelovalci tudi najzahtevnejših MP izvajala Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, kot to ureja ZMedPri. S tem se poenostavljajo postopki sklepanja pogodb z izdelovalci, za katere po veljavnih določilih pravil usposobljenost in opremljenost preverja URI-Soča, kar ni v skladu z ZMedPri. Menimo, da se bo s tem izboljšala izbira MP in posledično kakovost preskrbe.

Na podlagi četrtega odstavka bi se pooblastilo za določitev seznama najzahtevnejših MP preneslo z ministrstva, pristojnega za zdravje, na upravni odbor zavoda. Ministrstvo za zdravje v postopku izdaje seznama najzahtevnejših MP ne opravlja strokovnih nalog (ocene, presoje, razvrščanja), ampak seznam administrativno izda oziroma potrdi. Postopek je dolgotrajen. Zato menimo, da je določitev seznama najzahtevnejših MP s strani upravnega odbora zavoda ustreznejša rešitev. Seznam se bo objavil na spletni strani zavoda.

Na podlagi petega odstavka bi se pooblastilo za določitev pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje najzahtevnejših MP preneslo iz upravnega odbora zavoda na generalnega direktorja zavoda, ki bo določal tudi seznam pooblaščenih zdravnikov iz drugega odstavka tega člena.

Sprememba šestega odstavka je redakcijske narave.

Sedmi in osmi odstavek veljavnega 211. člena pravil sta vsebinsko vključena v predlagan 212.a člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 65. členu (212.a člen pravil)

V novem 212.a členu so združene določbe, da se MP, vključno z njihovo prilagoditvijo, predpisujejo na naročilnico in da se v splošnih aktih (navodilo) določi način njihovega izpolnjevanja in obveznosti predložitve naročilnice dobavitelju v 30 dneh od datuma njene izdaje.

Četrti odstavek zaradi neprekinjene uporabe MP (ko predhodno prejetemu izteče trajnostna doba ali obdobje) določa, da pooblaščenemu zdravniku ni treba čakati do zadnjega dne trajanja predhodno prejetih MP, temveč lahko zavarovani osebi že do deset dni prej izda naročilnico, s katero predpiše novega. Zavarovana oseba pa bo nov MP lahko prejela šele od izteka dobe trajanja predhodno prejetega. Določba se v praksi že izvaja na podlagi posebnega navodila zavoda, a menimo, da je tako podlago, v smislu omejitve predpisovanja in s tem tudi določitve, kdaj se zavarovana oseba lahko zgleda pri zdravniku za predpis novih MP, treba določiti kot postopkovno določbo še v pravilih.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 66. členu (213. člen pravil)

Predlaga se črtanje tretjega odstavka, ker je predpisovanje MP, pri katerih je določeno obdobje in količina, urejeno v predlaganem 116. in 117. členu pravil, in bi šlo za podvajanje določb.

Predlaga se črtanje četrtega odstavka, saj je vsebinsko prenesen v predlagan 119. člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 67. členu (214. do 217. člen pravil)**214. člen pravil**

Prvi odstavek je dopolnjen z določitvijo roka, v katerem mora pooblaščenim zdravnikom podati predlog imenovanemu zdravniku za zahtevnejši MP, in sicer najpozneje v osmih dneh od izdaje naročilnice. Gre za odgovornost zdravnikov kot strokovnjakov, in ne zavarovanih oseb samih. Zato je (enako kot v predlaganem 215. členu pravil) rok krajši, kot je za zavarovane osebe določen v predlaganem 212.a členu pravil. Dopolnitev je potrebna, ker posamezni predlogi prihajajo do imenovanih zdravnikov več mesecev pozneje, ne le 30 dni od izdaje naročilnice, kot je rok za zavarovane osebe za predložitev naročilnice dobavitelju.

Drugi odstavek je dopolnjen z opredelitvijo, da se zahtevnejši MP določijo iz šifranta vrst MP, in z opredelitvijo, da se ta seznam zahtevnejših MP (splošni akt zavoda, ki ga sprejme upravni odbor zavoda) objavi na spletni strani zavoda.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

215. člen pravil

Predlagani 215. člen pravil se nanaša na pooblastilo imenovanih zdravnikov (in zdravstvene komisije), da odločajo le o tistih MP pred iztekom trajnostne dobe, kjer je trajnostna doba sploh določena, predlog imenovanemu zdravniku pa je treba podati v osmih dneh od izdaje naročilnice. Pogoje za odobritev MP pred iztekom trajnostne dobe določa predlagan 120. člen pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

216. člen pravil

Zaradi številnih sprememb se spreminja cel člen.

Prvi odstavek veljavnega 216. člena pravil je izključen iz določbe, ker je vsebinsko vključen v predlagan 119. člen pravil, ki ureja obnovljivo naročilnico.

V prvem odstavku je pomembna vsebinska novost. Z njo se za del MP iz skupine pri težavah z odvajanjem seča (za predloge, hlačne predloge (plenice), posteljne podloge za enkratno uporabo in fiksne hlačke) določa manjše število pripomočkov (artiklov), ki jih mora zagotavljati dobavitelj na vseh svojih izdajnih mestih. Po novem mora zagotavljati 30 % (doslej 50 %) in najmanj 3 (doslej 4) pripomočke (artikle) takih vrst s seznama MP. Sprememba upošteva predlog Lekarniške zbornice Slovenije s sestanka s predstavniki zavoda dne 10. 2. 2016. Predlog, da se za te MP zmanjša obveznost njihovega zagotavljanja s seznama MP, je posledica težavnosti zagotavljanja zaloga za veliko število različnih proizvajalcev "plenice". Predlog temelji na mnenju, da bi se lahko predvsem manjše lekarne v odročnih krajih odločile, da teh MP sploh ne bi (ali ne bi več) zagotavljale, če bi obveljala obveznost zagotavljanja 50 % vseh teh pripomočkov (artiklov) s seznama MP. Težava njihovega zagotavljanja je predvsem v velikem volumnu in s tem zasedenosti večjega dela prodajnih prostorov ter posledično tudi večjih stroškov. Jasneje (kot v tretjem odstavku sedanjega 216. člena pravil) je hkrati določeno, da dobavitelj za pripomočke (artikle), ki jih zagotavlja, na vseh izdajnih mestih zagotavlja tudi vse t. i. medsebojno povezane pripomočke (artikle). Druge spremembe določbe so nomotehnične narave.

V drugem odstavku je vsebinsko enako kot doslej določeno, da dobavitelj zavarovani osebi najprej ponudi pripomočke (artikle) z najvišjo priznano ceno.

Tretji odstavek na novo določa, da dobavitelj zagotovi zavarovani osebi MP potrošnega značaja (pri vrstah iz skupin pri umetno izpeljanem črevesju, pri težavah z odvajanjem seča, pri zdravljenju sladkorne bolezni in obvezilnih materialov) takoj in ne več najpozneje v 24 urah. Ta določba bo zaživel z vzpostavitvijo seznama za tovrstne MP. Po vzpostavitvi seznama MP bo moral vsak dobavitelj v pogodbi z zavodom navesti, katere artikle s tega seznama bo zagotavljal. Na podlagi opravljenih nadzorov zavod namreč ugotavlja, da dobavitelji nimajo

nobenih zalog MP, zato se morajo zavarovane osebe vračati k dobaviteljem za prevzem MP. Pri potrošnih materialih zato ni ustrezna veljavna ureditev, da mora zavarovana oseba čakati do 24 ur na prevzem teh MP. Tako bodo morali dobavitelji že pred vzpostavitvijo seznama MP znotraj vrst pri teh skupinah MP zagotavljati po en artikel takoj ob predložitvi naročilnice, kot je določeno v prehodnih določbah.

Četrty in peti odstavek sta vsebinsko enaka veljavnima petemu in šestemu odstavku.

Bistvena vsebinska sprememba v šestem in posledično sedmem odstavku je poenostavitev, da zavarovani osebi ni treba več za vzdrževanje in popravilo MP (kjer je to možno v breme OZZ) pridobiti naročilnice osebnega zdravnika, temveč se bo lahko brez naročilnice zglasila pri dobavitelju.

V sedmem (veljavnem osmem) odstavku je po novem določeno, kdaj je treba naročilnico za prilagoditev potrditi na zavodu in je deloma redakcijske narave, kjer se namesto besedila "medicinski pripomočki, ki so predmet izposoje" nadomesti z besedilom "medicinski pripomočki iz 97. člena pravil", če gre seveda za MP, ki se zagotavljajo z režimom cene "dnevna izposojnina". Če gre za režim cene "cenovni standard" ali "pogodbena cena", je odobritev na zavodu potrebna.

Nadalje je pooblastilo za predpisovanje prilagoditev MP v osmem (veljavnem devetem) odstavku dano samo pooblaščenim zdravnikom, ki sicer lahko predpišejo ta istovrstni MP. Podobno kot pri popravilih in vzdrževanju pa je tudi pri prilagoditvah praviloma (izjema je pogosta zamenjava ležišč pri protezah za ude) poleg naročilnice pooblaščenega zdravnika potrebna še odobritev zavoda. Ker mora iti pri zavarovani osebi za spremembo zdravstvenega stanja kot pogoj za odobritev prilagoditve, je potrebno sodelovanje zdravnika, ki na naročilnico predpiše, kakšna prilagoditev je potrebna. Najpomembnejša razlika med to določbo in šestim odstavkom 216. člena pravil, je predvsem, da vzdrževanje oziroma popravilo predpiše osebni zdravnik, prilagoditev pa zdravnik, pooblaščen za predpis take vrste MP, ki je praviloma specialist. V teh postopkih je doslej v praksi prihajalo do različnih zapletov zaradi tolmačenja, kdo in po kakšnem postopku je pooblaščen za predpis predelave (zdaj prilagoditve) in predvsem glede tega, ali je potrebna tudi zavodova predhodna odobritev, kakor tudi glede ugotavljanja vrednosti prilagoditve.

Deveti odstavek določa, da je pri MP, ki so predmet izposoje, strošek prilagoditev, popravil in rednega vzdrževanja vključen v dnevni izposojnini. Predhodna odobritev zavoda v teh primerih ni potrebna.

Druge spremembe so usklajitvene narave zaradi notranje (terminološke) skladnosti besedila pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

217. člen pravil

Pri tistih vrstah MP, pri katerih zavod zagotavlja vzdrževanje in popravila (npr. proteze, slušni aparati) je v tem členu po novem izrecno določeno, da mora dobavitelj zavarovani osebi ob izdaji takega MP poleg navodila za uporabo izdati tudi navodilo za vzdrževanje (če to ni vključeno že v navodilu za uporabo). S tem so zavarovane osebe poučene o pravilnem in odgovornem ravnanju z MP.

Dosedanja določba je sicer v celoti črtana, saj garancijske obveznosti proizvajalca oziroma prodajalca izhajajo že iz drugih predpisov (Obligacijski zakonik, ZMedPri idr.).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 68. členu (225. člen pravil)

Dopolnitvi prvega odstavka sta usklajitvene narave s predlaganim 156.a členom pravil. Ta v tretjem odstavku določa možnost povračila stroškov tudi za dneve, ko mora zavarovana oseba potovati ali bivati v tujini zaradi zdravstvenega stanja. Zato se določba dopolnjuje z novo osmo alineo glede mnenja o potrebi predhodnega potovanja ali bivanja, ki ga poda konzilij ustreznega izvajalca na terciarni ravni.

Na podlagi predlagane spremembe drugega odstavka 135.a in drugega odstavka 135.b člena pravil bi imele pravico do spremstva med zdravljenjem v tujini tudi zavarovane osebe nad 18. letom, če to zahteva njihovo zdravstveno stanje. Zato se spreminja sedanja osma alineja, ki postane deveta alineja, z mnenjem glede potrebe po spremljevalcu za čas zdravljenja v tujini, ki ga poda konzilij ustreznega izvajalca na terciarni ravni.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 69. členu (226. člen pravil)

Spremenjen četrti odstavek jasno določa, da ima v primeru odobrenega zdravljenja v tujini na podlagi 135.a ali 135.b člena pravil, če je zavarovani osebi odobrena pravica do spremstva, tudi spremljevalec pravico do plačila akontacije njegovih potnih stroškov. Akontacija se nakaže le na zahtevo, ki jo lahko vloži zavarovana oseba in njen spremljevalec. Zavarovana oseba lahko zahteva nakazilo akontacije za oba, torej za svoje potne stroške in potne stroške njenega spremljevalca, spremljevalec pa lahko zahteva nakazilo akontacije le za svoje potne strošek. Če zavarovana oseba zahteva nakazilo akontacije potnih stroškov zase in za svojega spremljevalca, se bodisi akontacija za oba nakaže na račun zavarovane osebe bodisi se akontacija za potne stroške zavarovane osebe nakaže na njen račun, akontacija za potne stroške spremljevalca pa na njegov račun. Akontacija za potne stroške zavarovane osebe se ne more nakazati na račun spremljevalca.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 70. členu (228.e člen pravil)

Dopolnitev prvega, tretjega in četrtega odstavka 228.e člena pravil z opredelitvijo oblike recepta (papirnati recept) je posledica uvedbe e-recepta in vsebinsko ne spreminja določbe.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 71. členu (228.f člen pravil)

Zaradi dopolnitve člena z novim drugim odstavkom, edini odstavek postane prvi odstavek. Dopolnitev njegove prve alineje z opredelitvijo oblike recepta (papirnati recept) je posledica uvedbe e-recepta in vsebinsko ne spreminja določbe. Črtanje dela veljavne prve alineje je posledica uvedbe e-recepta, na katerega ni mogoče izdati (pripisati) potrdila o deficitarnosti. Zaradi tega se v novem drugem odstavku določa tudi oblika tega potrdila.

Nov drugi odstavek določa sestavine, ki jih mora vsebovati potrdilo o deficitarnosti (iz predlagane druge alineje prvega odstavka 135.f člen pravil). Poleg navedbe, da zavarovani osebi ni mogoče izdati zdravila zaradi motnje v njegovi preskrbi na trgu v RS, mora vsebovati datum izdaje potrdila, podpis farmacevta in žig lekarne. Prav tako je določena oblika potrdila. Če je predpisan papirnati recept je potrdilo dopustno izdati na hrbtni strani recepta ali kot ločeno listino (poleg papirnatega recepta). Če je predpisan e-recept bo lekarna v RS vedno izdala potrdilo v obliki ločene listine. Če je potrdilo izdano na hrbtni strani papirnatega recepta se k zahtevi za povračilo stroškov vrednosti zdravila priloži tudi (poleg drugih predpisanih sestavin vloge) papirnati recept, na hrbtni strani katerega je izdano potrdilo o deficitarnosti. Če je potrdilo izdano v obliki ločene listine se k zahtevi za povračilo stroškov vrednosti zdravila priloži tudi (poleg drugih predpisanih sestavin vloge) papirnati recept in potrdilo o deficitarnosti.

Spremembe 228.f člena pravil veljajo tudi, če je na recept predpisano živilo.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 72. členu (229.a člen pravil)

Predlaga se črtanje petega odstavka, ker dejansko ne more priti do situacije, ki jo ureja. Ko zavod v postopku obračuna in izplačila nadomestila za osebe v delovnem razmerju ne more priti do potrebnih podatkov, ker teh ne zagotovi niti delavec niti delodajalec niti jih ni mogoče dobiti iz uradnih evidenc, se lahko vedno kot osnova za nadomestilo plače v primeru delovnega razmerja za polni delovni čas upošteva minimalna plača, veljavna v obdobju osnove, oziroma njen sorazmerni del v primeru krajšega delovnega časa, v primeru samostojnih zavezancev pa najnižja osnova za plačilo prispevkov. V skladu z določbami Zakona o minimalni plači (Uradni list RS, št. 13/10 in 92/15) ima delavec, ki pri delodajalcu v RS dela poln delovni čas, pravico do plačila za opravljeno delo najmanj v višini minimalne plače, ki jo določa ta zakon, oziroma do sorazmernega dela minimalne plače, če dela krajši delovni čas.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 73. členu (235. člen pravil)

V skladu z veljavnim 235. členom pravil je rok za podajo predloga imenovanemu zdravniku določen le za primere, ko je zavarovancu potekla začasna zadržanost od dela, katere ugotavljanje sodi v pristojnost izbranega osebnega zdravnika ter v primeru recidiva. Ni pa določen rok, v katerem mora izbrani osebni zdravnik posredovati predlog imenovanemu zdravniku za primer, ko je predhodno o začasni zadržanosti od dela že odločal imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija, razen v primerih iz 244. člena pravil. V skladu z 244. členom pravil mora osebni zdravnik zavarovanca še isti dan napotiti na obravnavo k imenovanemu zdravniku, če ugotovi, da je pri njem prišlo do v primeru nenadnega in nepričakovanega poslabšanja zdravstvenega stanja zavarovanca, pri katerem je bilo z odločbo imenovanega zdravnika predhodno odločeno, da začasna zadržanost od dela ni več utemeljena. Če pa začasna zadržanost od dela še ni bila zaključena, pa je treba, da izbrani osebni zdravnik poda predlog v treh dneh pred pretekom začasne zadržanosti od dela, odobrene z odločbo imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 74. členu (247. člen pravil)

Spremenjen člen določa obvezne sestavine zahtev za povračilo potnih stroškov. Zahtevo za povračilo potnih stroškov praviloma vloži zavarovana oseba, če pa je le-ta potovala skupaj s spremljevalcem, pa lahko zahtevo vloži tudi spremljevalec, če teh stroškov ni že uveljavljala zavarovana oseba sama (npr. v primeru smrti zavarovane osebe). Kot dokazilo o spremstvu, če povračilo potnih stroškov zahteva spremljevalec, je obrazec Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov – spremstva, izjava zavarovane osebe o spremstvu, dokazilo izvajalca in podobno.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 75. členu (252. člen pravil)

Sprememba prvega odstavka je uskladitvene narave z opredelitvijo izraza "standard" iz 2. člena pravil, ki zajema vrsto, količino, normative in vrednost zdravstvenih storitev iz OZZ, ter pogoje in postopek uveljavljanja pravic. Zato je kot nepotreben črtan del veljavnega prvega odstavka, ki pomeni podvajanje z opredelitvijo izraza standard (vrsta storitev in trajnostna doba) in zaradi nedoločnosti črtana določba v delu "in podobno".

Sprememba drugega odstavka se predlaga zaradi večje jasnosti pravice izvajalcev glede zaračunavanja oziroma obveznosti zavarovanih oseb glede plačila cene ali dela cene zdravstvene storitve, ki ni krita iz OZZ. Kot do sedaj izvajalec lahko zavarovani osebi zaračuna ceno oziroma del cene zdravstvene storitve le na podlagi njenega predhodnega soglasja. Pri tem se na novo jasno določa, da mora biti to predhodno soglasje pisno in podano na podlagi predhodne pisne informacije izvajalca o predvidenih stroških zdravstvene storitve. V tej zvezi je treba pojasniti, da že 25. člen Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08) določa obveznost izvajalca o

seznanitvi pacienta s stroški zdravstvene storitve, in sicer odvisno, ali jo pacient delno ali v celoti plača sam (izvajalec pacientu predhodno predloži pisno informacijo o predvidenih stroških zdravstvenih storitev, po opravljeni zdravstveni storitvi pa pacient prejme račun za opravljene zdravstvene storitve ter uporabljena zdravila in medicinske pripomočke) ali je ne plača sam (izvajalec pacienta po opravljeni zdravstveni storitvi seznani s specifičnim obračunom). Na zahtevo pacienta je izvajalec dolžan pacientu račun tudi obrazložiti.

Zaradi terminološkega poenotenja je v celotnem besedilu določbe uporabljen izraz "cena", in ne več tudi izraz "vrednost". Glede na višino plačila, ki ga lahko izvajalec zaračuna zavarovani osebi v posameznem primeru uveljavljanja zdravstvene storitve, se jasno loči naslednje tri vrste plačil:

1. plačilo pogodbene cene, ki je enaka ceni zdravstvene storitve, ki bi jo zavod sicer plačal izvajalcu na podlagi pogodbe;
2. plačilo izvajalčeve cene, ki jo za zdravstveno storitev določi sam izvajalec. Na podlagi 67. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ in 40/12 – ZUJF) naj bi metodologijo za določanje cen zdravniških storitev, ki niso predmet OZZ, določil minister, pristojen za zdravje, na predlog Zdravniške zbornice Slovenije;
3. plačilo dela cene zdravstvene storitve, ki je enaka višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno.

Vrsta plačila je odvisna od zdravstvene storitve, ki jo zavarovana oseba uveljavi v drugačnem ali višjem standardu, kot jih določajo splošni akti zavoda:

1. pogodbeno ceno lahko izvajalec zaračuna, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:
 - v primeru iz predlaganega drugega odstavka 20. člena pravil (veljavna 11. točka);
 - ki ni nujna medicinska pomoč ali nujno zdravljenje 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 (nova točka zaradi jasnosti ureditve);
2. izvajalčevo ceno lahko izvajalec zaračuna, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:
 - ki ni pravica (na primer uveljavi jo zaradi uveljavljanja zahtev ali pravic na drugih področjih ali pri drugih organih – pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu itd.) (veljavna 10. točka);
 - pri zdravniku, ki ni njen osebni zdravnik, razen v primeru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja (veljavna 7. točka);
 - v času, ki ne sodi v standard iz predlaganega 108. člena pravil (veljavna 5. točka – glede na veljavno ureditev, ki v tem primeru določa plačilo razlike v ceni med izvajalčevo in pogodbeno ceno, se predlaga sprememba, da v tem primeru zavarovana oseba plača izvajalčevo ceno glede na to, da se dežurna služba plačuje z mesečnim pavšalom in cena zdravstvenih storitev za delo v času dežurne službe ni določena. Zato je smiselno, da zavarovana oseba plača celotno izvajalčevo ceno zdravstvene storitve, ki jo ta opravi na njeno zahtevo opravljena v tem času.);
 - ZPP ali ortodontskega aparata, če ga je izgubila, pokvarila, uničila z neustreznim ravnanjem ali ravnanjem v nasprotju z navodili (veljavna 9. točka);
 - ZPP, če ga zahteva pred iztekom trajnostne dobe iz 121. člena pravil, razen v primeru iz drugega odstavka 123. člena pravil (veljavna 9. točka);
 - pri napotnem zdravniku brez napotnice, če ne gre za zdravstveno storitev iz 179. člena pravil (veljavna 8. točka);
3. dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno, ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno storitev:
 - nemedicinskega oskrbnega dne v drugačnem ali višjem standardu, kot je določen v 40., 47., 63. in 110. členu pravil (veljavna 4. točka);
 - ZPP, ortodontskega aparata ali zobozdravstvene storitve v drugačnem ali višjem standardu, kot je s pravili določen za storitve in materiale v zobozdravstvu (veljavna 3. točka);
 - ortodontskega zdravljenja z nesnemnim ortodontskim aparatom iz 2. točke tretjega odstavka 34. člena pravil, do katerega nima pravice, če ima pravico do ortodontskega zdravljenja s snemnim ortodontskim aparatom iz 1. točke tretjega odstavka 34. člena pravil (veljavni drugi stavek drugega odstavka 34. člena pravil);
 - pri osebni ginekologu, ki si ga je izbrala pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni v skladu s 164. členom pravil (veljavna 6. točka);
 - v vseh drugih primerih, ki niso navedeni v prejšnji in tej točki, ko je zdravstvena storitev opravljena v drugačnem ali višjem standardu, če je na podlagi pogodbe z zavodom izvajalčeva cena višja od pogodbene cene (veljavna 2. točka).

Spremembe tretjega odstavka, ki se nanašajo na izraza "medicinski pripomoček" in "pripomoček (artikel)", so povezane s tem, da je izraz "medicinski pripomoček" širši in v celoti pokrije izraz "pripomoček (artikel)". Edino v 4. točki se uporablja ožji izraz "pripomoček (artikel)", saj se bo po novem glede na 113. člen pravil pogodbena cena dogovorila le za serijsko izdelane MP, torej pripomočke (artikle), ne pa tudi na MP, izdelane za posamezno zavarovano osebo (gl. tudi obrazložitev v prehodnih določbah te novele pravil). Sprememba v 3. točki je le redakcijske narave, saj se beseda "katere" nanaša na besedo "vrsta". Sprememba izraza "predelava" v "prilagoditev" je uskladitvene narave s predlagano 30.a točko 2. člena pravil.

Sprememba četrtega odstavka je uskladitvene narave s predlaganim drugim odstavkom 120. člena in predlaganim drugim odstavkom 20. člena pravil.

Peti odstavek se črta kot nepotreben glede na predlagan prvi odstavek.

Šesti odstavek je dopolnjen zaradi jasnosti pravice zavarovane osebe do povračila neupravičeno plačanih stroškov zdravstvene storitve (ki vključuje tudi ZPP) in MP. Določba je dopolnjena z vrednostjo, ki jo zavod v tem primeru lahko povrne zavarovani osebi, to je do višine vrednosti, ki se krije iz OZZ, ki je bodisi celotna vrednost, ko je zdravstvena storitev ali MP krit iz OZZ v celoti (100 %), bodisi v ustreznem odstotnem deležu vrednosti, kot to določa prvi odstavek 23. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 76. členu (254. člen pravil)

Sprememba je uskladitvene narave zaradi notranje skladnosti besedila pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

Prehodne in končne določbe

K 77. členu (izjemne odobritve zobnoprostetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov)

S to prehodno določbo je določeno, da se že začeti postopki odločanja o izjemnih odobritvah zobnoprostetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov (ki se bodo začeli pred dnevom začetka uporabe določb, s katerim bo urejeno zagotavljanje pravice do zobnoprostetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov) zaključijo na podlagi tretjega odstavka 259. člena in ob upoštevanju stanja in pogojev iz prvega do četrtega odstavka 32.a, 32.b, in 32.c člena pravil ter določb drugega odstavka 112 in drugega odstavka 187. člena pravil. Namen določbe je zagotoviti enako obravnavo zavarovanih oseb v času do uveljavitve pravil in po njihovi uveljavitvi.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 78. členu (izjemne odobritve vakuumske opornice za zdravljenje rane na stopalu in dihalnih MP)

S to prehodno določbo je določeno, da se že začeti postopki odločanja o izjemnih odobritvah vakuumske opornice za zdravljenje rane na stopalu in dihalnih MP (ki so se začeli pred dnevom uveljavitve te novele pravil) zaključijo na podlagi tretjega odstavka 259. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 79. členu (postopki odločanja o pravici do aparata za nadomestno sporazumevanje)

S to prehodno določbo je določeno, da se že začeti postopki odločanja o pravici do ANK (ki se bodo začeli pred dnevom začetka uporabe določb v pogodbi z izvajalcem, ki bo sklenjena na podlagi dogovora, s katerim bo

urejen spremenjen način zagotavljanja pravice do ANK) zaključijo v skladu z dosedanjimi predpisi (gl. tudi obrazložitev pri 65. in 96. členu pravil ter 87. členu te novele pravil).

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 80. členu (postopki odločanja o pravici do povračila potnih stroškov)

S to prehodno določbo je določeno, da se že začeti postopki odločanja o pravici do povračila potnih stroškov za potovanja, ki so bila opravljena do vključno zadnjega dne v mesecu, v katerem bo začela veljati ta novela pravil, zaključijo v skladu z dosedanjimi predpisi. Odbitek pri obračunu prevoznih stroškov velja za vsa potovanja, opravljena v koledarskem mesecu, zato je smiselno, da spremembe in dopolnitve teh členov pravil začnejo veljati z novim koledarskim mesecem.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 81. členu (doba trajanja posameznih MP)

Ta prehodna določba se v prvem odstavku nanaša na MP, za katere se trajnostna doba ali obdobje in količina, ki jo določajo pravila, skrajšuje, skrajšanje pa velja tudi za že prejete MP po veljavnih določbah pravil, za katere trajnostna doba oziroma obdobja in količine, ki jih določajo, ni iztekla.

Z drugim odstavkom se zagotavlja, da se pri MP za vzdrževanje pozitivnega tlaka med izdihom (PEEP valvula), ki je sedaj enkratna pravica zavarovane osebe in se za naprej zagotavlja z režimom trajnostne dobe, že prejetim izteče trajnostna doba v skladu z določili te novele pravil. Tem že prejetim MP se spremeni režim enkratne pravice v triletno trajnostno dobo.

Namen tretjega odstavka je, da se v predhodno predpisane MP ne posega, ker v primeru MP, ki so predmet izposoje (kot je CPAP), obdobje izposoje in s tem obdobje, po preteku katerega je zavarovana oseba lahko upravičena do nove izposoje MP, določi zdravnik na naročilnici. Pri opredelitvi obdobja izposoje zdravnik lahko določi obdobje največ v trajanju, ki ne sme presegati trajnostne dobe, določene s pravili. Pri CPAP s predlaganimi spremembami in dopolnitvami pravil skrajšujemo trajnostno dobo z 8 na 2 leti, zato novo najdaljše obdobje izposoje, ki ga mora upoštevati pooblaščen zdravnik, velja le za po uveljavitvi te novele pravil novo predpisane MP.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 82. členu (splošni akt iz sedmega odstavka 210. člena pravil)

Določba opredeljuje rok za izdajo splošnega akta, s katerim bo generalni direktor zavoda določil natančnejši postopek dodelitve receptov za osebno rabo in merila, na podlagi katerih se zdravniku trajno ali začasno zavrne njihova dodelitev. Splošni akt bo izdan v enem mesecu od uveljavitve te novele pravil in bo objavljen na spletni strani zavoda.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 83. členu (splošni akt iz drugega odstavka 212. člena pravil)

Na podlagi predlaganega drugega odstavka 212. člena pravil bi, namesto upravnega odbora zavoda, generalni direktor zavoda določil pooblaščen zdravnike za predpisovanje posameznih vrst MP. S prehodno določbo se zato določa enomesečni rok od uveljavitve te novele pravil, v katerem bi generalni direktor zavod sprejel ta splošni akt. Z začetkom njegove uporabe bi prenehal veljati Sklep o določitvi seznama pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje medicinskih pripomočkov, ki ga je sprejel upravni odbor zavoda.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 84. členu (splošni akt iz četrtega odstavka 212. člena pravil)

Na podlagi predlaganega četrtega odstavka 212. člena pravil bi najzahtevnejše MP iz šifranta vrst MP določil upravni odbor zavoda, namesto ministra, pristojnega za zdravje. S prehodno določbo se zato določa enomesečni rok od uveljavitve te novele pravil, v katerem bi upravni odbor zavod sprejel ta splošni akt. Z začetkom njegove uporabe bi prenehala veljati Odredba o določitvi seznama medicinskih pripomočkov, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in individualna aplikacija (Uradni list RS, št. 19/15), ki jo je izdal minister, pristojen za zdravje.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 85. členu (prva alineja tretjega odstavka 216. člena pravil)

Z dnem uveljavitve te novele pravil še ne bo začela uporabljati predlagana prva alineja tretjega odstavka 216. člena pravil. Zaradi potrebe po takojšnjem zagotavljanju MP t. i. potrošnega značaja se predlaga, da morajo dobavitelji že pred uveljavitvijo seznama MP zavarovanim osebam zagotoviti vsaj en pripomoček (artikel), ki ga imajo določenega v pogodbi z zavodom, takoj, ne pa najpozneje v 24 urah (gl. tudi obrazložitev k 216. členu pravil). Od uveljavitve te novele pravil do uveljavitve seznama MP se sedaj veljavna določba ne bo več uporabljala. V tem prehodnem obdobju se uporablja ta določba, po uveljavitvi seznama MP pa se bo začela uporabljati nova prva alineja tretjega odstavka 216. člena pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 86. členu (uveljavljanje pravice do MP do uveljavitve seznama MP)

Ta člen določa način, na katerega zavarovane osebe uveljavljajo pravico do MP v prehodnem obdobju do vzpostavitve novega sistema. Ta bo vzpostavljen z uveljavitvijo seznama MP, kot je določen v Pravilniku o seznamu medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovane osebe bodo pravico do MP po novem sistemu uveljavljale, ko bo ta seznam MP po objavi na spletni strani zavoda začel veljati. Seznam MP bo objavljen na spletni strani zavoda skupaj s podatki o dobaviteljih (tudi s tistimi, s katerimi bo zavod sklenil dodatek k pogodbi), ki bodo v breme OZZ zagotavljali vrste MP oziroma pripomočke (artikle) s seznamom MP. Zavarovane osebe bodo do tedaj uveljavljale pravico do MP v skladu z do takrat veljavnimi predpisi.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.

K 87. členu (uveljavitev novele pravil in začetek uporabe posameznih določb pravil)

S končno določbo je določen petnajstdnevni rok začetka veljavnosti sprememb in dopolnitev pravil od dneva objave v Uradnem listu RS, ki se objavijo po pridobitvi soglasja ministra, pristojnega za zdravje, saj se pravila kot splošni akt zavoda sprejemamo na podlagi 26. člena ZZVZZ.

Z uveljavitvijo sprememb in dopolnitev pravil pa se še ne bodo začele uporabljati določbe, ki:

- na novo urejajo pravico do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov in spreminjajo način zagotavljanja pravice do ANK,
- spreminjajo režim cene za pripomočke (artikle), ki se prilagodijo za zavarovano osebo in se zagotavljajo z izdajo; in
- urejajo dolžnost dobaviteljev, zagotavljati po en pripomoček (artikel) iz skupin t. i. potrošnih materialov.

Začetek uporabe določb glede prvih dveh pravic je vezan na obdobje dveh let od dneva uveljavitve teh sprememb in dopolnitev. V tem času bo potrebno zagotoviti uporabo teh določb v pogodbah z izvajalci, ki bodo

sklenjene na podlagi dogovora, s katerim bo urejeno zagotavljanje obeh pravic (glede pravice do zobno-protetične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov – gl. tudi obrazložitev k predlaganemu 32.a členu pravil ter 77. členu te novele pravil; glede zagotavljanja pravice do ANK – gl. tudi obrazložitev k predlaganemu petemu odstavku 65. člena pravil in 25. ter 79. členu te novele pravil).

Z uveljavitvijo te novele pravil se prav tako še ne bosta začela uporabljati nov četrti odstavek 113. člena in spremenjena 4. točka tretjega odstavka 252. člena pravil. Navedeni določbi se začneta uporabljati z dnem uveljavitve seznama MP, na katerega bodo uvrščene proteze in ortoze iz tretjega odstavka 212. člena pravil. Do takrat se uporabljata četrti odstavek 113. člena in 4. točka tretjega odstavka 252. člena doslej veljavnih pravil.. Uporabljati se bosta začeli z uveljavitvijo seznama MP (to je v določenem roku po objavi seznama MP na spletni strani zavoda, vendar ne prej kot naslednji dan po njegovi objavi), na katerega bodo uvrščene tudi ortoze in proteze terciarne ravni (gre za vse proteze udov, nekatere estetske proteze, in sicer epiteze, in za nekatere ortoze). V sedanjem sistemu (preden bo vzpostavljen seznam MP) se namreč pogodbeni cena dogovori tudi za nekatere individualno izdelane MP. V skladu z novo določbo pa bo to možno le še za serijsko izdelane MP, torej pripomočke (artikle), kar pomeni, da bo po novem za ortoze in proteze terciarne ravni določen cenovni standard. Šele v novem sistemu, ko bo objavljen in bo začel veljati tak nov seznam MP, bosta novi določbi dejansko zaživel (se začela uporabljati).

Podobno velja za prvo alineo tretjega odstavka 216. člena pravil. Ta se začne uporabljati, ko bo uveljavljen seznam MP, na katerega bodo uvrščene vrste MP iz navedenih štirih skupin t. i. potrošnih materialov (gl. tudi obrazložitev k 216. členu pravil). V vmesnem času (od uveljavitve te novele pravil do uveljavitve takega seznama) se bo uporabljala prehodna določba – 85. člen te novele pravil.

Finančne posledice

Predlog nima finančnih posledic.